

MONTSE DELGADO MAIRELES.
PEDIATRA CAP RAMBLA SANT FELIU LLOBREGAT

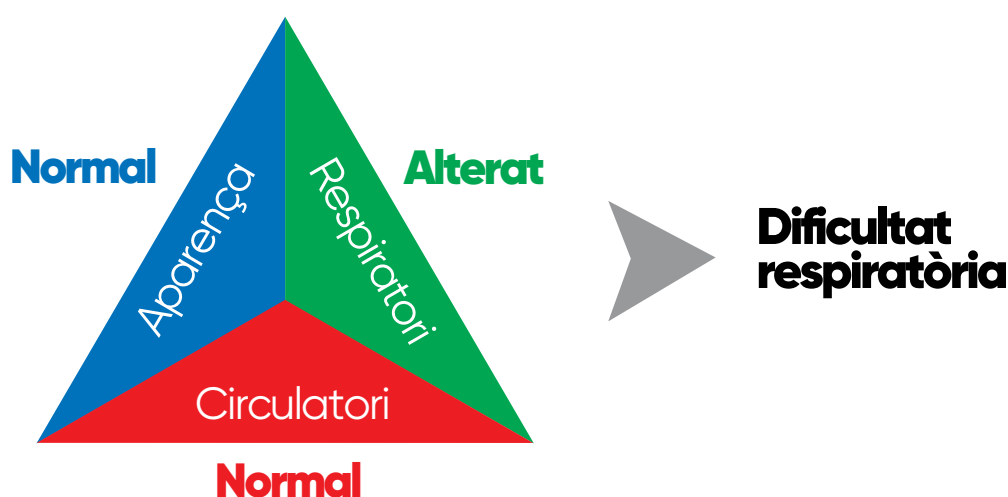
CAS CLÍNIC: ANAFILAXI

La família d'una pacient de 4 anys i 18 kg de pes, amb antecedent d'episodis lleus de broncoespasme, consulta perquè la seva filla presenta dificultat respiratòria iniciada bruscament després de dinar en un restaurant. Expliquen rinorrea, esternuts i tos inicials. Han administrat 2 puffs de salbutamol inhalat, sense millora. No sospiten ennuegament, doncs feia una estona que ja havien acabat de dinar.

En els dies previs no havia presentat febre, ni quadre catarral.

Expliquen un antecedent previ de lesions cutànies pruriginoses coincidint amb un àpat, però va ser molt lleu i no van consultar. No recorden quan, ni amb quins aliments.

Al arribar al Centre de Salut, es valora la pacient amb el triangle d'avaluació pediàtrica:



La pacient que manté color normal i col·labora en l'anamnesi està en posició de trípod, presenta retraccions intercostals, també a nivell subcostal i supraesternal. Es monitoritzen constants: FR 44 rpm, FC 155 bpm, TA 100/60 mmHg, Sat Hb 89% a FiO2 ambient i s'administra oxigen amb mascareta simple a 5 lpm. A l'auscultació respiratòria s'objectiva una hipoventilació generalitzada. Davant la sospita d'una crisi de broncoespasme s'administra salbutamol 2.5 mg i bromur d'ipratropi 250 mcg nebulitzats, però la pacient evoluciona desfavorablement i progressivament empitjora el seu estat clínic amb alteració de l'aparença. La nena deixa de parlar i té tendència a la somnolència responent quan se la crida pel nom, manté la mateixa dificultat respiratòria i no hi ha milloria de l'auscultació ni de la Sat Hb, que és de 90% malgrat optimitzar l'administració d'oxigen a 15 lpm amb mascareta amb reservori. Es canalitza via i s'administren 36 mg de metilprednisolona intravenosa.

Al comprovar la falta de resposta al tractament, es contacta amb el SEM per trasllat de la pacient a un centre hospitalari.

ERRORS DETECTATS

Error al diagnòstic i al tractament:

En primer lloc, davant d'una pacient amb triangle d'avaluació pediàtrica alterat, hem de continuar amb l'estabilització per prioritats seguint l'ABCDE i prendre constants. En el cas clínic exposat es va monitoritzar la pacient i es va administrar oxigen i broncodilatadors nebulitzats.

