



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



# ALERGOLOGÍA

*Coordinadora: Paula Crespo Moreira*

<b>ALERGOLOGÍA .....</b>	<b>1</b>
301 – ANAFILAXIA Y SHOCK ANAFILÁCTICO .....	2
302 – URTICARIA Y ANGIOEDEMA .....	7

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-39484-5

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

## 301 – ANAFILAXIA Y SHOCK ANAFILÁCTICO

Navarro Sánchez, Cristina  
Cadenas Benítez, Noelia M<sup>a</sup>  
Rodríguez Cejudo, Ana Belén

### DEFINICIÓN

**Anafilaxia:** Reacción grave de hipersensibilidad, de instauración rápida (minutos u horas) que afecta a varios sistemas y es potencialmente mortal.

**Shock anafiláctico:** anafilaxia asociada a hipotensión.

### ETIOLOGÍA

**Alimentos:** huevo, pescado, frutos secos, leche, legumbres.

**Picadura de insectos:** himenópteros.

**Fármacos:** betalactámicos, AINES, contraste radiológico, fármacos biológicos, quimioterápicos, hemoderivados.

**Látex:** globos, guantes, chupetes, colchonetas (especialmente frecuentes en pacientes con espina bífida y sometidos a múltiples cirugías).

**Inhalantes:** pólenes, epitelio animal.

**Factores físicos:** ejercicio físico, calor, frío, radiación solar.

**Cofactores que pueden inducir anafilaxia:** ejercicio físico, fármacos, alcohol, infecciones, estrés, viajes, salir de la rutina, menstruación.

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Debe cumplir al menos uno de los siguientes supuestos:

SUPUESTO 1	SUPUESTO 2	SUPUESTO 3
Inicio agudo (minutos/horas) de clínica cutánea y/o mucosa + afectación respiratoria y/o circulatoria.	Tras exposición a alérgeno probable, aparición de afectación de dos o más de los siguientes sistemas: cutáneo-mucoso, digestivo, respiratorio o circulatorio.	Disminución de la tensión arterial en minutos/pocas horas, tras exposición a alérgeno conocido para el paciente. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactantes: TAS &lt; 70 mmHg</li> <li>- Niños 1-10 años: TAS &lt; 70 mmHg + (edad años x 2)</li> <li>- Niños &gt; 10 años: TAS &lt; 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basal.</li> </ul>

## CLÍNICA

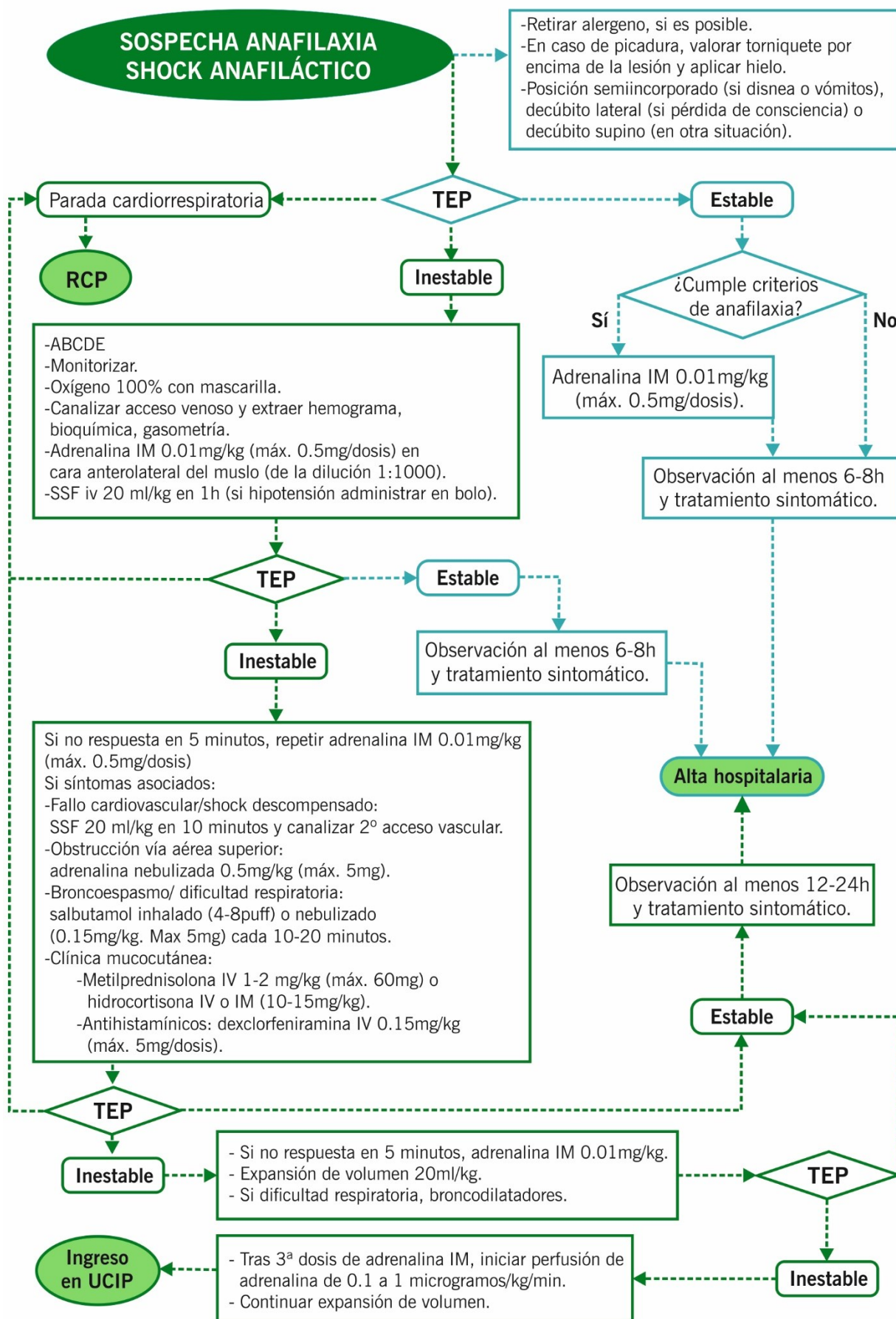
Por aparatos y sistemas:

