

TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

La adrenalina es el fármaco de elección y debe ser administrada sin demora en el inicio de aparición de los síntomas.

NO EXISTEN CONTRAINDICACIONES EN EL NIÑO PARA SU USO EN UNA ANAFILAXIA

Posteriormente una reposición de volumen adecuada y el transporte precoz a un hospital.

1º Posición del niño:

Se posiciona según los síntomas que presenta:

- Dificultad para respirar o vómitos: Sedestación
- Inestabilidad hemodinámica: Decúbito supino
- Pérdida de conciencia y respiración espontánea: Decúbito lateral

2º Retirar alérgeno sospechoso:

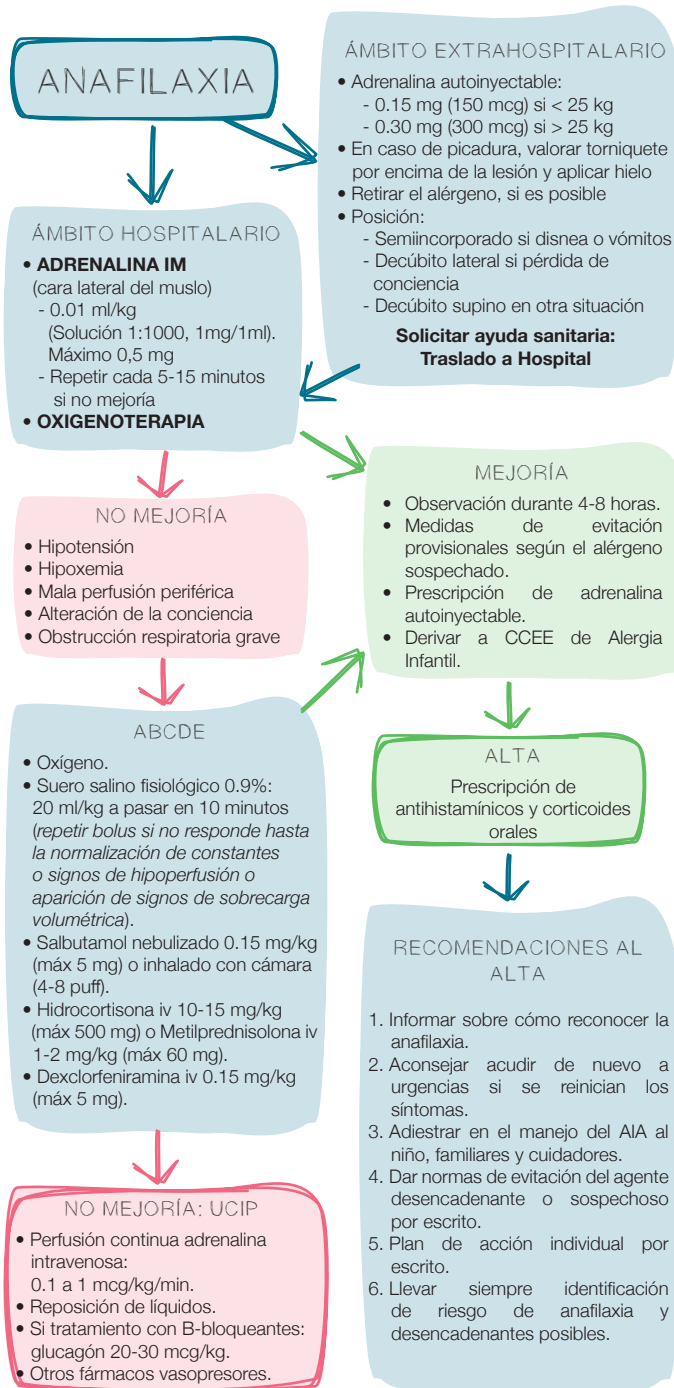
- Retirar restos de alimentos de la boca (no provocar el vómito)
- Retirar aguijón tras picadura de abeja, extraer con la uña o una pinza, sin presionar el saco de veneno (para evitar vaciarlo)
- Suspender la administración del fármaco intravenoso
- Evitar productos con látex

3º Administrar Adrenalina IM:

0.01 mg/kg/dosis, vía intramuscular en parte lateral del muslo, se puede repetir a los 5-10 minutos si es necesario.



ALGORITMO DE ANAFILAXIA



GUÍA RÁPIDA del MANUAL DE ANAFILAXIA PEDIÁTRICA

MAP

Grupo de Trabajo de Anafilaxia
Sociedad Española de Inmunología Clínica,
Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP)



CRITERIOS CLÍNICOS DE ANAFILAXIA

Criterio 1.

Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o "flushing" (sofoco), edema de labios, úvula o lengua) , y al menos uno de los siguientes:

- Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotonía, incontinencia...)

Criterio 2.

Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:

- Afectación de piel y/o mucosas
- Compromiso respiratorio
- Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
- Síntomas gastrointestinales persistentes

Criterio 3.

Disminución de la TA tras la exposición a un alérgeno conocido para ese niño (minutos o algunas horas):

- Lactantes : TAS < 70 mmHg
- Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2)
- Niños > 10 años: TAS < 90 mmHg o descenso del 30% sobre la basal.

