



SISTEMA DE GESTIÓN AES COLOMBIA

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

CO-SS-PT-013

Versión: 0

Fecha Actualización: Ago-2023

ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

El shock anafiláctico

Los casos han aumentado un 50% en cinco años

¿QUÉ ES?

Es una reacción alérgica grave de instauración rápida y que puede llegar a ser mortal

Se manifiesta en forma de habones rojizos, bajada de la presión arterial, falta de aire, mareos, etc



¿QUÉ LA CAUSA?

Alimentos, fármacos y picaduras de insectos como abejas y avispas

Según la edad, los alimentos implicados son:

NIÑOS



ADULTOS

Frutas, frutos secos, marisco y pescado



Fármacos que la causan

Los antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina y derivados



Causas más frecuentes en España



¿CÓMO REACCIONAR ANTE UNA ANAFILAXIA?

1 Solicitar ayuda médica en el 112



2 Colocar a la persona tumbada con las piernas elevadas para así aumentar el flujo sanguíneo



3 En caso de vómitos o ahogo, sentarse



4 Administrar adrenalina autoinyectable



10 SEG

AUTOINYECTORES Se comercializan dos modelos en España



Las embarazadas deben tumbarse del lado izquierdo para no oprimir la vena cava

Administrar la adrenalina

Masajear la zona de inyección durante 10 segundos



Pueden inyectarse una 2ª vez a los 5-15 minutos si siguen los síntomas



Fuente: SEAC :: GRÁFICO DAVID VÁZQUEZ MATA

Aprobó
Francisco A. Castro
Director Seguridad Industrial

Elaboró
Alejandra M. Betancourt Roa
Asesor Externo

Revisado por
Yuli Paola Muñoz Rodríguez
Medico Laboral

Fecha Actualización:
08/08/2023

No. Hojas: 14

No. Anexos: 00

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	4
4. RESPONSABLE	4
5. DEFINICIONES.....	4
6. NORMATIVIDAD.....	4
7. CONTENIDO O DESARROLLO.....	5
8. INTUBACION ENDOTRAQUEAL EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	14

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

1. INTRODUCCIÓN

Anafilaxia es el término cuando un conjunto de signos y síntomas que coinciden con lesiones producidas por la liberación sistémica súbita de mediadores químicos a partir de mastocitos y basófilos especialmente parte de la dificultad para realizar el diagnóstico preciso de las diferentes fases de la anafilaxia, es la imposibilidad de establecer clínicamente el límite entre cada una de ellas. Aunque se puede llegar a un diagnóstico sindromático en forma rápida y con cierto rango de precisión confiable, no hay manera de determinar el paso a la siguiente fase en sentido ascendente o descendente en las escalas de severidad. Esta característica es la que exige que el personal de urgencias se encuentre adecuadamente capacitado en los procesos de reconocimiento y tratamiento de esta entidad y de su más grave manifestación en shock anafiláctico



SINTOMAS Y SIGNOS

✧ **SINTOMAS:**

- náuseas
- dificultad respiratoria
- taquicardia
- ansiedad
- boca seca
- erupciones cutáneas
- aparición de ampollas e inflamación de los párpados.
- Enrojecimiento de la cara
- Prurito
- taquicardia
- Náuseas
- Sequedad en la lengua
- Dificultad respiratoria, ansiedad

✧ **SIGNOS:**

- los vasos sanguíneos se dilatan.
- se acumula líquido en los tejidos.
- la presión sanguínea baja.
- el pulso se acelera en un comienzo, y luego descende y el riesgo sanguíneo de los órganos empeora.
- Los pacientes pierden finalmente el conocimiento.



Anafilaxia

- Pérdida del conocimiento
- Urticaria
- Hinchazón de la lengua, incapacidad para tragar
- Rápida hinchazón de los tejidos de la garganta



Anaphylaxis

A severe type of allergic reaction that involves two or more body systems (e.g., hives and difficulty breathing).

