

Anafilaxia

La anafilaxia es una reacción alérgica muy grave que se produce tras la exposición de un alimento, medicamento o alguna picadura de algún insecto. Se pueden presentar varios síntomas como es rash, pulsaciones bajas, hipotensión y en caso muy severos, el paciente puede entrar en un estado de shock denominado, shock anafiláctico. Es una reacción de hipersensibilidad sistémica grave con inicio brusco y potencialmente mortal. ^(1,2)

Para realizarse el diagnóstico se tiene que basar en las manifestaciones clínicas destacando el compromiso de varios sistemas como es el cardiovascular, cutáneo, respiratorio y gastrointestinal. No se requiere la presencia de hipotensión o shock para que el diagnóstico sea anafilaxia. ⁽⁶⁾

También existe la anafilaxia bifásica que es la recurrencia de los síntomas entre 1 a 72 horas después de tratar el primer episodio de los síntomas iniciales pese a no estar re-expuesto al agente sospechoso. ⁽⁶⁾

Clasificación de manifestaciones clínicas anafilaxia:

Grado	Respiratorio	Cardiovascular	Cutáneo	Gastrointestinal
I			Urticaria Angioedema Eritema	
II	Disnea Estridor laríngeo Sibilancias Rinorrea	Taquicardia Mareo	Angioedema (no siempre) Eritema Urticaria	Náuseas Cólicos Dolor abdominal
III	Cianosis Broncoespasmo Angioedema laríngeo	Hipotensión PA <90 mmHg Cianosis Taquicardia Pérdida de conciencia	Angioedema (no siempre) Eritema Urticaria	Vómitos Diarrea Dolor abdominal Incontinencia

(6)

Se puede clasificar la anafilaxia según su grado de severidad.

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA ANAFILAXIA SEGÚN SEVERIDAD		
LOCALES: Prurito, eritema, angioedema localizado.		
SISTÉMICOS		
Leves	Moderadas	Severas
Cosquilleo	Síntomas leves más marcados además de:	Síntomas leves y moderados más marcados además de:
Hormigueo	Tos	Hipotensión
Prurito palmo-plantar	Disnea	Taquicardia
Rinorrea	Sibilancias	Convulsiones
Congestión nasal	Disfonía	Pérdida de conocimiento
Edema palpebral	Náuseas	Relajación de esfínteres
Estornudos	Vómitos	Estridor
Lagrimo	Dolor abdominal	Cianosis
Sensación de calor	Ansiedad	Paro cardiorrespiratorio

(3)

Diagnóstico

Generalmente las reacciones anafilácticas aparecen en los primeros 30 min de haber estado en contacto el paciente con el alérgeno. Se debe tener en cuenta el historial familiar de anafilaxia. ⁽²⁾

Cuestionar al paciente si utiliza beta bloqueadores ya que pueden inhibir o modificar la acción simpaticomimética de las catecolaminas y esto dificulta poder tratar el shock anafiláctico si este se llegara a presentar. ⁽²⁾

Es sumamente importante entrevistar al paciente si tiene alguna alergia a algún medicamento. ⁽²⁾

En una reacción anafilaxis tiene que estar presente al menos dos de las siguientes sintomatologías:

	AGUDA	RÁPIDA	TISULAR
Tiempo de aparición	Minutos a horas	Minutos a algunas horas	Hipotensión en minutos o algunas horas
Síntomas	Urticaria generalizada, prurito, eritema, "flushing", edema de labios, úvula o lengua Compromiso respiratorio Disminución de la tensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia)	Afectación de piel y/o mucosas. Compromiso respiratorio Disminución de la tensión arterial Síntomas asociados de disfunción orgánica Síntomas gastrointestinales persistentes.	Tensión arterial sistólica < 90 mmHg o descenso superior al 30% sobre la basal.

(2)