PEF: Pico flujo espiratorio; **TA:** Tensión arterial;

TAS: Tensión arterial sistólica

*Modificado de Sampson HA.

ETIOLOGÍA

Alimentos: Leche, huevo, frutos secos, pescado, legumbres

Picaduras de Himenópteros: avispa y abeja

Medicamentos:

Betalactámicos, AINES (ibuprofeno, metamizol), quimioterápicos, contrastes, opiáceos, vacunas, anticuerpos monoclonales, Inmunoterapia con alérgenos, hemoderivados, dextranos

Látex: Guantes, chupetes, juguetes, pañales, globos y colchonetas

Inhalantes: Epitelios y pólenes

Factores físicos: Ejercicio, frío, calor, radiación solar

Anafilaxia idiopática: Alérgenos ocultos y nuevos. Síndrome de activación mastocitaria

COFACTORES: Ejercicio físico, fármacos, infecciones agudas, alcohol, estrés, viajes, salir de la rutina, menstruación

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Síntomas y signos; rapidez de instauración

DIAGNÓSTICO LABORATORIO (no de urgencia, no modifican el tratamiento):
NIVELES DE TRIPTASA SÉRICA

	Nivel basal	Inicio	Pico	Vida media
Triptasa sérica	< 11,4 mcg/l	15 min	60-90 min	4-5 horas
Histamina sérica	< 1 mcg/l	2-5 min	5-10 min	60 min
Metilhistamina orina			1-2 horas	24 horas

DOSIS Y PERFUSIÓN DE FÁRMACOS

$$\text{mcgr/kg/min} = \frac{\text{Dosis (mcgr/kg/min)} \times \text{Peso(kg)} \times 3}{\text{Ritmo (ml/h)}} = \text{hasta 50 ml de SSF}$$

$$\text{mgr/kg/h} = \frac{\text{Dosis (mgr/kg/hora)} \times \text{Peso (kg)} \times 50}{\text{Ritmo (ml/h)}} = \text{hasta 50 ml de SSF}$$

Fármaco	Dosis	Modo de preparación
Adrenalina iv	0,1 a 1 mcg/Kg/min (1:100.000) perfusión continua	Diluir 1 mg de adrenalina (1mg/ml) en 100 ml SSF
Dexclorfeniramina iv	0.15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas (máx. 20 mg/día)	Sin diluir y en bolo muy lentamente
Dobutamina iv	2-15 mcgr/kg/min (max. 40 mcgr/kg/min) perfusión continua	Diluir en SG 5% o SSF hasta concentración de 250-1000 mcg/ml. Concentración máx. 5000 mcg/ml
Dopamina iv	5-20 mcg/Kg/min (máx. 50 mcg/Kg/m) en perfusión continua	Diluir en soluciones de glucosa al 5 y 10%, en cloruro de sodio 0,9% o en solución Ringer
Glucagón iv	20-30 mcg/ kg/dosis (máx.1 mg) en bolo, luego infusión 5-15 mcg/min	Inyectar 1 ml de agua estéril para inyección de vial de liofilizado, agitar y extraer. Uso inmediato a preparación.
Hidrocortisona iv	10-15 mg/kg (máx.500 mg)	Diluyendo 50 mg en 1 ml de SSF y administrar despacio.
Metilprednisolona iv	1-2 mg/Kg/dosis (máx. 120 mg/día) en 1-2 dosis, luego 0,5-1 mg/Kg/dosis cada 6 h.	Reconstruir el vial con el disolvente que acompaña a la presentación y administrar en bolo
Noradrenalina iv	0,05-0,1mcg/Kg/min (máx.2 mcg/Kg/min) en perfusión continua por catéter venoso central para evitar extravasación.	Diluir hasta 50 ml de SG 5%, concentraciones entre 4-16 mcg/mL
Ranitidina iv	1-1,5 mg/Kg/dosis cada 6 h (máx. 50 mg/día)	Diluir con SF 0.9% o SG5% a una concentración de 0.5mg/ml, (máximo 2.5 mg/ml) y administrar lentamente en al menos 5 minutos, de forma que no se adminis-tren más de 10 mg/minuto (4ml/min).

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES DE ANAFILAXIA

Muco-Cutáneos	Prurito nasal, ocular, oral o faríngeo, Prurito palmoplantar, Prurito generalizado, Eritema (rubor), Urticaria, Angioedema
Digestivos	Náuseas, Vómitos, Dolor abdominal, Disfagia, Diarrea
Respiratorios	Rinorrea, Congestión nasal, Estornudos, Opresión torácica, Disfonía, Ronquera, Afonía, Estridor, Tos perruna, Sibilancias, Disnea, Cianosis, Parada respiratoria
Cardiovasculares	Taquicardia/Bradycardia, Mala perfusión periférica, Arritmia, Hipotensión, Dolor torácico, Parada cardíaca, Colapso cardiovascular
Neurológicos	Decaimiento, Sensación de muerte inminente, Ansiedad, Mareo, Confusión, Pérdida de conciencia