

Amistades Peligrosas



David Ferri Rufete (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Marco Gómez de la Fuente (Urgencias Pediatría)

Anamnesis y Antecedentes

Niña de 16 meses con **APLV** que acude a **UPED** por cuadro de **ANAFILAXIA** (eritrodermia y dificultad respiratoria) tras ingesta de trozo de **queso** que le da un compañero en la guardería



- AP anafilaxia previa a leche vaca



- La madre intenta administrar adrenalina IM con jeringa precargada, pero no ha podido (**la aguja estaba doblada**)



- **TTO habitual:** fluticasona (antes montelukast)

Hallazgos exploratorios relevantes

- **Constantes:** 180 lpm, SatO2 81%. TA normal
- **General:** estado general afectado. Irritable y agitada
- **Piel:** eritrodermia en cara, abdomen y tronco, con lesiones habonosas peribucales y angioedema de pabellones auriculares
- **Respiratorio:** tiraje subcostal e intercostal. Mala entrada de aire bilateral



Pruebas complementarias

El diagnóstico de la **ANAFILAXIA** es fundamentalmente **CLÍNICO**.
Las determinaciones de laboratorio (**Triptasa**) no son precisas de urgencia y no modifican el tratamiento

- **Hemograma:** leucocitos 23860/mm³, plaquetas 631000/mm³
- **Bioquímica:** normal
- **Gasometría:** pH 7,21, pCO₂ 53 mmHg, Bicarbonato 21,2 mmol/L, Lactato 4,4 mmol/L.
- **Determinación de Triptasa:** 1ra determinación normal



Tratamiento y atención inmediata

Lo más **IMPORTANTE** (1ra Línea):

ADRENALINA IM

0,01 ml/kg cara lateral muslo (repetir cada 5-15 min si no mejora, máximo 0,5 mg)

2da Línea (posición semiincorporada, vía IV...):

Oxigenoterapia

Mascarilla Facial
SatO2 94-96%



Broncodilatadores

Nebulización
Salbutamol



Si Inestabilidad Hemodinámica

Fluidoterapia IV
Coloides



3ra Línea complementarios (poca evidencia que los respalde):

Corticoides IV
Metilprednisolona



Antihistamínicos IV
Dexclorfeniramina

Prevención reacciones
bifásicas o prolongadas

TTO limitado al alivio de
síntomas cutáneos

Glucagón, otros vasopresores...

Evolución y tratamiento al alta

A los pocos minutos → mejora del distrés, oxigenación y taquicardia

Tras estabilización → **OBSERVACIÓN**. Permanece asintomática desde el punto de vista respiratorio, con disminución paulatina de la eritrodermia

Tras 6 horas se da alta → **Corticoides orales y antihistamínicos 3 días**. Dieta sin lácteos, receta de adrenalina precargada. Y se remite a consultas de Alergología



Puntos Clave sobre la **ANAFILAXIA**

- La prevalencia en niños **está aumentando en España**
- Reacción alérgica **grave, rápida y potencialmente mortal**
- **Clínica:** ocurre en < 2h de la exposición. Las **alteraciones cutáneas** son lo más frecuente, pero siempre debe haber 2 o más órganos afectados
- La **adrenalina IM es el tratamiento de elección** (administrar rápido)
- La **triptasa sérica** puede ser útil, pero **el diagnóstico es clínico**
- Todo paciente que haya sufrido anafilaxia o tenga riesgo de sufrirla debe ser estudiado y llevar consigo **adrenalina autoinyectable**

Puntos Clave sobre la **ANAFILAXIA**



- Los **desencadenantes más importantes** en niños son los **alimentos** (leche, huevo, frutos secos y pescados), **picaduras de himenópteros** (avispa y abeja) y **fármacos** (beta-lactámicos)
- El paciente que haya sufrido una anafilaxia debe ser **remitido, preferente para estudio alergológico**
- Al alta se pautan **antihistamínicos y corticoides orales durante 3 días** y es preciso incidir en la educación del paciente y su entorno para estar alerta si se vuelve a repetir

Bibliografía

- Cardona-Dahl V, Cabañes-Higuero N, Chivato-Pérez T, Guardia-Martínez P, Fernández-Rivase MM, Freijó-Martín C, Grupo de trabajo de la Guía GALAXIA de actuación en anafilaxia. Guía de Actuación en Anafilaxia: GALAXIA 2016. Web de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica [en línea] [fecha de consulta: 4-II-2017]. Disponible en: http://www.seaic.org/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=galaxia_2016_seaic_28-11-2016.pdf
- Juliá-Benito JC, Sanchez-Salguero CA, Alvarado-Izquierdo MI, Alvarez-Caro F, Arroabarren-Alemán E, Capataz-Ledesma M, Grupo de trabajo de anafilaxia. Manual de Anafilaxia Pediátrica. Web de la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica [en línea] [fecha de consulta: 4-II-2017]. Disponible en: http://www.seicap.es/manual-anafilaxia-pediátrica-map-2017_47422.pdf

