

Espacio para Nuestros Maestros

ANAFILAXIA ... una carrera contra el tiempo !!!



Anaphylaxis... a race against time!!!

**Prof. Emérito Méd.
José Ricardo Báez**

La anafilaxia es una reacción inmediata, de rápida aparición, muy desagradable para el paciente y su entorno, que puede llegar a ser fatal. Se divide en Alérgicas (mediada por IgE u otros mecanismos mediados por complejos inmunes más complemento) y no Alérgicas. Se produce por la brusca degranulación de Mastocitos y Basófilos y la masiva liberación de Mediadores Químicos (Histamina, PAF, Prostaglandinas, Leucotrienos, etc.), ya sean de tipo Alérgica o no Alérgica, el tratamiento de la emergencia será el mismo.

Esta reacción de acuerdo a su magnitud, intensidad, y al compromiso de dos o más sistemas (cutáneo, respiratorio, circulatorio, etc.), puede clasificarse en Leve, Moderada y Grave. La Reacción Grave, genera desazón, inquietud y hasta una sensación de muerte inminente, La Anafilaxia Grave la constituyen el Shock Anafiláctico, el Asma Bronquial severa y el Edema de Glotis.

La intensión de estas líneas es centrarse en el Tratamiento de Urgencia, el que

deberá realizarse lo antes posible, luego de hacer un correcto diagnóstico y de evaluar su magnitud. Cabe resaltar que una Anafilaxia leve puede pasar a una Anafilaxia Grave en pocos minutos, motivo por el que el tratamiento farmacológico deberá incluir la medicación básica completa desde el comienzo, inyectando, ADRENALINA COMO PRIMERA DROGA, seguido por Antihistamínicos y Corticoides, cuyas dosis se adecuarán al grado de intensidad y a la evolución del cuadro.

¿Por qué la Adrenalina es considerada la droga de elección y la primera en su administración?

Los mediadores químicos liberados por los Mastocitos y Basófilos hacen blanco a nivel de músculo liso, endotelios vasculares, glándulas de secreción externa, filetes nerviosos y células, pero además estimulan las células cromafines en la médula de las glándulas suprarrenales con la siguiente liberación de ADRENALINA, constituyendo éste, un mecanis-

mo homeostático por el cual el organismo intenta revertir las manifestaciones desencadenadas por los mediadores químicos sobre las estructuras blanco ya mencionadas. Por lo tanto el tratamiento con Adrenalina intenta remedar un mecanismo normal de respuesta y asegurarse que la cantidad disponible de ADRENALINA sea la suficiente como para superar esta emergencia.

¿Cómo se expende la ADRENALINA y con qué jeringas debemos manipularla?

Se presenta en ampollas de 1 ml con 1mgr de clorhidrato de ADRENALINA en 1ml de líquido de dilución lo que la lleva a una concentración de 1:1000.

Para su manipulación utilizamos jeringas de 1 ml de Tuberculina, graduadas en décimas, (no confundir con las utilizadas para la administración de insulina) vienen con agujas incorporadas de un tamaño 15/5, las que se deberán sustituir por agujas de 25/6, 40/8 o 50/8 según se trate de niños o adultos con el

ANAFILAXIA ... una carrera contra el tiempo !!!

