

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

SHOCK ANAFILÁCTICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.

ANAFILAXIA

Constituye una verdadera urgencia médica de aparición brusca y afectación multisistémica.

Su gravedad varía en función del número de órganos o aparatos afectados, siendo la obstrucción de las vías aéreas superiores (edema laríngeo), y/o inferiores (broncoconstricción severa) o bien el colapso vascular (shock anafiláctico) las formas más severas de presentación.

El cuadro clínico se caracteriza por:

- Pródromos: prurito que característicamente afecta a palmas y plantas y zona perineal. También refieren parestesias periorales, sensación de calor, opresión torácica y malestar general.
- Cutáneos (90 %): prurito generalizado asociado a eritema, lesiones habonosas y angioedema.
- Respiratorios (70 %): tos, disnea, sibilancias y opresión torácica serán consecuencia de la afectación de vías aéreas inferiores y conducen a una situación de hipoxemia y cianosis. Si se afecta la vía aérea superior existe sensación de ocupación faríngea, disfagia, disfonía o estridor. Dos tercios de las muertes por anafilaxia se producen por edema laríngeo.
- Gastrointestinales (40 %): náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico e incluso diarrea, a veces sanguinolenta.
- Cardiovasculares (35 %): pueden iniciarse con sensación de palpitaciones debido a la taquicardia, sensación de mareo o inestabilidad, hipotensión y colapso debido a la vasodilatación y al aumento de la permeabilidad vascular, que incrementan la taquicardia y reducen la perfusión coronaria. Como consecuencia se reduce la oxigenación miocárdica, dando lugar a arritmias y necrosis miocárdica, pudiendo conducir a parada cardíaca.
- Otros síntomas: desorientación, ansiedad, convulsiones y sudoración profusa. También se puede manifestar como síncope o incluso como muerte súbita.

Los factores etiológicos más frecuentes serían:

- **Medicamentos:** son la principal causa de urticaria-angioedema-anafilaxia, siendo los más frecuentes los antibióticos (penicilinas y derivados) y los AINE, aunque cualquier fármaco puede producir un cuadro urticarial.
- **Alimentos:** son la segunda causa más frecuente, destacando en adultos frutos secos y mariscos, y en los niños, leche, huevos y pescado. No hay que olvidarse de los alimentos que se comportan como histaminoliberadores (fresa, chocolate, mariscos, conservas) y de

la existencia de alérgenos ocultos (anisakis simples, ácaros de almacenamiento que contaminan las harinas de repostería, conservantes, etc.).

- **Látex:** se ve cada vez con más frecuencia, especialmente en personal sanitario. Deben tener especial precaución en intervenciones quirúrgicas y en manipulaciones con sondas, catéteres, etc.
- **Infecciones y parasitosis:** mononucleosis, virus Coxsackie, oxiuros, ascariis, equinococcus, anisakis.
- **Himenópteros:** las picaduras de abeja y avispas constituyen una causa importante de anafilaxia.
- **Agentes físicos:** frío, colinérgico, calor, acuagénica, dermatografismo o urticaria facticia, por presión, solar, angioedema vibratorio.
- **Idiopática.**

TRATAMIENTO

A) MEDIDAS GENERALES:

Evitar aquellos agentes que incrementen la vasodilatación cutánea (alcohol, ansiedad, AINE), los que contengan gran cantidad de histamina o sean liberadores inespecíficos de la misma.

B) TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA:

- Comprobar permeabilidad de la vía aérea. O₂ en mascarilla de tipo Venturi a 6 litros por minuto. Intubación endotraqueal o traqueostomía según gravedad (edema laríngeo, shock).
- Comprobar el nivel de conciencia.
- Comprobar constantes vitales (TA, FC, FR, SatO₂). Monitorización si cuadro severo (shock).
- Posición de Trendelenburg si hipotensión y el paciente lo tolera.
- En caso de anafilaxia por inyección de antígeno (p.e. picadura de abeja o avispa) hacer torniquete proximal al lugar de inyección y aflojar cada 10 minutos.
- Canalización de una vía venosa periférica.
- Sondaje vesical con medición de diuresis (shock).
- Si se presenta parada cardíaca, iniciar maniobras de resucitación.
- Debido a la posibilidad de recurrencia de los síntomas, se debe mantener al paciente en observación 12-48 horas según la severidad del cuadro.

