

Manejo de la Anafilaxia

en Urgencias Pediátricas

Arancha Corral Caballero

R1 - Enfermería Pediátrica

Rotatorio: Urgencias Pediátricas



Índice

- 01 Introducción
- 02 Justificación
- 03 Principales alérgenos
- 04 Manifestaciones clínicas
- 05 Criterios diagnósticos
- 06 Manejo extrahospitalario
- 07 Manejo hospitalario
- 08 Caso clínico
- 09 Conclusión
- 10 Anexo
- 11 Bibliografía



Justificación



El motivo de elección de este tema es el desconocimiento y/o miedo observado durante mi rotatorio en el servicio de Urgencias Pediátricas de la administración de adrenalina IM en niños con una reacción anafiláctica grave y, por lo tanto, empeoramiento del estado del paciente a su llegada al servicio de urgencias hospitalarias.

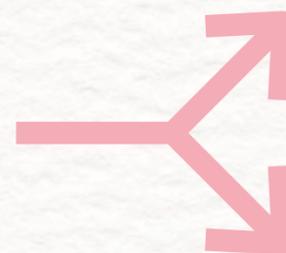
Considero fundamental una toma de conciencia por parte de la población de la gravedad de una reacción anafiláctica y estar preparados e informados sobre cómo hay que actuar.

Introducción

Una reacción anafiláctica es la forma clínica más grave de las reacciones alérgicas y potencialmente mortal.