José Ricardo Báez

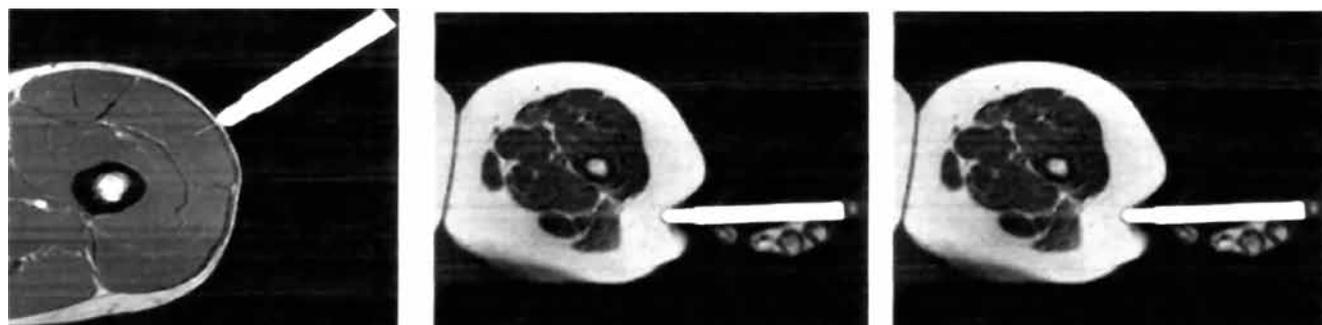


Figura 1: Consideraciones del tejido celular subcutáneo en el sitio de punción y la importancia del cambio de aguja para lograr una efectiva aplicación.

objeto de asegurar una adecuada inyección INTRAMUSCULAR.

¿Cuál es la vía de administración?

La vía aconsejada es la INTRAMUSCULAR (se elige el músculo cuádriceps, en su vasto externo), que asegura una rápida absorción. Frente a la subcutánea (que suele tardar más de 20 minutos para su absorción a niveles terapéuticos).

Consideraciones del tejido celular subcutáneo en el sitio de punción y la importancia del cambio de aguja para lograr una efectiva aplicación.

La vía intravenosa queda restringida al paciente en unidad de cuidados intensivos, monitoreados, para detectar tolerancia y posibles complicaciones del ritmo cardíaco, y administrada por personal con experiencia en el uso IV de adrenalina.

¿La ADRENALINA en qué dosis se debe administrar?

En Adultos: 0,30 a 0,50 ml de, Adrenalina 1/1000 (1mg/1ml).

En Niños: 0.01ml/kg/dosis de Adrenalina 1:1000, hasta un máximo de 0.30 ml. Puede repetirse cada 5-10 minutos, 2 o 3 veces, según evolución clínica y a la espera de la unidad de emergencia para la evaluación y posible traslado a centro hospitalario.

¿Qué otras drogas se deben administrar?

A la adrenalina debe seguir la administración de Antihistamínicos anti H1 (Defenhilramina) y anti H2 (cimetidina) y Corticoides de acción inmediata. Hidrocortisona o Metilpredisolona por vía intramuscular.

Paciente que está recibiendo B bloqueante se le debe sustituir la adrenalina por glucagón.

Paciente que presenta broncoespasmo, que no haya cedido con la ADRENALINA, se le administrará, SALBUTAMOL, en nebulización con solución fisiológica. Paciente con Edema de Glotis, a veces progresa tan rápido el Edema que no da tiempo a que la medicación actúe siendo necesario recurrir a intubación o traqueotomía de urgencia.

Tan pronto como se comienza el tratamiento solicitar apoyo a una unidad de emergencia.

www.anaphylaxis.ca
www.anaphylaxis.org.uk/
www.latexallergyresources.org

BIBLIOGRAFÍA

1. LIEBERMAN P, NICKLAS R, ET AL. *The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. J Allergy Clin Immunol* 2010;126:477-80.
2. MAHER NG, DE LOOZE J, HOFFMAN GR. *Anaphylaxis: an update for dental practitioners. Australian Dental Journal* 2014;59:142-148.
3. MINISTERIO SALUD NACIÓN. 2015. www.msal.gov.ar
4. ROCHFORD C, MILLES M. *A review of the pathophysiology, diagnosis, and management of allergic reactions in the dental office. Quintessence int* 2011;42:149-156.
5. SIMONS FE, GU X, SIMONS KJ. *Epinephrine absorption in adults: intramuscular versus subcutaneous injection. J Allergy Clin Immunol* 2001;108(5):871-3.
6. WALKER D. *Anaphylaxis & Local Anesthesia: Myrb or Reality?. Ontario Dentist Clinical Feature* 2006; 28-33.