

# 28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Asociación  
Andaluza  
de Pediatría  
de Atención  
Primaria

CÓRDOBA

14 y 15 de marzo 2025  
Palacio de Congresos



## ANAFILAXIA CRITERIOS Y MANEJO EXTRAHOSPITALARIO

LAURA JURADO TABARES  
MIR 2. HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA

trabajando con el futuro

28ª Jpap  
Córdoba 14-15 marzo 2025

No existe ningún conflicto de interés



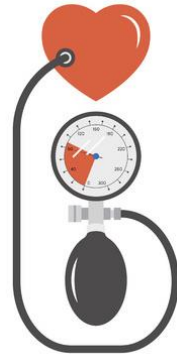
# Definición

La anafilaxia se define como una **reacción de hipersensibilidad sistémica grave de instauración rápida y potencialmente mortal** que cursa con afectación :

CUTÁNEA



CARDIOVASCULAR



RESPIRATORIA



DIGESTIVA



# Definición

La anafilaxia se define como una **reacción de hipersensibilidad sistémica grave de instauración rápida y potencialmente mortal.**  
Suele cursar con afectación

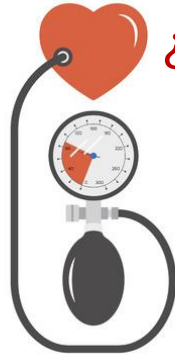
Hasta **2 h** en aparecer

Ausente en un 20%

CUTÁNEA



CARDIOVASCULAR



¿Síncope?

RESPIRATORIA



Broncoespasmo  
Estridor  
Hipoxemia

DIGESTIVA



¿Dolor abdominal?



## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Revisión de los criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia por el Comité de Anafilaxia de la Organización mundial de Alergia (WAO, Anaphylaxis Committee) en 2019.



# CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. 2019

**1. Inicio agudo o aparición súbita de síntomas (minutos u horas) en piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o eritema, edema labial, lingual o de la úvula) y al menos uno de los siguientes:**

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
- Disminución de la tensión arterial o síntomas asociados a disfunción orgánica (hipotonía, colapso, síncope, incontinencia)
- Síntomas gastrointestinales graves (dolor abdominal grave, vómitos repetitivos) especialmente luego de exposición a alérgenos no alimentarios.

**2. Hipotensión\* de instauración aguda o broncoespasmo o afectación laríngea después del contacto con un alérgeno conocido o altamente probable para el paciente (minutos u horas) incluso en ausencia de síntomas cutáneos típicos.**

*\*Valores de hipotensión arterial según edad:*

*Lactantes: TAS < 70 mmHg*

*Niños 1-10 años: TAS < [70 mmHg + (edad x 2)]*

*Niños > 10 años: TAS < 90 mmHg o descenso de 30% en relación con el valor inicial.*

*1-17 años: TAS < 90 mmHg o descenso de 30% en relación con el valor inicial.*

Tomado de Turner et al. World Allergy Organization Journal (2019) 12: 100066

# CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. 2019

Lo más frecuente es que aparezca **entre 5 y 30 min** tras el contacto con el alérgeno. Puede tardar **hasta 2 horas** en aparecer.

La vía de exposición y el tipo alérgeno influyen en la rapidez de la instauración.

El 90% de las anafilaxias cursa con síntomas cutáneos.

Entre **10-20%** tienen una presentación atípica sin síntomas cutáneos  **Difícil diagnóstico.**

Si la forma de presentación se acompaña de hipotensión → SHOCK ANAFILÁCTICO

El **diagnóstico es clínico**. No existen herramientas diagnósticas. Muestras seriadas de **triptasa sérica** como apoyo diagnóstico.



