

OBJETIVOS

- ELABORAR UNA GUÍA DE ACTUACIÓN ENFERMERA QUE AYUDE A RESOLVER UN CUADRO DE ANAFILAXIA.
- UNIFICAR CRITERIOS EN LA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON ANAFILAXIA.
- GARANTIZAR AL PACIENTE LA RESOLUCIÓN DE SU PROBLEMA DE ANAFILAXIA CON LA MÁXIMA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL.

DEFINICIÓN

- La anafilaxia, o en su máxima manifestación el shock anafiláctico, es una reacción aguda potencialmente letal, causada por la liberación masiva de mediadores químicos de mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias. Este cuadro está habitualmente mediado inmunológicamente, por anticuerpos IgE.
- Las anafilaxias no mediadas por IgE, antes conocidas como reacciones anafilactoides, son similares clínicamente y resultan de una respuesta no inmunológica.
- La aparición de la anafilaxia mediada por IgE exige: una etapa de sensibilización, un periodo de latencia y un nuevo contacto del organismo con el antígeno o agente sensibilizante.

La anafilaxia se manifiesta con *síntomas cutáneos, respiratorios, cardiovasculares y/o gastrointestinales*. Pueden ocurrir por separado o en combinación. En la práctica se requiere que al menos dos órganos estén afectados. Si hay caída de TA se produce el Shock Anafiláctico.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

BAJO INDICACIÓN MÉDICA:

- Siempre se administrará **Adrenalina**, en cuanto se sospeche una anafilaxia

– Adrenalina IM, en solución acuosa al 1/1000 (1mg/ml) preferentemente en el muslo en la cara lateral externa.

ADULTOS Dosis inicial de 0,3 - 0,5 ml, (máxima).
NIÑOS 0,1 ml. por cada 10 kg. de peso (max. 0,3 ml)
Se puede repetir a los 5-15 minutos.

– Las guías no especifican dosis máxima porque esta depende de la respuesta clínica.

– Si la anafilaxia fue por una picadura o inyectable en miembros, se debe poner un torniquete proximal en la zona.



No existen contraindicaciones absolutas para el uso de adrenalina, si bien presentan mayor riesgo de efecto adversos las siguientes personas:

Ancianos o pacientes con patologías asociadas como: Hipertensión arterial severa, frecuencia cardíaca > 140 latidos/minuto, cardiopatías (arritmias, infartos), arteriopatía periférica, hipertiroidismo no tratado, cirugía intracraneal reciente, aneurisma aórtico...

Pacientes en tratamiento con IMAO, antidepresivos tricíclicos, β-bloqueante, salbutamol IV, aminofilina u otros fármacos vasoconstrictores arritmogénicos

Intoxicación por cocaína o amfetaminas.

En estos casos se debe monitorizar exhaustivamente al paciente y vigilar signos de toxicidad, utilizando la mínima dosis eficaz.

- Si no hay respuesta a la adrenalina, se puede usar **Dopamina** (droga vasoactiva) en dosis de:

ADULTOS Perfusion de 200 mg en 100 ml de SG 5%.
Dosis de Mantenimiento: <3 ml/h efecto δ, 3-5 ml/h efecto β1, >5 ml/h efecto α1

NIÑOS Dosis: 5-20 mcg/kg/min. Preparación de la perfusión: 3 mg x peso en kg=mg de Dopamina a diluir en 50 ml suero. Administración: 1 ml/hora = 1mcg/Kg/min.

- En pacientes cardíacas o con tratamiento β-bloqueante, se debe plantear el uso de **Glucagón** en dosis de:

ADULTOS de 1 a 2 mg por vía IM o IV

NIÑOS de 20 a 30 mcg/Kg hasta un máximo de 1mg por vía IM o IV

La dosis puede ser repetida en 5' o seguirla de una infusión a 5 -15 mcg/min

EN CASO DE BRONCOESPASMO

Si cianosis, administrar Oxigenoterapia (FiO₂ 50-100%, 10-15 l/min)
En crisis leves:

Administración de β-2 estimulantes, **Salbutamol** o **Terbutalina**, preferentemente por vía inhalatoria. Dosis recomendada en adultos y niños mayores de 5 años: 2 - 4 inhalaciones cada 10-20 minutos hasta 1 h.

En crisis moderadas o ausencia de respuesta al tratamiento anterior:

- Administrar Adrenalina al 1/1000(1mg/ml) según pauta descrita.