La prevalencia en niños está aumentando aunque



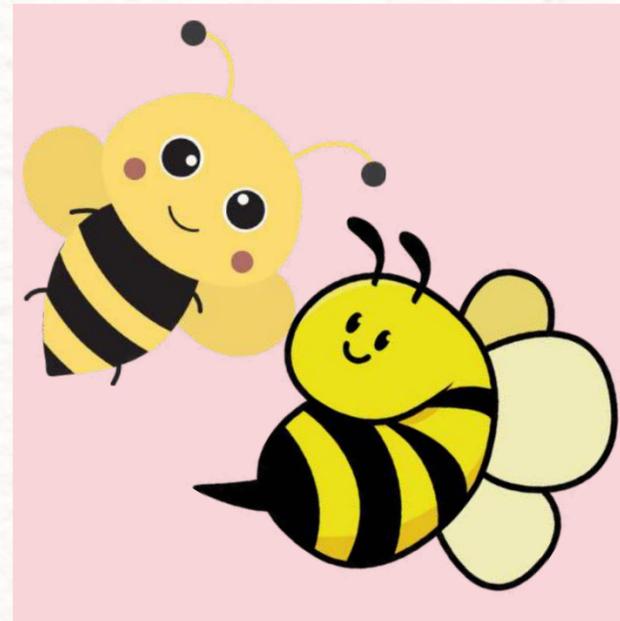
Infradiagnosticada

Infratratada

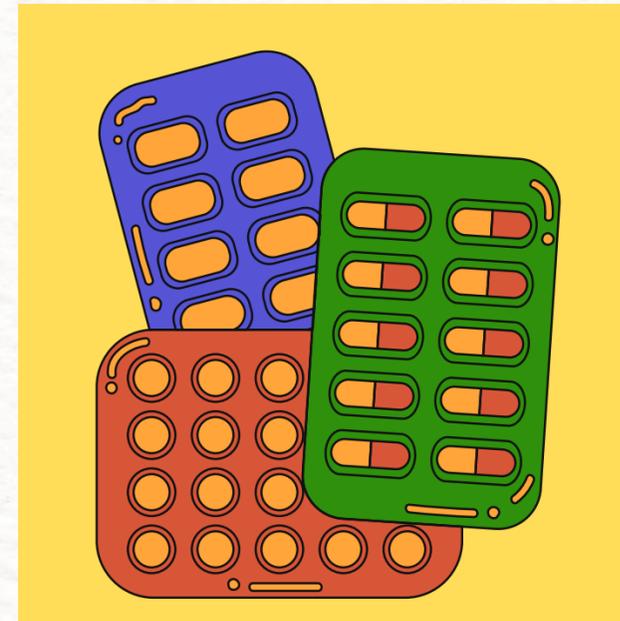
Principales alérgenos



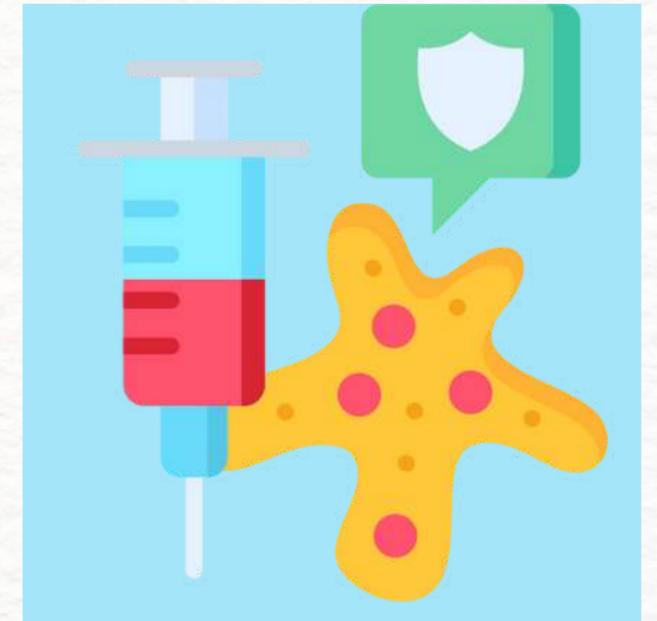
Alimentos



Insectos



Fármacos



Inmunoterapia

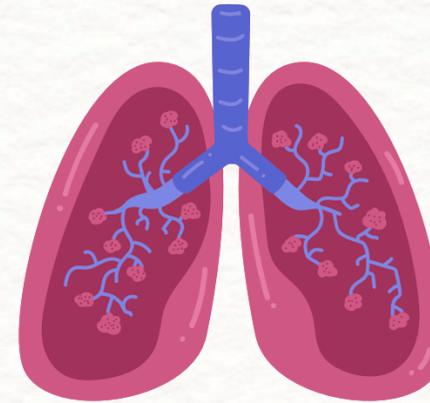


Manifestaciones clínicas



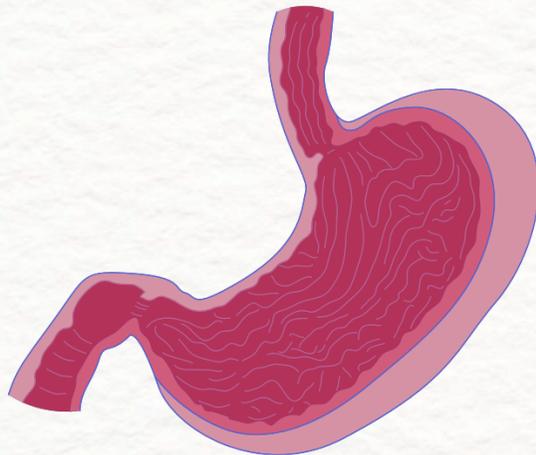
Piel y/o mucosas:

urticaria, prurito, eritema, angioedema, edema labios, palpebral, úvula o lengua



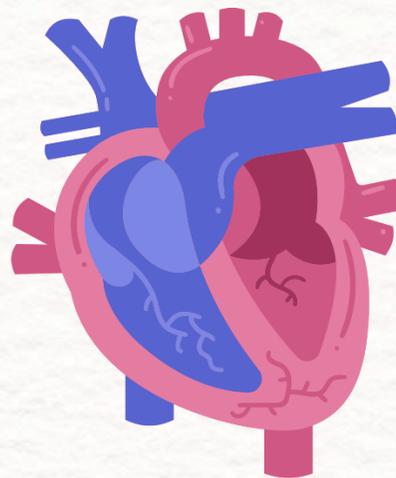
Respiratorios:

disnea, tos, rinorrea, sibilancias, opresión torácica, disfonía, estridor, parada respiratoria



Digestivos:

náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia



Cardiovascular:

hipotensión, síncope, disminución del nivel de conciencia, shock



Neurológico:

alteración comportamiento, irritabilidad, inquietud, mareo, incontinencia, confusión