En aquesta pacient hi ha un tractament de primera línia que només es durà a terme si pensem en la possibilitat d'una anafilaxi: l'administració d'adrenalina intramuscular. No es va contemplar aquesta possibilitat i no es va administrar.

A continuació, seguint l'ABCDE, es van dur a terme altres prioritats:

1. **Via aèria:** No hi ha constància de cap actuació específica, tot i que la pacient estava en la posició més favorable per afavorir l'entrada d'aire, en posició de trípod.
2. **Respiratori:** FR 44 rpm, Sat Hb 89% a FIO2 ambient, auscultació respiratòria: hipoventilació generalitzada, administració d'oxigen i broncodilatadors, en aquest cas es va fer amb mascareta simple 5 lpm, que permet l'administració de la nebulització.
3. **Circulatori:** FC 155 bpm, TA 100/60 mmHg. Inicialment, i de forma adequada, no es va considerar la canalització d'un accés venós perifèric, tot i que després de l'empitjorament clínic sí que es va dur a terme per a l'administració de medicació intravenosa.
4. **Neurològic:** pacient inicialment alerta. Davant l'estabilitat neurològica inicial no es va considerar necessari la determinació de la glucèmia.
5. **Exposició:** no s'especifiquen lesions externes.

Davant la sospita d'un quadre de broncoespasme greu i havent nebulitzat salbutamol i bromur d'ipratropi, es van administrar corticoides per via intravenosa i es va intentar optimitzar l'oxigenoteràpia amb mascareta amb reservori. Tot i així, es produeix un empitjorament progressiu amb fallida respiratòria (afectació de l'aparença i la respiració), pel que es va contactar amb el SEM per trasllat hospitalari.

Per què hauríem d'haver sospitat una anafilaxi?

En el cas exposat ens trobem davant d'una nena amb antecedent de broncoespasmes que ha començat bruscament amb clínica respiratòria greu i ràpidament progressiva després d'una ingesta alimentària. Té, també, l'antecedent de lesions cutànies pruriginoses coincidint amb un àpat, no consultat i no estudiat. L'anafilaxi ha d'estar entre les possibilitats diagnòstiques perquè condicionarà radicalment el tractament inicial i la bona evolució de la pacient.

Si recordem els criteris que defineixen l'anafilaxi, el cas de la nostra pacient podria complir aquest:

- Aparició brusca de símptomes greus i ràpidament progressius, que poden posar en risc la vida i que afecten a la via respiratòria superior (edema faringi o laringi), i/o la respiració (broncoespasme), i/o la circulació (hipotensió i/o taquicàrdia). En molts casos, però no en tots, associats a signes cutanis i a les mucoses.

Altres vegades l'anafilaxi es presentarà:

- Amb un inici agut i de progressió ràpida.
- Amb afectació multiorgànica, de 2 o més òrgans: afectació circulatoria (xoc); afectació respiratòria (broncoespasme, tos, disfonia, afonia, estridor, esternuts, rinorrea, congestió); afectació digestiva (vòmits, diarrea, disfàgia); afectació cutània, el més freqüentment afectat (angioedema, urticària, eritema, pruija); afectació neurològica (coma, síncope, convulsió, somnolència, confusió, mareig, ansietat, decaïment).
- Amb l'antecedent d'exposició a un al·lergen potencial

Actuació davant un episodi d'anafilaxi

En primer lloc cal administrar adrenalina intramuscular mentre apliquem altres mesures d'estabilització seguint amb la sistemàtica de l'ABCDE i la presa de les constants:

A. Via aèria: comprovar la seva permeabilitat, aspirar secrecions o restes de vòmits, si cal. Col·locar al malalt en la posició més adient per afavorir l'obertura de la via aèria.