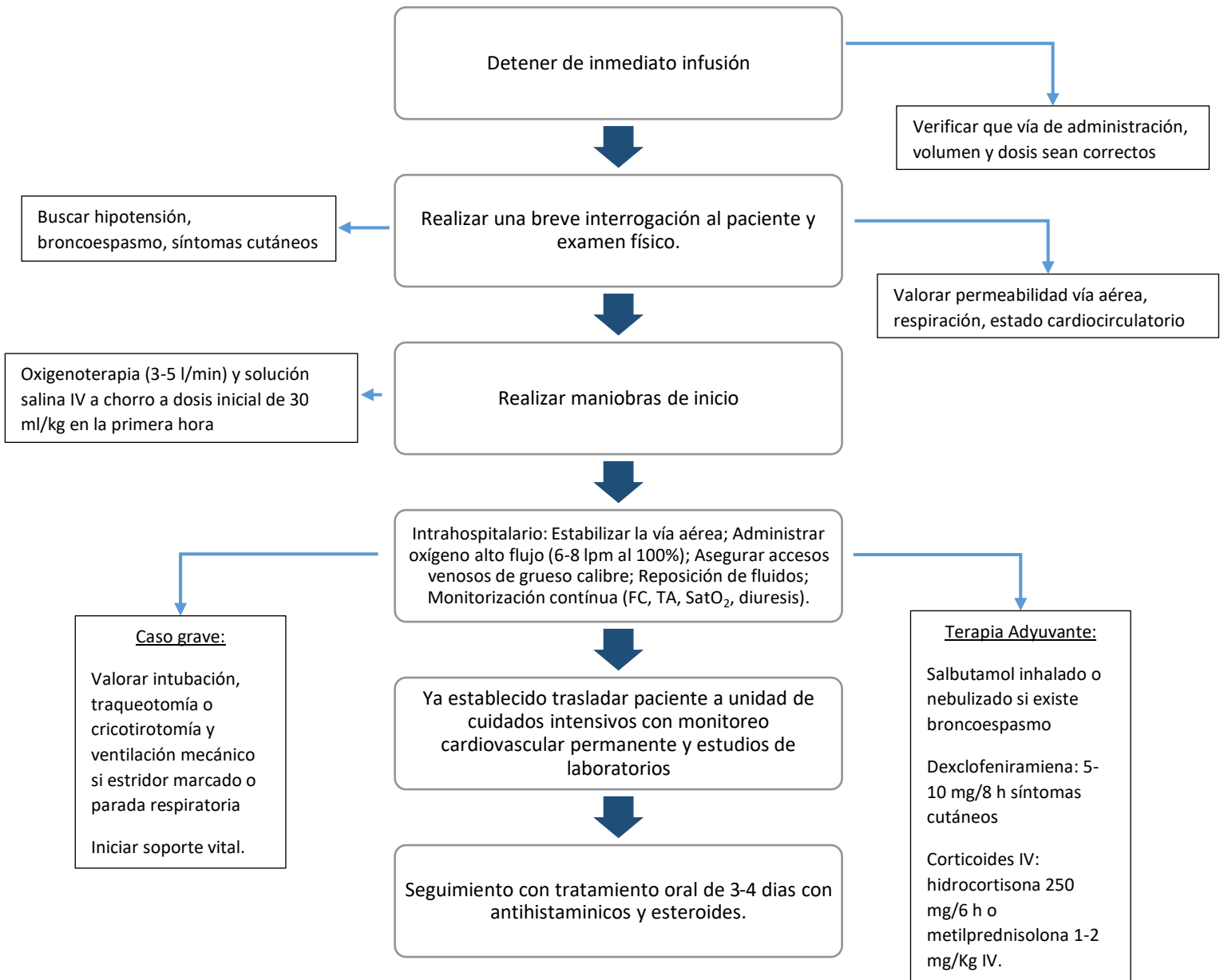
Pruebas de Laboratorio

Se pueden realizar determinaciones séricas de histamina y triptasa para ayudar en el diagnóstico. ⁽⁵⁾

El primer mediador que se eleva en sangre es la histamina 10 a 15 min de comenzar los síntomas, y sus niveles empiezan a disminuir a los 30 min, esto hace difícil su medición. Se puede medir la metilhistamina urinaria ya que esta permanece elevada durante 24 hr.

Se puede detectar la triptasa sérica a los 30 min de iniciar los síntomas y alcanza su nivel máximo entre 1 a 2 hr después. Este incremento confirma el diagnóstico de anafilaxia, pero si este mediador no incrementa no excluye la posibilidad de presentarse una reacción anafiláctica. ⁽⁵⁾

Pasos a seguir



(2, 4)