Criterios diagnósticos

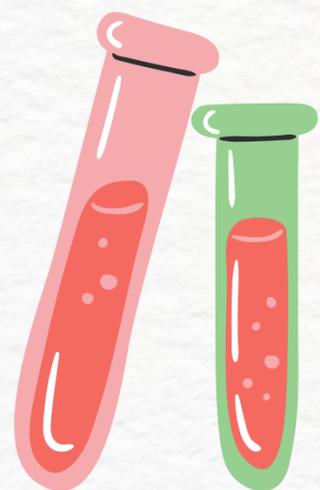


Inicio agudo de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas junto con al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio
- Disminución de la TA o síntomas de disfunción orgánica

Pruebas complementarias:

- Niveles de triptasa sérica
- Niveles de histamina



Aparición rápida de dos o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente:

- Afectación de piel y/o mucosas
- Compromiso respiratorio
- Disminución de la TA o síntomas de disfunción orgánica
- Síntomas gastrointestinales persistentes



Disminución de la TA en minutos/horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:

- Lactantes y niños: TA baja o descenso superior al 30% de la TA sistólica

*TA sistólica baja en la infancia: <70 mmHg de 1 mes a 1 año, menor de [70 mmHg + (2xedad)] de 1 a 10 años, y menor de 90 mmHg de 11 a 17 años.

Manejo extrahospitalario



RECONOCER



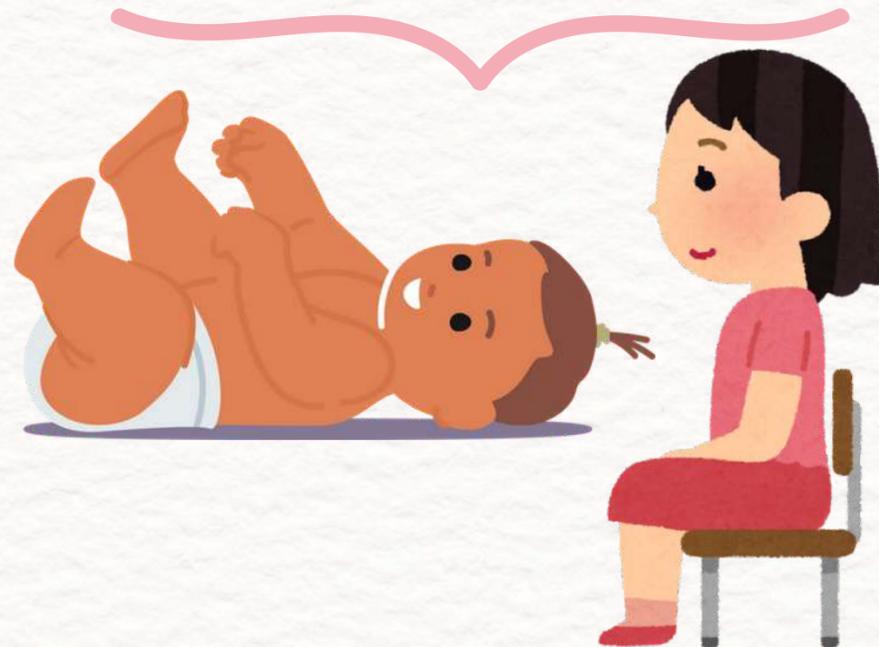
ACTUAR



PEDIR AYUDA

< 25kg: 0,15 mg / 150 mcg

> 25kg: 0,3 mg / 300 mcg



No mejoría



¿Cómo aplicar Adrenalina IM?

