



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**

TEMA:

**Caracterización clínica de pacientes pediátricos con
anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert
Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025**

AUTOR:

Mendieta Maza, Víctor Daniel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

TUTOR:

Pazmiño Arroba, Jimmy Ricardo

Guayaquil, Ecuador

12 de junio del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Mendieta Maza, Víctor Daniel**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Pediatría**.

TUTOR (A)

f. _____
Pazmiño Arroba, Jimmy Ricardo

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____
Vinces Balanzategui, Linna Betzabeth

Guayaquil, 12 de junio del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mendieta Maza, Víctor Daniel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025”**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 12 de junio del 2026

EL AUTOR

f. _____
Mendieta Maza, Víctor Daniel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
AUTORIZACIÓN

Yo, **Mendieta Maza, Víctor Daniel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de junio del 2026

EL AUTOR:

f. _____
Mendieta Maza, Víctor Daniel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

TRABAJO DE TITULACIÓN: Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025

ID : 4e0b08b937de34c2a04d40f9b212b4383ebd73fb



4%

Textos
sospechosos

Nombre del fichero : Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025.txt
Tamaño del archivo original : 1,33 MB
Número de palabras : 22.471
Número de caracteres : 150651

Depositante : Daniel Mendieta Maza
Autor : Daniel Mendieta Maza
Fecha de depósito : 10 de junio de 2026
Tipo de carga : url_submission
fecha de fin de análisis : 11 de junio de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



AGRADECIMIENTO

A mis padres, hermanos y familia, por ser el pilar fundamental de mi vida, por su amor incondicional y por los sacrificios realizados para que hoy pueda alcanzar esta meta.

A mis compadres y amigos, por su amistad sincera, su lealtad y por compartir conmigo la alegría de este logro profesional.

A mis docentes, por compartir su sabiduría con generosidad, por su guía académica y por formarme no solo como profesional, sino con el criterio y la ética necesarios para ejercer esta noble profesión.

A mi tutora Dra. Jessica Proaño y compañeros de la Guardia 4, por los días que estudiábamos y aprendíamos juntos, por las noches de desvelo, por el trabajo en equipo y por convertirse en mi segunda familia durante el tiempo de formación. Gracias por las enseñanzas compartidas en cada turno y por hacer el camino más llevadero con su compañerismo.

A todo el personal que forma parte del equipo de trabajo del hospital Roberto Gilbert Elizalde, cuyo esfuerzo diario hace posible el funcionamiento de este lugar de formación de muchos profesionales médicos y quienes me brindaron un ambiente de aprendizaje humano y colaborativo.

Finalmente, extendiendo mi gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra manera, formaron parte de mi camino. Aunque no todos los nombres aparezcan en estas líneas, su apoyo, sus palabras de aliento y su fe en mí han quedado grabados en mi corazón y en cada página de este logro.

Gracias a todos.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada etapa de este camino. Por concederme la salud, la sabiduría y la perseverancia necesarias para superar los obstáculos y permitirme ver cumplido este gran propósito de vida.

A mis padres, hermanos y familia en general, quienes, con su amor infinito, sacrificios y consejos sembraron en mí la semilla de la superación. Este título es el fruto de su entrega y el mayor regalo que puedo ofrecerles en honor a todo lo que me han dado.

Y a todas aquellas personas que creyeron en mí, que, con un gesto, una palabra de aliento o su confianza depositaron en mí la seguridad de que podía lograrlo. Su fe en mis capacidades fue el impulso final para alcanzar esta meta.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
MARCO TEORICO	7
DEFINICIÓN.	7
EPIDEMIOLOGÍA.....	7
ETIOLOGÍA.....	8
FACTORES DE RIESGO.....	9
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	9
DIAGNÓSTICO.....	11
TRATAMIENTO.	13
SEGUIMIENTO.....	16
DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
Población	18
Materiales y métodos:	18
Criterios de Inclusión:.....	18
Criterios de Exclusión:.....	18
Diseño del estudio y sujeto	18
Método de muestreo y recolección de datos:	18
Operacionalización de variables	20
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN.....	34

CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características en dependencia al género y grupo etario.....	24
Tabla 2: Antecedentes de comorbilidades.	25
Tabla 3: Antecedentes de alergia y su agente causal.	26
Tabla 4: Características Clínicas.	28
Tabla 5: Clasificación de la Anafilaxia según escenario clínico del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergias Alimentarias y Anafilaxia (FAAN) de Estados Unidos.....	30
Tabla 6: Tratamiento realizado.	31
Tabla 7: Tiempo de hospitalización y seguimiento ambulatorio.	33

RESUMEN

Introducción: La anafilaxia es la manifestación alérgica sistémica más grave en pediatría, cuya caracterización clínica es fundamental para optimizar el diagnóstico y manejo oportuno. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de anafilaxia. **Resultados:** Se incluyó un total de 80 pacientes, en un periodo de 13 años de estudio, con prevalencia de sexo masculino 65% (n=52) y edad escolar 3% (n=31), con un promedio de 10 años. Los fármacos fueron el principal agente etiológico con el 53% (n=43), seguidos por los alimentos con el 29% (n=23). Las comorbilidades predominantes fueron rinitis alérgica (37%;n=18) y asma (23%; n=11). Clínicamente, los sistemas más afectados fueron el dermatológico (96%;n=77: angioedema 36%), respiratorio (81%;n=65: disnea 52%), digestivo (36%;n=29: vómito 39%) y cardiovascular (34%;n=27: taquicardia 49%). La adrenalina fue el tratamiento de elección 90% (n=72), complementado con corticoides 65% (n=52) y antihistamínicos 88% (n=70); sin embargo, el uso del auto inyector de epinefrina fue casi nulo (solo 1 caso), evidenciando una brecha en el conocimiento de cuidadores. El tiempo de observación superó las 6 horas 88% (n=70), con un promedio de 18 horas y con una estancia hospitalaria de 1 a 2 días 84% (n=67). Finalmente, se identificó una baja tasa de seguimiento por la especialidad de Alergología tras el alta con el 40% (n=32). **Conclusiones:** La anafilaxia en esta población es causada principalmente por fármacos y afecta mayormente a varones escolares. Existe una necesidad crítica de mejorar la educación sanitaria sobre el uso de dispositivos de epinefrina y fortalecer el sistema de referencia a consulta externa especializada para prevenir recurrencias.

Palabras Claves: Anafilaxia, Pediatría, Epinefrina, Alérgenos, *reacción alérgica aguda*.

ABSTRACT

Introduction: Anaphylaxis is the most severe systemic allergic manifestation in pediatrics, and its clinical characterization is fundamental for optimizing diagnosis and timely management. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study based on a review of the medical records of patients under 18 years of age diagnosed with anaphylaxis.

Results: A total of 80 patients were included over a 13-year study period. The prevalence was male (65%, n=52) and school-aged (3%, n=31), with an average age of 10 years. Medications were the main etiological agent at 53% (n=43), followed by food at 29% (n=23). The predominant comorbidities were allergic rhinitis (37%, n=18) and asthma (23%, n=11). Clinically, the most affected systems were the dermatological (96%; n=77: angioedema 36%), respiratory (81%; n=65: dyspnea 52%), digestive (36%; n=29: vomiting 39%), and cardiovascular (34%; n=27: tachycardia 49%). Adrenaline was the treatment of choice in 90% (n=72) of cases, supplemented with corticosteroids in 65% (n=52) and antihistamines in 88% (n=70). However, the use of epinephrine auto-injectors was almost nonexistent (only 1 case), highlighting a gap in caregivers' knowledge. The observation period exceeded 6 hours in 88% (n=70) of cases, with an average of 18 hours, and a hospital stay of 1 to 2 days in 84% (n=67). Finally, a low follow-up rate by the Allergy specialty after discharge was identified, at 40% (n=32).

Conclusions: Anaphylaxis in this population is mainly caused by medications and primarily affects school-aged boys. There is a critical need to improve health education regarding the use of epinephrine auto-injectors and to strengthen the referral system to specialized outpatient care to prevent recurrences.

Keywords: Anaphylaxis, Pediatrics, Epinephrine, Allergens, Acute allergic reaction.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **AINE:** antiinflamatorio no esteroideo
- **AIE:** anafilaxia inducida por el ejercicio
- **FAAN:** food allergy and anaphylaxis network.
- **IECA:** inhibidores de enzima convertidora de angiotensina.
- **NIAID:** national institute of allergy and infectious diseases.
- **PAS:** presión arterial sistólica.
- **TEP:** triángulo de evaluación pediátrica.
- **WAO:** world allergy organization.

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es una reacción aguda multisistémica grave secundaria a la exposición a un desencadenante que puede ser letal. La literatura científica establece que los agentes etiológicos varían según el grupo etario y localización geográfica, consolidando a los alimentos como el principal desencadenante en la población pediátrica. No existen signos ni síntomas patognomónicos de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia son los síntomas cutáneos, seguidos de cuadro respiratorio, digestivo y/o cardiovascular (1).

El diagnóstico en el servicio de emergencia es únicamente clínico, por lo que requiere de personal capacitado para su identificación y administración de tratamiento inmediato (2).

Su manejo inicial es la administración de adrenalina intramuscular en la cara anterolateral en el tercio medio del muslo. No existen contraindicaciones absolutas para su utilización, por lo que es recomendable que si existe una alta sospecha y por su gravedad iniciar tratamiento. Otros abordajes coadyuvantes en dependencia de la sintomatología del paciente incluyen administración de oxígeno, cargas con cristaloides, broncodilatadores, antihistamínicos, glucagón y corticoides (3).

Los pacientes con anafilaxia en los que se haya iniciado tratamiento con adrenalina o con antecedentes de episodios recurrentes deben mantenerse bajo vigilancia por el riesgo de presentar reacciones bifásicas (4).

Al momento del alta los pacientes, padres o cuidadores deben recibir instrucciones sobre identificación del alérgeno, medidas preventivas, capacitación sobre la utilización de adrenalina autoinyectable y seguimiento por alergología (5).

ANTECEDENTES

Epidemiológicamente no existen datos exactos de la patología. Sin embargo, se ha documentado que la incidencia de esta enfermedad ha experimentado un aumento sostenido en las últimas décadas. En regiones con registros epidemiológicos consolidados, como Europa y América del Norte, se estima una incidencia en la población infantil que oscila entre los 10 y 50 casos por cada 100,000 habitantes al año. Estas cifras subrayan la magnitud del problema en sistemas de salud desarrollados, sirviendo como punto de comparación para la realidad latinoamericana. Este fenómeno no solo se atribuye a una mayor exposición ambiental y dietética a alérgenos emergentes, sino también a una optimización en las herramientas de reconocimiento clínico por parte del personal de salud (5).

En cuanto a la mortalidad, la literatura coincide en que la tasa por anafilaxia en pediatría se mantiene en niveles bajos, generalmente inferiores al 1%. No obstante, esta cifra no debe inducir a una conformidad. El riesgo radica en la rápida evolución clínica y en la imprevisibilidad del compromiso cardiovascular severo, el cual puede desarrollarse en cuestión de minutos, especialmente en pacientes con factores de riesgo mal controlados o diagnósticos tardíos (3).

A pesar de la claridad de los datos previamente citados, en el contexto ecuatoriano y específicamente en centros de referencia como el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, no se cuenta con cifras exactas que permitan establecer una incidencia local. Esta ausencia de registros estadísticos propios hace que la práctica clínica dependa de extrapolaciones extranjeras, lo que justifica la necesidad de generar datos autóctonos que reflejen el comportamiento de la anafilaxia en nuestra población pediátrica.