Tratamiento farmacológico:

- Adrenalina al 1/1.000 por vía sc o im (de elección por mayor absorción), 0.3-0.5 ml, y en niños 0.01 ml/kg, pudiéndose repetir cada 15-20 minutos, hasta 2-3 dosis. En caso de picadura de insecto administrar una dosis adicional de Adrenalina sc en la zona de inoculación.

ción. La Adrenalina no tiene contraindicaciones absolutas, ya que estamos ante una urgencia vital. Las contraindicaciones relativas son hipertensión arterial importante, hipertiroidismo mal controlado y cardiopatía isquémica.

- Antihistamínicos: dexclorferinamina (Polaramine) 5-10 mg (1-2 ampollas im o iv lento).
- Corticoides: aunque no son fármacos a utilizar de primera línea en el tratamiento de la anafilaxia (inician su acción a las 3-4 horas), están indicados, ya que además de su efecto sobre la reacción inmediata, previene el desarrollo de la fase tardía. El corticoide de elección es la hidrocortisona (Actocortina) que es el de más rápido comienzo de acción, administrando 5 mg/kg (aproximadamente 250 mg iv diluido en 100 ml SSF en 10 minutos). También se puede usar metilprednisolona (Urbason) a dosis de 80-120 mg iv (1-2 mg/kg/día es suficiente).
- Broncodilatadores:
 - β_2 agonistas: Salbutamol 0.5-1 cc en 3 cc SSF/4-6 horas nebulizado. (Ventolin soluc. Nebulización 5 mg/cc) ò 0.25-0.5 cc subcutáneo. (Ventolin inyectable amp. 0.5 mg) cada 30 min. Droga de elección, útil para el broncoespasmo que no responde a la adrenalina.
 - Aminofilinas (Eufilina por ampolla de 10 cc 175.7 mg) 6 mg/kg en 250 cc de suero glucosado en 20 minutos. Luego seguir con perfusión iv 0.3-0.9 mg/kg/hora. Si tomaba teofilinas poned la mitad de dosis. De segunda elección, en broncoespasmos refractarios o pacientes betabloqueados.

- Expansores de volumen:
 - Coloides: poligenina (Hemoce) o hidroxietilalmidon (ELHOES, HISTERIL) 500 cc rápidos seguidos de perfusión lenta (adultos).
 - Cristaloides (SSF o Ringer) 1-2 litros rápidamente (100 cc/minuto). Si la hipotensión o los signos de colapso periférico persisten a pesar de la adrenalina. Vasopresores: dopamina 5-20 microgramos/kg/min, dobutamina, noradrenalina 0,5-30 microgramos/minuto. Si la infusión de líquidos iv junto al resto de medidas son inefectivas, o si la hipotensión es severa.
- Pacientes betabloqueados: La respuesta a la adrenalina está disminuída, siendo útil el glucagon, 1-5 mg iv en bolo lento y seguir con perfusión de 1 mg en un litro de suero glucosado al 5 % a 10 ml/min; estimula el ionotropismo y cronotropismo cardiaco sin afectarse por el bloqueo adrenérgico. Atropina: 0.5 mg iv puede repetirse cada 10 min (máx. 2 mg).

CRITERIOS DE TRASLADO AL HOSPITAL

- Pacientes con compromiso respiratorio o cardiovascular.
- Casos de edema angioneurótico de localización orofaríngea y laríngea, y en la urticaria aguda generalizada con gran componente edematoso.
- Por la posibilidad de que un episodio de anafilaxia inicialmente controlado, presente una fase tardía con reaparición de los síntomas, los pacientes deben permanecer en observación al menos 6-12 horas en casos moderados y 48 horas en casos más severos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Braso Aznar J, Jorro Martínez G. Manual de Alergia Clínica. Editorial Masson. 2013. Pág. 433-447 y 605-619.
- P. Sánchez López, E. Marchán Martín, A. Moral de Gregorio, D. García Almagro Manual de Protocolos y actuación en urgencias, Editorial SANED 2010. Pág. 1201-1208.
- Montero Pérez FJ, Guerra Posadas F, Jiménez Murillo L. Medicina de Urgencias y Emergencias. Editorial Elsevier. 2014. Pág. 576-587.
- Senent Sanchez C. Urgencias en Alergia. Pregrado de Alergología. Ediciones Luzan 5 S.A. 2005. Pág. 512-527.

AUTORES:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras.
Dr. D. José Manuel Vergara Olivares.

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras.

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-15-012-7
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>