Lactantes y niños



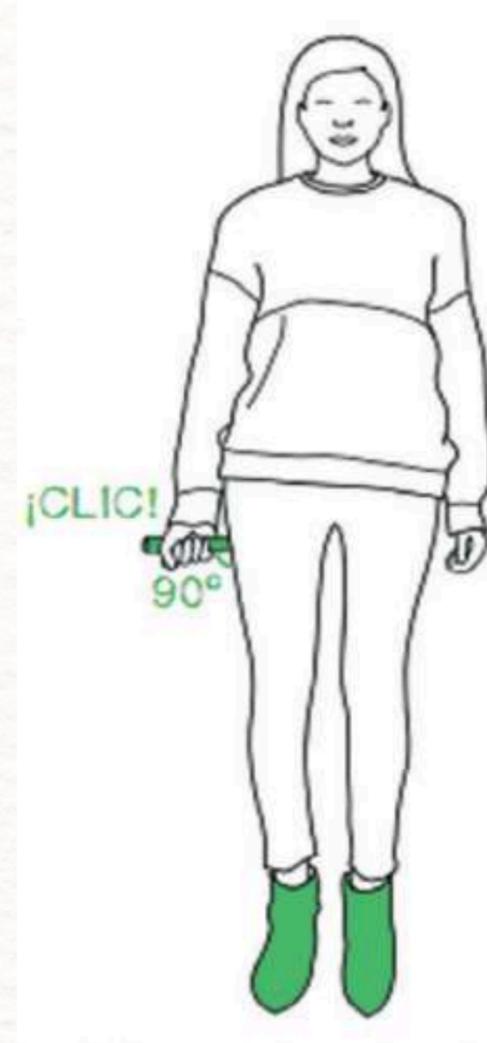
En caso de duda, administrar siempre

CLICK



¿Cómo aplicar Adrenalina IM?