© 2005 Duplication not permitted

2. OBJETIVO

Definir la sospecha diagnóstica y establecer el manejo del cuadro clínico

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

3. ALCANCE

Servicios de medicina general, medicina del trabajo, medicina laboral y transporte asistencial básico AES COLOMBIA & CIA SCA ESP

4. RESPONSABLE

Medico laboral, auxiliar de enfermería, servicios de medicina general, medicina del trabajo, medicina laboral y transporte asistencial básico AES COLOMBIA & CIA SCA ESP

5. DEFINICIONES.

Shock anafiláctico: Reacción sistémica grave que cursa con disminución de la resistencia vascular sistémica con la hipotensión correspondiente ocasionado por un antígeno sensibilizante.

Anafilaxia: es el término cuando un conjunto de signos y síntomas que coinciden con lesiones producidas por la liberación sistémica súbita de mediadores químicos a partir de mastocitos y basófilos especialmente parte de la dificultad para realizar el diagnóstico preciso de las diferentes fases de la anafilaxia, es la imposibilidad de establecer clínicamente el límite entre cada una de ellas. Aunque se puede llegar a un diagnóstico sindromático en forma rápida y con cierto rango de precisión confiable, no hay manera de determinar el paso a la siguiente fase en sentido ascendente o descendente en las escalas de severidad. Esta característica es la que exige que el personal de urgencias se encuentre adecuadamente capacitado en los procesos de reconocimiento y tratamiento de esta entidad y de su más grave manifestación en shock anafiláctico.

Reacción alérgica: efecto adverso resultante de una respuesta inmune específica que se produce a la exposición de una sustancia que entra en contacto con el sujeto a través de la piel, los pulmones, la deglución o una inyección. Las causas más habituales son: fármacos, contraste para pruebas diagnósticas, alimentos, látex y picaduras.

6. NORMATIVIDAD

Para la elaboración del presente manual se tuvo en cuenta la siguiente normatividad

Decreto Numero 2200 de 2005: Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1445 de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud"

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

7. CONTENIDO O DESARROLLO

7.1. CÓMO ACTUAR

- Solicitar ayuda médica en el 123.
- Colocar a la persona tumbada con las piernas elevadas para aumentar el flujo sanguíneo.
- Las embarazadas deben tumbarse del lado izquierdo para no oprimir la vena cava.
- En caso de vómitos o ahogo, sentar a la persona.
- Administrar adrenalina auto inyectable y masajear la zona durante 10 segundos. Puede inyectarse una segunda vez a los 5-15 minutos si continúan los síntomas.

7.2. EPIDEMIOLOGÍA:

Por tratarse de una entidad que no requiere notificación obligatoria existe un claro sobre registro mundial pero se estima que es un problema que puede generar eventos mortales hasta en 154 por 1.000.000 de personas con riesgo relativo de presentación de 1% a 3% y en algunos estudios con una incidencia de anafilaxia de 30 por 100.000; a pesar de no poder establecer tasas de incidencia aisladas para los más frecuentes alérgenos, se puede extrapolar que las reacciones anafilácticas producidas por picadura de insectos (generalmente abejas o avispas) llegan a generar hasta un 50% de las muertes por esta causa y los E.E.U.U. Los antibióticos betalactámicos pudieron llegar a producir cerca de 400 a 800 muertes por anafilaxia por año y cerca de 1 por 2.000.000 en los pacientes sometidos a inmunoterapia alérgica

Factores Predisponentes Y Causas Precipitantes:

La incidencia y prevalencia de los eventos anafilácticos dependen de factores tan diversos como la vía de contacto (son más frecuentes y severos en la administración por vía parenteral que por la oral o la tópica), el nivel de exposición y la posibilidad o conciencia de exposición previa más o menos prolongado. Incluye la edad y se tiene mayor número de eventos severos, e inclusive fatales, en adultos que fueron expuestos a medios de contraste intravenoso, Dextranos anestésicos generales, así como a picaduras de insectos de la familia himenóptera. La distribución por sexo presenta una

característica diferente es más frecuente la presentación de anafiláxis ante la picadura de insectos en hombres que mujeres y ocurre lo contrario en la respuesta ante las posición a relajantes musculares, látex, medios de contraste radiológicos, aspirina y otros.