- A continuación:

ADULTOS Nebulizaciones con Salbutamol (5mg/ml) de 0,25-1 ml disuelto en 3 ml de S. Salino, en 3 sesiones de 5 a 10 minutos, cada 30 ó 60 minutos.

β-2 Adrenérgicos subcutáneos ampollas Salbutamol (0,5 mg/ml) dosis inicial de 1/4 a 1/2 amp.

NIÑOS Salbutamol (5mg/ml) en nebulizaciones de 0,01 a 0,03 cc/kg con un máximo de 1cc / dosis, disuelto en 2-3cc de S. Salino en tres sesiones de 5 a 10 minutos, cada 20 ó 30 minutos.



VALORACIÓN DE SÍNTOMAS TEMPRANOS

- Los síntomas suelen empezar **segundos o minutos** después de la exposición al agente responsable, aunque pueden tardar más de una hora.
- Cuanto más **TEMPRANO** sea el comienzo de los síntomas más **GRAVE** será la reacción

Manifestaciones clínicas:

- Prurito, Eritema, Urticaria, Angioedema.
- Rinitis, Opresión torácica, Dificultad respiratoria, Disfonia, Afonía, Estridor, Sibilantes, Tos.
- Prurito e irritación orofaríngea, Náuseas, Vómitos, Dolores abdominales, Diarrea.
- A veces, al poco tiempo de la exposición al alérgeno, aparece de forma brusca una vasodilatación periférica (eritema), acompañada de hipotensión, taquicardia, agotamiento de tonos cardíacos, gran palidez, cianosis, frialdad, convulsiones, pérdida de conciencia.
- Ansiedad, Intranquilidad, Hiperventilación.

MATERIAL NECESARIO

- Camilla articulada
- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Pulsioxímetro
- Guantes estériles
- Jeringas (de 1 cc, 5 cc, 10 cc)
- Aguja IM, IV, SC.
- Solución desinfectante
- Esparadrapo - gasas - vendas
- Torniquete (compresor)
- Equipo de administración de medicación IV
- Equipo de administración de oxígeno con mascarilla (y para nebulizador).
- Tubo de Guedel
- Material de intubación orotraqueal
- Material de traqueotomía
- Ambú
- Monitor electrocardiográfico, desfibrilador



TODO ESTE MATERIAL ESTARÁ EXENTO DE LÁTEX

EN CASO DE HIPOTENSIÓN

- Se colocará al paciente en posición Trendelenburg. No aconsejable si dificultad respiratoria. Si vómitos, decúbito lateral. Si embarazada decúbito lateral izdo. Evitar cambios posturales y bipedesación. Si el paciente está inconsciente con respiración espontánea, decúbito lateral. En todo momento garantizar permeabilidad de vía aérea.

- Administrar Adrenalina según pauta descrita

- Instaurar vía IV

- Reposición de líquidos con **suero salino isotónico(SSF)**, al ritmo necesario para mantener la presión sistólica >/= a 100 mm Hg en adultos y 50 mm Hg en niños. Con un volumen inicial de:

ADULTOS de 1000 ml, a 2000 ml, en la primera hora. Cuando se produzca normotensión administrar SSF a razón de 125 ml/h

NIÑOS administrar SSF en bolo de 20ml/kg, cada 5 - 10 minutos hasta normalizar la tensión arterial



- Si respuesta insuficiente se emplearán expansores del plasma.

EN CASO DE SÍNTOMAS CUTÁNEOS, GASTROINTESTINALES, GENITOURINARIOS.

Al tratamiento inicial de Adrenalina, se pueden asociar antihistamínicos por vía parenteral, y en los más leves por vía oral.

El antihistamínico de elección vía parenteral es **Dexclorfeniramina**

ADULTOS y > de 12 años 1 ampolla de 5 mg (1ml)
NIÑOS < de 12 años de 0'15 - 0'3 mg/kg/dosis (máximo 5mg / dosis)

Si la administración de **Dexclorfeniramina** es IV, se diluirá la dosis y se hará de forma lenta.

PREVENCIÓN DE LA ANAFILAXIA

Todo paciente que haya padecido una anafilaxia debe ser remitido al Alergólogo. Conocer la historia clínica completa (identificar agente causal) indicar al paciente la necesidad de evitarlo, así como alertarle sobre la presencia de otros agentes que pudieran dar lugar a reacciones cruzadas.

