

Infografía

Aproximación al diagnóstico y manejo de la anafilaxia en pediatría

Ainhoa Molina Díaz^{a*}

^a Enfermera. Máster de Enfermería en Cuidados Críticos y Urgencias.

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es una reacción alérgica de rápida instauración que afecta a dos o más órganos. Su prevalencia es desconocida, aunque hay una tendencia creciente en menores de 3-4 años y adolescentes. Los agentes etiológicos más importantes por edades son los alimentos (leche, huevo, pescado y frutos secos), seguidos de las picaduras por heminópteros y los fármacos (betalactámicos). Entre los factores de riesgo destacan ser lactante (por la dificultad en su diagnóstico) y presencia de enfermedades concomitantes (asma y mastocitosis sistémica).

OBJETIVO

El objetivo es sintetizar la evidencia actual sobre el reconocimiento y actuación en la anafilaxia pediátrica.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica plasmando la información principal en una infografía. Para ello se empleó el software Illustrator Cs6 v.16.0.4.

RESULTADOS

La clínica se instaura generalmente tras el contacto o las primeras horas. Las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes, aunque pueden estar ausentes en casos severos. El retraso en su reconocimiento empeora el pronóstico. Los signos de alarma son: distrés respiratorio, vómitos persistentes,

hipotensión, arritmias y disminución de la conciencia.

Para el abordaje inicial se deben emplear las herramientas de valoración ABCDE y TEP. El tratamiento se basa en tres líneas:

- Primera: Adrenalina (intramuscular de elección) y monitorización.
- Segunda: Retirada del alérgeno, asegurar vía aérea, oxígeno, cristaloides, broncodilatadores (si persiste dificultad respiratoria).
- Tercera: Antihistamínicos H1 y H2, corticoides, vasopresores (si persiste inestabilidad hemodinámica).
- Tras la fase inicial el paciente permanecerá en bajo observación hospitalaria 6-8 horas dado que hasta el 20% presentan reacciones bifásicas con recurrencia del cuadro inicial. Al alta se instruirá a los padres y al paciente en el uso de adrenalina autoinyectable.

CONCLUSIONES

Se trata de una reacción infradiagnosticada que precisa de una pronta y agresiva actuación para evitar su progresión a PCR. La adrenalina se establece como el tratamiento primordial y de primera elección.

BIBLIOGRAFÍA

Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica. Manual de anafilaxia pediátrica. SEICAP; 2017.
Echeverría Zudaire LA, del Olmo de la Lama MR, Santana Rodríguez C. Anafilaxia en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:63-80.

* amolid02@estudiantes.unileon.es

Ortopedia Técnica-Comercial
Suministros Médico-Hospitalarios
Sección Mastectomía
Soluciones Profesionales en Ortopedia Técnica



centro ortopédico JOSÉ AGUADO

Avda. Jose Aguado, 32
24005 León
c.o.joseaguado@hotmail.com
987 204 953

¿Qué es la ANAFILAXIA?

REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD SISTÉMICA, POTENCIALMENTE FATAL, QUE AFECTA A **DOS O MÁS** ÓRGANOS O SISTEMAS.