- 1º Muestra tras la estabilización. 30-120 min desde el inicio de la reacción
- 2º Muestra a las 24h

# ETIOLOGÍA

Alimentos	Leche, huevo, frutos secos, pescado, trigo, mariscos, legumbres, semillas
Fármacos	Beta-lactámicos, AINEs, biológicos, vacunas, medios de contraste, quimioterapéuticos, inmunoterapia específica a alérgenos
Veneno de himenópteros	Ápidos, vespídos, Vespula, Vespa
Látex	Guantes, chupetes, juguetes, pañales, globos, catéteres, mascarillas.
Agentes peri-operatorios	Clorhexidina, látex, antibióticos, agentes bloqueantes neuromusculares, opiáceos.
Alfa-gal	Carne de mamíferos
AIEDA y AIE	Ejercicio con alimento (trigo, nueces, legumbres), Tri a 19, LTP.
Inmunoglobulina intravenosa	Por anticuerpos IgG o IgE anti-IgA
Aero alérgenos (raro)	Epitelios, alimentos en aerosol, polen.
SAMC	Primario: Mastocitosis sistémica y SAMM → mutación KIT Secundario Idiopático
Factores físicos	Frío, calor, agua, ejercicio, luz solar, radiación.

*AINEs= antiinflamatorios no esteroideos; AIEDA= Anafilaxia inducida por el ejercicio y dependiente de alimento; AIE= Anafilaxia inducida por ejercicio; SAMC= Síndrome de activación de mastocitos; SAMM= Síndrome de activación monoclonal de mastocitos.*



# ETIOLOGÍA

Alimentos	Leche, huevo, frutos secos, pescado, trigo, mariscos, legumbres, semillas
Farmacos	Beta-lactámicos, AINEs, biológicos, vacunas, medios de contraste, quimioterapéuticos, inmunoterapia específica a alérgenos
Veneno de himenópteros	Ápidos, véspidos, Vespula, Vespa
Látex	Guantes, chupetes, juguetes, pañales, globos, catéteres, mascarillas.
Agentes peri-operatorios	Clorhexidina, látex, antibióticos, agentes bloqueantes neuromusculares, opiáceos.

⚠ En un 6.5%-35% de los episodios de anafilaxia no se identifica causa → Anafilaxia Idiopática

En estos casos es importante descartar una **patología mastocitaria** o una **alfa-triptasemia hereditaria**.

Aeroalérgenos (raro)	Españeros, alimentos en aerosol, polen.
SAMC	Primario: Mastocitosis sistémica y SAMM → mutación KIT Secundario Idiopático

Factores físicos Frío, calor, agua, ejercicio, luz solar, radiación.

AINEs= antiinflamatorios no esteroideos; AIEDA= Anafilaxia inducida por el ejercicio y dependiente de alimento; AIE= Anafilaxia inducida por ejercicio; SAMC= Síndrome de activación de mastocitos; SAMM= Síndrome de activación monoclonal de mastocitos.



## ¿ En cuál de las siguientes situaciones no sospecharía un diagnóstico de anafilaxia?

1. Niña de 6 años que tras la ingesta de frutos secos variados comienza con exantema maculo papular generalizado y dificultad respiratoria aunque la madre refiere que ya había tomado frutos secos previamente.
2. Lactante de 12 meses con antecedente de APLV que presenta desde hace 20 minutos dificultad respiratoria y varios vómitos.
3. Niño de 4 años que tras la administración de ibuprofeno oral por fiebre de 38.5º comienza con edema labial inferior y edema de úvula.
4. Niño de 10 años que a los 15 minutos tras la administración de su primera dosis de inmunoterapia frente a alternaria presenta síncope y exantema en cara, tronco y MMSS.



