



Protocolo diagnóstico y tratamiento de la anafilaxia

S. Infante Herrero

Servicio de Alergología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Anafilaxia
- Reacción alérgica grave
- Afectación multisistémica
- Adrenalina

Keywords:

- Anaphylaxis
- A severe allergic reaction
- Multisystem involvement
- Adrenaline

Resumen

La anafilaxia es el cuadro potencialmente más grave de todas las urgencias alérgicas. Se trata de un cuadro brusco y multisistémico. Habitualmente se presenta de forma inmediata tras la exposición al agente desencadenante, pero el periodo de latencia puede oscilar desde minutos a varias horas. Requiere un diagnóstico y un tratamiento inmediato, ya que puede comprometer la vida del paciente. Los datos más importantes son la exposición a un agente productor, la presencia de signos que indiquen liberación de mediadores (prurito, rubor, urticaria, angioedema) y los signos de afectación sistémica, particularmente colapso cardiovascular, edema glótico y broncoespasmo. Entre los factores desencadenantes se incluyen los alimentos, los fármacos y las picaduras de himenópteros. El diagnóstico es eminentemente clínico y la adrenalina el tratamiento de elección.

Abstract

Diagnostic and therapeutic guidelines for anaphylaxis

Anaphylaxis is potentially the most severe case of all allergic emergencies. It is a sharp and multisystem box. It usually occurs immediately after exposure to the triggering agent, but the latency period can range from minutes to several hours. It requires immediate diagnosis and treatment, as it may compromise the patient's life. The most important data is exposure to a producing agent, the presence of signs indicating release of mediators (pruritus, flushing, urticaria, angioedema) and signs of systemic disease, particularly cardiovascular collapse, bronchospasm and glottal edema. Among the triggers include food, drugs and Hymenoptera stings. The diagnosis is primarily clinical and adrenaline treatment of choice.

Introducción

La anafilaxia es el cuadro potencialmente más grave de todas las urgencias alérgicas. No existe una definición universalmente admitida de anafilaxia, la *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI) la define como una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica grave y que amenaza la vida. A efectos prácticos se considera que la anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal.

Desde el punto de vista clínico, se trata de un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunológicos o no, con aparición de síntomas y signos sugestivos de una liberación generalizada de mediadores de mastocitos y basófilos tanto a nivel cutáneo como en otros órganos (gastrointestinal, respiratorio o cardiovascular¹).

Epidemiología

Es difícil establecer una incidencia y una prevalencia exactas de la anafilaxia debido a varios factores. La definición actual

de anafilaxia es compleja y difícil de utilizar en estudios epidemiológicos². Además, la anafilaxia tiene un comienzo rápido, la gravedad puede ser variable y puede resolverse espontáneamente, por lo que en muchos casos puede estar infradiagnosticada.

Los resultados de 10 estudios europeos sugieren una incidencia entre el 1,5 y 7,9 por 100.000 personas/año. En un estudio reciente realizado en nuestro medio se estableció una incidencia del 0,08%³. La prevalencia se estima en el 0,3% y la tasa de mortalidad en el 0,001%⁴, aunque algunos autores la establecen entre el 0,05 y el 2% del total de las reacciones¹.

Entre los factores desencadenantes se incluyen los alimentos, los fármacos y las picaduras de himenópteros, pero hasta en un 20% de los casos no es posible identificar el agente causal. Existen diferencias en relación con la edad del paciente, de tal forma que en el caso de los niños los alimentos son los agentes etiológicos implicados con más frecuencia, mientras que en el caso de los adultos suele deberse a fármacos o picaduras de himenópteros⁴.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

La presentación clínica de la anafilaxia varía en función del órgano/sistema afectado. Se debe sospechar cuando aparece de manera aguda, en minutos o pocas horas, un síndrome rápidamente progresivo que afecta a la piel y/o las mucosas y que se acompaña de compromiso respiratorio y/o circulatorio.

La piel es el órgano afectado con más frecuencia (84%), seguido por síntomas cardiovasculares (72%) y respiratorios (68%), también puede asociar síntomas digestivos. Es importante tener presente que *una anafilaxia puede desarrollarse sin afectación cutánea*.

El diagnóstico es eminentemente clínico, por lo que se han establecido unos criterios que permiten identificar más del 95% de las anafilaxias (tabla 1)⁵.

Valoración de la gravedad

La gravedad de la reacción puede establecerse a partir de distintos criterios, según la clasificación de Brown existen tres grados que enumeramos a continuación.

Anafilaxia leve

El paciente solo presenta manifestaciones cutáneas, rinitis y una afectación mucosa que no incluye la glotis ni dificulta la respiración.

Anafilaxia moderada

Además de los síntomas anteriores, presenta alteraciones adicionales que afectan al aparato respiratorio (broncoespasmo, edema glótico), cardiovascular, gastrointestinal o neurológico; siempre que la presión arterial sistólica sea mayor de

TABLA 1

Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

La anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de los tres criterios siguientes

1. Inicio agudo (minutos/horas) de un síndrome que afecta a piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito, eritema, *flushing*, edema de labios, úvula o lengua) junto con al menos uno de los siguientes

Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)

Disminución de la TA o síntomas asociados a disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia)

2. Aparición rápida (minutos/horas) de dos o más de los siguientes síntomas tras exposición a un alérgeno potencial para ese paciente

Afectación de piel y/o mucosas

Compromiso respiratorio

Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica

Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal cólico, vómitos)

3. Disminución de la TA en minutos/horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente

Lactantes y niños: TA baja o descenso > al 30% de la TA sistólica*

Adultos: TA sistólica < 90 mm Hg o descenso > 30% sobre la basal

PEF: pico flujo espiratorio; TA: tensión arterial.

*TA sistólica baja en la infancia: < 70 mm Hg de 1 mes a 1 año, < de [70 mm Hg+(2 x edad)] de 1 a 10 años e < 90 mm Hg de 11-17 años.

90 mm Hg, la frecuencia respiratoria inferior a 25 resp/min y sin signos de agotamiento respiratorio y el nivel de conciencia, según la escala de Glasgow, sea normal. También deben incluirse todos aquellos pacientes con anafilaxia leve pero con enfermedades de base que puedan descompensarse o con factores de riesgo.

Anafilaxia grave

Cualquiera de las manifestaciones anteriores, pero con signos y síntomas de gravedad, como la presión arterial sistólica inferior a 90 mm Hg, síncope en cualquier momento o nivel de conciencia en el momento de su valoración inferior a 15 en la escala Glasgow, estridor u otros síntomas respiratorios con signos de compromiso grave. Incluye el shock anafiláctico como presentación más grave.

Ateniéndonos al *patrón evolutivo*, la anafilaxia puede clasificarse como vemos a continuación.

Anafilaxia remitente

Aquella que se resuelve en unas horas. Engloba a la mayoría de las reacciones.

Anafilaxia bifásica

Ocurre entre 4 y 12 horas desde la reacción inicial, y los síntomas pueden ser de mayor gravedad. Se estima que se presenta hasta en un 20% de los casos.

Anafilaxia persistente

Es aquella que se prolonga en el tiempo hasta 32 horas. También puede cursar con múltiples recurrencias, interrumpidas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805338>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805338>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)