

¿Cómo se hace?

Cómo diagnosticar y tratar un shock anafiláctico

Cristina Flores Rivera^a, José Carlos Risco Solanilla^a y Juan Antonio Cordero Torres^{b,*}

^aMédico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario San Roque. Badajoz. Gerencia de Área de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

^bMédico de familia. Especialista Universitario en Urgencias y Emergencias. Profesor Asociado de Emergencias. Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura. Coordinador de la Unidad de Emergencias de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

*Correo electrónico: jacorderotorres@gmail.com

Introducción

La anafilaxia se define como una reacción alérgica grave de rápida aparición que puede ser mortal y que ha desarrollado unos criterios diagnósticos clínicos (tabla 1)¹. Se caracteriza por problemas de la vía aérea y/o respiratoria y/o circulatoria que evolucionan rápidamente, en general asociados con cambios en piel y mucosas. Algunas veces, una reacción anafiláctica puede generar una dificultad diagnóstica, por lo que es importante hacer un buen diagnóstico diferencial. De-

TABLA 1. Criterios clínicos diagnósticos de anafilaxia

La anafilaxia es muy probable si se cumple al *menos uno* de estos tres criterios:

- Comienzo agudo (minutos-horas) de afectación de piel, mucosas o ambas (habones generalizados, prurito o enrojecimiento, edema de labios, lengua o úvula, etc.) y *al menos uno de los siguientes*:
 - Afectación respiratoria (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia, disminución de *peak flow*)
 - Hipotensión o síntomas asociados de daño de órganos diana (hipotonía, síncope, incontinencia)
- Dos o más de los siguientes que aparezcan rápidamente (minutos-horas) tras la exposición a un posible alérgeno para el paciente:
 - Afectación de tejido cutáneo o mucoso (habones generalizados, prurito-enrojecimiento, edema de labios, lengua o úvula, etc.)
 - Afectación respiratoria (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia, disminución de *peak flow*)
 - Hipotensión o síntomas asociados de daño de órganos diana (hipotonía, síncope, incontinencia)
 - Síntomas digestivos persistentes (dolor abdominal, cólico, vómitos)
- Hipotensión tras exposición (minutos-horas) a un alérgeno conocido para el paciente:
 - Niños: cifras tensionales bajas para su grupo de edad o disminución sistólica. 30%
 - Adultos: sistólica, 90 mmHg o descenso de su basal. 30%

Tomado de Abreu MA et al¹.

be utilizarse el abordaje sistemático ABCDE (fig. 1). Tras el tratamiento, el paciente debe tener un buen plan de seguimiento para reducir el riesgo de reacciones futuras.

Etiología

La anafilaxia generalmente implica la liberación de mediadores inflamatorios de mastocitos y/o basófilos, desencadenada por un alérgeno que interactúa con la inmunoglobulina E (IgE) unida a las células. También ocurre liberación de mediadores no mediada por IgE o no inmunitaria (idiopáticos). Son responsables de la vasodilatación, edema y aumento de la permeabilidad capilar.

Está provocada por numerosos desencadenantes. Los más comunes son los alimentos, fundamentalmente en niños; los fármacos, que son más frecuentes en personas mayores, y los venenos. De los alimentos, los más comunes son los frutos secos; de los fármacos, los relajantes musculares, los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos y el ácido acetilsalicílico. En muchos casos no se identifican.

Reconocimiento

- Exposición a alérgenos.

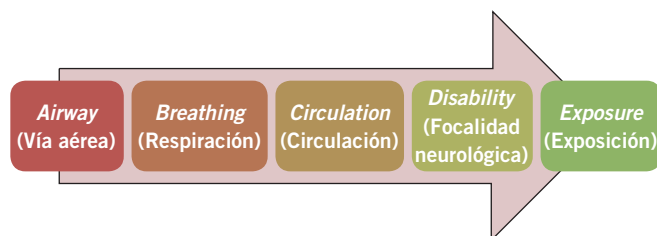


Figura 1. Abordaje sistemático ABCDE.

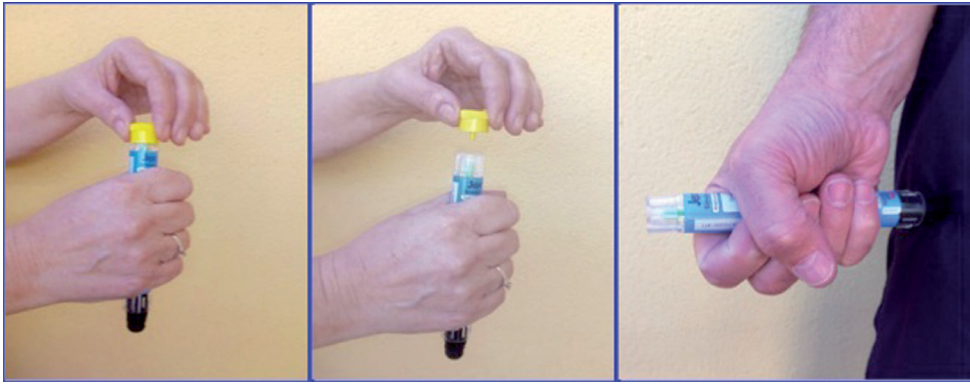


Figura 2. Técnica de autoinyección de adrenalina en cara anterolateral del muslo.