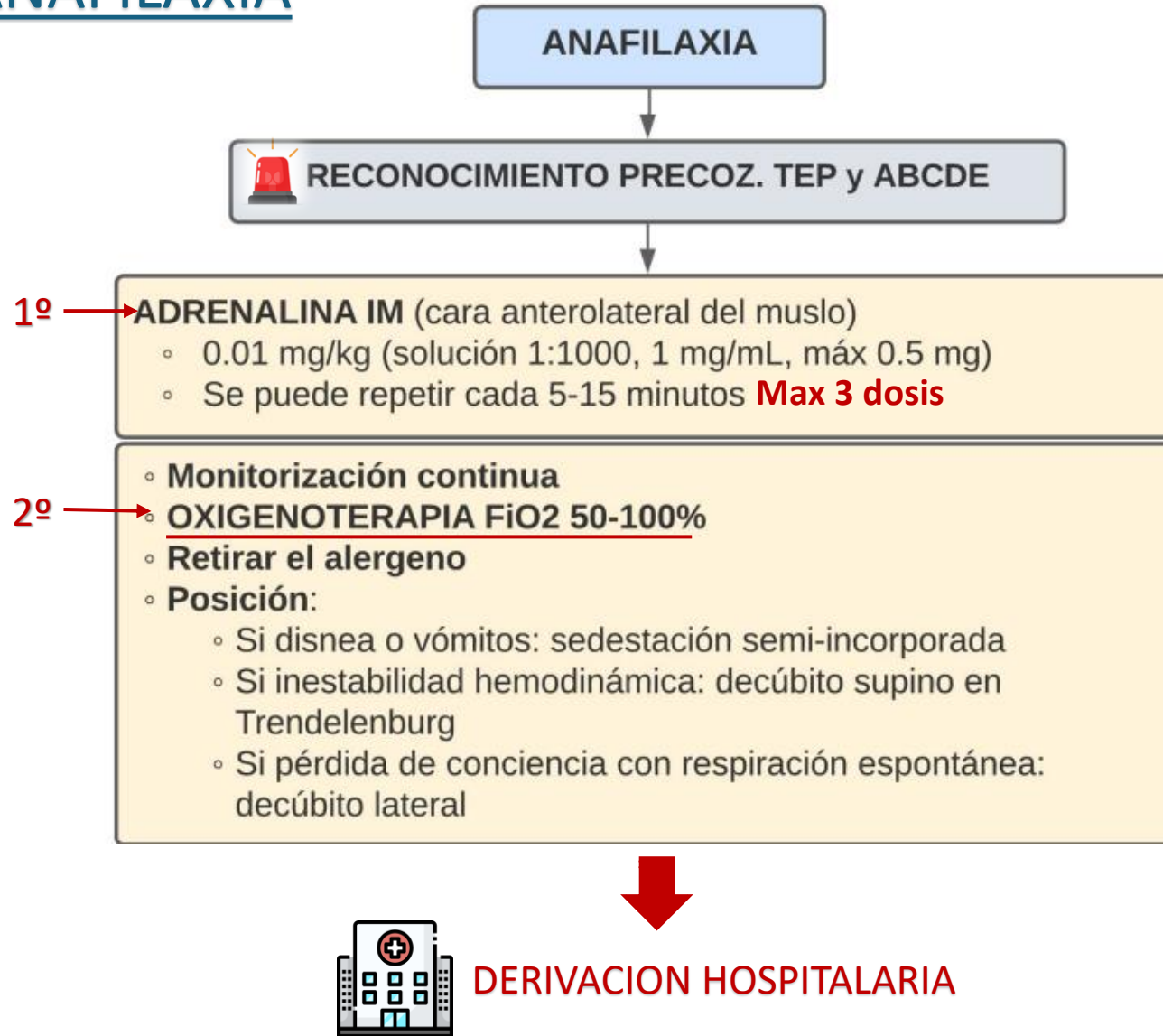
## ¿ En cuál de las siguientes situaciones no sospecharía un diagnóstico de anafilaxia?

