



## ANAFILAXIA PEDIATRÍA

### ● Criterios

\* 1 de los 3 criterios siguientes:

- 1) Inicio brusco de síntomas en **piel y/o mucosas**, y al menos 1:
  - Compromiso respiratorio
  - Hipotensión o síntomas relacionados
- 2) Inicio brusco de síntomas en 2 o más de los siguientes sistemas tras exposición a alérgeno sospechoso
  - **Mucocutánea**
  - Compromiso **respiratorio**
  - **Hipotensión** o síntomas relacionados
  - Síntomas **gastrointestinales** persistentes
- 3) **Hipotensión aislada** tras contacto con alérgeno conocido para el paciente

### ● Estabilización:

- ABCDE: (apertura vía aérea, Oxígeno 100% a 10-15 l/min)

- Monitorización y Toma de Constantes: (FR, FC, TA, SatO2...)

### ● Medicación EN TODOS LOS CASOS:

#### 1º. **ADRENALINA** IM (1 mg/1 ml, viales 1 ml)

**0,01 ml/kg** adrenalina al 1/10.000 en vasto externo (máximo 0,5 ml o medio vial)

Peso	≤ 5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	9 kg	10 kg	15 kg	20 kg	25 kg	30 kg	35 kg	40 kg	45 kg	50 kg
Medicación														
Adrenalina	0,05 ml	0,06 ml	0,07 ml	0,08 ml	0,09 ml	0,1 ml	0,15 ml	0,2 ml	0,25 ml	0,3 ml	0,35 ml	0,4 ml	0,45 ml	0,5 ml

**SE PUEDE REPETIR CADA 5-10 MINUTOS SI NO HAY MEJORÍA)**

- **Si hipotensión** (después de pasar adrenalina)

**HIPOTENSIÓN EN PEDIATRÍA : TA SISTÓLICA**

< 12 meses: < 70 mmHg

1-10 años: < (70 + EDAD X 2)

> 10 años: < 90 mmHg

(Intentar canalizar vía ev de grueso calibre o intraósea)

**SUERO FISIOLÓGICO (SSF) EV: 20 ml/kg en bolo**

5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	9 kg	10 kg	15 kg	20 kg	25 kg	30 kg	35 kg	40 kg	45 kg	50 kg
100 ml	120 ml	140 ml	160 ml	180 ml	200 ml	300 ml	400 ml	500 ml	600 ml	700 ml	800 ml	900 ml	1000 ml

(Se puede repetir cada 5-10 minutos hasta tres veces).

(Si no se logra revertir la hipotensión, administrar nuevas dosis de adrenalina)

- **Si broncoespasmo:**

**SALBUTAMOL NEBULIZADO** “Buto-air” (2,5mg/2,5ml): diluido en 2-4 ml SFF

(dosis mínima 2,5 ml, máxima 5 ml):

- Dosis: <20 kg: 2,5 mg (1 vial -2,5 ml-)

>20kg: 5 mg (2 viales -5 ml-). Puede repetirse c/ 15-20 min.

- FLUJO: 8-10 L/min

- Alternativa: salbutamol en MDI con cámara espaciadora en dosis de 4 puff cada 10 minutos.

- **Si niños asmáticos: asociar: Bromuro Ipatropio** en cada nebulización (viales 500 µgr/2 ml) (<6 años: 1 ml ó 250 µgr; >6 años: 2 ml ó 500 µgr)

- **Si estridor:**

**ADRENALINA NEBULIZADA** 5 ml (5 viales) FLUJO 4-6 l/min

## ● MEDICACION DE SEGUNDO NIVEL

### **HIDROCORTISONA IM ó EV:** (“Actocortina”100 mg/1 ml) 10-15 mg/kg

(Si 10 kg: 1 ml -1 vial-; 20 kg: 2 ml >30 kg: 3 ml). Debe administrarse lento.

Alternativa: metilprednisona IM (“Urbason” 20 y 40 mg/2 ml) 1-2 mg/kg

(Si 10 kg: 1 ml o medio vial de 20 mg; >20 kg: 2 ml o un vial 20 mg; por encima de 35 kg un vial completo de 40 mg)

### **DEXCLORFENIRAMINA IM, SC ó EV:** (solo si afectación cutánea )

“Polaramine” 5 mg/1ml; máximo 5 mg 0,1- 0,15 mg/kg/Dosis

(Si 10 kg: 0,2 ml; 20 kg: 0,5 ml o medio vial; 40 kg: 1 vial)

➤ Traslado en ambulancia medicalizada

### **Bibliografia:**

- Protocolos del GVR- Anafilaxia en el niño y el adolescente (P-GVR-11).  
<https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/Anafilaxia-2019.pdf>
- Cardena Dahl V, Cabañas Higuero N, Chivato Pérez T, Guardia Martínez P, Fernández Rivas MM y colaboradores. Galaxia: Guia de actuación en Anafilaxia. Octubre 2009.
- Echeverria Zudaire LA. Tratamiento de la anafilaxia. ¿Cómo lo estamos haciendo? En: AEPap ed. Curso de Actualizacion Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 63-72.
- Dinakar C. Anaphylaxis in children: current understanding and key issues in diagnosis and treatment. Curr Allergy Asthma Rep. 2012 Dec;12(6):641-9.
- Chook J, Simons FE, Sheikh A. Glucocorticoids for the treatment of anaphylaxis. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD007596.
- Sicherer SH, Simons FE. Self-injectable epineph

**Mayo 2021**

**Elena Sánchez Almeida.** Pediatra Centro Salud la Guancha- San Juan de la Rambla.

Revisado por **Judith Mesa Fumero.** Pediatra Servicio Urgencias del HUC