En caso de alergia a veneno de himenópteros informar de la importancia que tiene no llevar ropa de colores llamativos, manga y pantalón corto, calzado descubierto, perfumes, aconsejar el uso de repelentes de insectos.

Controlar/Vigilar a los pacientes después de la administración de inmunoterapia durante al menos 30'.

Recomendar al paciente que lleve siempre la información médica personal y una señal identificativa de su alergia.

Enseñar al paciente la técnica de autoinyección de Adrenalina (pauta médica)
En la actualidad existen "Autoinyectables de adrenalina" precargados con dosis para "adultos" y "niños" que facilitan al paciente dicha técnica.



INFORMACIÓN AL PACIENTE

- Si no ha perdido el conocimiento, explicaremos al paciente lo que está sucediendo, con el fin de proporcionarle tranquilidad a través de la información.
- Se le puede decir que está teniendo una reacción de alergia, pero que mantenga la calma, ya que se encuentra en un Centro especializado donde todo lo necesario para tratarle y solucionar su problema, está preparado con antelación
- Pedirle su colaboración, ya que el seguir las pautas que se le aconsejen, ayudará a resolver la situación adecuadamente.
- Advertirle de los efectos colaterales que va a tener, como consecuencia de la medicación administrada, taquicardia, temblor, somnolencia...



MEDICACIÓN

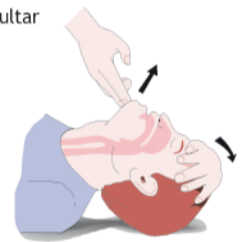
- Adrenalina al 1/1000 (1mg/ml)
- Dopamina
- Glucagón
- Antihistamínicos vía parenteral(Dexclorfeniramina) y/u oral (preferentemente no sedante como Cetirizina)
- β-2 estimulantes, inhalados y vía parenteral (Salbutamol)
- Esteroides para inyección parenteral (6-Metilprednisolona, Hidrocortisona)
- Sueros salinos isotónicos y glucosados
- Expansores del plasma
- Bicarbonato 1 molar y 1/6 molar



EN CASO DE EDEMA DE LARINGE

- Mantener libre las vías respiratorias, pudiendo llegar a la intubación.
- Administración de Adrenalina IM
- Corticoides y antihistamínicos vía parenteral, teniendo en cuenta que estos fármacos no sustituyen a la Adrenalina.

En caso de no ceder la hinchazón, puede resultar difícil la intubación y ser necesaria una traqueotomía.



OTRAS MEDIDAS

Los corticoides no son fármacos de primera elección en el tratamiento de la anafilaxia, pero su administración se realiza para el tratamiento de los síntomas tardíos, recidivas, urticaria-angioedema persistentes, después de que desaparezca la reacción aguda y si existe broncoespasmo en pacientes asmáticos que venían siendo tratados previamente con los mismos. Los corticoides también mejoran la respuesta a la Adrenalina.

Las dosis de corticoides mas habituales son:

Hidrocortisona ADULTOS y > 12 años 200 mg. Vía IM o IV lenta
NIÑOS < 12 años 10 - 15mg/kg/dosis. Vía IM o IV lenta

6- Metilprednisolona ADULTOS 1 a 2mg/kg. Dosis en bolo de 60-100 mg. Si es necesario, se seguirá administrando de 1-2 mg/kg en 24 h distribuidos en 3 ó 4 dosis. En casos extremos pueden utilizarse hasta 250-500 mg. Vía IM o IV lenta.

NIÑOS de 1 a 2 mg / kg/dosis, seguidos (si es necesario) de 1-2 mg/kg en 24 h distribuidos en 3 ó 4 dosis. Vía IM o IV lenta.

Para prevenir la presentación de una **RESPUESTA BIFÁSICA**, el paciente debe realizar tratamiento con esteroides de 1 a 4 días (según la gravedad del cuadro), sin que sea necesario hacer pauta descendente, la dosis sería de 1 a 2 mg/kg/día. También pueden asociarse antihistamínicos.

CONCLUSIONES

RECONOCER LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANAFILAXIA, PERMITE UNA RÁPIDA INTERVENCIÓN EN LA SOLUCIÓN DE LA MISMA.

CONOCER LOS PASOS A SEGUIR PERMITE OFRECER UNOS CUIDADOS DE CALIDAD QUE AYUDEN EFICIENTEMENTE A RESOLVER UN CUADRO DE ANAFILAXIA EN EL PACIENTE.

LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DE LA SALUD MEJORA LA CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL AL USUARIO.