

# ¿Cómo se hace?

## Cómo diagnosticar y tratar un shock anafiláctico

Cristina Flores Rivera<sup>a</sup>, José Carlos Risco Solanilla<sup>a</sup> y Juan Antonio Cordero Torres<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario San Roque. Badajoz. Gerencia de Área de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

<sup>b</sup>Médico 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)<sup>1</sup>. 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 al<sup>1</sup>.

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.

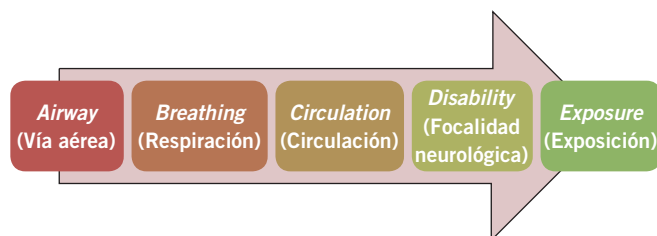
### Etiología

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.

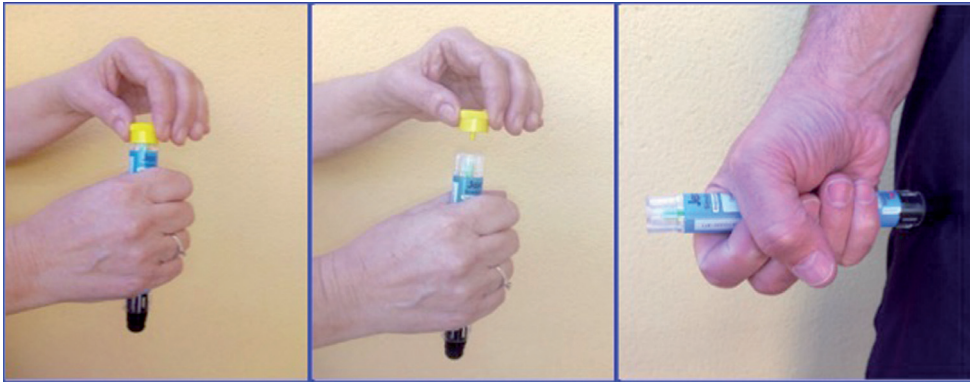
Está provocada por numerosos desencadenantes. Los más comunes son los alimentos, fundamentalmente en niños; los fármacos, que son más frecuentes en personas mayores, y los venenos. De los alimentos, los más comunes son los frutos secos; de los fármacos, los relajantes musculares, los antibióticos, los 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

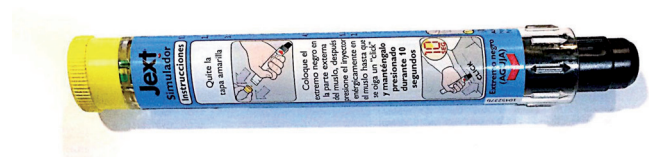
- Asma de riesgo vital.
  - Shock séptico.
  - Episodio vasovagal.
  - Ataque de pánico.

- 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 muslo<sup>2</sup> (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 al<sup>3</sup>.

- 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 tratamiento<sup>3</sup>.

## 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>