PIEL Y MUCOSAS	RESPIRATORIA	DIGESTIVA	CARDIOVASCULAR	NEUROLÓGICA
Habones	Disnea	Dolor abdominal	Hipotensión	Hipotonía
Exantema	Sibilancias	Vómitos	Hipoperfusión periférica	Decaimiento
Angioedema	Estridor	Diarrea	Taquicardia	Sensación de muerte inminente
Prurito	Hipoxemia		Síncope	Ansiedad
Urticaria	Congestión nasal			Mareo
				Confusión

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No son imprescindibles. Si es posible, extraer:

Gasometría venosa urgente	Analítica (hemograma y bioquímica)	Triptasa sérica
Valoración hemodinámica.	Descartar otros cuadros con clínica similar.	<p>Útil para confirmar diagnóstico. Se aconsejan 3 muestras seriadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ª tras instaurar tratamiento</li> <li>- 2ª alrededor de 2h desde comienzo de clínica.</li> <li>- 3ª a partir de las 24h (nivel basal del paciente).</li> </ul> <p>(Recogerse en tubo de suero de bioquímica general. Alta estabilidad, se puede conservar en frigorífico).</p>





## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Informar signos y síntomas a vigilar al alta. Acudir a urgencias si reinicio de los síntomas.
- Si alérgeno conocido, evitar al máximo el contacto.
- Prescripción de adrenalina IM e instrucción en la administración de la misma:
  - En  $> 25\text{kg}$ : 0.3 mg
  - Entre 10 y 25 kg: 0.15 mg.
  - En  $< 10\text{kg}$ : valorar individualmente junto con alergología riesgo/beneficio, puesto que no existen autoinyectores de menos de 0.15mg.
- Ante nuevo episodio de anafilaxia, administrar adrenalina IM en cara anterior del muslo y acudir a centro médico para valoración.
- Si persiste clínica cutánea:
  - Prednisona 1-2mg/kg/día durante 3-5 días.
  - Antihistamínicos si prurito.
- Derivación a Alergología ante primer episodio de anafilaxia.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Cardona V et al. Clinical Practice Guide for Anaphylaxis in Latin America (Galaxia-Latam). Rev Alerg Mex. 2019; 66 Suppl 2:1-39.
2. Cardona V et al. Guía de actuación en Anafilaxia: GALAXIA 2016. Fundación SEAIC. Esmon Publicidad, S.A; 2016.
3. Fustiñana AL et al. Reconocimiento y manejo de la Anafilaxia en pediatría. 2º Ed. Revista chilena de pediatría. Editorial médica Panamericana. 2019
4. García Nardiz C et al. Shock. En: Guerrero J et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6º Ed. Editorial médica Panamericana. 2017. p 21-32.
5. Juliá Benito JC et al. Manual de anafilaxia pediátrica. SEICAP. 1ª Ed; 2017.
6. Martínez López, AL et al. Anafilaxia. En: Benito Fernández FJ et al. Urgencias Pediátricas. 2ª Ed. Editorial médica Panamericana. 2019. p 341-346.