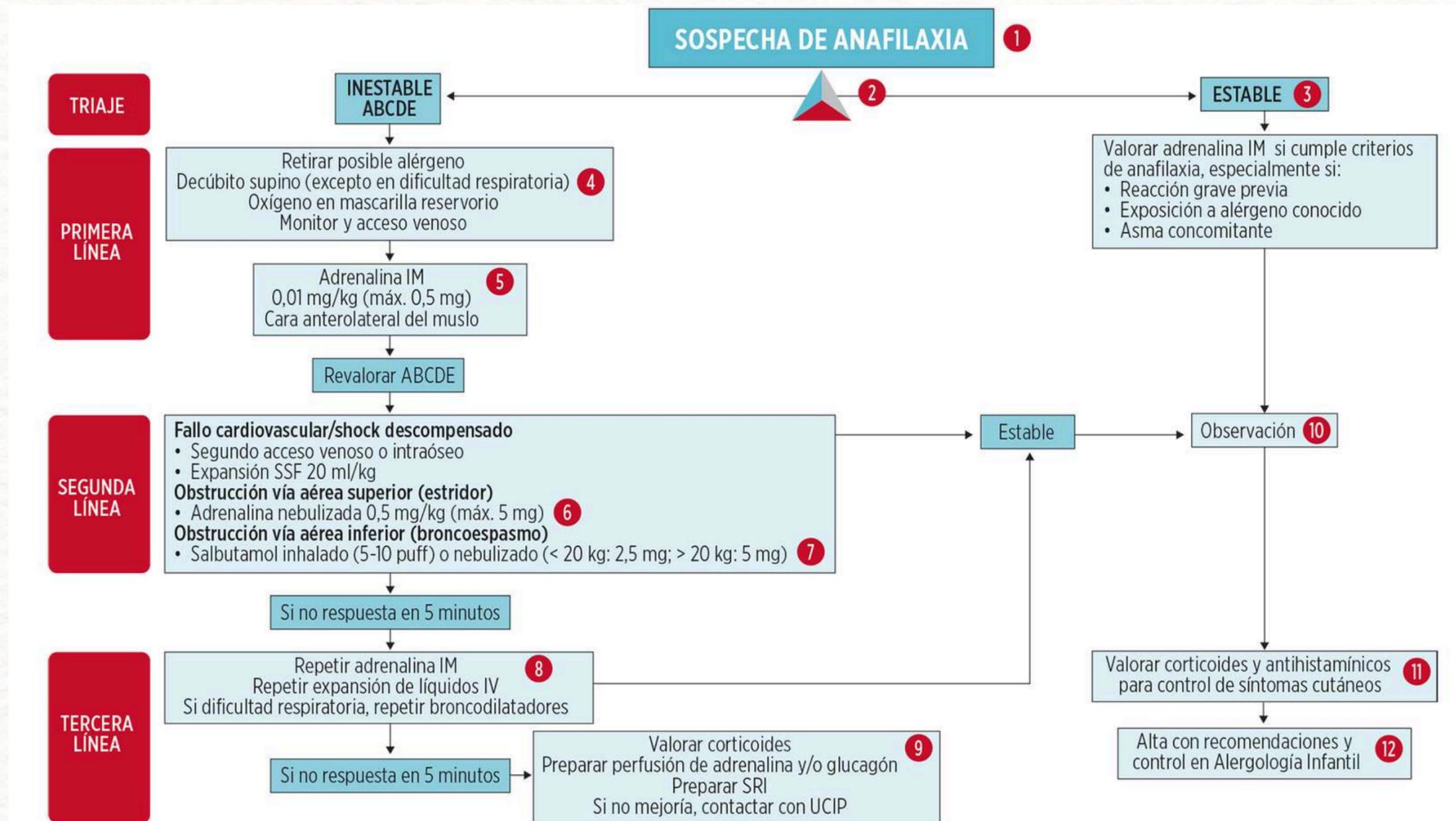
Adolescentes



En caso de duda, administrar siempre



Manejo hospitalario



Manejo hospitalario

Una vez que está estable, pasamos a observación.

TABLA 3-1. Tiempos de observación recomendados

Considerar el alta tras 2 horas desde el control de los síntomas si:	Mínimo de 6 horas de observación tras la resolución de los síntomas si:	Mínimo de 12 horas de observación si cumple alguno de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none">Buena respuesta (5-10 minutos) a una única dosis de adrenalina administrada en los primeros 30 minutos del inicio de la reacciónyCompleta resolución de los síntomasySe dispone de autoinyectable de adrenalina y recibe entrenamiento para su usoyAdecuada vigilancia al alta	<ul style="list-style-type: none">Ha precisado dos dosis adrenalina*oReacciones bifásicas previas	<ul style="list-style-type: none">Anafilaxia grave que precisa más de dos dosis de adrenalinaPaciente con asma grave o que haya presentado insuficiencia respiratoria gravePosibilidad de absorción continuada del alérgeno (por ejemplo, medicamento de liberación prolongada)El paciente consulta de noche o puede que no responda en caso de deterioroDificultad para el acceso a un Servicio de Urgencias

**En algunos casos, puede ser razonable que estos pacientes sean dados de alta en 2 horas (por ejemplo, tras una provocación controlada en una consulta de alergología).*

Caso clínico

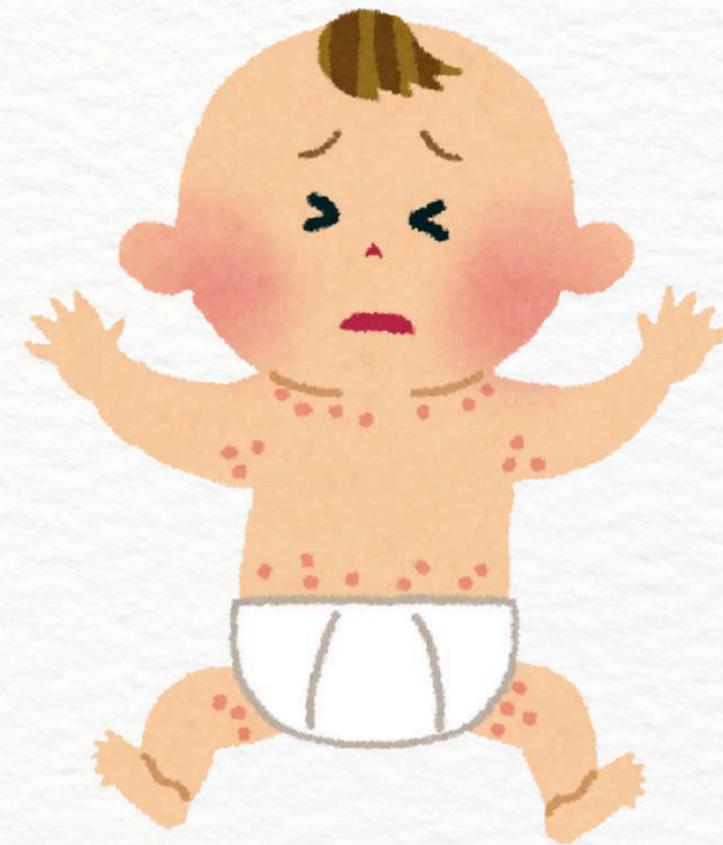
Lactante de 20 meses es traído a urgencias pediátricas después de haber ingerido 120 ml de leche entera por primera vez tras haber dejado la lactancia materna exclusiva hace 4 días.