B. Respiratori: auscultació respiratòria, determinar la freqüència respiratòria i la Sat Hb. Administració d'oxigen (escollir el dispositiu més adequat segons la gravetat). És important titular l'oxigen per mantenir saturacions entre 94-98%. Com a tractament específic es pot valorar l'administració de salbutamol inhalat o nebulitzat.

C. Circulatori: auscultació cardíaca, temps d'ompliment capil·lar, determinar freqüència cardíaca i tensió arterial. Canalitzar accés venós perifèric i administrar líquids, si calen.

D. Neurològic: escala AVPN o Glasgow. Valorar la determinació de la glucèmia capil·lar.

E. Exposició: identificar lesions externes i tractament de les mateixes, si cal.

Una vegada estabilitzat el pacient, valorarem la necessitat d'altres tractaments de segona o tercera línia.

L'adrenalina intramuscular és l'únic tractament de primera línia en l'anafilaxi. S'ha d'administrar el més aviat possible i es pot repetir la dosi als 5-15 minuts si els símptomes persisteixen.

La dosi d'adrenalina intramuscular:

ADRENALINA AMPUL·LA (1mg/ml) 0.01mg/kg/dosi, màxim 0.5mg/dosi; 0.01ml/Kg/dosi, màxim 0.5 ml/dosi

Altres fàrmacs:

- El salbutamol és útil com a coadjuvant del tractament dels símptomes de vies respiratòries baixes, després del tractament inicial amb adrenalina intramuscular. És un tractament de segona línia en l'anafilaxi. S'aconsella una dosi de 0.15 mg/kg. Es útil emprar monodosis: 2.5 mg si el pes del pacient és inferior a 20 kg i de 5 mg si el pes és superior a 20 kg.
- El tractament de la obstrucció de la via aèria superior (estridor) és l'adrenalina nebulitzada 1/1000, 0.5mg/kg/dosi (màx 5mg).
- No existeix evidència de que els corticoides disminueixin la gravetat de la fase aguda o evitin les reaccions bifàsiques. Poden ser útils en l'anafilaxi refractària o pacients amb asma mal controlada.
- Els antihistamínics es poden utilitzar, preferiblement per via oral si es tolera, per tractar les lesions cutànies i la pruija. No influeixen en la resolució dels símptomes respiratoris o cardiovasculars i no eviten les reaccions bifàsiques.

En pacients amb inestabilitat hemodinàmica caldrà fluidoteràpia endovenosa amb cristal·loides (sèrum fisiològic 0.9%) a 10 ml/kg a passar en 5-10 min.

Es recomana en general un període d'observació de 4-8 h una vegada resolta la reacció anafilàctica, tot i que és necessari individualitzar en cada cas. És aconsellable prescriure l'autoinjectable d'adrenalina i informar a la família del seu ús.

CONCLUSIONS

- Davant d'un pacient amb símptomes greus d'aparició brusca i ràpidament progressius, que puguin posar en risc la vida, de caire respiratori o circulatori, cal considerar la possibilitat d'una anafilaxi.
- El tractament de primera línia en l'anafilaxi és l'adrenalina intramuscular, dosi 0.01 mg/kg, administrada el més aviat possible. Es pot repetir la mateixa dosi als 5-15 minuts si es símptomes persisteixen.
- Els pacients amb una anafilaxi són per definició inestables i la valoració inicial ha de seguir la seqüència ABCDE per establir la resta de prioritats.
- Segons la simptomatologia poden ser necessaris tractaments de segona i tercera línies, com ara els broncodilatadors, l'adrenalina nebulitzada o els corticoides.

Bibliografia

- A Tomás González, NE Sanz Marcos, MM Folqué Giménez. Anafilaxia. En: C Luaces Cubells, Editor. Urgencias en pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. 6ª Ed. Madrid: Ergón; 2022. p. 33-9.
- M de la Torre Espí. Niña con dificultad respiratoria de inicio brusco. En: J Casado Flores, R Jiménez García, Editores. Urgencias y tratamiento del Niño grave. Volumen XI. Madrid: Ergón; 2023. p. 201-8.
- M Olabarri García. Anafilaxia en Urgencias. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 3ª Ed. 2019.