

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: "SHOCK ANAFILÁCTICO"

ÍNDICE

- 1.-DEFINICIÓN
- 2.-OBJETIVO
- 3.-PRECAUCIONES
- 4.-MATERIAL
- 5.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE
- 6.-EJECUCIÓN
- 7.-OBSERVACIONES (Profilaxis)
- 8.-BIBLIOGRAFÍA
- 9.-PALABRAS CLAVE

1.-DEFINICIÓN:

- La anafilaxia o choque anafiláctico, es una reacción aguda potencialmente letal, que es causada por la liberación masiva de mediadores químicos de mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias.
- Este cuadro está mediado inmunológicamente, generalmente por Ig E.
- Las reacciones anafilactoides, son similares clínicamente, y resultan de una respuesta no inmunológica. (*)

2.-OBJETIVO:

- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios, para resolver la reacción anafiláctica, de una forma rápida y eficaz

3.-PRECAUCIONES:

- Colocar al paciente en posición de seguridad:
 - Decúbito supino
 - Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores
 - Si vomita, se le colocará con la cabeza de lado
- Asegurarse de que la vía aérea esté libre (dentadura postiza, vómitos, etc....), si no es así, liberarla.
- Retirar las prendas de vestir que opriman (cinturón, corbata, camisa,etc....)
- La enfermera revisará todo el material necesario para tratar un shock anafiláctico periódicamente, a fin de que esté siempre en perfectas condiciones de uso.

4.-MATERIAL:

EQUIPO

- Fonendoscopio
- Esfigmomanómetro
- Torniquetes (compresor)
- Jeringas (de 5 cc., 10 cc. y tuberculina)
- Agujas hipodérmicas (intramusculares, intravenosas, subcutáneas)
- Equipo de administración de medicación intravenosa
- Equipo de administración de oxígeno con mascarilla (y para nebulización)
- Ambú
- Tubo de Guedel
- Material de intubación orotraqueal
- Esparadrapo
- Guantes estériles
- Camilla articulada

MEDICACIÓN

- Clorhidrato de Adrenalina al 1/1000
- Antihistamínicos (Polaramine - Dexclorfeniramina), para administración parenteral y/u oral
- β -2 estimulantes, en aerosol y vía parenteral (Salbutamol - Ventolín)
- Aminofilina-Eufilina para administración IV
- Esteroides para inyección parenteral (Metilprednisolona-Urbasón)
- Sueros salinos isotónicos, glucosados y glucosalinos
- Expansores del plasma
- Bicarbonato 1 molar y 1/6 molar

5.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Es primordial que el paciente esté tranquilo, y aquí, la enfermera tiene un papel muy importante, se deberán implantar las siguientes medidas:
 - Informar al paciente de lo que le está sucediendo, de una forma sencilla y no alarmista, es decir, se le puede explicar que está teniendo una reacción de alergia, pero que no debe alterarse, ya que está en un sitio especializado donde todo lo necesario para tratarle, tanto a nivel personal como de medios técnicos, está preparado con antelación y se le va a solucionar su problema de una forma rápida y correcta.
 - Explicar al paciente, que si está tranquilo y se muestra colaborador con las pautas que se le aconsejen seguir, la reacción se va a resolver de una forma más rápida y eficaz
 - Advertir al paciente de los efectos colaterales como consecuencia de la medicación que se le va a administrar. (taquicardia, temblor, somnolencia, etc....)

6.-EJECUCIÓN:

Bajo indicación médica, para el tratamiento de las reacciones anafilácticas, se seguirán las siguientes pautas:

TRATAMIENTO INMEDIATO

Siempre se administrará Adrenalina, en cuanto se sospeche un cuadro de anafilaxia (salvo contraindicaciones)

El tratamiento inmediato es la administración de Adrenalina subcutánea, en solución acuosa al 1/1000 (de 0,3 ml. a 0,5 ml., hasta 0,8 ml. la primera vez en adultos, y de 0,01 ml. por cada 10 kg. de peso, en niños), en brazo o muslo.

Si el shock se ha producido como consecuencia de una inyección durante la realización de pruebas de alergia, se colocará primero un torniquete, por encima del lugar de punción, aflojándolo cada 3 minutos, durante unos instantes, y se administrará la dosis de Adrenalina en el punto de inoculación del alérgeno, con objeto de retrasar su absorción (de 0,1 ml. a 0,3 ml. de Adrenalina subcutánea, y la misma cantidad de Adrenalina en el brazo contrario).

