

## ANAFILAXIA

**Dra. María Lía Fox**

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

Es una reacción sistémica aguda como consecuencia de la liberación brusca de mediadores de los mastocitos y los basófilos mediada o no por IgE. La reacción es grave y potencialmente mortal por lo que es fundamental el precoz reconocimiento de los síntomas. Las presentaciones clínicas son variadas. La urticaria y el angioedema son las manifestaciones más comunes, pero el compromiso respiratorio y el colapso cardiovascular son los más importantes debido a que son las causas más frecuentes de mortalidad.

### ETIOLOGÍA

- **Fármacos:** penicilinas, antibióticos, AAS, AINE, trimetoprim-sulfametoxazol.
- **Otros:** alimentos y aditivos, picaduras de insecto, medios de contraste radiológico. La hidatidosis puede ser causa de shock anafiláctico por rotura espontánea de quiste hidatídico o pulmonar.

### CLÍNICA

Los síntomas pueden comenzar inmediatamente tras la exposición al alérgeno o transcurridos 30-60 minutos, dependiendo de su vía de penetración y del grado de sensibilización. Los pacientes con antecedentes de alergia o en tratamiento con betabloqueantes tienen riesgo más elevado de padecer reacciones anafilácticas graves.

La respuesta típica se inicia en los primeros minutos tras la exposición e implica a los sistemas respiratorio, cardiovascular y luego a la piel y el tubo digestivo pudiendo desarrollar una afección multisistémica. Las manifestaciones clínicas incluyen:

- **Colapso cardiovascular:** una cefalea leve, puede ser el síntoma inicial, posteriormente taquicardia, hipotensión arterial, arritmias cardíacas, isquemia y necrosis miocárdica.
- **Insuficiencia respiratoria (provocada por espasmo laríngeo y bronquial):** se observa ronquera, estridor y sibilantes que pueden evolucionar a disnea grave.
- **Alteraciones cutáneas:** eritema generalizado, prurito, urticaria progresiva, angioedema, rubefacción, escalofríos y sudoración profusa. El prurito puede ser difuso o localizado en las palmas, plantas, área genital, muslos, fosas nasales y región palatina. El angioedema afecta con mayor frecuencia a la cabeza, cuello, cara y la vía aérea superior.
- **Manifestaciones digestivas:** náuseas, vómitos, diarrea y calambres abdominales.
- **Síntomas neurológicos:** crisis epilépticas, tónico-clónicas generalizadas.

### GRAVEDAD

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD		
<b>Leve</b>	Sólo afectación de la piel y tejidos subcutáneos	Eritema generalizado, urticaria, edema periorbitario o angioedema
<b>Moderada</b>	Afectación respiratoria, cardiovascular o gastrointestinal	Disnea, estridor, sibilantes, náuseas, vómitos, mareos, diaforesis, opresión torácica, ocupación de garganta o dolor abdominal
<b>Grave</b>	Hipoxia, hipotensión o compromiso neurológico	Cianosis o SaO <sub>2</sub> <92%, hipotensión, obnubilación, shock, pérdida de consciencia

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Aunque el diagnóstico es clínico y los exámenes complementarios no son indispensables para el diagnóstico se solicitan para valorar complicaciones: Hemograma, bioquímica, gasometría arterial y ECG.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tromboembolia pulmonar.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Crisis de broncoespasmo.
- Neumotórax a tensión.
- Shock hipovolémico.
- Arritmias cardíacas.
- Infarto agudo de miocardio.
- Crisis convulsivas generalizadas.
- Angioedema hereditario.
- Síncope vasovagal.

- Enfermedad del suero.
- Crisis histérica.

#### CRITERIOS DE INGRESO

Todo paciente con anafilaxia deberá permanecer en observación hasta que se observe una mejoría clínica. Se aconseja un período de observación de 12 horas tras la resolución del episodio anafiláctico inicial, especialmente cuando hay afectación cardiovascular o respiratoria. Este período debe ampliarse a 24-48 horas en casos de:

- Anafilaxia grave de comienzo lento,
- Anafilaxia que curse con broncoespasmo intenso en el paciente previamente asintomático,
- Si existe posibilidad de que continúe progresando la absorción del alérgeno responsable y
- Con antecedentes de reacciones anafilácticas bifásicas.