JUSTIFICACIÓN

La anafilaxia es la emergencia alérgica más crítica en la práctica pediátrica debido a su potencial letalidad y la velocidad con la que puede progresar hacia un fallo multiorgánico. Dado que su espectro clínico es sumamente amplio y, en ocasiones, carece de signos prodrómicos claros, la presente investigación se justifica por la necesidad imperativa de fortalecer la capacidad de diagnóstico precoz. Un reconocimiento temprano permite la instauración inmediata del tratamiento de primera línea, factor determinante para reducir la morbimortalidad tanto en el entorno intrahospitalario como extrahospitalario.

El impacto de la anafilaxia trasciende el episodio agudo en la emergencia. Esta patología impone una carga psicosocial significativa tanto para el paciente pediátrico como para su núcleo familiar, alterando profundamente su estilo de vida y generando ansiedad ante la posibilidad de reexposición no intencionada. Es por ello que el paciente y cuidadores deben entender la gravedad de la enfermedad para mantener el seguimiento oportuno por el especialista y tomar las medidas preventivas necesarias y esenciales en caso de nuevos episodios (4).

La realización de este trabajo de titulación es importante para generar una base de datos local que identifique variables críticas como el género, el grupo etario más vulnerable y los factores de riesgo específicos asociados a cuadros sistémicos graves. Al determinar las causas más frecuentes y evaluar el manejo farmacológico actual, este trabajo contribuirá como referencia para futuras guías o protocolos institucionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anafilaxia representa una reacción alérgica que se caracteriza por ser multisistémica y potencialmente mortal. A diferencia de otras patologías, su presentación es variable y no sigue una secuencia predecible de síntomas. Si bien históricamente se ha considerado a la afectación cutánea con síntomas como la urticaria, angioedema como sintomatología principal, la evidencia científica actualizada indica que un porcentaje significativo de casos carece de estas manifestaciones, lo que eleva el riesgo de infra diagnóstico y retraso en la administración de tratamiento.

Se vuelve un reto diagnóstico en la población pediátrica, específicamente en los lactantes. En este grupo etario, la anafilaxia suele presentarse de forma atípica, con síntomas sutiles o inespecíficos como irritabilidad, letargo o síntomas gastrointestinales aislados, que pueden confundirse con otras patologías comunes de la infancia. La incapacidad del lactante para comunicar síntomas subjetivos convierte al diagnóstico en un proceso dependiente exclusivamente de la experticia clínica y la sospecha del profesional de salud.

A pesar de la relevancia clínica y el riesgo vital que conlleva, en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde no se dispone actualmente de un estudio de caracterización clínica local sobre la anafilaxia. Esta ausencia de datos propios impide determinar el perfil de severidad predominante en los pacientes atendidos y limita la capacidad de estandarizar protocolos de respuesta inmediata ajustados a la realidad de nuestra población.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las características clínicas que presentan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de anafilaxia en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025.

Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia según el género, grupo etario y agente causal
2. Identificar la frecuencia de las comorbilidades y antecedentes de alergias
3. Describir la sintomatología de acuerdo con el sistema afectado
4. Clasificar el tipo de presentación clínica según los criterios NIAID/FAAN y describir el curso mono o bifásico.
5. Describir el tratamiento administrado y el tiempo de hospitalización
6. Describir las medidas seguimiento ambulatorio indicadas al alta.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN.

La anafilaxia se define como una reacción aguda multisistémica grave secundaria a la exposición a un desencadenante que puede ser letal.

Fisiopatológicamente, este cuadro corresponde a una reacción de hipersensibilidad tipo I, es decir de tipo inmediata, que es mediada principalmente por la inmunoglobulina E (IgE), la cual desencadena la activación y desgranulación generalizada de mastocitos y basófilos tras la exposición a un antígeno específico. Este proceso libera mediadores inflamatorios como la histamina, triptasa, óxido nítrico y leucotrienos provocando manifestaciones clínicas leves como compromiso cutáneo-mucoso hasta un cuadro de mayor gravedad caracterizado por el colapso cardiovascular o respiratorio. Debido a su naturaleza rápida y mortal, se considera una emergencia médica, donde el diagnóstico temprano y la administración inmediata de tratamiento son determinantes para la supervivencia del paciente (1).

EPIDEMIOLOGÍA.

El reconocimiento de la anafilaxia como una emergencia médica grave ha crecido significativamente entre los profesionales de la salud, dejando atrás la idea de que se trata de un evento poco común. No obstante, obtener datos exactos sobre la patología sigue siendo un reto, ya que la mayoría de las investigaciones utilizan métodos distintos o se enfocan solo en grupos específicos de edad. Esta falta de uniformidad genera variaciones importantes en las estadísticas nacionales e internacionales. En un artículo revisado estima que en Chile la enfermedad afecta a entre el 0.5% y el 2% de la población en algún momento de su vida (2). En regiones con registros epidemiológicos consolidados, como Europa y América del Norte, se estima una incidencia en la población infantil que oscila entre los 10 y 50 casos por cada 100,000 habitantes al año (5).

ETIOLOGÍA.

En la edad pediátrica, los alimentos se consolidan como el principal desencadenante de la anafilaxia, superando a otros factores como los fármacos, el veneno de insectos, medios de contraste, látex, etc. La leche de vaca y el huevo son los responsables de la mayoría de los casos en lactantes, otros alimentos como los frutos secos, el pescado y el marisco ganan relevancia en etapas posteriores. Aunque la sensibilidad a ciertos productos puede disminuir con el crecimiento, elementos como el cacahuete y las nueces persisten como riesgos latentes en todas las edades. Es muy importante recalcar que la prevalencia de estos alérgenos varía según el grupo etario y el área geográfica (3).

Es fundamental destacar que los antibióticos betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), representan las causas farmacológicas más comunes en menores, mientras que la incidencia de reacciones por picaduras de himenópteros suele variar dependiendo del nivel de exposición ambiental según la región.

Además de los alérgenos alimentarios, la anafilaxia inducida por el ejercicio (AIE) constituye una variante relevante en la edad pediátrica, donde la actividad física actúa como detonante único o asociado a cofactores como la ingesta previa de ciertos alimentos, temperaturas extremas o el uso de antiinflamatorios no esteroideos (4).

Se han identificado también otros desencadenantes, entre los que destacan agentes biológicos (sangre o derivados), diversidad de fármacos, aditivos alimentarios (glutamato monosódico) y conservantes (metabisulfito). Además de casos catalogados como idiopáticos cuando el origen es desconocido. Es importante señalar que, a pesar de la preocupación frecuente de los padres en el entorno clínico, las vacunas se mantienen como una causa excepcionalmente rara de anafilaxia en niños, reafirmando su perfil de seguridad dentro de los protocolos de inmunización pediátrica (5).

FACTORES DE RIESGO.

La gravedad de la anafilaxia en pacientes pediátricos está influenciada por una combinación de factores intrínsecos, el tipo de exposición y variables conductuales. Especialmente en lactantes, la presencia de antecedentes como cuadros de obstrucción bronquial, bronquiolitis o mastocitosis cutánea severa actúa como un factor determinante que eleva el riesgo de complicaciones fatales. A esto se suman cofactores críticos como la fiebre, infecciones respiratorias y el estrés emocional, que pueden potenciar la respuesta inmunitaria. Por lo general, el cuadro clínico se desencadena de forma abrupta, manifestándose en un promedio de 10 a 13 minutos tras el contacto con el alérgeno. No obstante, la velocidad de progresión y la intensidad de la reacción dependen estrechamente de la carga alérgica recibida, la vía de entrada al organismo y la sensibilidad específica del niño, y una gran variedad de factores de riesgo lo que exige una evaluación individualizada de cada caso (6).

Entre los factores que condicionan la severidad del episodio, se encuentran:

- La edad, constituye un determinante crítico, destacando especialmente a los adolescentes debido a las conductas de riesgo asociadas a su etapa de desarrollo y la independencia en la gestión de sus alérgenos.
- El historial de reacciones alérgicas graves previas.
- Presencia de comorbilidades como el asma, el eccema y trastornos neuropsiquiátricos o del comportamiento aumentan la vulnerabilidad del paciente.
- Uso de sustancias concurrentes, o automedicación con fármacos tales como: analgésicos, antibióticos, betabloqueantes y los IECA.
- Finalmente, variables externas y fisiológicas como el ejercicio, el estrés, la menstruación y los factores ambientales actúan como potenciadores que reducen el umbral de reactividad inmunológica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La naturaleza de la anafilaxia es heterogénea y, en ciertos casos, sus síntomas pueden desaparecer por sí solos. Por esta razón, es común

encontrar pacientes que, aunque cumplen los criterios diagnósticos, llegan a la consulta estables o con molestias mínimas. Es por ello que la intervención terapéutica debe ser individualizada considerando los antecedentes del paciente, factores como el alérgeno implicado, el tiempo transcurrido, la severidad previa del cuadro, etc.

El inicio de la cascada inflamatoria en la anafilaxia está mediado principalmente por la liberación de histamina, afectando múltiples sistemas de manera simultánea:

- Sistema dermatológico: es el órgano involucrado con mayor frecuencia, donde la vasodilatación cutánea da lugar a la aparición de habones o lesiones eritematosas. Dichas manifestaciones son el resultado de un aumento de volumen transitorio en el tejido, provocado por el paso de líquido al intersticio ante el compromiso de la barrera vascular.
- Sistema respiratorio: involucra alteraciones tanto en la vía aérea inferior como en la superior. Mientras que la broncoconstricción y el edema pulmonar suelen producir sibilancias y dificultad respiratoria, el edema laríngeo evidenciado por el estridor constituye la complicación más severa debido a que puede provocar obstrucción total de la vía respiratoria superior.
- Sistema cardiovascular: se caracteriza por una marcada inestabilidad, producto de la vasodilatación sistémica y el deterioro de la función contráctil del corazón (falla de bomba). El espectro clínico incluye desde síncope y alteraciones del ritmo cardíaco hasta una hipotensión severa. La gravedad de estos mecanismos fisiopatológicos explica por qué la anafilaxia puede culminar en un colapso circulatorio y paro cardíaco si no se interviene de forma inmediata.
- Sistema digestivo: incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. La naturaleza de estos síntomas plantea un desafío diagnóstico significativo, ya que pueden ser confundidos con cuadros de gastroenteritis aguda, especialmente cuando el desencadenante es la ingesta de alimentos como los mariscos. Esta similitud clínica subraya la importancia de realizar una anamnesis detallada para diferenciar una patología infecciosa de una reacción anafiláctica sistémica.

Es importante mencionar que la anafilaxia no siempre presenta manifestaciones cutáneas o colapso cardiovascular evidente. Se reportan casos que cursan sin signos dermatológicos, una variante clínica que se asocia frecuentemente con desenlaces fatales debido a la dificultad que supone para su reconocimiento temprano y la consecuente demora en la intervención terapéutica (7).

DIAGNÓSTICO.

Es únicamente clínico, dado que las pruebas complementarias no ofrecen resultados inmediatos que guíen la fase aguda. Si bien la medición de niveles de triptasa e histamina en suero puede emplearse como apoyo para la validación diagnóstica posterior, su capacidad de confirmación es restringida y depende de la temporalidad en la toma de las muestras.