## 302 – URTICARIA Y ANGIOEDEMA

*Crespo Moreira, Paula  
Bejarano Rojas, José Antonio  
Ortiz Cantero, Elena*

### DEFINICIÓN. CONCEPTOS

#### Urticaria:

- Característico habón pruriginoso, con o sin angioedema.
- Puede ser el primer síntoma de una anafilaxia.

#### Habón:

- Pápula central, rodeada de halo eritematoso, pruriginosa.
- Fugaz, <24h. Sin lesión residual.

#### Angioedema:

- Edema de hipodermis, más doloroso, que pruriginoso.
- Resolución lenta, hasta 72 h.

#### Urticaria aguda:

- Duración < 6 semanas.
- Más frecuente en niños las infecciones, alimentos, medicamentos, látex, insectos...

#### Urticaria crónica:

- Duración > 6 semanas.

#### Angioedema sin urticaria:

- Lo más frecuente IgE mediado (alimentos, medicamentos...).
- Puede ser también por déficit de complemento: angioedema hereditario o déficit de C1 inhibidor adquirido.

#### CLÍNICA

- Presencia de síntomas asociados, lo más frecuente respiratorios y digestivos. Valorar si cumple criterios de anafilaxia.
- Característica de la lesión y tiempo de duración. Si la lesión característica es un habón. Relación causa-efecto (alimentos, fármacos, látex...).
- Exploración física: TEP, constantes vitales (FC, FR, Sat O2 y TA). Exploración por aparatos y sistemas, con especial atención a los signos asociados que hagan sospechar anafilaxia.

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No son necesarias pruebas complementarias urgentes en la mayoría de las situaciones.



## TRATAMIENTOS URTICARIA Y ANGIOEDEMA

- Evitar el desencadenante si se conoce.
- Antihistamínicos de segunda generación de elección: de primera elección por no presentar efecto sedante.

Cetirizina v.o.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2a-6a: 2,5 mg/12h.</li> <li>- 6-12a: 5 mg/12h.</li> <li>- &gt;12a: 10 mg/24h.</li> </ul>
Loratadina v.o.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2-5a o &lt;30 Kgs: 5mg/24 h.</li> <li>- &gt;30 kgs : 10 mg/24h.</li> </ul>
Desloratadina v.o.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-5a: 1,25 mg/24h.</li> <li>- 6-11a: 2,5 mg/24h.</li> <li>- &gt;11a: 5mg/24h.</li> </ul>

- Antihistamínicos de primera generación: de segunda elección, reservados para cuando se busca un efecto sedante.

Hidroxicina v.o.	>1a: 1-2mg/Kg/día, en dos-tres dosis (máximo 25 mg dosis).
Dexclorfeniramina v.o.	>2a: 0,15-0,2 mg/Kg/día (en 3-4 dosis). Máximo 20 mg/día.
Ketotifeno v.o.	>6m: 0,05 mg/Kg/12h.

- Corticoesteroides: prednisolona 1-2 mg/Kg/día, en dosis única diaria, máximo 60 mg y vo, durante 3-5 días. Si se sospecha:
- Riesgo de anafilaxia (tras adrenalina y vía oral, en caso de paciente estable).
- Urticaria que se acompaña de angioedema moderado-grave.
- Urticaria y/o angioedema que no responden a antihistamínicos (valorar doblar la dosis de antihistamínico de segunda generación)..



