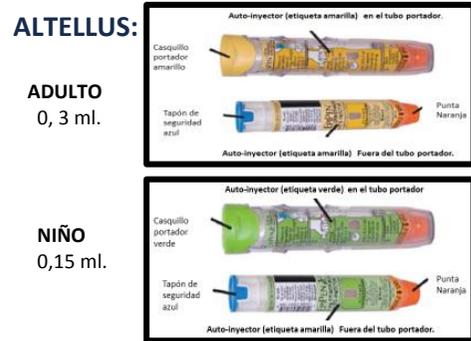


## DISPOSITIVOS PARA AUTOADMINISTRACION DE ADRENALINA



**LaFe**  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic



# GUIA DE ACTUACIÓN EN ANAFILAXIA

## INSTRUCCIONES DE USO DE AUTO INYECTORES:



Sujetar el autoinyector con la mano dominante, con el pulgar junto al tapón de seguridad. Con la otra mano, quitar el tapón de seguridad (Fig. 1)

Colocar el dispositivo a 10 cm de la cara externa del muslo y pinchar firmemente a través de la ropa si es necesario (Fig. 2)



Mantener en esa posición durante 10 segundos (Fig. 3)  
Masajear la zona de la inyección durante 10 segundos

**ADRENALINA LEVEL:** Jeringas precargadas de 1 ml.

- 1.- Separar la funda protectora del cono de la jeringa con un movimiento de rotación.
- 2.- Insertar la aguja en la jeringa y expulsar el aire. Permite individualizar la dosis dependiendo del peso y edad del paciente.

Se administra también IM, preferentemente en la cara externa del muslo.

Bibliografía:

1. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA.
2. Estrategias terapéuticas en medicina de urgencias.
3. Anaphylaxis: Rapid recognition and treatment. UpToDate 2012.
4. WAO Anaphylaxis guidelines JACI 2011.



 GENERALITAT  
VALENCIANA

**LaFe**  
Departament de Salut

## ¿Qué es la anafilaxia?

La anafilaxia es una **reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal**, que se produce en individuos susceptibles, tras la exposición a alérgenos como alimentos, fármacos, venenos, látex, etc. (1).

## ¿Cómo se diagnostica?

En el 80% de los casos de anafilaxia se producen manifestaciones cutáneas (prurito, urticaria, angioedema). Sin embargo, en un 20% pueden observarse otros signos (hipotensión, disnea, etc.), en ausencia de sintomatología cutánea.

La anafilaxia es muy probable cuando, minutos u horas después de la exposición a un posible alérgeno se cumple alguno de los siguientes criterios (1):



**1. Inicio agudo de urticaria generalizada, prurito, eritema, edema de labios, úvula o lengua, junto con al menos uno de los siguientes hallazgos:**



a. Dificultad respiratoria.



b. Disminución de la TA o síntomas de disfunción orgánica (ej. hipotonía, síncope, incontinencia)



**2. Aparición rápida tras la exposición a un alérgeno conocido de dos o más de los siguientes síntomas**



a. Afectación de piel y/o mucosas



b. Dificultad respiratoria



c. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica



d. Síntomas gastrointestinales (ej. dolor abdominal cólico, vómitos)



**3. Disminución de la TA en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido o no conocido (forma habitual en pacientes bajo anestesia).**

## ¿Cómo confirmar que se trata de una reacción anafiláctica?

Elevación en nivel de triptasa sérica: (Extracción de tubo de bioquímica normal.)

Los niveles séricos de triptasa se elevan desde los primeros 15 hasta 180 minutos después de la reacción.