El diagnóstico de la anafilaxia se fundamenta en los criterios establecidos en 2005 por el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID). Dichos estándares, posteriormente en el 2011, revisados y adoptados por la Organización Mundial de Alergias (WAO), mantienen su vigencia y recomendación en la práctica clínica actual como la referencia principal para la identificación de esta patología (3).

Dichos criterios o escenarios se describen a continuación:

Escenario I: Inicio agudo (minutos u horas) de un síndrome con afectación de piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o “flushing”, edema de labios, úvula o lengua), y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio: disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico del flujo espiratorio, hipoxemia.
- Disminución de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica: síncope, hipotonía.

Escenario II: Dos o más de los siguientes signos que aparecen de forma rápida (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial:

- Afectación de piel y/o mucosas

- Compromiso respiratorio
- Disminución de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica
- Sintomatología gastrointestinal persistentes

Escenario III: Descenso de la presión arterial posterior a la exposición a un alérgeno conocido (minutos u horas):

- Lactantes: PAS menor a 70 mm Hg
- Niños 1-10 años: PAS menor a 70 mm Hg + (edad años x 2)
- Niños mayores a 10 años: PAS menor a 90 mm Hg o disminución del 30% sobre la basal

Una escala ampliamente utilizada para medir la gravedad de la anafilaxia es la escala de Sampson, que clasifica los eventos de la siguiente manera: Grado 1 (leve, puramente mucocutáneo), grado 2 (Moderada, compromiso de piel/mucosas + síntomas gastrointestinales o respiratorios leves), grado 3 (Compromiso dermatológico + compromiso respiratorio grave), grado 4 (Compromiso sistémico severo que incluye riesgo vital respiratorio o neurológico.) y el Grado 5 (muy grave, con compromiso hemodinámico y choque) (27).

Reacción bifásica: La anafilaxia puede presentar un curso bifásico, definido por el retorno de los síntomas sin una reexposición al alérgeno. Estas recurrencias generalmente ocurren dentro de las primeras 6-8 horas, aunque la ventana de riesgo puede extenderse hasta las 24 horas. La mayoría de estos episodios secundarios son leves, siendo infrecuente la necesidad de tratamientos de estabilización o nuevas administraciones de adrenalina (2).

Entre los factores de riesgo que predisponen a un curso clínico bifásico se incluyen la demora en aplicar adrenalina, la baja respuesta al fármaco, la necesidad de dosis repetidas o de expansores de volumen y el no uso de corticoides. (2).

TRATAMIENTO.

El abordaje inicial del paciente pediátrico con sospecha de anafilaxia se fundamenta en el Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP). Durante la fase aguda de la reacción, el TEP puede presentarse afectado en sus tres partes debido a que el paciente se encuentra inestable, pudiendo oscilar desde un compromiso respiratorio hasta un colapso cardiorrespiratorio completo. No obstante, si la sintomatología ha remitido de manera espontánea antes de la consulta, el paciente puede presentar un TEP estable, lo que exige una decisión terapéutica personalizada. En presencia de inestabilidad clínica, es imperativo proceder con la evaluación sistemática mediante el esquema ABCDE (9).

Ante la confirmación clínica de un cuadro de anafilaxia, la prioridad terapéutica inicial debe ser la interrupción inmediata de la exposición al alérgeno. En el entorno clínico, esto implica la suspensión de cualquier agente farmacológico o terapéutico sospechoso, medida que debe preceder o ejecutarse simultáneamente a la estabilización hemodinámica del paciente para evitar la progresión de la reacción.

A continuación, se describen el tratamiento farmacológico utilizado:

Adrenalina. - La epinefrina (adrenalina) intramuscular se consolida como el tratamiento de elección y de primera línea para la anafilaxia. La dosis recomendada es de 0,01 mg/kg, con una dosis máxima de 0,5 mg, administrada por vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo, esto equivale a 0,5 ml de 1 mg/ml (1:1000), es decir media ampolla sin diluir. La dosis puede repetirse cada 5–15 minutos si los síntomas persisten a pesar de tratamiento. No existen contraindicaciones absolutas para su utilización, por lo que es recomendable que si existe una alta sospecha y por la gravedad iniciar tratamiento.

La vía intramuscular se consolida como la principal forma para la administración inicial de epinefrina en el manejo de la anafilaxia, independientemente del escenario clínico. La evidencia científica demuestra que esta vía alcanza picos de concentración plasmática de forma más

acelerada y con niveles máximos superiores a los obtenidos mediante otras alternativas. Asimismo, ofrece un margen de seguridad significativamente mayor que la vía intravenosa, reduciendo la probabilidad de errores de dosificación y eventos adversos cardiovasculares críticos.

La administración de epinefrina por vía intravenosa se reserva exclusivamente para entornos hospitalarios y debe ser ejecutada por personal médico con experiencia. Debido a que esta vía presenta un riesgo significativamente mayor de eventos adversos graves, tales como taquiarritmias o isquemia miocárdica, derivados de una posible dosificación inadecuada o de interacciones farmacológicas, su uso exige una monitorización cardíaca continua. Clínicamente, esta intervención queda estrictamente supeditada a escenarios de paro cardíaco o choque refractario, donde el paciente no ha mostrado respuesta a la reposición de volumen ni a múltiples dosis intramusculares (10).

Oxígeno. - la administración de oxígeno suplementario se establece como la segunda intervención de mayor relevancia clínica, precedida únicamente por la aplicación de epinefrina. Esta medida debe ser considerada de manera universal para todo paciente en crisis anafiláctica, con independencia de su estabilidad respiratoria inicial. El protocolo estándar recomienda el suministro de oxígeno con una fracción inspirada de hasta el 100%, empleando flujos de 6 a 10 L/min mediante mascarilla facial, con el objetivo de mantener una saturación periférica óptima mayor al 94% (11).

Broncodilatadores. - Como complemento a la epinefrina, los broncodilatadores beta-adrenérgicos constituyen el tratamiento de elección frente al broncoespasmo anafiláctico. El salbutamol inhalado se establece como la primera línea de intervención, con la posibilidad de re administración periódica según la evolución clínica. En situaciones de obstrucción severa, la adición de fármacos anticolinérgicos como el bromuro de ipratropio puede mejorar la mecánica respiratoria. El uso sistémico (parenteral) se utiliza a una última instancia, indicada únicamente cuando la vía inhalatoria es inviable o el paciente presenta un compromiso ventilatorio extremo (12).

Cristaloides. - La administración inmediata de cristaloides intravenosos constituye una intervención de soporte vital esencial en el manejo de la anafilaxia, especialmente cuando existe compromiso hemodinámico o una respuesta insuficiente a la epinefrina inicial. Se recomiendan el uso de soluciones isotónicas, como la solución salina 0.9% o lactato ringer, mediante bolos iniciales de 10 a 20 ml/kg en pacientes pediátricos (13).

Corticoides. - A pesar de la extendida administración de corticosteroides por vía intravenosa e intramuscular para el control de la anafilaxia, existe una creciente controversia en torno a su eficacia real. Si bien se han prescrito históricamente para evitar la recurrencia de síntomas en fases tardías, diversos estudios recientes indican que su capacidad para prevenir reacciones bifásicas es limitada o nula. Esta falta de evidencia, sumada a los posibles riesgos asociados a su uso agudo, ha provocado que dejen de considerarlos como un componente obligatorio del tratamiento de emergencia, priorizando exclusivamente el uso de la epinefrina (4).

Antihistamínicos. - Desde una perspectiva fisiopatológica, los antihistamínicos H1 y en menor medida los H2 se presentan como agentes terapéuticos lógicos para contrarrestar los efectos de la histamina. No obstante, su relevancia en el manejo de la anafilaxia es limitada debido a su lento inicio de acción, lo que los relega exclusivamente al control de las manifestaciones cutáneas. Un ejemplo es la difenhidramina; pese a ser utilizada frecuentemente, requiere hasta 80 minutos tras su administración oral y 52 minutos por vía intramuscular para suprimir la respuesta cutánea. Por consiguiente, su uso nunca debe sustituir ni preceder a la administración de epinefrina en la fase aguda (15).

Glucagón. - En escenarios de anafilaxia refractaria al tratamiento convencional, la administración parenteral de glucagón surge como una alternativa terapéutica de rescate. Esta intervención se reserva particularmente para pacientes que presentan una respuesta subóptima a la epinefrina debido al uso concomitante de fármacos betabloqueantes. No

obstante, es imperativo señalar que, aunque su uso está integrado en diversos protocolos de emergencia, la evidencia clínica que sustenta su eficacia en este contexto sigue siendo limitada (15).

Ranitidina: Este antagonista H₂, fue objeto de revisión, concluyéndose que su utilidad en cuadros anafilácticos es mínima o inexistente. Es pertinente señalar que fármacos como la ranitidina han sido retirados del sistema de salud ecuatoriano por medios del ARCSA en el 2022, así como en diversos sistemas de salud internacionales por preocupaciones de seguridad, lo cual, sumado a la ausencia de evidencia sobre su beneficio en la respuesta alérgica sistémica, desaconseja su inclusión en los protocolos de emergencia actuales.

Atropina y otros fármacos: En el contexto de una anafilaxia con compromiso hemodinámico severo, la atropina constituye la intervención de elección para el manejo de la bradicardia persistente. Por su parte, ante un cuadro de choque distributivo refractario, por persistencia de hipotensión a pesar de la administración correcta de epinefrina intramuscular y una reposición agresiva de fluidos, resulta imperativo iniciar el soporte con vasopresores. En estos escenarios, el uso de fármacos como la dopamina busca restaurar el tono vascular y el gasto cardíaco, requiriendo siempre un entorno de monitorización continua en unidades de cuidados críticos.

SEGUIMIENTO.

El manejo integral de la anafilaxia trasciende la fase aguda, requiriendo una evaluación especializada para el diagnóstico etiológico y el entrenamiento en el uso de dispositivos de emergencia. A pesar de que la educación para la prevención es un pilar del seguimiento, la realidad asistencial en muchos países se ve obstaculizada por problemas de suministro y distribución de los autoinyectores de epinefrina. La falta de acceso a estos dispositivos, sumada a su inaccesibilidad económica para amplios sectores de la población, incrementa la vulnerabilidad de los pacientes ante futuras exposiciones (17).

En el marco del manejo ambulatorio de la anafilaxia, la determinación de a quién prescribir un autoinyector de epinefrina se fundamenta en la distinción entre criterios absolutos y relativos:

- Las indicaciones absolutas agrupan patologías con alta probabilidad de recurrencia o letalidad, destacando la anafilaxia previa y el asma mal controlada como factores determinantes.
- Las indicaciones relativas permiten al clínico individualizar el tratamiento basándose en el estilo de vida o alérgenos específicos de alta peligrosidad, como las nueces. Este enfoque garantiza que los pacientes con mayor susceptibilidad cuenten con una herramienta de rescate inmediata ante la exposición accidental

Los pacientes identificados con riesgo de reacciones anafilácticas graves deben contar con los medios necesarios para administrar epinefrina de emergencia. Idealmente, esto se realiza a través de autoinyectores de epinefrina, que facilitan una administración rápida y sencilla en situaciones críticas. Sin embargo, en entornos donde los autoinyectores no están disponibles o son inaccesibles, es fundamental considerar alternativas viables que permitan a los pacientes portar y, si es necesario, autoadministrarse epinefrina. Esto puede implicar la prescripción de epinefrina en presentaciones alternativas, como ampollas, junto con el equipo de administración adecuado (jeringas y agujas intramusculares). La implementación de estas alternativas requiere protocolos claros y la capacitación adecuada tanto para el personal médico como para los pacientes y sus cuidadores, asegurando que se comprendan los pasos para la preparación y administración correcta en una situación de emergencia. Abordar esta realidad de disponibilidad de recursos es crucial para garantizar que los pacientes en riesgo, independientemente de su ubicación geográfica, tengan acceso a esta terapia de salvamento de primera línea (18).

DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Población

Todos los pacientes menores de 18 años que fueron internados en el Hospital de niños Roberto Gilbert, con diagnósticos de:

T78.0: Anafilaxia debida a reacción alimentaria.

T88.6: Choque anafiláctico debido al efecto adverso de un fármaco administrado correctamente.

T78.2: Choque anafiláctico, no especificado

En el periodo comprendido entre 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2025.

Materiales y métodos:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con historia clínica completa
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de anafilaxia.

Criterios de Exclusión:

- Procesos infecciosos que haya ocasionado urticaria.

Diseño del estudio y sujeto

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Método de muestreo y recolección de datos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2025, en TODOS los pacientes menores de 18 años, que fueron hospitalizados con diagnóstico de anafilaxia y cumplían con los criterios de inclusión. Para mayor claridad se explica el proceso de la siguiente forma:

Fase 1: Autorizaciones y Ética

- Aprobación Institucional: Presentación del anteproyecto ante la revista de la junta de Beneficencia y el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) para obtener el aval de acceso a las historias clínicas.
- Permiso de estadística en docencia: Solicitud formal al departamento de estadística de docencia del Hospital Roberto Gilbert Elizalde para el acceso al sistema informático (SERVINTE).

Fase 2: Identificación y Selección de la Muestra

- Búsqueda por CIE-10: Filtrado de registros médicos entre enero 2013 y diciembre 2025 bajo los códigos: T78.2 (Choque anafiláctico no especificado), T78.0 (Choque anafiláctico debido a reacción alimentaria adversa), y T88.6 (Choque anafiláctico debido a efecto adverso de droga o medicamento).
- Depuración de Casos: Aplicación manual de los criterios de inclusión y exclusión. Se verificó las notas emergencia y evolución para confirmar que el cuadro clínico realmente cumplió con los criterios diagnósticos de anafilaxia (según la WAO).

Fase 3: Recolección de Datos (Operacionalización de Objetivos)

Se utilizó un formulario de recolección de datos con la operacionalización de variables realizado en Excel 2019, para extraer la información de forma sistemática:

- Para el Objetivo 1 (Epidemiológico): Registro de sexo, edad exacta al momento del evento y el agente causal documentado (leche, huevo, AINES, antibióticos, etc.).
- Para el Objetivo 2 (Antecedentes): Revisión de la anamnesis para identificar asma, rinitis, dermatitis atópica o episodios previos de anafilaxia.
- Para el Objetivo 3 (Sintomatología): Tabulación de signos y síntomas por sistema afectado: cutáneo, respiratorio, digestivo y circulatorio.
- Para el Objetivo 4: Clasificación basándose en los criterios diagnósticos de anafilaxia del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergias Alimentarias y Anafilaxia (FAAN) de Estados Unidos, que posteriormente fue analizado y adoptado por Organización Mundial de Alergias (WAO).

- Para el Objetivo 5 (Tratamiento y Estancia): Registro de la administración de adrenalina (vía, dosis y tiempo), uso de coadyuvantes y conteo de días desde el ingreso hasta el alta.
- Para el Objetivo 6 (Seguimiento post-alta): Verificación en la epicrisis de recomendaciones sobre auto inyectores de adrenalina y derivación a la especialidad de Alergología, además asistencia a controles de paciente por la consulta externa.

Fase 4: Procesamiento y Análisis Estadístico

- Tabulación: Se encontraron 97 historias clínicas de pacientes que fueron inicialmente abordados como anafilaxia, de los cuales 17 casos fueron retirados del estudio: 14 por tratarse de historias clínicas incompletas y 3 casos que al momento del alta fueron diagnosticados como urticaria. Dejando como universo una población de 80 historias clínicas para el análisis de los datos y formulación de tablas, mismas que se realizará con ayuda de Microsoft office 2019 (Excel y Word).

- Análisis Descriptivo:

Para variables cualitativas (género, síntomas, severidad): frecuencias absolutas y porcentajes.

Para variables cuantitativas (edad, tiempo de hospitalización): medidas de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación estándar/rangos).

Fase 5: Interpretación y Redacción

Contraste de los resultados obtenidos con la literatura internacional citada en el marco teórico.

Elaboración de conclusiones y recomendaciones basadas en la realidad local del hospital.

Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Variables de caracterización			
Sexo	Fenotipo	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Años y meses cumplidos por etapas pediátricas	Lactancia: 0-2 años Preescolar: 3 – 5 años Escolar: 6-11 años,	Cuantitativa continua

		Adolescencia:12-18 años	
Comorbilidades	Presencia simultánea o secuencial de dos o más enfermedades	Asma Dermatitis atópica Dermatitis de Contacto Alergia Alimentaria Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APVL) Rinitis Alérgica Urticaria Otro	Nominal politómica
Reacción alérgica previa	Agente causal	Alimentos Fármacos Himenópteros Medios de contraste Otros	Nominal politómica
Agente causal de anafilaxia	Agente implicado en la producción de la anafilaxia	Alimentos Fármacos Himenópteros Medios de contraste Otros	Nominal politómica
Manifestaciones clínicas dermatológicas	Alteración o enfermedad en la piel	Eritema (flushing) Urticaria (exantema-ronchas-habones-rash) Angioedema (labios-párpados-cara) Prurito Otros	Nominal politómica
Manifestaciones clínicas digestivos	Síntomas y signos del tracto gastrointestinal	Dolor abdominal Nausea Vómito Diarrea Otros	Nominal politómica
Manifestaciones clínicas respiratorios	Señales y síntomas que indican una alteración en el funcionamiento del sistema respiratorio	Disnea Sibilancias Dolor torácico Tos Taquipnea Retracciones Otros	Nominal politómica
Manifestaciones clínicas cardiovasculares	Sintomatología que indican alteración en el funcionamiento del corazón	Palidez Cianosis Sincope Taquicardia (mayor al percentil 50 de acuerdo con la edad) Hipotensión (menor al percentil 5 de acuerdo con la edad) Otros	Nominal politómica

Tipo de anafilaxia	Según escenario clínico del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergias Alimentarias y Anafilaxia (FAAN) de Estados Unidos	Escenario I: Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome con afectación de piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o “flushing”, edema de labios, úvula o lengua), y al menos uno de los siguientes: • Compromiso respiratorio: disnea, sibilancias, estridor, disminución del pico del flujo espiratorio, hipoxemia. • Disminución de la PA o síntomas asociados de disfunción orgánica: síncope, hipotonía. Escenario II: Dos o más de los siguientes signos que aparecen de forma rápida (minutos o algunas horas) posterior a la exposición a un alérgeno potencial para el niño: • Afectación de piel y/o mucosas • Compromiso respiratorio • Disminución de la PA o síntomas asociados de disfunción orgánica • Síntomas gastrointestinales persistentes Escenario III: Disminución de la PA posterior a la exposición a un alérgeno conocido (minutos u horas): • Lactantes: PAS < 70 mm Hg • Niños 1-10 años: PAS < 70 mm Hg + (edad años x 2) • Niños > 10 años: PAS < 90 mm Hg o disminución del 30% sobre la basal	Nominal politómica
Reacciones bifásicas	Reaparición de los síntomas después de la resolución aparente del	Si No	Cualitativa nominal

	episodio inicial		
Adrenalina	Agonistas alfa y betaadrenérgicos	Si No	Cualitativa nominal
Salbutamol	Broncodilatador	Si No	Cualitativa nominal
Oxígeno	Suministro suplementario a través de cánulas nasales o máscaras faciales	Si No	Cualitativa nominal
Cargas de cristaloides	Soluciones isotónicas intravenosas para expandir volumen	Si No	Cualitativa nominal
Corticoides	Terapia complementaria para prevenir reacciones tardías o bifásicas y reducir la inflamación a largo plazo.	Si No	Cualitativa nominal
Antihistamínico	Tratamiento complementario que mejora prurito y la urticaria	Si No	Cualitativa nominal
Otros	Otros tratamientos diferentes a los anteriores usados en la anafilaxia	Si No	Cualitativa nominal
Tiempo de observación	Periodo que permaneció en observación	≤ 6 horas > 6 horas	Cuantitativa dicotómica
Estancia Hospitalaria	Tiempo de hospitalización desde el ingreso hasta el egreso hospitalario	1 - 2 Días 3-4 Días ≥ 5 Días	Cuantitativa continua
Auto inyector de adrenalina	Medicamento recomendado al alta	Sí No	Cualitativa nominal
Control alergología	Control y seguimiento posterior al alta	Sí No	Cualitativa nominal

RESULTADOS

Tabla 1: Características en dependencia al género y grupo etario.

SEXO	F	%
Masculino	52	65
Femenino	28	35
TOTAL	80	100

GRUPO ETARIO	F	%	X
Lactante: 0-2 años	6	8	10 ± 3 años
Preescolar: 3 – 5 años	13	15	
Escolar: 6-11 años	31	39	
Adolescencia:12-18 años	30	38	
TOTAL:	80	100	

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO	
	F	%	F	%
Lactante: 0-2 años	5	10	1	4
Preescolar: 3 – 5 años	8	15	5	18
Escolar: 6-11 años	23	44	8	29
Adolescencia:12-18 años	16	31	14	50
TOTAL	52	100	28	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Se encontraron un predominio de sexo masculino, que corresponde al 65% de la población de estudio. Con respecto al grupo etario más frecuente, se encontraron los escolares y adolescentes con un 39% y 38% respectivamente, con una media de edad de 10 años ± 3 años.

Tabla 2: Antecedentes de comorbilidades.

COMORBILIDADES	F	%
Sí	42	52
No	38	48
TOTAL	80	100

TIPOS DE COMORBILIDADES	F	%
Asma	11	23
Dermatitis atópica	1	2
Dermatitis de Contacto	1	2
Alergia Alimentaria	2	4
Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APVL)	3	6
Rinitis Alérgica	18	37
Urticaria	1	2
Otras	12	24
TOTAL	49	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Se observó que el 52% de la población de estudio presentaron comorbilidades asociadas a patologías de Alergología, que en orden de frecuencia fueron: 37% rinitis alérgica, 23% asma, 6% Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APVL), 4% Alergias Alimentarias, 2% tanto Dermatitis atópica como de contacto y urticaria.

La categoría “otras” (24%), agrupa condiciones heterogéneas, las cuales se encuentran: 6 casos de Atopia, 2 casos de Anemia Aplásica Idiopática Severa, 1 caso de Lupus Eritematosos Sistémico, 1 caso de Colitis Ulcerativa, 1 caso de Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, 1 caso de Púrpura trombocitopénica idiopática. Cabe recalcar un total de 49 comorbilidades, debido a que un mismo paciente presentaba 2 o más simultaneas.

Tabla 3: Antecedentes de alergia y su agente causal.