- El paciente está generalmente ansioso y puede experimentar “sensación de muerte inminente”.
- Pueden aparecer problemas a nivel de vía aérea y/o respiración y/o circulación:
 - Problemas en vía aérea:
 - § Edema
 - § Voz ronca
 - § Estridor
 - Problemas de respiración:
 - § Disnea
 - § Sibilancias
 - § Cansancio
 - § Confusión
 - § Cianosis
 - § Parada respiratoria
 - Problema de circulación:
 - § Signos de shock (palidez y frialdad)
 - § Taquicardia
 - § Hipotensión (mareo, colapso)
 - § Disminución o pérdida del nivel de conciencia.
 - § Isquemia miocárdica.
 - § Parada cardíaca.
- Cambios en la piel y/o mucosas:
 - A menudo el primer signo.
 - Pueden ser sutiles o espectaculares.
 - Podría haber cambios solo de piel, solo mucosas o ambos.
 - Podría haber eritema, urticaria o angioedema (similar a urticaria pero edema de tejidos más profundos).

En la tabla 1 se resumen los criterios clínicos diagnósticos de anafilaxia.

Diagnóstico diferencial

- Asma de riesgo vital.
 - Shock séptico.
 - Episodio vasovagal.
 - Ataque de pánico.

- Episodio de aguantar la respiración en niños.
- Urticaria o angioedema idiopáticos.

Tratamiento

Se recomienda utilizar el abordaje ABCDE.

- Posición confortable (si hay problemas en vía aérea, sentados; decúbito supino en caso de tensiones bajas, etc.).
- Suspender el factor desencadenante sospechoso. Si no es factible retirarlo, no retrasar el tratamiento definitivo.
- Administrar la concentración más alta posible de oxígeno.
- La adrenalina, como agonista de los receptores alfa, revierte la vasodilatación periférica y reduce el edema. Su actividad beta receptora dilata las vías aéreas bronquiales, aumenta la fuerza de contracción miocárdica y suprime la liberación de histamina y leucotrieno. Los efectos adversos son extremadamente raros con dosis correctas inyectadas por vía intramuscular (i.m.). Para adultos, adrenalina i.m. de 0,5 mg en cara anterolateral del tercio medio del muslo² (fig. 2). La jeringa precargada de 10 ml de adrenalina al 1:10.000 contiene 100 µg/ml. Existen autoinyectores para su uso propio (fig. 3).
- Monitorizar al paciente tan pronto como sea posible.
- Administrar una carga rápida de fluidos intravenosos (i.v.) y monitorizar la respuesta.
- Los antihistamínicos son un tratamiento de segunda línea para la reacción anafiláctica. Ayudan a contrarrestar la vasodilatación y la broncoconstricción mediadas por la histamina. Administrar clorfenamina 10 mg i.m. o i.v. lentamente.

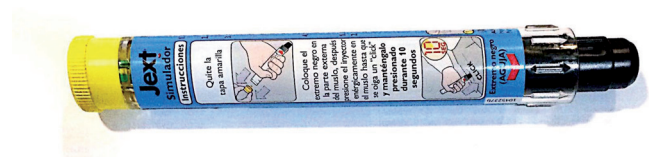


Figura 3. Autoinyector de adrenalina.



Figura 4. Algoritmo de tratamiento de la anafilaxia. Modificado de: Monsieurs KG, et al³.

- Los corticoesteroides podrán ayudar a prevenir o acortar reacciones prolongadas. Inyectar hidrocortisona 200 mg i.m. o i.v. lentamente.
- Si hay signos asmáticos, tratamiento del asma.
- El glucagón puede ser útil para tratar una reacción anafiláctica en un paciente que toma un betabloqueante.
- Considerar la intubación traqueal precoz.

En la figura 4 se resume en un algoritmo el esquema de tratamiento³.

Alta y seguimiento

Los pacientes que han tenido una presunta reacción anafiláctica deberán ser tratados y observados durante al menos 6 h en un área clínica con medios para tratar los problemas de riesgo vital. Se debe advertir de la posibilidad de una recurrencia precoz de los síntomas (reacción bifásica), y en algunas circunstancias debería mantenerse a los pacientes en observación hasta 24 h.

Antes de ser dados de alta del hospital, a todos los pacientes se les debe:

- Dar instrucciones claras.
- Considerar terapia antihistamínica y esteroidea oral hasta 3 días.
- Trazar un plan de seguimiento.
- Remitir a una clínica de alergias para identificar la causa y, de esta forma, reducir el riesgo de reacciones futuras.
- Dar instrucciones sobre qué hacer ante un nuevo episodio: cómo reconocerlo, cómo utilizar el autoinyector (del que siempre deberá llevar dos) y dónde acudir.
- Deben ser valorados en un servicio de alergias tras un primer episodio.

Bibliografía

1. Abreu MA, Batres S, Canals M. Urticaria, angioedema y anafilaxia. En: Cordero JA, Hormeño R, eds. Manual de Urgencias y Emergencias. Barcelona: semFYC ediciones; 2012.
2. Emergency Treatment of Anaphylactic Reactions, Resuscitation Council, UK (2008). Disponible en: <https://www.resus.org.uk/anaphylaxis/emergency-treatment-of-anaphylactic-reactions/>
3. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. Resuscitation (2015). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>