La dosis se puede repetir en tres ocasiones, si es necesario, con un intervalo de 15/20 minutos (dosis total adultos: 1,5 ml., dosis total niños: 0,3 ml. por cada 10 kg. de peso)

Las contraindicaciones formales de la administración de Adrenalina, son:

- Hipertensión arterial severa
- Frecuencia cardíaca, mayor de 140 latidos/min.
- Arritmias cardíacas documentadas
- Hipertiroidismo no tratado

En estos casos, el tratamiento de elección, si se precisa, sería con Dopamina, que es una droga vasoactiva, y su dosis suele ser de 250 microgramos en 250 ml. de suero salino al 0,9%. Se inicia la perfusión a 20 microgotas/minuto.

EN CASO DE HIPOTENSIÓN:

Se administrará Adrenalina, y a continuación, rápidamente líquidos intravenosos (Salinos Isotónicos, Glucosalinos, Expansores del Plasma), a través de un catéter de gran calibre, al ritmo necesario para mantener la presión sistólica igual o superior a 100 mm. Hg en adultos y 50 mm Hg en niños.

En adultos, el volumen inicial puede ser de 500 ml. a 2.000 ml. de líquidos en la primera hora, y en niños hasta 30 ml/kg..

Se colocará al paciente en posición Trendelenburg.

EN CASO DE EDEMA DE LARINGE:

Hay que mantener libres las vías respiratorias.

Se administrará Adrenalina subcutánea y corticoides, antihistamínicos vía parenteral, teniendo en cuenta que estos fármacos no sustituyen a la Adrenalina.

En caso de no ceder la inflamación con el tratamiento médico, puede resultar difícil la intubación, en cuyo caso habrá que practicar una traqueotomía.

EN CASO DE BRONCOESPASMO:

Si se observa cianosis, se administrará Oxigenoterapia al 40%. (vía nasal, mascarilla, etc.)

En crisis leves:

Administración de β_2 estimulantes, Ventolín (Salbutamol) o Terbasmán (Terbutalina), pre-ferentemente por vía inhalatoria. La dosis recomendada es en adultos y niños mayores de 5 años, 2 inhalaciones cada 10 ó 20 minutos hasta 1 hora.

En crisis moderadas o ausencia de respuesta al tratamiento anterior:

Se administrará Adrenalina al 1/1000, según las pautas anteriormente citadas.

A continuación, **en adultos:**

- β_2 -2 inhalados, como en crisis leves, o bien, nebulizaciones con 0,25-1 ml. de Ventolín disuelto en 3 ml. de suero salino, 3 sesiones de 5 -10 minutos, cada 20 ó 30 minutos.

- β_2 -2 adrenérgicos subcutáneos (Ventolín 0,5 mg../amp.), de 1/4 a 1/2 ampolla en cada brazo.

En niños:

- Ventolín en nebulizaciones 0,01 cc/kg..

Si se hace necesaria la administración de Aminofilina intravenosa, se hará lentamente (20 min.) y en una concentración de 250 mg./250 cc. de suero glucosado al 5%. Según el grado de broncoespasmo, se seguirá con una perfusión continua de 0,2 a 1,2 mg./kg../hora, o a dosis de 4,5 mg./kg. cada 6 horas.

EN CASO DE SÍNTOMAS CUTÁNEOS (Prurito, eritema, urticaria), GASTROINTESTINALES, GENITOURINARIOS O UTERINOS:

A lo anterior se pueden asociar además antihistamínicos.

En los casos graves, se administrarán por vía parenteral, y en los más leves por vía oral.

El antihistamínico de elección es Polaramine (Dexclorfeniramina)

En adultos, la dosis parenteral es de 1 ampolla de 1 ml:5 mg.

En niños menores de 5 años: 0,1 ml., y de 6 a 10 años de 0,2 ml.

Si la administración de Polaramine es intravenosa, se diluirá la dosis en un dosificador de 50 ml.

OTRAS MEDIDAS:

Los corticoides no son fármacos de primera elección, en el tratamiento de la anafilaxia, pero su administración se realiza para el tratamiento de los síntomas tardíos, recidivas, choques refractarios, urticaria-angioedema persistentes, después de que desaparezca la reacción aguda y broncoespasmo, en pacientes asmáticos, que venían siendo tratados previamente con los mismos.

Los corticoides también mejoran la respuesta a la Adrenalina.