REACCION ALERGICA ANTERIOR	F	%
Sí	35	44
No	45	56
TOTAL	80	100

AGENTE CAUSAL DE REACCION ALERGICA ANTERIOR	F	%
Alimentos	9	26
Fármacos	22	62
Himenópteros	1	3
Medios de contraste	0	0
Otros	3	9
TOTAL	35	100

AGENTE CAUSAL DE ANAFILAXIA	F	%
Alimentos	23	29
Fármacos	43	53
Himenópteros	2	3
Medios de contraste	1	1
Otros	11	14
TOTAL	80	100

	LACTANTE		PREESCOLAR		ESCOLAR		ADOLESCENTE	
AGENTE CAUSAL	F	%	F	%	F	%	F	%
Alimentos	2	33	6	46	7	23	8	27
Fármacos	3	50	7	54	17	55	16	53
Himenópteros	1	17	0	0	1	3	0	0
Látex	0	0	0	0	0	0	0	0
Medios de contraste	0	0	0	0	1	3	0	0
Otros	0	0	0	0	5	16	6	20
TOTAL	6	100	13	100	31	100	30	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Se pudo encontrar que el 44% de la población ya tenía antecedente de reacción alérgica, ocasionada en más de la mitad de la población, con el 62%, en primer lugar, por fármacos, dentro de los cuales encontramos: AINES (ibuprofeno), Antipiréticos (paracetamol) y antibióticos (amoxicilina y trimetoprima sulfametoxazol). En un segundo lugar por alimentos con el 26%, tales como: camarón, cangrejo, lácteos, maní y colorantes artificiales (Tartrazina). En tercer lugar, otras causas como: alérgenos respiratorios y tópicos. Finalmente 1 caso por himenópteros: picadura de abeja. No se encontraron reacciones alérgicas asociadas a medios de contraste. Por otro lado, en relación a los agentes causales en la reacción alérgica actual, motivo de hospitalización, encontramos en orden de frecuencia: 53% por fármacos, tales como: AINES (ibuprofeno, ketorolaco, naproxeno), Antipiréticos (paracetamol, metamizol), Antibióticos (amoxicilina, ampicilina más sulbactam, ciprofloxacino, vancomicina), Fármacos biológicos (Infliximab y rituximab), Antiparasitarios (tinidazol y albendazol), Opioides menores (tramadol), Antitusígenos (bromhexina), Relajantes musculares (clorzoxazona) y otros (Suplemento nutricional en base a calostro bovino y yema de huevo). Seguida de anafilaxia alimentaria en un 29%, ocasionada por: camarón, cangrejo, pescado, mariscos, embutidos, frutos secos, maní, huevo, chocolate, naranjilla y colorantes artificiales (Tartrazina). Se reportaron 2 casos de anafilaxia por himenópteros (3%), 1 caso por medios de contraste (1%). Dentro de las otras causas encontramos 11 casos (14%): 2 actividad física, 2 transfusión de plaquetas, 1 por transfusión glóbulos rojos concentrados, 1 por contacto con pintura y 5 desconocidas.

Tabla 4: Características Clínicas.

SINTOMAS DERMATOLOGICOS	F	%
Sí	77	96
No	3	4
TOTAL	80	100
Eritema	12	7
Urticaria	55	33
Angioedema	61	36
Prurito	40	24
TOTAL	168	100
SINTOMAS DIGESTIVOS	F	%
Sí	29	36
No	51	64
TOTAL	80	100
Dolor abdominal	12	27
Nausea	11	25
Vomito	17	39
Diarrea	4	9
TOTAL	44	100
SINTOMAS RESPIRATORIOS	F	%
Sí	65	81
No	15	19
TOTAL	80	100
Disnea	49	52
Sibilancias	34	36
Dolor torácico	2	2
Tos	1	1
Taquipnea	7	7
Retracciones	2	2
TOTAL	95	100
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	F	%
Sí	27	34
No	53	66
TOTAL	80	100
Palidez	12	32
Cianosis	1	3
Sincope	1	3
Taquicardia	18	49
Hipotensión	5	14
TOTAL	37	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.
Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Dentro de los síntomas más frecuentes de Anafilaxia, encontramos que el

96% de la población de estudio presentaron síntomas dermatológicos, dentro de los cuales los más frecuentes estuvieron: 36% angioedema (edema bipalpebral, cara y de labios), 33% urticaria (exantema, ronchas, habones y rash), 24% prurito y 7% eritema (flushing).

Dentro de los síntomas digestivos, solo el 36% de los pacientes pediátricos los presentaron en orden de frecuencia: 39% vómito, 27% dolor abdominal, 25% náusea y 9% diarrea. Además, se presentaron síntomas respiratorios en el 81% de la población, en orden de frecuencia: 52% disnea, 36% sibilancias, 7% taquipnea, 2% dolor torácico al igual que retracciones y 1% tos. Finalmente, dentro de los síntomas cardiovasculares, solo el 34% de los pacientes pediátricos los presentaron, encontrándose en orden de frecuencia: 49% taquicardia, 32% palidez, 14% hipotensión y 3% tanto síncope como cianosis.

Tabla 5: Clasificación de la Anafilaxia según escenario clínico del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergias Alimentarias y Anafilaxia (FAAN) de Estados Unidos.

TIPO/ESCENARIO DE ANAFILAXIA	F	%
1	22	28
2	54	67
3	4	5
TOTAL	80	100

REACCIONES DE ANAFILAXIA	F	%
MONOFASICA	78	97
BIFASICA	2	3
TOTAL	80	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Según escenario clínico del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergias Alimentarias y Anafilaxia (FAAN) de Estado Unidos, encontramos que el 67% de los pacientes pediátricos presentaron un tipo 2, seguidos de 1 y 3. El 98% de pacientes presentaron una reacción de anafilaxia de tipo monofásica.

Es importante describir que del 3% de casos que presentaron reacción bifásica, se trataba de 2 pacientes de sexo masculino de 11 (antecedente de anemia aplásica idiopática severa) y 5 años (sin antecedentes), tuvieron como agente causal transfusión de plaquetas e ingesta de camarón, en ambos casos se presentaron síntomas dermatológicos y respiratorios, con retorno de sintomatología a las 3 y 4 horas respectivamente.

Tabla 6: Tratamiento realizado.

TRATAMIENTO		
ADRENALINA	F	%
Sí	72	90
No	8	10
TOTAL	80	100
SALBUTAMOL	F	%
Sí	22	27
No	58	73
TOTAL	80	100
SUMINISTRO DE O2	F	%
Sí	46	58
No	34	42
TOTAL	80	100
CARGA DE CRISTALOIDES	F	%
Sí	27	34
No	53	66
TOTAL	80	100
CORTICOIDES	F	%
Sí	52	65
No	28	35
TOTAL	80	100
ANTIISTAMINICOS	F	%
Sí	70	88
No	10	12
TOTAL	80	100
OTROS	F	%
Sí	12	15
No	68	85
TOTAL	80	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Dentro del tratamiento de la anafilaxia se observó: 90% uso adrenalina, 57 casos usaron una sola dosis, 11 usaron 2 dosis, 1 caso uso 3 dosis, 2 casos usaron 3 dosis e infusión de adrenalina. Se usó salbutamol como broncodilatadores en el 28% de los casos. El 58% utilizaron suministro de oxígeno, 4 casos requirieron Oxígeno de Alto Flujo. Adicional se usaron

carga de cristaloides en el 34% de casos, 65% usaron corticoides, 88% antihistamínicos.

También se usaron otros fármacos en el 15% de los casos, como: Fexofenadina y Ranitidina.

Tabla 7: Tiempo de hospitalización y seguimiento ambulatorio.

TIEMPO DE OBSERVACION	F	%	X
≤ 6 horas	10	13	18 horas
> 6 horas	70	88	
TOTAL	80	100	

ESTANCIA HOSPITALARIA	F	%
1 - 2 DIAS	67	84
3-4 DIAS	4	5
≥ 5 DIAS	9	11
TOTAL:	80	100

AUTOINYECTOR DE ADRENALINA	F	%
SÍ	1	1
No	79	99
TOTAL	80	100

CONTROL DE ALERGOLOGIA	F	%
SÍ	32	40
No	48	60
TOTAL	80	100

Elaborado por: Víctor Daniel Mendieta Maza.

Fuente: Sistema Servinte - Hospital Roberto Gilbert.

Finalmente, en relación al tiempo de observación se midió en horas: ≤ 6 horas 13% y > 6 horas 88%, con un promedio de 18 horas. En cuanto a la estancia hospitalaria el 84% de los pacientes permanecieron de 1 a 2 días, el 11% ≥ 5 días y el 5% de 3 a 4 días.

Solo 1 caso uso un auto inyector de adrenalina. Se dio un seguimiento solo en el 40% de los casos en consulta externa de Alergología del Hospital Dr. Roberto Gilbert. Además solamente un caso estaba prescrito el autoinyector de adrenalina desde la consulta externa, en ningún caso se prescribió adrenalina al momento del alta.

DISCUSIÓN

El presente estudio caracterizó clínica y epidemiológicamente a 80 pacientes pediátricos con diagnóstico de anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde durante el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2025. Uno de los principales hallazgos fue el predominio de los medicamentos como agentes desencadenantes de anafilaxia, a diferencia de lo descrito en diversas series pediátricas internacionales, en las cuales los alimentos constituyen la principal causa.

En relación con el sexo, se observó predominio masculino, con 52 pacientes (65%). Respecto a la edad, los grupos con mayor frecuencia fueron los escolares de 6 a 11 años, con 31 casos (39%), seguidos de los adolescentes, con 30 casos (38%). Estos resultados son similares con algunos estudios internacionales. Samady et al. (8) en un estudio de cohortes retrospectivo de niños con anafilaxia alimentaria, encontraron mayor frecuencia en pacientes en edad escolar, con 171 casos mayores de 6 años. De manera similar, Kawsomboon et al. (10) identificaron predominio del sexo masculino, que representó el 58% de su población pediátrica estudiada.

Sin embargo, otros estudios han mostrado una distribución diferente según el grupo etario. Motosue et al. (9) en una investigación realizada en Estados Unidos, observaron las tasas más elevadas de atención por anafilaxia alimentaria en niños de 0 a 2 años y un predominio masculino; además, evidenciaron un incremento importante de las consultas por anafilaxia en adolescentes. Estas diferencias podrían relacionarse con el tipo de anafilaxia estudiada, la distribución etaria de las poblaciones y las características de los servicios sanitarios donde se desarrollaron las investigaciones.

En cuanto a las comorbilidades, aproximadamente la mitad de los pacientes presentó antecedentes de enfermedades asociadas, predominando la rinitis alérgica y el asma. La presencia de asma adquiere especial importancia debido a su asociación con cuadros de mayor gravedad. Olabarri et al. (11) en un estudio multicéntrico realizado en población pediátrica, identificaron el antecedente de asma como una comorbilidad asociada con mayor riesgo de

anafilaxia grave, con una asociación estadísticamente significativa. De forma similar, Khojah et al. (12) encontraron que el asma constituía una de las principales comorbilidades alérgicas en niños con alergia alimentaria.

Por otra parte, Kucharek et al. (13) describieron una mayor frecuencia de dermatitis atópica y asma entre los niños hospitalizados por anafilaxia. Las diferencias observadas respecto a nuestro estudio podrían estar relacionadas con las características de la población, el origen de los pacientes y los criterios utilizados para identificar y registrar las comorbilidades. En nuestro estudio, además de las enfermedades alérgicas habituales, se identificaron otras condiciones clínicas heterogéneas, algunas de ellas relacionadas con pacientes que recibían tratamientos farmacológicos específicos.