A los 10 minutos de la ingesta: presenta enrojecimiento facial, ronchas generalizadas y llanto inconsolable.

En el trayecto a UPED desarrolla edema labial y palpebral, tos, estridor respiratorio y dificultad respiratoria progresiva.

Los padres refieren que cada vez lo encuentran más decaído, con un llanto débil.

No refiere haber tenido vómitos ni diarrea.



Caso clínico

Datos identificativos:

- Nombre ficticio: Pablo
- Edad: 20 meses
- Sexo: masculino
- Peso: 12 kilos

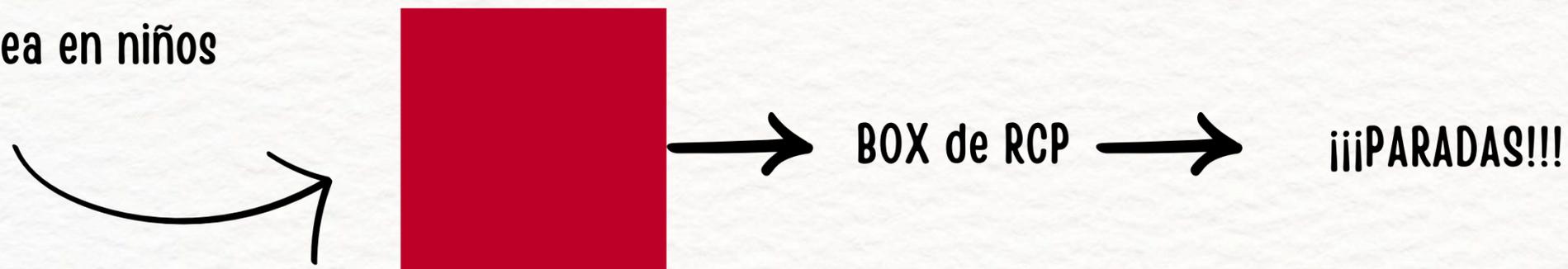
Constantes vitales en triaje:

- FC: 160 lpm
- FR: 40 rpm
- TA: 75/45 mmHg
- SatO₂: 90% a aire ambiente
- T^a: 36'5^o

Triaje:

- Motivo de consulta: Dificultad respiratoria objetivable en triaje con estridor y tiraje; exantema en tronco y facial acompañado de edema de labios y palpebral tras ingesta de leche entera hace 30 minutos.

Disnea en niños



Caso clínico

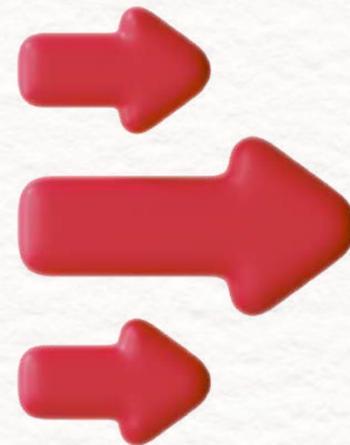
Exploración:

- Estado general → pálido, llanto débil e hipotónico
- Piel y mucosas → urticaria generalizada, eritema difuso facial, edema palpebral y labial
- Cabeza y cuello → lengua edematosa
- Respiratorio → estridor inspiratorio, tiraje subcostal
- Cardiovascular → ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos
- Abdomen → blando, depresible, sin visceromegalias

Impresión diagnóstica:

- Reacción anafiláctica secundaria a exposición a la proteína de la leche de vaca

Cumple 3 criterios



Afectación cutánea

Compromiso respiratorio

Hipotensión



Caso clínico

Actuación:

- Se monitoriza en BOX de RCP
- Se administra dosis de **Adrenalina IM** (0,01 mg/kg) en cara anterolateral del muslo, dosis: 0,12 mg
- **Oxígeno** al 100% con mascarilla venturi
- Canalización de **acceso venoso periférico** para administrar cristaloides (SSF) en un bolo de 1 hora
- **Antihistamínico** IV: dexclorfeniramina
- **Corticoide** IV: metilprednisolona



Evolución:

- Mejoría parcial con **SatO2 de 95%** y disminuye el estridor.
- Se administra segunda dosis de **adrenalina IM**
- Posteriormente cede la sintomatología respiratoria y mejoría hemodinámica



Caso clínico

Se traslada a Box de Observación de Urgencias Pediátricas.