#### TRATAMIENTO

#### MEDIDAS GENERALES

- **Mantener la permeabilidad de la vía aérea:**
  - Intubación endotraqueal si se requiere.
  - Si ésta es dificultosa se realizara cricotiroidotomía.
- **Administración de oxígeno** mediante Ventimask al 50%.
- **Suspender el contacto con el agente que ha producido la reacción anafiláctica.**
- **Canalizar una vía venosa periférica**, dado el riesgo de hipotensión brusca, para reposición de fluidos y medicación.
- **Monitorización**, vigilando las constantes vitales.
- **Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.**
- **Reposición de volumen**, fluidoterapia con cristaloides como Ringer lactato o SF mediante cargas de 300 ml cada 20 min.
  - Evaluar posteriormente el estado cardiovascular, intentando mantener la TAS > 90 (500-2000cc de SF en 1 hora).
  - Pueden ser necesarios fármacos vasopresores (dopamina, noradrenalina) si el aporte de líquidos endovenosos junto con el resto de las medidas no son efectivas o si la hipotensión es severa.

#### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Adrenalina (ampollas de 1mg/ml):**
  - Es el fármaco de primera elección.
  - La dosis y la vía de administración dependen de la gravedad de la reacción:
    - Vía subcutánea o intramuscular, se administran 0.4 mg y pueden repetirse cada 20 minutos hasta 3 dosis. Si existe una puerta de entrada obvia (inyección, picadura) se puede administrar localmente una dosis de 0.3mg.
    - Vía intravenosa: Se administran 0.4 mg que se pueden repetir cada 10 minutos hasta un máximo de tres dosis. Si no hay respuesta o es parcial, se administra adrenalina en perfusión continua, se diluyen 3 ampollas en 250 ml de suero glucosado al 5% y se perfunde a 50 ml/h.
  - El uso de Adrenalina no tiene contraindicaciones absolutas ya que se trata de una urgencia vital, las contraindicaciones relativas son la HTA importante, el hipertiroidismo mal controlado y la cardiopatía isquémica.
- **Antihistamínicos H1:**
  - Anti-H1 (Polaramine): 5-10 mg por vía intramuscular o endovenosa cada 8 horas
  - Asociados a anti-H2 (Ranitidina): 50 mg cada 8 horas por vía endovenosa.
- **Broncodilatadores.**
  - Para el broncoespasmo se utilizan betaadrenérgicos como el salbutamol nebulizado (Ventolin, solución de 10 ml al 0.5% en dosis de 1 ml diluidos en 4 ml de suero fisiológico y administrado por vía inhalatoria).
- **Corticoides.**
  - Su acción tarda en iniciarse de 4 a 6 horas, su administración puede ser eficaz para prevenir o disminuir las reacciones tardías y para el tratamiento del broncoespasmo.
  - El corticoide de elección es la hidrocortisona (Actocortina) 100-200 mg o metilprednisolona (Urbason) 40-120 mg im/ev.
- **Glucagón.**
  - Indicado en pacientes en tratamiento con betabloqueantes o en aquellos en los que la adrenalina esta contraindicada. En los pacientes que toman beta bloqueantes existe una falta de eficacia de la adrenalina, dando lugar a hipotensión y bradicardia de curso prolongado.
  - Se administra un bolo ev inicial de 5-10 mg (5-10 ampollas) y se continúa con perfusión ev continua en dosis de 4mg/h (20 ampollas (20 mg) en 250 ml de suero Glucosado al 5% a 48 ml/h, disminuyéndose progresivamente).
- **Bicarbonato sódico.**
  - Corrección de la acidosis metabólica con bicarbonato sódico 1M cuando el pH < 7.20.

Superado el episodio agudo es recomendable continuar con el tratamiento con dosis repetidas de antihistamínicos cada 6 horas y corticoides durante tres días.