En relación con los antecedentes de reacciones alérgicas previas, se observó que una proporción importante de los pacientes había presentado previamente algún episodio alérgico. Entre estos antecedentes, los medicamentos constituyeron una de las causas más frecuentes. Este hallazgo es relevante, debido a que una reacción previa puede representar un antecedente importante para la identificación de pacientes con riesgo de presentar nuevas reacciones ante una exposición posterior.

Respecto al agente desencadenante de la anafilaxia durante el episodio estudiado, los medicamentos fueron la principal causa, representando aproximadamente el 54% de los casos. Entre los fármacos identificados se encontraron antiinflamatorios no esteroideos, antipiréticos, antibióticos, medicamentos biológicos, entre otros. Este resultado coincide parcialmente con investigaciones realizadas en población pediátrica latinoamericana. Jares et al. (14) en un estudio multicéntrico latinoamericano, identificó a los antiinflamatorios no esteroideos y a los antibióticos como los principales grupos farmacológicos implicados en la anafilaxia inducida por medicamentos.

Asimismo, Cavkaytar et al. (15) encontraron que los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos y los quimioterápicos se encontraban entre los principales medicamentos relacionados con anafilaxia en niños y

adolescentes. Xing et al. (16) en una serie pediátrica procedente de China, también identificaron a los antibióticos como el grupo farmacológico más frecuentemente implicado. De manera semejante, Gabrielli et al. (17) reportaron que los antibióticos, especialmente los betalactámicos, fueron los medicamentos más frecuentemente relacionados con anafilaxia inducida por fármacos en niños.

Los resultados obtenidos también son concordantes con una investigación multicéntrica más reciente realizada en Turquía, en la cual los antibióticos y los antiinflamatorios no esteroideos constituyeron los grupos farmacológicos sospechosos más frecuentes (18). En conjunto, estos resultados respaldan la importancia de considerar los medicamentos como un desencadenante relevante de anafilaxia en la población pediátrica hospitalizada.

En segundo lugar, los alimentos constituyeron el grupo desencadenante más frecuente en nuestro estudio. Entre los alimentos registrados se encontraron mariscos (cangrejo, camarón, pescado), frutos secos, maní, huevo, chocolate y otros productos. La frecuencia observada fue inferior a la descrita en diversas series internacionales, donde la anafilaxia alimentaria representa la principal etiología.

Gaspar et al. (20) en el Registro Portugués de Anafilaxia, encontraron que los alimentos fueron responsables del 77% de los casos, siendo la leche de vaca, los frutos secos, los mariscos y el huevo los principales desencadenantes. De igual manera, Pырpyris et al. (23) utilizando datos del Registro Europeo de Anafilaxia, identificaron a los alimentos como el principal desencadenante, con 82,4% de los casos pediátricos estudiados. Turgay Yagmur et al. (24) también encontraron predominio de los alimentos como causa general de anafilaxia, aunque observaron que los medicamentos adquirirían mayor importancia en los escolares y adolescentes.

En China, Su et al. (25) reportaron que los alimentos representaron el 45,5% de los casos, seguidos por los medicamentos con 33,6%. De igual manera, el registro multicéntrico de Asia-Pacífico publicado por Leung et al. (26) identificó a los alimentos como el desencadenante más frecuente, con 62% de los episodios. Estos resultados muestran que la etiología de la anafilaxia

puede variar de acuerdo con la edad, los hábitos alimentarios, las características regionales y el contexto asistencial.

La revisión de Turner et al. (22) también evidencia diferencias regionales en los principales alérgenos alimentarios, destacando el maní y los frutos secos en algunas regiones y los mariscos, la leche de vaca y el huevo en América Latina. Por lo tanto, los alimentos identificados en nuestra población deben interpretarse considerando las particularidades de la población pediátrica atendida en nuestro medio.

La anafilaxia por himenópteros fue poco frecuente en nuestro estudio, con dos casos, correspondientes al 3% de la población. Esta proporción es inferior a la descrita en algunas series internacionales. Ruiz Oropeza et al. (28) encontraron una frecuencia de 7,3% de anafilaxia inducida por picaduras de abejas y avispa. Por su parte, Poziomkowska-Gęsicka et al. (29) encontraron que el veneno de himenópteros fue el principal desencadenante de anafilaxia en su población, seguido de los medicamentos y los alimentos. Las diferencias pueden relacionarse con las características geográficas y ambientales de las poblaciones estudiadas.

La anafilaxia asociada a medios de contraste fue excepcional en nuestra población, con un solo caso. Este hallazgo es consistente con la baja frecuencia de este desencadenante en población pediátrica. Gao et al. (31) analizaron una extensa cohorte de pacientes expuestos a medios de contraste yodados y encontraron únicamente cinco pacientes menores de 18 años entre los casos de anafilaxia identificados. Debido a la baja frecuencia observada tanto en nuestro estudio como en otras series, este tipo de anafilaxia representa un evento poco habitual en población pediátrica.

En relación con la clasificación clínica mediante los criterios NIAID/FAAN, la mayoría de los pacientes correspondió al escenario clínico II, seguido de los escenarios I y III. Este predominio puede explicarse por la presencia simultánea de manifestaciones cutáneas y compromiso respiratorio, gastrointestinal o cardiovascular. Además, la mayoría de los pacientes presentó una reacción monofásica, mientras que las reacciones bifásicas fueron poco frecuentes.

La frecuencia de reacciones bifásicas encontrada en nuestro estudio fue menor a la descrita en algunas series pediátricas. La evidencia disponible muestra que el riesgo de recurrencia de los síntomas después de la resolución inicial no es uniforme y puede estar condicionado por la gravedad del episodio inicial y la necesidad de dosis repetidas de adrenalina. Dribin et al. (35) en una cohorte multicéntrica pediátrica, evaluaron el momento de administración de una segunda dosis de epinefrina y encontraron que la mayoría de los pacientes no requirió una nueva dosis después de las primeras horas de observación. Estos resultados pueden contribuir a individualizar el período de observación de los pacientes, considerando sus características clínicas y respuesta al tratamiento.

En cuanto al tratamiento, la adrenalina fue el medicamento más utilizado en nuestra población, administrándose en el 90% de los casos. La mayoría de los pacientes recibió una sola dosis, mientras que un grupo menor requirió dosis adicionales. Este hallazgo es favorable, debido a que la adrenalina constituye el tratamiento de primera elección de la anafilaxia.

Van der Valk et al. (32) encontraron que únicamente el 39% de los niños con anafilaxia alimentaria recibió epinefrina durante el episodio estudiado. Por su parte, Pistiner et al. (33) reportaron utilización de epinefrina en 39% de los lactantes y 61% de los niños pequeños con anafilaxia alimentaria. En ambos estudios se evidencia que, a pesar de la importancia de la epinefrina como tratamiento de primera línea, su utilización puede ser insuficiente, especialmente fuera del ámbito hospitalario.

En contraste, Chiampou et al. (34) encontraron un mayor uso de antihistamínicos, administrados en 92,9% de los casos, mientras que la epinefrina fue utilizada en aproximadamente la mitad de los pacientes. En este estudio también se observó una elevada prescripción de autoinyectores y derivación a Alergología, lo que contrasta con nuestros resultados y evidencia una oportunidad de mejora en el manejo posterior al alta.

En nuestro estudio, los antihistamínicos constituyeron el segundo grupo farmacológico más utilizado, seguidos de los corticosteroides. También se utilizaron oxigenoterapia, cristaloides intravenosos, broncodilatadores y otros

medicamentos. La utilización de estos tratamientos refleja la necesidad de tratar las manifestaciones clínicas asociadas y el compromiso de diferentes sistemas durante el episodio anafiláctico.

En relación con las manifestaciones clínicas, los síntomas dermatológicos fueron los más frecuentes, presentes en el 96% de los pacientes. Dentro de este grupo, el angioedema fue la manifestación más frecuente, seguido de urticaria, prurito y eritema. El compromiso respiratorio ocupó el segundo lugar, presente en el 81% de los pacientes, predominando la disnea y las sibilancias. Los síntomas digestivos estuvieron presentes en el 36% y los cardiovasculares en el 34%.

Estos resultados son comparables con diferentes estudios pediátricos. Jeon et al. (38) en una población de lactantes con anafilaxia, encontraron manifestaciones cutáneas en el 98,6%, respiratorias en el 83,2% y gastrointestinales en el 29,8%. De manera similar, Pouessel et al. (39) encontraron predominio de las manifestaciones mucocutáneas, seguidas de las gastrointestinales y respiratorias en niños con anafilaxia alimentaria.

Nantanee et al. (40) reportaron manifestaciones cutáneas en el 100% de los pacientes estudiados, seguidas por síntomas respiratorios y gastrointestinales. Asimismo, Bernadette et al. (41) encontraron afectación cutánea o mucosa en 97,9% de los pacientes pediátricos, compromiso respiratorio en 61,9% y síntomas gastrointestinales en 36,1%. Estos resultados presentan una distribución clínica semejante a la observada en nuestra población y respaldan el predominio de las manifestaciones cutáneas y respiratorias en la anafilaxia pediátrica.

El estudio de Kim et al. (37) mostró que las manifestaciones clínicas pueden variar de acuerdo con el agente desencadenante. Los síntomas cutáneos fueron más frecuentes en la anafilaxia inducida por alimentos, mientras que el síncope y la hipotensión se observaron con mayor frecuencia en la anafilaxia relacionada con medicamentos. Este hallazgo resulta de interés para nuestro estudio, debido al predominio de los medicamentos como agentes desencadenantes.

Respecto al tiempo de observación, el 88% de los pacientes permaneció en observación durante más de seis horas, con un promedio de 18 horas. La estancia hospitalaria fue de uno a dos días en el 84% de los casos. Estos resultados reflejan que la mayoría de los pacientes evolucionó favorablemente y pudo completar una estancia hospitalaria relativamente corta, aunque el tiempo de observación fue superior al utilizado en algunos servicios de urgencias.

Dribin et al. (35) analizaron el momento en que se administró una segunda dosis de epinefrina en pacientes pediátricos y señalaron que un período de observación de dos horas podría ser suficiente para una proporción importante de pacientes que responden adecuadamente al tratamiento, mientras que determinados pacientes, especialmente aquellos con compromiso cardiovascular, pueden requerir períodos más prolongados. Por tanto, el tiempo de observación debe individualizarse según la gravedad del episodio y la evolución clínica.

Finalmente, uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio fue la escasa utilización y prescripción de autoinyectores de adrenalina. Únicamente un paciente había utilizado un autoinyector y solo un caso tenía prescrita esta herramienta desde la consulta externa; además, ningún paciente recibió la prescripción de un autoinyector al momento del alta. De igual manera, únicamente el 40% de los pacientes tuvo seguimiento posterior en la consulta externa de Alergología.

Esta situación contrasta con los resultados descritos por Kitamura et al. (42) quienes encontraron un uso considerable de autoinyectores previamente prescritos en pacientes pediátricos con anafilaxia alimentaria. Asimismo, Chiampou et al. (34) reportaron prescripción de autoinyector de epinefrina en 66,9% de los pacientes y derivación a un especialista en Alergología en 76,3%.

De forma semejante, Nunes Oliveira et al. (43) en un estudio realizado en Brasil, identificaron una utilización insuficiente de adrenalina intramuscular y de adrenalina autoinyectable, además de observar que una proporción importante de los pacientes no completó una evaluación posterior al

episodio. Estos hallazgos son relevantes para nuestro contexto, ya que muestran que las dificultades relacionadas con el seguimiento y la disponibilidad de dispositivos de adrenalina no son exclusivas de nuestra institución.