Permanece 8 horas para vigilar → reacción bifásica

Resultados analíticos: hemograma normal con IgE elevada y prueba cutánea para la prot. leche vaca positiva

Tras mejoría de cuadro anafiláctico → **Alta hospitalaria**

Al alta:

- Prescripción de adrenalina 150 mcg
- Educación a los padres sobre los AIA, cómo actuar en situaciones de emergencia
- Evitar productos lácteos y derivados
- Derivación a la Unidad de Alergología Pediátrica para completar estudio y pruebas complementarias.



Conclusión

- 01** Necesidad de formar a la población escolar (colegios, comedores, escuelas infantiles, familias, ...) en el reconocimiento precoz de una reacción anafiláctica.
- 02** Educación para la salud desde las consultas del niño sano en los centros de Atención Primaria y enfermeras escolares sobre el uso de autoinyectores de adrenalina y las ventajas de su administración.
- 03** Aprovechar los motivos de consulta en Alergología infantil para hacer simulación de cómo administrar adrenalina autoinyectable.



Anexo

GUÍA PARA LA ANAFILAXIA



LA ANAFILAXIA ES UNA REACCIÓN ALÉRGICA GRAVE, GENERALIZADA O SISTÉMICA, QUE ...

PUEDE SER POTENCIALMENTE MORTAL



FACTORES DE EXPOSICIÓN



TIPOS DE ANAFILAXIA



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

AFECCIÓN DE PIEL Y/O MUCOSAS

- URTICARIA GENERALIZADA
- PRURITO
- ERITEMA
- ANGIOEDEMA

ALTERACIÓN DE OTROS ÓRGANOS

- DIFICULTAD RESPIRATORIA
- SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES
- ALTERACIÓN CARDIOVASCULAR
- DISMINUCIÓN DE LA TA