1. Niña de 6 años que tras la ingesta de frutos secos variados comienza con exantema maculo papular generalizado y dificultad respiratoria aunque la madre refiere que ya había tomado frutos secos previamente.
2. Lactante de 12 meses con antecedente de APLV que presenta desde hace 30 minutos dificultad respiratoria y varios vómitos.
3. Niño de 4 años que tras la administración de ibuprofeno oral por fiebre de 38.5º comienza con edema labial inferior y ligero edema de úvula.
4. Niño de 10 años que a los 15 minutos tras la administración de su primera dosis de inmunoterapia frente a alternaria presenta síncope y exantema en cara, tronco y MMSS.



# MANEJO DE ANAFILAXIA

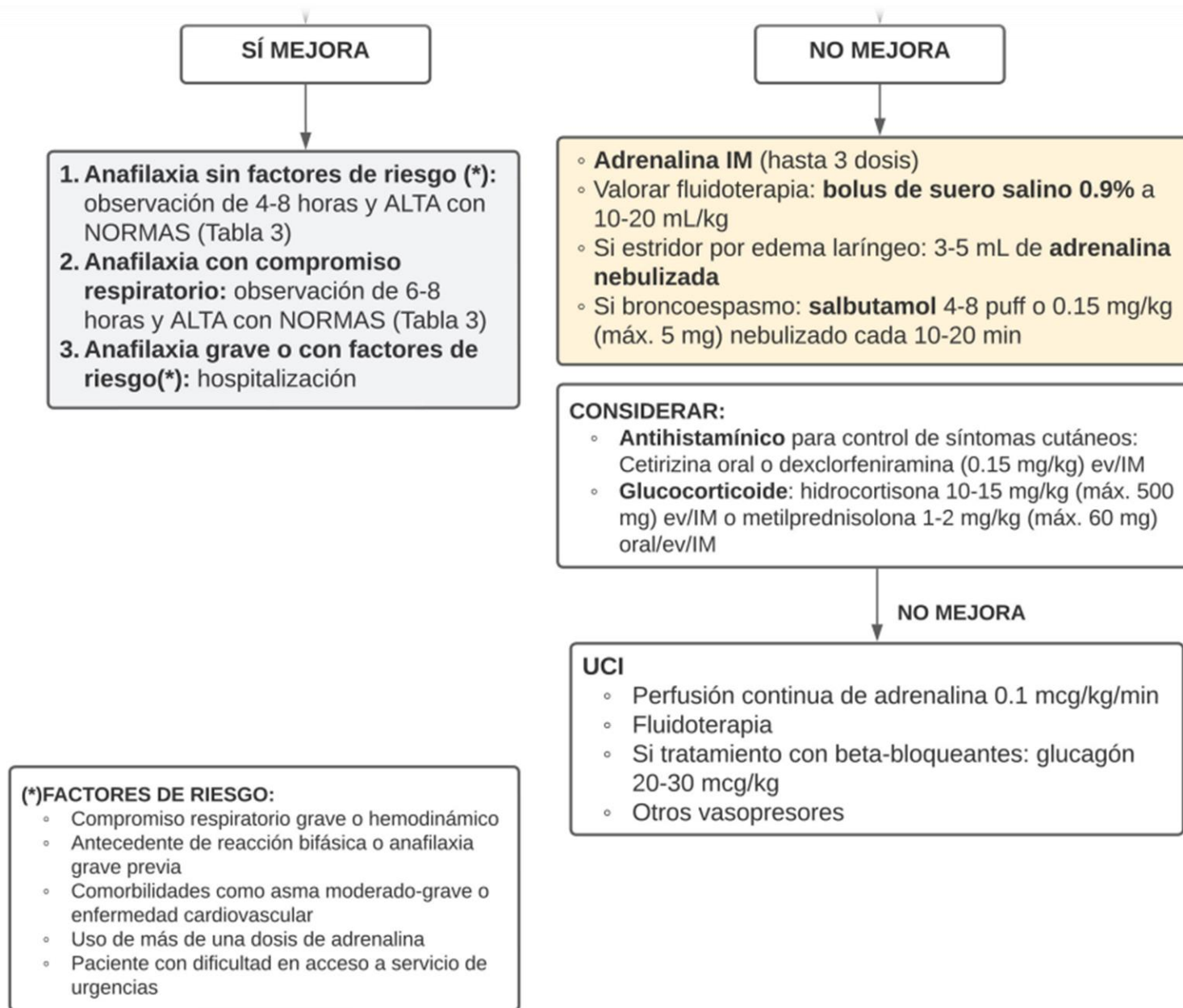
# MANEJO DE ANAFILAXIA



**Dispositivos autoinyectables:**  
-150 mcg → 7-25 kg  
-300 mcg → 20-60 kg



# MANEJO DE ANAFILAXIA





**Acude a la consulta un niño de 12 meses que, mientras que la madre le daba de comer una tortilla en el restaurante justo en frente del centro de salud, comienza con exantema generalizado, estridor y vómitos. ¿Qué haría?**

1. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina subcutánea y colocar en sedestación.
2. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular y colocar en decúbito lateral.
3. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular y colocar en sedestación.
4. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular, oxigenoterapia y colocar en sedestación.



Acude a la consulta un niño de 12 meses que, mientras que la madre le daba de comer una tortilla en el restaurante justo en frente del centro de salud, comienza con exantema generalizado, estridor y vómitos. ¿Qué haría?

1. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina subcutánea y colocar en sedestación.
2. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular y colocar en decúbito lateral.
3. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular y colocar en sedestación.
4. Retirar los restos de tortilla de la boca. Administrar adrenalina intramuscular, oxigenoterapia y colocar en sedestación.

# MANEJO DE ANAFILAXIA

## RECOMENDACIONES PARA PACIENTE Y FAMILIARES



Informar sobre el reconocimiento de los síntomas de una anafilaxia.