Idealmente interesaría medirlos en 3 muestras:

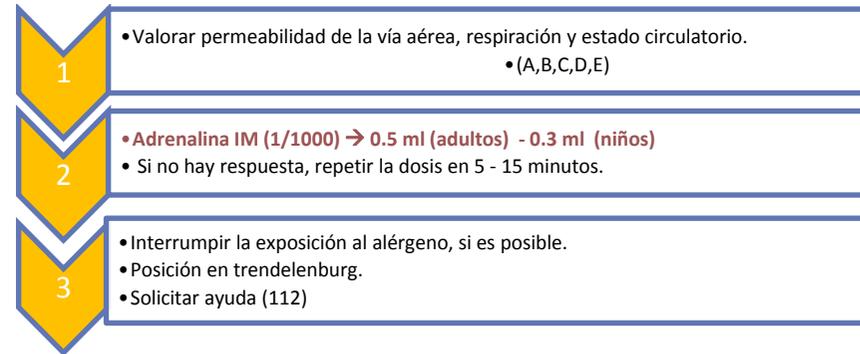
- 1.- Después de tratamiento inicial.
- 2.- En las primeras 2 horas tras el inicio de síntomas
- 3.- A las 24 horas (nivel basal).

**Tras una reacción anafiláctica el paciente debe ser remitido a un especialista en Alergia.**

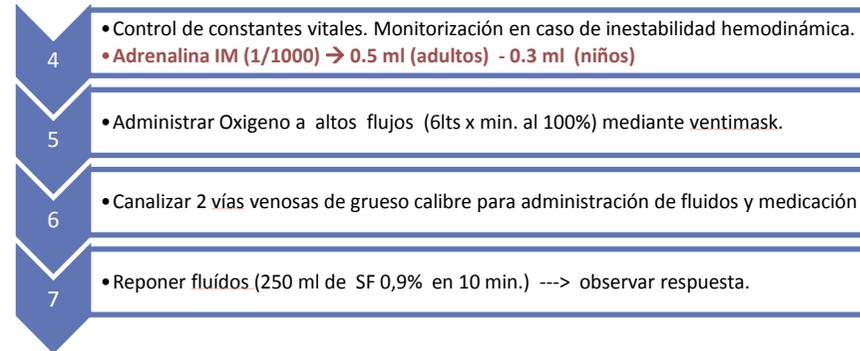
Revisión: Mayo 2013

## ¿Qué hacer ante una reacción anafiláctica?

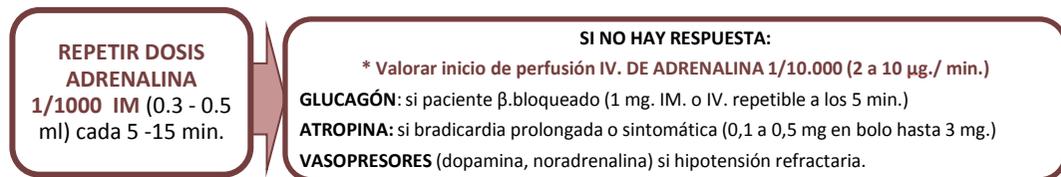
### EN MEDIO EXTRAHOSPITALARIO



### EN MEDIO HOSPITALARIO



### SÍNTOMAS REFRACTARIOS



### MEDICACIÓN DE SEGUNDA LÍNEA: NUNCA SUSTITUYEN EL USO DE ADRENALINA.

**B2 ADRENERGICOS:** Mejora la clínica de broncoespasmo.

- Nebulizar: 0,5-1 ml de salbutamol (5 mg/ml) pudiéndose repetir a los 30-60 minutos.

**CORTICOIDES:** Pueden prevenir reacciones bifásicas. **Inician su acción a las 6 horas.**

- Metilprednisolona: 1-2 mg/Kg hasta un máximo de 125 mg. IM o IV. O Hidrocortisona: 1- 2 mg/Kg hasta un máximo de 200 mg IM o IV.

**ANTIHIISTAMÍNICOS H1 y H2:** mejoran prurito, angioedema. Sin efecto sobre obstrucción de la vía aérea.

- Polaramine 5 mg. Amp. / Ranitidina 150 mg. Amp. IM o IV.

MANEJO DE LA VÍA AEREA  
• Inicio de RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR en caso necesario.  
- Intubación inmediata si estridor o paro respiratorio.  
- Valorar intubación precoz - si implicación de la vía respiratoria o edema de cara o el cuello  
- La cricotiroidectomía de emergencia es rara vez necesaria.