En conjunto, los resultados de este estudio muestran que la anafilaxia pediátrica en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde presentó predominio en pacientes de sexo masculino, especialmente escolares y adolescentes, con una importante presencia de comorbilidades alérgicas. A diferencia de numerosas series internacionales, los medicamentos constituyeron el principal desencadenante identificado, seguidos de los alimentos. Las manifestaciones dermatológicas y respiratorias fueron las más frecuentes y la mayoría de los pacientes recibió adrenalina durante el episodio.

Sin embargo, los resultados también evidencian oportunidades de mejora en el manejo posterior al episodio agudo, particularmente en la prescripción de autoinyectores de adrenalina y en la continuidad del seguimiento por Alergología. Estos aspectos son importantes debido a que el manejo de la anafilaxia no debe limitarse al tratamiento del episodio agudo, sino que debe incluir medidas destinadas a reducir el riesgo de nuevas exposiciones y favorecer el reconocimiento temprano y tratamiento oportuno de futuras reacciones.

IDENTIFICACIÓN DELIMITACIONES DEL ESTUDIO

- **Tamaño reducido de la muestra:** Aunque se revisó un período amplio de 13 años, solamente se analizaron 80 casos, lo que limitó la capacidad para realizar análisis.
- **Registros clínicos incompletos:** Esta es una de las limitaciones más importantes del estudio. De las 97 historias inicialmente identificadas, 14 fueron excluidas específicamente por estar incompletas.
- **Limitación propia del diseño retrospectivo:** Al tratarse de una revisión retrospectiva, se dependía de la información que estaba disponible en SERVINTE y en las notas médicas. Esto limita variables que podrían ser importantes, como la precisión del momento de aparición de los síntomas, el tiempo exacto hasta la administración de adrenalina, antecedentes no documentados o información proporcionada por los cuidadores que no haya quedado registrada.
- **Limitación para evaluar seguimiento:** se evaluó la indicación de seguimiento y la asistencia, encontrándose seguimiento por Alergología solamente en el 40% de los pacientes. El estudio no permite valorar de manera completa la evolución a largo plazo, recurrencia de anafilaxia, adherencia al tratamiento preventivo o resultados posteriores al alta.

PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- Se recomienda desarrollar estudios multicéntricos que incluyan diferentes hospitales pediátricos del Ecuador, con el propósito de ampliar el tamaño de la muestra y determinar si las características clínicas y etiológicas observadas en esta investigación son representativas de la población pediátrica a nivel nacional.

- Se sugiere realizar estudios prospectivos que permitan recolectar de manera estandarizada información relacionada con el inicio de los síntomas, el tiempo transcurrido hasta la administración de adrenalina, las dosis utilizadas, la evolución clínica y la aparición de reacciones bifásicas. Asimismo, sería pertinente investigar los factores asociados a la recurrencia de los episodios de anafilaxia, considerando antecedentes de alergia, comorbilidades, agente desencadenante y características de la exposición.
- Se recomienda realizar estudios que evalúen el nivel de conocimiento de padres y cuidadores sobre el reconocimiento de la anafilaxia y el uso adecuado de autoinyectores de adrenalina, así como valorar el impacto de intervenciones educativas sobre la respuesta inicial ante nuevos episodios.
- Finalmente, se sugiere investigar las causas asociadas a la baja adherencia al seguimiento por Alergología después del alta hospitalaria y evaluar estrategias de referencia y seguimiento que permitan mejorar la continuidad de la atención y contribuir a la prevención de recurrencias.

CONCLUSIONES

- Se observó mayor prevalencia de casos de anafilaxia en el sexo masculino, en edades escolares, siendo los agentes causales más frecuentes fármacos, seguida de alimentos.
- La mayoría de los pacientes pediátricos no presentaron reacciones alérgicas previas, en los casos que se reportaron antecedentes se observó que la anafilaxia fue producida por el mismo agente causal de la reacción anterior.
- Las comorbilidades más frecuentes en nuestra población de estudio fueron rinitis alérgica, urticaria y asma.
- Los síntomas más frecuentes fueron en orden de frecuencia dermatológicos, respiratorios, digestivos y cardiovasculares.
- La mayor cantidad de pacientes pertenecieron al escenario tipo II (67%), que implica múltiples sistemas afectados sin hipotensión necesariamente, seguido del escenario tipo I (28%) y III (5%) respectivamente, por lo cual se debe recalcar la necesidad de un diagnóstico clínico integral en este tipo de pacientes.
- Además, según el curso de reacción, de forma monofásica (97%) se presentaron la mayor cantidad de pacientes en comparación a la bifásica que solo se presentó en 2 casos (3% a las 3 y 4 horas).
- El tratamiento de elección fue la adrenalina, seguida de corticoides y antihistamínicos. Sin embargo, solo 1 caso usó un auto inyector de epinefrina, demostrando la falta de conocimiento en relación a su manejo por parte de padres y cuidadores.
- El tiempo de observación en los casos de anafilaxia fue de más de 6 horas y el de estancia de 1 a 2 días.
- Finalmente, la mayoría de niños no tuvieron control con Alergología por consulta externa en la institución.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar un sistema de alerta visual como el uso de pulseras de identificación para notificar sobre alergias de manera inmediata en las diferentes áreas hospitalarias. Esta medida actúa como un filtro de seguridad esencial para el personal de salud, permitiendo prevenir errores en la alimentación y/o medicación que podrían comprometer la vida del paciente.
- Se recomienda el llenado de la historia clínica completa y bien redactada en todas las áreas del hospital, incluyendo pensionados. Hacerlo de manera exhaustiva garantiza una atención de calidad y, al mismo tiempo, funciona como un respaldo legal indispensable para el profesional ante cualquier complicación.
- Se debe plantear una campaña de educación a padres y/o cuidadores acerca del uso de auto inyectores de adrenalina, para prevenir cuadros de anafilaxia graves y potencialmente mortales en la población pediátrica.
- Se recomienda dar seguimiento por consulta externa para determinar factores de riesgo asociados a la anafilaxia en nuestra población pediátrica, buscando prevenir cuadros de recurrencia mediante la educación a padres y/o cuidadores, además de los mismos pacientes de acuerdo al grupo de edad, debido a que se pudo evidenciar que pacientes con antecedentes de alergia presentaron casos de anafilaxia por nueva exposición al mismo agente causal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- García MO. Anafilaxia en Urgencias [Internet]. Seup.org. [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/7_Anafilaxia_4ed.pdf
- Peña A, Carreño F. F, Contreras K, Balderrama V, Miguel Alvarez A. Enfrentamiento de la anafilaxia en el servicio de urgencia: Approach of Anaphylaxis in the emergency room. ARS Medica [Internet]. 2023 [citado el 19 de octubre de 2025];48(1):39–47. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-18552023000100039&lng=es&nrm=iso&tlnq=es
- Hines Chaves KD, Zumbado Vásquez R. Anafilaxia en pediatría. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2021;6(2):e644. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms212g.pdf>
- Cardona V, Álvarez-Perea A, Ansotegui-Zubeldia IJ, Arias-Cruz A, Ivancevich JC, González-Díaz SN, et al. Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica. Galaxia-Latam. Rev Alerg Mex [Internet]. 2022;66 Suplemento 2(6):1–39. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/18647/1/4.pdf>
- Rojo Gutiérrez MI, Valentín Rostan M, Latour Staffeld P, Jares EJ. Anafilaxia alimentaria. Rev Alerg Mex [Internet]. 2023 [citado el 6 de noviembre de 2025];70(4):300–5. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-91902023000400300&script=sci_arttext
- Ortiz T, Andrés J. Análisis de las causas, manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico y estrategias de tratamiento de la Anafilaxia perioperatoria. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2025. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/15669/1/Torres%20O.%2c%20Jorge%20A.%20%282025%29%20An%c3%a1lisis%20de%20la s%20causas%2c%20manifestaciones%20cl%c3%adnicas%2c%20m>

[%c3%a9todos%20de%20diagn%c3%b3stico%20y%20estrategias%20de%20tratamiento%20de%20la%20Anafilaxia%20perioperatoria..pdf](#)

7. Feijoo P. M, Astudillo A. ML, Rigo-Righi ID Anafilaxia perioperatoria. Rev. Chil Anest [Internet]. 2023 [citado el 6 de noviembre de 2025];52(7). Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv52n7-09/>
8. Samady W, Trainor J, Smith B, Gupta R. Food-induced anaphylaxis in infants and children. Ann Allergy, Asthma Immunol [Internet]. el 1 de septiembre de 2018 [citado el 5 de febrero de 2026];121(3):360–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860051/>
9. Motosue MS, Bellolio MF, Van Houten HK, Shah ND, Campbell RL. National trends in emergency department visits and hospitalizations for food-induced anaphylaxis in US children. Pediatr Allergy Immunol [Internet]. el 1 de agosto de 2018 [citado el 27 de enero de 2026];29(5):538–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29663520/>
10. Kawsomboon T, Sangsupawanich P, Koosakulchai V, Ratchatawiriyaikul P, Srisuk B, Yuenyongviwat A. Identifying key risk factors for severe pediatric anaphylaxis in children aged 0 to 15: Evidence from a Thai study. Asia Pac Allergy [Internet]. septiembre de 2025 [citado el 16 de enero de 2026];15(3):192–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40933433/>
11. Olabarri M, Vazquez P, Gonzalez-Posada A, Sanz N, Gonzalez-Peris S, Diez N, et al. Risk Factors for Severe Anaphylaxis in Children. J Pediatr [Internet]. el 1 de octubre de 2020 [citado el 4 de febrero de 2026];225:193-197.e5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544480/>
12. Khojah A, Bukhari A, Alibrahim I, AlSulami M, Alotaibi T, Alotaibi R, et al. Possession of Injectable Epinephrine Among Children with Parent-Reported Food Allergies in Saudi Arabia. J Clin Med [Internet]. el 1 de

- agosto de 2025 [citado el 26 de enero de 2026];14(15):5274.
Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/15/5274/html>
13. Kucharek I, Przysiał-Dyszyński K, Godyńska A, Gregorczyk M, Krajewska N, Sybilski AJ. Pediatric anaphylaxis: age-related symptom trends and the limited role of allergen molecules: a retrospective analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol* [Internet]. el 1 de diciembre de 2025 [citado el 26 de enero de 2026];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41310866/>
 14. Jares EJ, Baena-Cagnani CE, Sánchez-Borges M, Ensina LFC, Arias-Cruz A, Gómez M, et al. Drug-Induced Anaphylaxis in Latin American Countries. *J allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. el 1 de septiembre de 2015 [citado el 9 de febrero de 2026];3(5):780–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26143020/>
 15. Cavkaytar O, Karaatmaca B, Cetinkaya PG, Esenboga S, Yilmaz EA, Sahiner UM, et al. Characteristics of drug-induced anaphylaxis in children and adolescents. *Allergy asthma Proc* [Internet]. el 1 de septiembre de 2017 [citado el 9 de febrero de 2026];38(5):e56–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28814352/>
 16. Xing Y, Zhang H, Sun S, Ma X, Pleasants RA, Tang H, et al. Clinical features and treatment of pediatric patients with drug-induced anaphylaxis: a study based on pharmacovigilance data. *Eur J Pediatr* 2017 1771 [Internet]. el 22 de noviembre de 2017 [citado el 9 de febrero de 2026];177(1):145–54. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-017-3048-z>
 17. Gabrielli S, Clarke AE, Eisman H, Morris J, Joseph L, La Vieille S, et al. Disparities in rate, triggers, and management in pediatric and adult cases of suspected drug-induced anaphylaxis in Canada. *Immunity, Inflamm Dis* [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 9 de febrero de 2026];6(1):3–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29094518/>