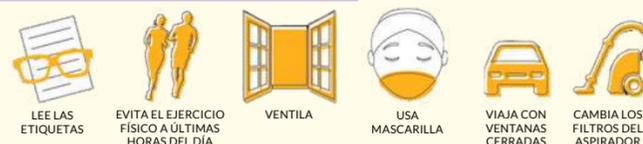
SON LAS MÁS FRECUENTES

TRATAMIENTO

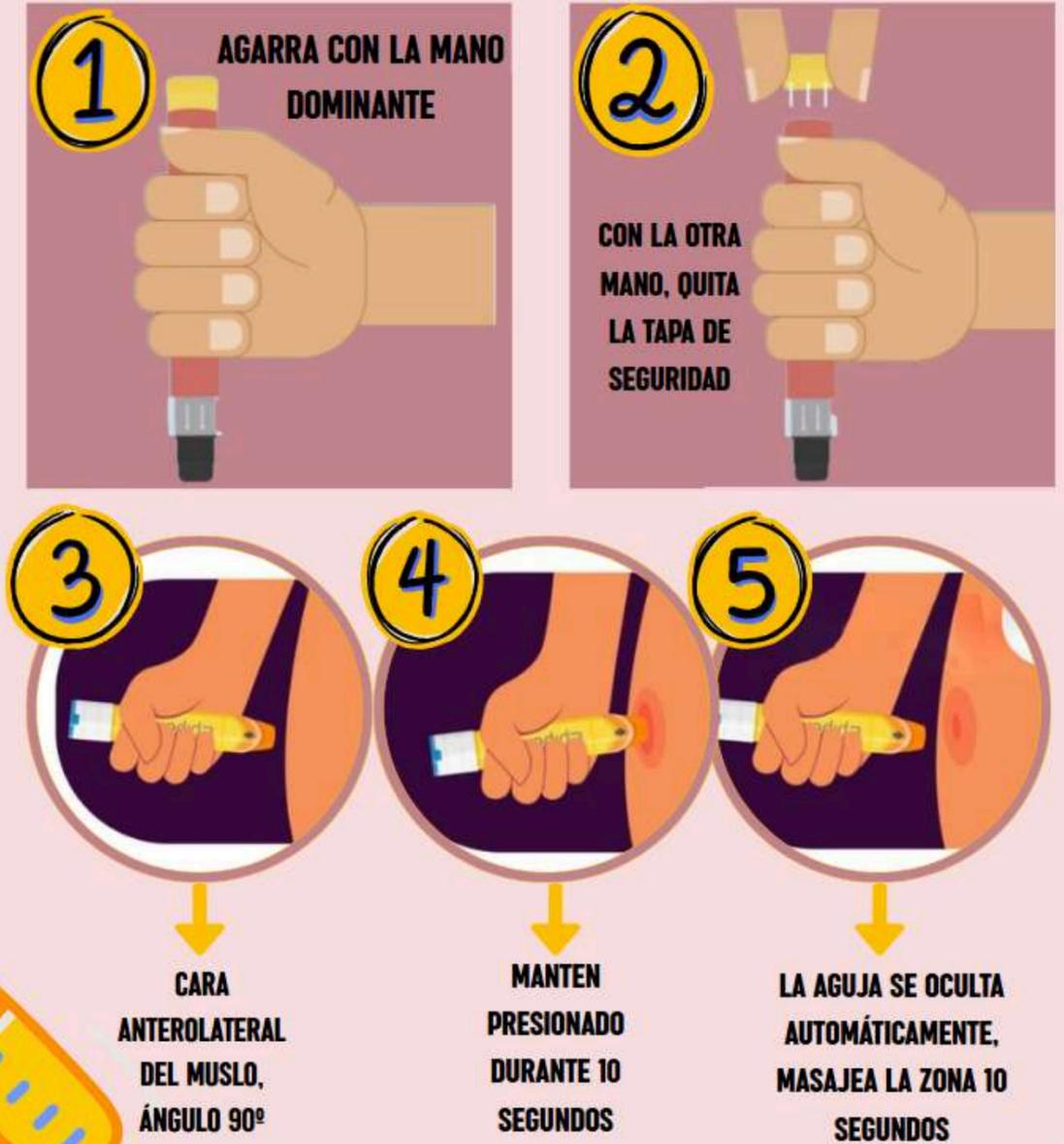


EN LOS CASOS MÁS GRAVES ...

RECOMENDACIONES



PASOS PARA ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE



Bibliografía

- (1) Storch de Gracia Calvo P, Molina Cabañero JC. Anafilaxia en niños. [actualizado el 07/12/2022; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <https://www.guia-abe.es/anexos-anafilaxia>
- (2) Juliá Benito JC, Cortés Rico O. Anafilaxia: casos clínicos. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2016;(26):87-92.
- (3) Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex [Internet]. AEPNAA. [citado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.aepnaa.org/ver/anafilaxia>
- (4) Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin A, Köhli A, Lange L, Spindler T, et al. Anaphylaxis in children and adolescents: The European Anaphylaxis Registry. J Allergy Clin Immunol [Internet]. 2016;137(4):1128-1137.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2015.11.015>
- (5) García MO. Anafilaxia en Urgencias [Internet]. Seup.org. [citado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/7_Anafilaxia_4ed.pdf
- (6) Cruz Basantes BH, Rojas Pérez LA, Rojas Cruz LA, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE, Villagómez Vega MD. Manejo de emergencia de la anafilaxia en pediatría. Cienc. Serv. Salud Nutr. [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 18 de agosto de 2025];13(Ed.Esp.):B_67-79. Disponible en: <https://cssn.esPOCH.edu.ec/index.php/v3/article/view/180>
- (7) Frith K, Smith J, Joshi P, Ford LS, Vale S. Updated anaphylaxis guidelines: management in infants and children. Aust Prescr [Internet]. 2021;44(3):91-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18773/austprescr.2021.016>
- (8) Juliá Benito JC, Álvarez Caro F. Anafilaxia en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:363-80.

Muchas gracias