Las dosis de corticoides más habituales, son:

· Actocortina (Hidrocortisona)

- **Adultos:** choque de 500 mg. en bolo
- **Niños:** choque de 200 mg. en bolo

· Urbasón (Metilprednisolona): 1 mg/kg..

En adultos: dosis en bolo de 80-120 mg

· Se debe hacer un tratamiento de sostén con líquidos y fármacos.

Según la gravedad del cuadro, se puede ampliar desde unas horas, a varios días.

Para prevenir la presentación de una respuesta bifásica, el paciente debe realizar tratamiento con esteroides y antihistamínicos orales durante las 24-48 horas siguientes.

7.-OBSERVACIONES:

· La correcta y coordinada actuación del equipo que atiende la reacción, es de gran importancia.

Para ello, en cada servicio, debe existir un Protocolo de Actuación de Reacciones Anafilácticas, donde estará definida la actuación de cada miembro del equipo.

· Con el fin de obtener un entrenamiento en las técnicas a emplear, el equipo debe realizar periódicamente ensayos generales que le proporcionarán la seguridad para obtener una óptima resolución del problema urgente suscitado.

· Todo el material y la medicación necesaria, debe estar siempre preparados para atender una reacción

anafiláctica.

· Profilaxis:

El primer paso en el manejo de un paciente que presenta un cuadro de anafilaxia es identificar el agente causal. Para ello es necesario obtener una historia clínica completa.

Una vez identificado el agente, se debe informar al paciente indicándole la importancia de evitarlo, así como alertarle sobre la presencia de otros agentes que pudieran dar lugar a reacciones cruzadas.

En el caso de picaduras de himenópteros, además de la evitación, una forma adecuada de tratamiento es la inmunoterapia con veneno.

Otra forma de prevenir, es exigir una indicación clara para el uso de los fármacos.

Utilizar siempre que sea posible la forma oral.

Observar a los pacientes después de la administración parenteral durante 30 minutos.

Desensibilizar a los pacientes a cualquier fármaco conocido por haber causado anafilaxia, si se necesita urgentemente para tratar una enfermedad amenazante para la vida.

Se debe recomendar al paciente que lleve siempre la información médica personal, referente a la sensibilidad anafiláctica.

En los casos que indique el médico, el paciente deberá aprender a autoinyectarse Adrenalina. La enfermera debe explicarle esta técnica correctamente. (* *)

8.-BIBLIOGRAFÍA:

(*) MKSAP in Allergy and Immunology

Fink JN, Lockey R.F. Eds. AAAAI and AMIC
Philadelphia, 1993, pág.. 55

(**) T. Rol Jiménez, P. Miranda Alonso, T. Soto Mera; Urticaria y Anafilaxia en:
D. Carnevali Ruiz, Eds.

"Manual de diagnóstico y terapéutica médica", 3ª Edición Madrid 1995. Pág... 263.
· Boquete París, Manuel - Liarte Ruano, Isidro

"Conceptos Básicos en la Práctica Alergológica".
Prontuario Bencard. 1989 (Madrid.) Pág... 10; 64-65.
· Comité Inmunoterapia de SEAIC.

"Normativa sobre inmunoterapia en enfermedades alérgicas".
Eds. SEAIC. 1990 (Madrid). Páf. 28-30
· Hernández García, J.

"Manual práctico de alergia a medicamentos".
Eds. CEA. 1990 (Madrid). Pág... 10; 76-78.
· Hernández García, J.

"Urgencias alergológicas y su tratamiento".
Eds. CEA. 1990 (Madrid). Pág... 6-8; 17-31.

· "Enciclopedia práctica de enfermería".
Eds. Planeta 1986. Pág... 51-57.
· Brunner Sudarth.

"Enfermería práctica".
Eds. Marin 1987 (Barcelona). Pág... 419-424.
· Gladys B. Lipkin/Roberta G. Cohen.

"Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales".
Eds. DOYMA 1989 (Barcelona). Pág... 55.

· "Diccionario de Medicina".
Eds. Marin 1986 (Barcelona).

· Revisión bibliográfica en Medline e Ime, desde el año 1991 hasta 1997, no encontrándose ningún tema de Enfermería en urgencias alergológicas.

9.- PALABRAS CLAVES

- PROTOCOLO ENFERMERAS
- SHOCK ANAFILÁCTICO EN ENFERMERÍA
- ANAFILAXIA Y ENFERMERAS
- URGENCIAS ALERGOLÓGICAS

Fecha Publicación: 28/03/2006