Aconsejar acudir de nuevo a urgencias si se reinician los síntomas.

Prescribir medicación de rescate: adrenalina autoinyectable y adiestramiento en el uso de la medicación al paciente (según edad), familiares y cuidadores.

- En pacientes de 7-5 -25 kg 150 microgramos
- En pacientes de >25 kg-60kg 300 microgramos
- En pacientes >60 kg 300- 500 microgramos

Dar normas de evitación del agente desencadenante o sospechoso por escrito.

Plan de acción personalizado escrito sobre cómo actuar en caso de anafilaxia.

Derivar al alergólogo de referencia para estudio y seguimiento.

Hacer constar en historia clínica el antecedente de alergia y riesgo de anafilaxia



## ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el manejo de la anafilaxia considera falsa?

1. La anafilaxia puede ser mortal. Es importante reconocerla precozmente y no demorar la administración de adrenalina intramuscular ni el manejo de la vía aérea administrando oxigenoterapia si fuese necesario.
2. Puede cursar con ausencia de síntomas cutáneos, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico.
3. La administración de antihistamínico y/o corticoide ayuda al control de la sintomatología pero no son el tratamiento inicial sino un tratamiento coadyuvante.
4. Es importante informar al niño y la familia sobre como reconocer los síntomas y cómo actuar en caso de anafilaxia.





## CONCLUSIONES

La anafilaxia puede ser mortal. Es importante reconocerla precozmente y no demorar la administración de adrenalina intramuscular ni el manejo de la vía aérea administrando oxigenoterapia si fuese necesario.

Puede cursar con ausencia de síntomas cutáneos, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico.

La administración de antihistamínico y/o corticoide ayuda al control de la sintomatología pero no son el tratamiento inicial sino un tratamiento coadyuvante.

Es importante informar al niño y la familia sobre como reconocer los síntomas y cómo actuar en caso de anafilaxia.

# 28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Asociación  
Andaluza  
de Pediatría  
de Atención  
Primaria

## CÓRDOBA

14 y 15 de marzo 2025  
*Palacio de Congresos*



# MUCHAS GRACIAS



28ª Jpap  
Córdoba 14-15 marzo 2025