

# Anafilaxia.

## Concepto y manejo inicial.

César Sáez Ariza.

Clínica Vitaluz , Sevilla.

Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias.

Instructor de RCP avanzada cardiológica y traumatológica por el Plan Nacional de RCP.

Médico de los equipos de emergencia 061 de Sevilla.

# Anafilaxia

## Concepto

Reacción alérgica de rápida evolución y afectación multisistémica (cutánea, respiratoria, gastrointestinal, cardiovascular y nerviosa) que puede comprometer la vida del paciente.

Su gravedad varía en función del número de órganos o aparatos afectados, siendo la obstrucción de la vía aérea y el shock las formas más graves de presentación.

## Etiología

Es una reacción alérgica mediada por IgE. Existen reacciones anafilactoides mediadas por otros mecanismos que son clínicamente indistinguibles y deben ser manejadas de la misma forma (aunque suelen presentar menos compromiso cardiovascular).

Suele estar originada por:

- Alimentos (sobre todo pescados y frutos secos).
- Drogas (principalmente beta lactámicos y AINE).
- En menor medida, látex, ejercicio, radiocontrastes, inmunoterapia.

En un 60% de los casos se desconoce la causa. Es más frecuente y grave en los pacientes atópicos y con antecedentes de asma.

## Anamnesis

Es importante conocer los antecedentes de atopia, asma e historia previa de anafilaxia.

## Exploración

Los síntomas se desarrollan entre 5 y 10 minutos tras la exposición al alérgeno, y la gravedad es muy variable, desde síntomas leves (prurito) hasta broncoespasmo intenso, edema de vías aéreas superiores o shock.

Las manifestaciones más frecuentes son:

- Urticaria y angioedema (88%).
- Broncoespasmo y edema laríngeo (50%).
- Shock anafiláctico (30%).
- Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas) (30%).
- Síntomas neurológicos (crisis epilépticas) (poco frecuentes).

Existen reacciones bifásicas en el 1 a 20% de los casos, según las series, en los que tras una mejoría inicial, los síntomas reaparecen generalmente dentro de las 10 primeras horas.

## Manejo inicial

Distinguiremos tres niveles de gravedad:

- **Leve:** síntomas limitados a la piel (eritema, urticaria o angioedema).
- **Moderado:** dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, diaforesis, presíncope, disnea.
- **Grave:** síncope, confusión, shock.

En los casos **leves** la administración de antihistámnicos H1 suele ser suficiente (dexclorfeniramina 5 mg, *Polaramine*® intramuscular).

**Casos moderados y graves:**

- Oxigenoterapia (mascarilla Venturi® a 50% o con reservorio).
- Posición en Trendelemburg.
- Adrenalina vía subcutánea o intramuscular: 0,4mg de adrenalina 1:1.000 (ampollas de 1 mg/ml); se puede repetir cada 5-10 minutos según respuesta.
- Adrenalina intravenosa: en casos graves o refractarios. Usamos la misma dosis pero a 1:10.000; para ello diluimos una ampolla de adrenalina en 9 c.c. de SSF y administramos 4 c.c. i.v. a intervalos de 5-10 minutos.
- Glucagón: pacientes en tratamiento con beta bloqueantes pueden no responder a la adrenalina, requiriendo glucagón en bolo de 1 mg i.v.
- Fluidoterapia: carga inicial de SSF o Ringer lactato® de 300 ml en 20 minutos; se repetirá cuantas veces sea necesario mientras no se observen signos de sobrecarga de volumen (ingurgitación yugular, ritmo de galope o crepitantes basales).
- Antihistamínicos: tanto H1 (dexclorfeniramina 5mg) como H2 (ranitidina 150 mg) i.v.
- Corticoides: si bien su utilidad inicial es dudosa, pueden prevenir o mejorar las reacciones bifásicas; emplearemos metilprednisolona 125 mg (SoluModerin® 125 mg) o hidrocortisona 200 mg (Actocortina® 100 mg) i.v. en bolo.
- Broncodilatadores: si predomina el broncoespasmo, salbutamol (Ventolin®) solución para inhalador 10 ml al 0,5%, 1 ml (5mg) diluido en 4 ml de SSF en cámara inhaladora con un flujo de oxígeno de 6 u 8 litros/minuto.
- Aislamiento de la vía aérea: en los casos en los que se sospeche una obstrucción de la vía aérea superior, principalmente por edema de glotis, está indicado un aislamiento precoz de la misma mediante intubación orotraqueal, pues en estados avanzados será muy difícil y requerirá cricotiroidotomía; no obstante es una

maniobra que sólo debe ser realizada por personal entrenado.

Desde el primer momento que se sospeche una anafilaxia moderada o grave se debe contactar con el Sistema Integral de Emergencias de cada comunidad autónoma (vía 061 o 112) para la prestación de asistencia especializada lo antes posible y el posterior traslado en una unidad de soporte vital avanzado.

### **Bibliografía**

Kouri SI, Herfek LU. Anafilaxia y reacciones alérgicas agudas. En Tintinalli J E, Kelen GD, Stapczynski JS, Medicina de Urgencias, 6ª edición. McGraw-Hill Interamericana; 2004:278-83.

Rodríguez Mosquera M. Reacción alérgica. Urticaria, angioedema y anafilaxia. En Moya Mir MS. Actuación en Urgencias de Atención Primaria, 2ª edición. Adalia Farma; 2006:547-51.

Montero Pérez FJ, Guerra Pasadas F, Jiménez Murillo L. En Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias; Guía diagnóstica y Protocolos de Actuación. 3ª edición. Elsevier; 2004:576-82.