

Mateo Hernández B de, Montoro de Francisco A, Núñez Hernández MA, Mendoza Parra A,
Fernández López M, Mateos Galván JM.
Servicio de Alergia. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid.

Introducción

- ❖ Anafilaxia: Reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. Constituye una emergencia que puede presentarse en cualquier lugar y situación. Puede ser la primera manifestación de una alergia hasta entonces desconocida.
- ❖ Incidencia en aumento: 3-30/100.000 personas/año; mortalidad: 0,05 a 2% de las reacciones.
- ❖ Etiología mas frecuente en adultos: Fármacos, alimentos y picaduras de himenópteros.
- ❖ Diagnóstico clínico: Aparición rápida de un síndrome que afecta a piel y/o mucosas acompañado de manifestaciones respiratorias, circulatorias o digestivas. En el 20% no hay síntomas cutáneos, siendo de mas difícil diagnóstico. Deben afectarse 2 o mas sistemas, excepto en el caso de participación cardiovascular con hipotensión y *shock*.
- ❖ El tratamiento principal de la anafilaxia es la adrenalina. Existen autoinyectores de adrenalina (AIA) que los pacientes llevan consigo.
- ❖ La guía GALAXIA (Guía de Actuación en anafILAXIA), incluida en el catálogo de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud, recomienda un protocolo de actuación en anafilaxia. Su difusión está permitiendo mejorar el manejo de esta grave situación.

Objetivos

- ❖ Dar a conocer el protocolo de tratamiento de la anafilaxia propuesto en la guía GALAXIA.
- ❖ Valorar el acceso de los efectivos desplegados en la Zona de Operaciones a los AIA.

Método

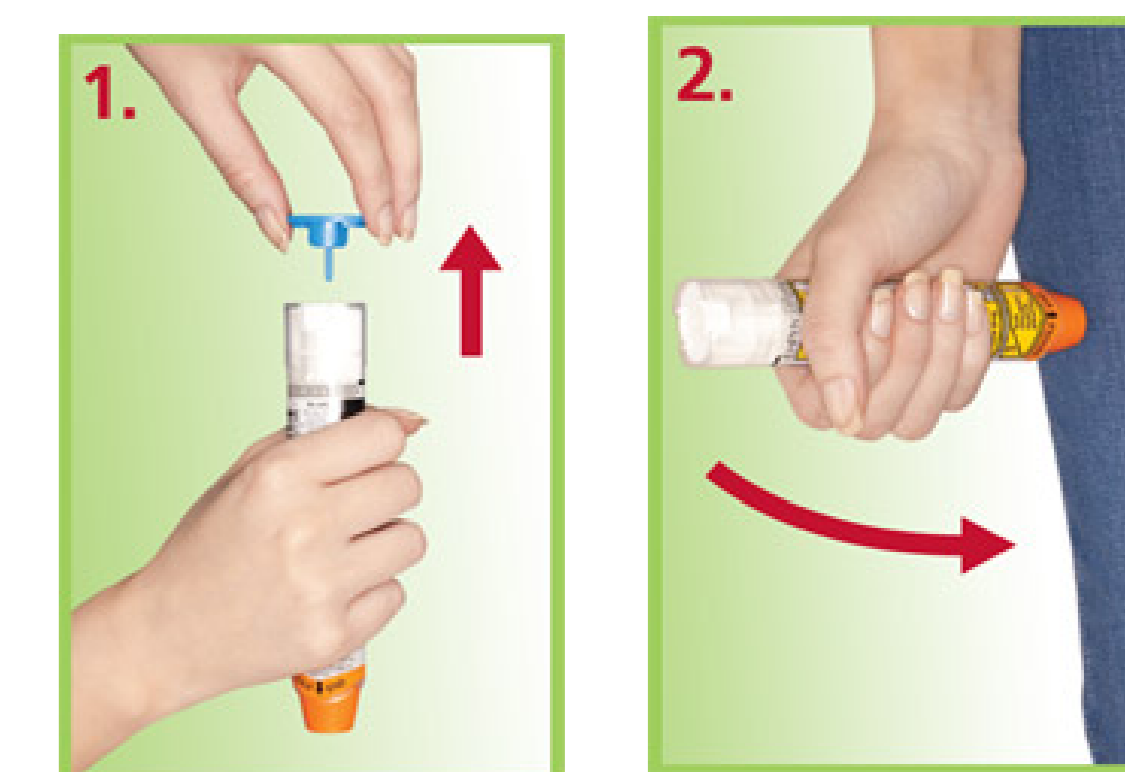
REACCIÓN ANAFILÁCTICA

Reconocimiento precoz de los síntomas:

80% síntomas cutáneos: Urticaria, angioedema.
Compromiso respiratorio: Disnea.
Compromiso circulatorio: Mareo, hipotensión.
Gastrointestinales: Vómitos, diarrea, dolor abdominal.
Concurrencia de exposición potencial a un alérgeno.