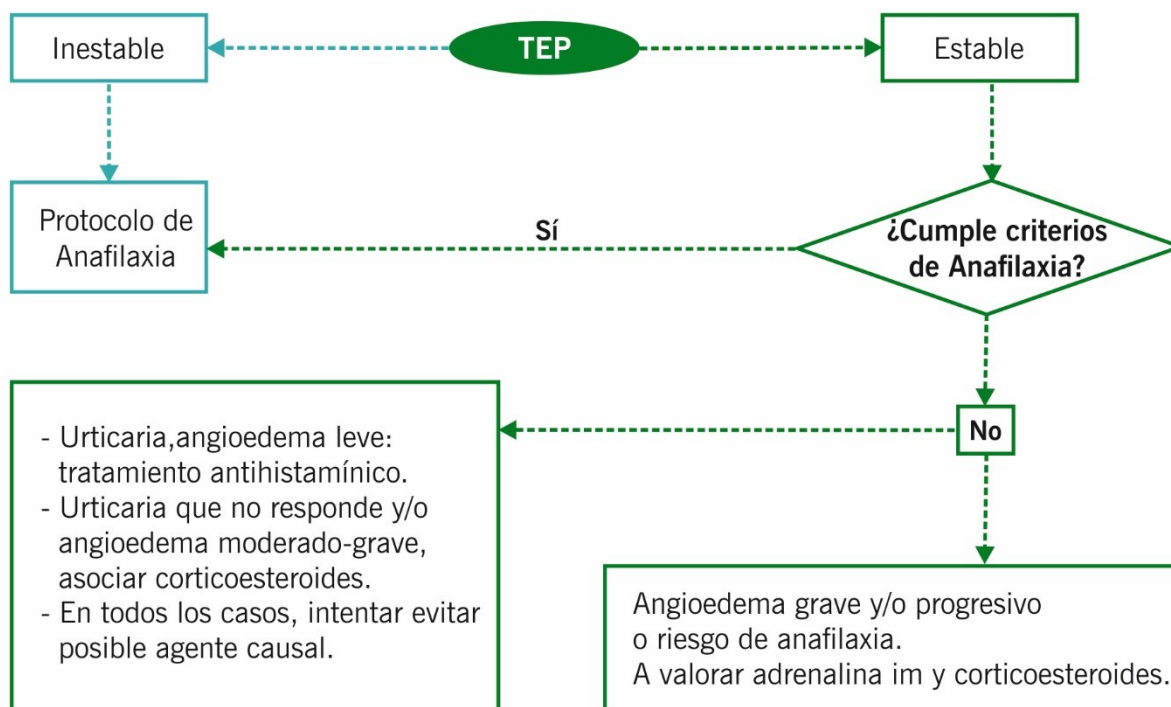


## TRATAMIENTO DE ANGIOEDEMA POR DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR

- Pensar en él, en angioedema sin urticaria y con escasa respuesta a antihistamínicos, corticoides y adrenalina.
- Hay que controlar los episodios agudos y la profilaxis preoperatoria.
- El tratamiento de elección del ataque agudo debe ser lo más precoz posible, administración intravenosa de 20 U/Kg de concentrado de C1 inhibidor purificado (Berinert®).
- Existe otro C1 inhibidor, también intravenoso, de administración ambulatoria por el propio paciente (Cinryze®).
- Si no hay disponible C1 inhibidor, se puede administrar plasma fresco, 10-15 cc/Kg. Uso controvertido, porque además de C1 inhibidor, contiene precipitantes del angioedema, que podrían exacerbar la clínica.
- Otra posibilidad terapéutica: inhibidores de la calicreína (Ecallantide®) y antagonistas de la bradiquinina, Icatibant (Firazyr®). Ambos por vía subcutánea. Especialmente útil este último para tratar ataques agudos en domicilio.
- Estos pacientes requieren vigilancia intensiva, tratamiento sintomático del dolor abdominal, reposición de líquidos intravenosos e intubación o traqueostomía en caso de edema glótico amenazante.
- La profilaxis preoperatoria o a corto plazo, se realiza administrando C1 inhibidor purificado una hora antes de la intervención, pudiendo ser útil también plasma fresco.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE ALERGOLOGÍA PEDIÁTRICA

- Sospecha de alergia alimentaria.
- Sospecha de alergia a medicamentos o a látex.
- Urticaria crónica.
- Angioedema sin urticaria.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 Revision and update. *Allergy* 2018;73:1393-414.
2. Xu YY, Buyantseva LV, Agarwal NS, Olivieri K, Zhi YX, Craig TJ. Update on treatment of hereditary angioedema. *Clin Exp Allergy* 2013;43:395-405.
3. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui J, Balardini I, Berstein JA, Canonica GW et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J* 2012;5:125-47.
4. Marrouche N, Grattan C. Childhood urticaria. *Curr Opin Clin Immunol*. 2012 ;12: 485-90.
5. Church MK, Weller K, Stock P, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria in children: itching for insight. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22:1-8.