

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Inmunoalergias

Catedrático: Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Alumno: Mariana C. Saucedo Domínguez

8ºavo Semestre Grupo A

Comitan de Domínguez Chiapas, Noviembre del 2020

Algoritmo Diagnóstico Terapéutico de Anafilaxia

Paciente con sospecha de anafilaxia, con las siguientes manifestaciones clínicas:

- Cutáneas: urticaria, angioedema, rubefacción, prurito sin exantema
- Respiratorias: Disnea, sibilancias, angioedema de vías resp altas, rinitis
- Marcos
- Abdominales: Náuseas, vómitos, diarrea, dolor tipo calambre.

¿Cumple con Criterios esenciales para dx de anafilaxia como;

- Muy probable; inicio agudo con afectación de la piel, tejidos de las mucosas o ambos y al menos 1 de; Compromiso respiratorio, Reducción de la PA.
- 2 o más de las siguientes alteraciones que se producen después de la exposición a un alérgeno conocido; afectación de tejidos cutáneos/mucosas (enrojecimiento, prurito, edema de labios), Compromiso resp (disnea, sibilancias, broncoespasmo), ↓ de PA, Síntomas GI persistentes.
- ↓ de la PA después de un alérgeno conocido; lactantes y niños PAS bajo, adultos, PAS < 90mmHg?

NO

Realizar una anamnesis y exploración física completa buscando indicios de otra alteración orgánica.

SI

El diagnóstico es clínico, pero se pueden hacer pruebas de laboratorio como;

- Triptasa sérica de los mastocitos 1 hora después y 3-4 h después
- Suero para análisis de IgE específico p/ tomar la decisión inmunización anti-veneno
- Pruebas cutáneas

¿Resultados compatibles con anafilaxia?

NO

Reevaluar al Px y hacer dx diferencial.

SI

Evaluar el estado clínico, nivel de conciencia, vía aérea superior e inferior y cardiocirculación.

¿Escala de Glasgow = 15 puntos, FR < 25RPM, no utiliza músculos laterales accesorios, tolera conversación, TAS > 90mmHg, FC < 120lpm?

NO

SI

¿Glasgow < 15 puntos, FR > 25RPM, uso de músculos accesorios, dificultad para hablar, TAS < 90mmHg, FC > 120 lpm?

SI

- Adrenalina IM
- Corticoides y antihistamínicos para control de síntomas catorceos

- Tx agente de anafilaxia;
- ABCDE
- Retirar el posible alérgeno
- Decolito Spiro p/ evitar una ↓ Perjudicial del retorno venoso al corazón
- Adm precoz de Epinefrina IM 0.01mg/Kg cara anterolateral del muslo
- Reanimación de líquido IV x cristaloles isotónicos (Suero como isotónico o Sol Hartman) 20 ml/Kg inicialmente en 2-3 minutos

Reevaluación ABCDE; ¿Buena Respuesta en 5 minutos?

NO

SI

- Repetir adrenalina IM
- Repetir expansión de líquidos IV
- Obs de vía aérea superior: Adrenalina nebulizada 0.5mg/Kg
- Obs de vía aérea inferior: (broncoespasmo): Salbutamol inhalado (5-10 nebuliz) o nebulizado (< 20Kg: 2.5mg, > 20Kg: 5mg)

Observación

Si no hay respuesta en 5min, contactar con UCI -

Referencia bibliográfica

- O'Hehir, R., Holgate, S. & Sheikh Aziz. "Middleton a toxicología esencial" Elsevier; España; 2010.
- Sociedad Española de Urgencias. "Anafilaxia". España.