

# Plan de emergencia para alergias y anafilaxia

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg

El niño es alérgico a \_\_\_\_\_

Adjuntar una foto del niño.

El niño tiene asma.  Sí  No (Si responde sí, hay más probabilidades de que sufra una reacción grave)

El niño tuvo anafilaxia.  Sí  No

El niño puede llevar un medicamento consigo.  Sí  No

El niño puede administrarse un medicamento.  Sí  No (Si el niño se negara a tratarse o no pudiera hacerlo, un adulto debería administrar el medicamento)

## RECORDATORIO IMPORTANTE

La anafilaxia es una reacción alérgica grave que podría ser mortal. Ante la duda, administre epinefrina.

<p><b>En casos graves de alergia y anafilaxia</b> ➔ <b>A qué estar atento</b></p> <p>Si un niño tuviera CUALQUIERA de estos síntomas graves después de comer un alimento o recibir una picadura, <b>administre epinefrina.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de aliento, sibilancias o tos</li><li>• Palidez o piel azulada</li><li>• Pulso débil</li><li>• Desmayo o mareo</li><li>• Estrechez o irritación en la garganta</li><li>• Dificultad para respirar o tragar</li><li>• Hinchazón de labios o lengua que molesta para respirar</li><li>• Vómitos o diarrea (si fueran graves o estuvieran combinados con otros síntomas)</li><li>• Muchas ronchas o enrojecimiento en el cuerpo</li><li>• Sensación de adormecimiento, confusión, nivel de conciencia alterada o agitación</li></ul>	<p><b>¡Administre epinefrina!</b> <b>Qué hacer</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¡Inyete la epinefrina inmediatamente! Anote a qué hora la administró.</li><li>2. Llame al 911.<ul style="list-style-type: none"><li>• Pida que envíen una ambulancia con epinefrina.</li><li>• Informe al equipo de rescate cuándo administró la epinefrina.</li></ul></li><li>3. Quédese junto al niño y:<ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a los padres y al médico del niño.</li><li>• Si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 5 minutos, administre una segunda dosis de epinefrina.</li><li>• Mantenga al niño acostado boca arriba. Si el niño vomita o tiene dificultad para respirar, manténgalo acostado de lado.</li></ul></li><li>4. Si estuviera indicado, administre otro medicamento. No use otros medicamentos en vez de epinefrina.<ul style="list-style-type: none"><li>• Antihistamínicos</li><li>• Inhalador/broncodilatador</li></ul></li></ol>
<p><input type="checkbox"/> <b>SITUACIÓN ESPECIAL:</b> Si esta casilla estuviera marcada, el niño tiene una alergia sumamente grave a la picadura de un insecto o al siguiente alimento: _____. Incluso si el niño tuviera síntomas LEVES después de una picadura o de comer estos alimentos <b>administre epinefrina.</b></p>	

<p><b>En casos de reacción alérgica leve</b> ➔ <b>A qué estar atento</b></p> <p>Si el niño tuviera algún síntoma leve, <b>contrólole.</b> Los síntomas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca</li><li>• Algunas ronchas</li><li>• Náuseas o molestia abdominal leve</li></ul>	<p><b>Controle al niño</b> <b>Qué hacer</b></p> <p>Quédese junto al niño y:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Obsérvelo atentamente.</li><li>• Adminístrele un antihistamínico (si estuviera indicado).</li><li>• Llame a los padres y al médico del niño.</li><li>• Si el niño presenta más de 1 síntoma de alergia grave o anafilaxia, use epinefrina. (Consulte "En casos graves de alergia y anafilaxia").</li></ul>
--	--

## Medicamentos/dosis

Epinefrina intramuscular (mencione el tipo): \_\_\_\_\_ Dosis:  0.10 mg (de 7.5 kg a menos de 13 kg)\*  
 0.15 mg (de 13 kg a menos de 25 kg)  
 0.30 mg (25 kg o más)

Antihistamínico oral (tipo y dosis): \_\_\_\_\_ (\*Use de 0.15 mg si no estuviera disponible de 0.10 mg)

Otro (por ejemplo, inhalador/broncodilatador si el niño tiene asma): \_\_\_\_\_

Firma de autorización del padre, la madre o el tutor Fecha Firma de autorización del médico o profesional de cabecera Fecha



Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha del plan: \_\_\_\_\_

## Instrucciones adicionales:

## Contactos

Llamar al 911/equipo de rescate: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Otros contactos de emergencia

Nombre/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre/relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_