Signos de alarma:

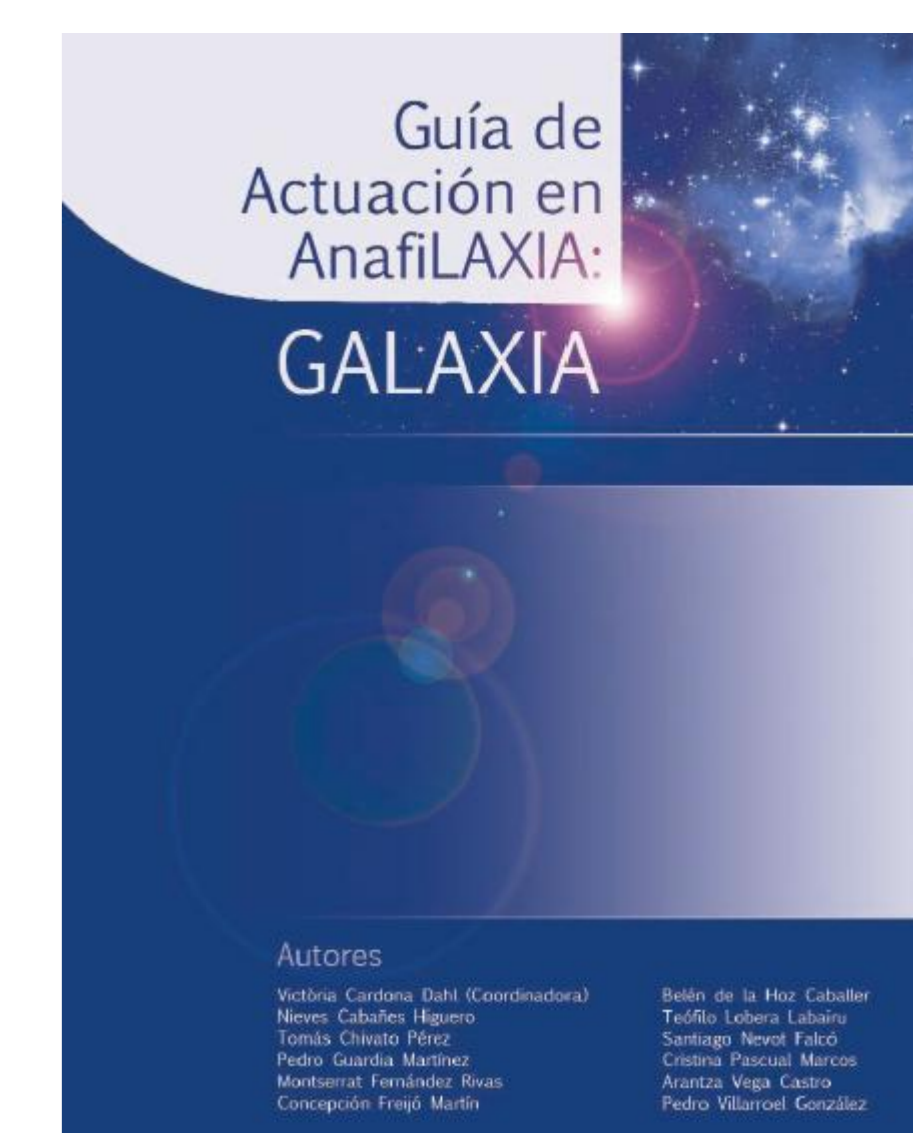
Rápida progresión de los síntomas.
Distress respiratorio: taquipnea, hipoxemia, cianosis.
Broncoespasmo: sibilancias.
Edema laríngeo: Afonía, sialorrea, estridor.
Vómitos persistentes.
Hipotensión, arritmias, síncope.
Confusión, somnolencia, coma.



ABC: Valorar permeabilidad vía aérea, respiración, estado cardiocirculatorio.

Medio extrahospitalario:

Solicitar ayuda (Tel 112, ambulancia...).
AUTOINYECTOR ADRENALINA INTRAMUSCULAR (CARA EXTERNA MUSLO).
Eliminar exposición al alérgeno (medicamentos, alimentos, picaduras).
Adoptar posición de Trendelenburg o de seguridad.
Si parada iniciar soporte vital básico.



Si estridor marcado o paro respiratorio:

- Iniciar soporte vital.
- Valorar
 - Intubación.
 - Traqueotomía.
 - Cricotirotomía.
- Ventilación mecánica.

Medio intrahospitalario:

- Estabilizar vía aérea.
- Adrenalina 0,5 mg IM.
- Administrar O₂ alto flujo (6-8 lpm al 100%).
- Asegurar accesos venosos de grueso calibre (14-16G).
- Reposición de fluidos.
- Monitorización: FC, TA, SatO₂.

Terapia adyuvante:

- Salbutamol nebulizado.
- Dexclorfeniramina IV: 5-10 mg/8 h.
- Corticoides IV:
 - Hidrocortisona 250mg/6h.
 - 6metilprednisolona 1-2mg/Kg/8 h.

Conclusiones

1. En España existe un protocolo para el tratamiento de la anafilaxia, incluido en la Guía Galaxia.
2. Los autoinyectores de adrenalina permiten el tratamiento inicial de la anafilaxia en cualquier situación.
3. Se plantea la conveniencia de incluir los AIA en la dotación del personal sanitario paramédico de las Unidades desplegadas en la Zona de Operaciones.