Fármacos para tratar Anafilaxia

Medicamento	Vía de administración	Posología	Propósito
Adrenalina	IM (1 mg/mL= 1/1000)	0.01 mg/kg (máx. 0.3 mg/dosis) cada 5-15 min	
Oxígeno	Vía inhalatoria	Superior al 100%	Mantener saturación mayor del 90%
Salbutamol	Vía inhalatoria	0.5 ml de una disolución de 0.5% en 2.5 ml SSF para nebulizador; 1-2 "puffs" de inhalador cada 15 min (3 veces)	Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
Dexclorfeniramina	IM, IV lenta (5mg/ml)	5 mg (máx. 20 mg)	Reducir prurito y antagonizar los efectos de histamina.
	Oral (2 a 6 mg)	2-6 mg/8 h	
Metilprednisolona	IM, IV (8,20, 40 y 250 mg)	1-2 mg/kg seguidos de 1-2 mg/kg/24 h en 3-4 dosis	Reducir las reacciones tardías
Prednisona	Oral (2.5, 5, 10, 30 y 50 mg)	0.5-1 mg/kg	
Hidrocortisona	IV (100, 500 y 1000 mg)	500 mg/ 6-8 h o 100 mg/ 2-6 h	
Reacciones Cardiovasculares			
Adrenalina (1 mg/1 ml = 1/1000)	IV bolo lento (1 ml adrenalina + 9 ml SSF: 1 ml =0.1 mg = 1/10000)	0.1-0.3 mg/ 5-15 min, veces necesarias (máx. 0.3mg)	Mantener la TAS > 90 mmHg
	IV perfusión continua. Diluir 1 mg en 500 ml de SSF	Iniciar a 1 mcg/min y aumentar 1 mcg cada 5 min hasta respuesta hiperadrenalismo no sobre pasar 10-15 mcg/min.	

	Intratraqueal	1-2 mg diluidos en 10 ml de SSF cada 5 min veces necesarias.	
SSF	IV	1000-2000 ml tan rápido como se necesite	Mantener la TAS > 90 mmHg
Ranitidina	IM, IV lenta (50 mg/5 ml)	50 mg/8 h	Puede utilizarse además de la adrelanina y sueroterapia para mantener la TAS > 90 mmHg
	Oral (150- 300 mg)	150 mg/12 h	
Terapia Alternativa			
Noradrenalina	IV perfusión continua: 10 mg en 250 ml SG% (40 mcg/ml)	Inicial: 8-12 mcg/ min, ajustar según respuesta (hasta 1 mcg/kg/min)	Mantener la TAS > 90 mmHg
Glucagón	IM, IV, bolos (1 mg/ml)	0.5-1 mg, repetir cada 5-15 min	Aumentar el ritmo y el gasto cardíaco (en hipotensión refractaria)
	IV perfusión continua: 5 mg en 250 ml SG% (20 mcg/ml)	15 mcg/min y ajustar según respuesta	
Isoproterenol	IV perfusión continua 1 mg + 245 ml SG% (4mcg/ml)	1-10 mcg/min, ajustar según respuesta	Aumentar el ritmo y el gasto cardíaco (en hipotensión refractaria)
Atropina	IV bolor (1 mg/ml)	0.5-1 mg/5 min (máx. 2-3 mg)	Aumentar el ritmo y el gasto cardíaco (en bradicardia e hipotensión refractaria)

(2)

Bibliografía

1. Blasco Ana; Caballero Cristina “Toxicidad de los tratamientos oncológicos”. Recuperado de SEOM Sociedad Española de Oncología Médica, el 24 de marzo de 2021 de: <https://seom.org/115-informacion-al-publico-guia-de-tratamientos/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>
2. Gómez Ayala Adela-Emilia (Marzo 2011) “Anafilaxia. Clínica y tratamiento” Recuperado el de marzo del 2021, de Elsevier de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-anafilaxia-clinica-tratamiento-X0212047X11011351>
3. Ferbeyre Binelfa Luis (1 de mayo del 2009) “Quimioterapia y anafilaxia” Recuperado el 16 de marzo de 2021, de ResearchGate de: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Ferbeyre/publication/260789875_Quimioterapia_y_anafilaxia/links/0a85e53239850f1d21000000/Quimioterapia-y-anafilaxia.pdf
4. Huaranga Galarza; Saico Ninahuaman María (2018) “Percepción de Calidad de Atención de Enfermería por el Paciente Oncológico Atendido en los Servicios del Hospital Félix Mayorca Soto-Tarma 2018” Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3164/HUARINGA%20%26%20SAICO_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Alarcón Gallardo Eladia (2015) “Prevención de Reacciones de Hipersensibilidad a Oxaliplatino” Universidad de Zaragoza. Recuperado de: <https://zaguan.unizar.es/record/48419/files/TESIS-2016-148.pdf>
6. Toche Paola (Mayo 2011) “Anafilaxia: Anaphylaxis” Recuperado de Science Direct de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704254>