ETIOLOGÍA



FRECUENTES EN PEDIATRÍA



ALIMENTOS



PICADURAS HEMINÓPTEROS



FÁRMACOS



LÁTEX



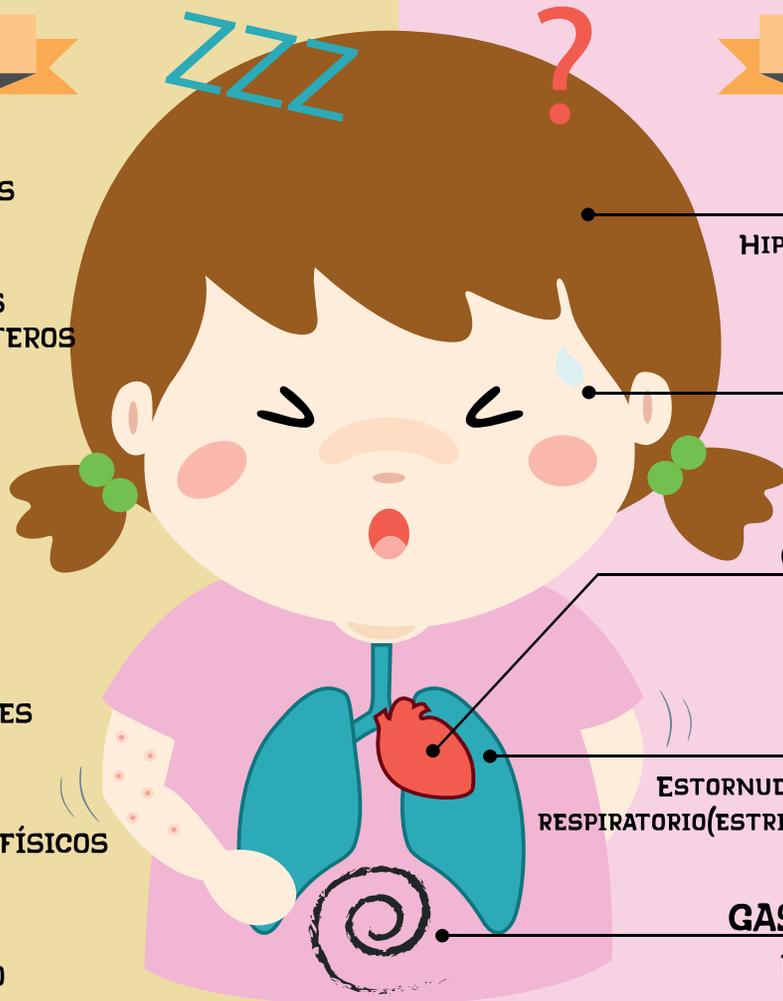
INHALANTES



FACTORES FÍSICOS



IDIOPÁTICO



CLÍNICA

NEUROLÓGICA

HIPOTONÍA, MAREO, CONFUSIÓN, DISMINUCIÓN CONCIENCIA

CUTÁNEA

PRÚRITO, CALOR, URTICARIA, ANGIOEDEMA

CARDIOVASCULAR

HIPOTENSIÓN, SÍNCOPE, TQ, BQ, DOLOR TORÁCICO.

RESPIRATORIA

ESTORNUDOS, RONQUERA, TOS, DISTRÉS RESPIRATORIO (ESTRIDOR, SIBILANCIAS, CIANOSIS).

GASTROINTESTINAL

NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA, DOLOR TIPO CÓLICO.

Evaluación **iABCDE!**

TRATAMIENTO

Tiempo inicio **0-2 HORAS**

FÁRMACOS

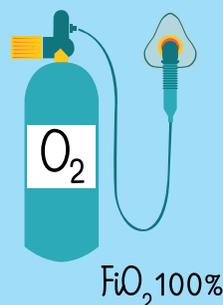
ADRENALINA
IM (1:1000) 0.01mg/Kg c/ 5-15' MÁX. 0.5MG
IV SI NO HAY RESPUESTA IM

ANTI H1 (DEXCLORFENIRAMINA)
ANTI H2 (RANITIDINA)
IM
IV } 0.15MG/Kg MÁX. 5MG, LENTO

CORTICOIDES (HIDROCORTISONA)
IM
IV } 10-15MG/Kg MÁX. 500MG, LENTO

AGONISTAS B ADRENÉRGICOS (SALBUTAMOL)
INH. 4-8 PFF c/ 10-20' NEBULIZADO

OXÍGENO



FiO₂ 100%

FLUIDOS



Cristaloides
20ml/Kg

SF
0,9%

MONITORIZAR



SI EMPEORAMIENTO PROGRESIVO, RIESGO DE