18. Metbulut AP, Hacı İA, Can D, Bekiş Bozkurt H, Cavkaytar Ö, Arga M, et al. Evaluation of drug-related anaphylaxis in children: multi-center study. Eur J Pediatr [Internet]. el 1 de marzo de 2025 [citado el 16 de enero de 2026];184(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40053151/>
19. Matias J, Gaspar Â, Borrego LM, Piedade S, Pires G, Arêde C, et al. Tree Nuts Anaphylaxis in Preschool Age Children. Eur Ann Allergy Clin Immunol [Internet]. 2020 [citado el 4 de febrero de 2026];52(4):182–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912691/>
20. Gaspar Â, Santos N, Faria E, Pereira AM, Gomes E, Câmara R, et al. Anaphylaxis in children and adolescents: The Portuguese Anaphylaxis Registry. Pediatr Allergy Immunol [Internet]. el 1 de agosto de 2021 [citado el 4 de febrero de 2026];32(6):1278–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774834/>
21. Gabrielli S, Clarke AE, Morris J, Gravel J, Lim R, Chan ES, et al. Fruit-Induced Anaphylaxis: Clinical Presentation and Management. J Allergy Clin Immunol Pract [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 8 de febrero de 2026];9(7):2825-2830.e2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33727108/>
22. Turner PJ, Arasi S, Ballmer-Weber B, Baseggio Conrado A, Deschildre A, Gerdts J, et al. Risk factors for severe reactions in food allergy: Rapid evidence review with meta-analysis. Allergy Eur J Allergy Clin Immunol [Internet]. el 1 de septiembre de 2022 [citado el 27 de enero de 2026];77(9):2634–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35441718/>
23. Pyrpyris N, Kritikou M, Aggelidis X, Manolaraki I, Makris M, Papadopoulos NG, et al. Anaphylaxis in Children and Adolescents: Greek Data Analysis from the European Anaphylaxis Registry (NORA). J Pers Med [Internet]. el 1 de octubre de 2022 [citado el 5 de

- febrero de 2026];12(10):1614. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9604916/>
24. Turgay Yagmur I, Kulhas Celik I, Yilmaz Topal O, Civelek E, Toyran M, Karaatmaca B, et al. The Etiology, Clinical Features, and Severity of Anaphylaxis in Childhood by Age Groups. *Int Arch Allergy Immunol* [Internet]. el 1 de junio de 2022 [citado el 9 de febrero de 2026];183(6):600–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35073543/>
 25. Su Y, Wen J, Zhang H, Zou Z, Cai Y, Zhang C. Clinical Characteristics of Anaphylaxis in Children Aged 0–16 Years in Xi'an, China. *Int Arch Allergy Immunol* [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 4 de febrero de 2026];184(3):220. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10015755/>
 26. Leung ASY, Tham EH, Pacharn P, Xing Y, Trinh HKT, Lee S, et al. Disparities in pediatric anaphylaxis triggers and management across Asia. *Allergy* [Internet]. el 1 de mayo de 2024 [citado el 30 de enero de 2026];79(5):1317–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462795/>
 27. Luccioli S, Seabol L. Anaphylaxis in children: Latest insights. *Allergy asthma Proc* [Internet]. el 1 de mayo de 2025 [citado el 26 de enero de 2026];46(3):168–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40380371/>
 28. Ruiz Oropeza A, Mikkelsen S, Bindlev-Jensen C, Mortz CG. Pre-hospital treatment of bee and wasp induced anaphylactic reactions: a retrospective study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. el 14 de enero de 2017 [citado el 9 de febrero de 2026];25(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088250/>
 29. Poziomkowska-Gęsicka I, Kurek M. Clinical Manifestations and Causes of Anaphylaxis. Analysis of 382 Cases from the Anaphylaxis Registry in West Pomerania Province in Poland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. el 2 de abril de 2020 [citado el 9 de febrero de

2026];17(8).

Disponible

en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316622/>

30. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* [Internet]. el 1 de febrero de 2022 [citado el 22 de enero de 2026];77(2):357–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343358/>
31. Gao H, Lu L, Saadi Neto E, McDonald JS, McDonald RJ, Mullan AF, et al. Biphasic, refractory, and life-threatening anaphylactic reactions to iodinated contrast media: A 10-year retrospective analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol* [Internet]. 2026;136(3):308-314.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2025.11.004>
32. Van der Valk JPM, Berends I, Gerth van Wijk R, Arends NJT, van Maaren MS, de Groot H, et al. Small percentage of anaphylactic reactions treated with epinephrine during food challenges in Dutch children. *Ann Allergy, Asthma Immunol* [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 9 de febrero de 2026];120(3):300–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017902/>
33. Pistiner M, Mendez-Reyes JE, Eftekhari S, Carver M, Lieberman J, Wang J, et al. Factors Associated With Epinephrine Use in the Treatment of Anaphylaxis in Infants and Toddlers. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. el 1 de febrero de 2024 [citado el 9 de febrero de 2026];12(2):364-371.e1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37923127/>
34. Chiampou E, Douros K, Moriki D, Marina M, Anastasiou-Katsiardani A, Tanou K, et al. Evaluation of treatment and long-term management of anaphylaxis in pediatric departments of Greece: a 2-year nationwide survey. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2024;52(3):8–16.
35. Dribin TE, Sampson HA, Zhang Y, Boyd S, Zhang N, Michelson KA, et al. Timing of repeat epinephrine to inform paediatric anaphylaxis observation periods: a retrospective cohort study. *Lancet Child*

- Adolesc Heal [Internet]. el 1 de julio de 2025 [citado el 27 de enero de 2026];9(7):484–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40506197/>
36. Klim L, Michalik M, Figura N, Cichocka-Jarosz E, Jedynak-Wąsowicz U. Food-induced anaphylaxis in children less than 2 years of age. Postep dermatologii i Alergol [Internet]. 2025 [citado el 27 de enero de 2026];42(4):378–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41001140/>
 37. Kim SY, Kim MH, Cho YJ. Different clinical features of anaphylaxis according to cause and risk factors for severe reactions. Allergol Int [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 9 de febrero de 2026];67(1):96–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28602247/>
 38. Jeon YH, Lee S, Ahn K, Lee SY, Kim KW, Kim HH, et al. Infantile Anaphylaxis in Korea: a Multicenter Retrospective Case Study. J Korean Med Sci [Internet]. el 1 de abril de 2019 [citado el 9 de febrero de 2026];34(13). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30950251/>
 39. Pouessel G, Jean-Bart C, Deschildre A, Van der Brempt X, Tanno LK, Beaumont P, et al. Food-induced anaphylaxis in infancy compared to preschool age: A retrospective analysis. Clin Exp Allergy [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 27 de enero de 2026];50(1):74–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31651059/>
 40. Nantanee R, Suratannon N, Chatchatee P. Characteristics and Laboratory Findings of Food-Induced Anaphylaxis in Children: Study in an Asian Developing Country. Int Arch Allergy Immunol [Internet]. el 1 de enero de 2022 [citado el 9 de febrero de 2026];183(1):59–67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34515144/>
 41. Bernadette S, Rosero H, Dolendo-Paningbatan A, Advincula ER. Association of Clinical Profile and Treatment Outcomes of Pediatric Patients with Anaphylaxis from 2018 to 2022 in Ospital ng Makati: A

Five-Year Cross-Sectional Study. Philipp J Allergy, Asthma Immunol [Internet]. el 28 de diciembre de 2024 [citado el 4 de febrero de 2026];24(2):2984–8644. Disponible en: <https://pjaai.org/index.php/pjaai/article/view/10951>

42. Kitamura K, Ito T, Ito K. Comprehensive hospital-based regional survey of anaphylaxis in Japanese children: Time trends of triggers and adrenaline use. Allergol Int [Internet]. el 1 de octubre de 2021 [citado el 27 de enero de 2026];70(4):452–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1323893021000563?via%3Dihub>
43. Nunes Oliveira FA, Fernandes FR, Solé D, Wandalsen GF. Anaphylaxis in pediatric patients: single-center study in a private hospital. Allergol Immunopathol (Madr) [Internet]. 2025 [citado el 30 de enero de 2026];53(1):48–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39786875/>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mendieta Maza, Víctor Daniel**, con C.C: # **110481082-3** autor/a del trabajo de titulación: **“Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025”**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de **junio del 2026**

f. _____

Nombre: **Mendieta Maza Víctor Daniel**

C.C: **110481082-3**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Caracterización clínica de pacientes pediátricos con anafilaxia internados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, desde enero 2013 a diciembre 2025”.		
AUTOR(ES)	Mendieta Maza Víctor Daniel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Pazmiño Arroba Jimmy Ricardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud /Subsistema de Posgrado		
CARRERA:	Especialización en Pediatría		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Pediatría		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de junio del 2026	No. PÁGINAS:	52
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatría, alergología, urgencias pediátricas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Anafilaxia, Pediatría, Epinefrina, Alérgenos, reacción alérgica aguda.		
Introducción: La anafilaxia es la manifestación alérgica sistémica más grave en pediatría, cuya caracterización clínica es fundamental para optimizar el diagnóstico y manejo oportuno. Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de anafilaxia. Resultados: Se incluyó un total de 80 pacientes, en un periodo de 13 años de estudio, con prevalencia de sexo masculino 65% (n=52) y edad escolar 3% (n=31), con un promedio de 10 años. Los fármacos fueron el principal agente etiológico con el 53% (n=43), seguidos por los alimentos con el 29% (n=23). Las comorbilidades predominantes fueron rinitis alérgica (37%;n=18) y asma (23%; n=11). Clínicamente, los sistemas más afectados fueron el dermatológico (96%;n=77: angioedema 36%), respiratorio (81%;n=65: disnea 52%), digestivo (36%;n=29: vómito 39%) y cardiovascular (34%;n=27: taquicardia 49%). La adrenalina fue el tratamiento de elección 90% (n=72), complementado con corticoides 65% (n=52) y antihistamínicos 88% (n=70); sin embargo, el uso del auto inyector de epinefrina fue casi nulo (solo 1 caso), evidenciando una brecha en el conocimiento de cuidadores. El tiempo de observación superó las 6 horas 88% (n=70), con un promedio de 18 horas y con una estancia hospitalaria de 1 a 2 días 84% (n=67). Finalmente, se identificó una baja tasa de seguimiento por la especialidad de Alergología tras el alta con el 40% (n=32). Conclusiones: La anafilaxia en esta población es causada principalmente por fármacos y afecta mayormente a varones escolares. Existe una necesidad crítica de mejorar la educación sanitaria sobre el uso de dispositivos de epinefrina y fortalecer el sistema de referencia a consulta externa especializada para prevenir recurrencias. Palabras Claves: Anafilaxia, Pediatría, Epinefrina, Alérgenos, <i>reacción alérgica aguda.</i>			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

CONTACTO AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593-4-998148067	E-mail: vic_daniel1990@hotmail.com, dr.danielpedia@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Vines Balanzategui, Linna	
		Teléfono: +593-4-987165741	
		E-mail: linnavi40blue@hotmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			