7.3. FISIOPATOLOGÍA Y MEDIADORES QUÍMICOS DE ANAFILAXIS:

La liberación de mediadores químicos y de compuestos quimiotácticos producirá durante la desgranulación de los más mastocitos, incluye sustancias preformadas relacionadas directamente con los gránulos y que son del tipo histamina, triptasa, quimasa, heparina heparinoides factores liberadores de histamina y otros mediadores pero prostaglandinas, leucotrienos, factor activador plaquetario y factores pro y antiinflamatorios que permiten instaurar el cuadro anafiláctico en cualquiera de sus estados.

La acción de la histamina sobre los receptores H1 exclusivamente, genera como reacción clínica prurito, rinorrea, taquicardia y broncoespasmo, mientras que la acción de la histamina sobre los receptores H1 y H2 en forma simultánea, genera cefalea, enrojecimiento cutáneo e hipotensión. Los niveles séricos de histamina durante el evento pueden estar relacionados con la duración y severidad del mismo, pero no necesariamente con la aparición o severidad de las reacciones urticariales.

La presentación biológica de los demás mediadores, incluyendo activadores vaso-endoteliales, activadores plaquetarios y de la coagulación, metabolitos producidos durante el proceso de activación de las vías del ácido araquidónico (lipooxigenasa y COX), mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios inespecíficos, complementos C3 y C4 sistemas quinina- Calicreina (activación de la cascada de la coagulación por vía extrínseca) y otros, son los encargados de prolongar una respuesta de este tipo hasta convertirla en una agresión de las características de la reacción inmunológica que termina en anafiláxias o shock anafiláctico.

7.4. PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica del shock anafiláctico es usualmente dramática y la velocidad con la que se presentan los signos y síntomas dependen del agente que genera la reacción. Esto puede traducirse, por ejemplo, en la instauración rápida rápidamente progresiva de los síntomas ante la exposición al veneno himenoptero en un recipiente susceptible (desde pocos minutos hasta la primera hora) en contraste con la aparición relativamente tardía (hasta más de 8 horas) de los eventos anafilácticos ante la exposición al ácido acetilsalicílico en un paciente medianamente susceptible.

Las características clínicas más frecuentes son determinadas por el compromiso orgánico en forma cuantitativa y cualitativa, de tal manera que son más ominosas y

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

dramáticas en la medida en que comprometen más órganos y tienen mayor grado de severidad.

La presentación usual del shock anafiláctico (dependiendo del tiempo de instauración) se caracteriza por un cambio abrupto del estado vital del paciente, con sensación de muerte inminente, palidez, diaforesis profusa, taquicardia con pulso filiforme, edema progresivo incluyendo angiodema, urticaria y en casos avanzados o de progresión rápida síntomas vaso-vagales como náusea, vómito, diarrea, inclusive síncope y convulsiones.

Las características fisiopatológicas convierten al corazón en un órgano blanco de primera línea de ataque y naturalmente de primera línea de atención, se deben a la acción directa y de gran intensidad de las sustancias vasoactivas sobre las arterias coronarias las que llegan a niveles externos extremos de vasoconstricción que pueden generar hipoxia suficiente para producir isquemia. Estos cambios son reversibles en corazones estructuralmente sanos y en casos en que la situación no se ha prolongado lo suficiente en corazones previamente enfermos puede aparecer disfunción severa del ventrículo izquierdo que requiere soporte cardiovascular el compromiso cardiaco puede manifestarse como arritmias de diversa retalidad según el mecanismo y el lugar de origen. Este concepto permite llamar la atención sobre pacientes que vienen medicados crónicamente con betabloqueadores, pues en ellos la presentación de signos y síntomas puede variar casi hasta el polo opuesto, como bradicardia, hipotensión severa y broncoespasmo, lo que implica el riesgo de diagnóstico errado con inmediato fracaso terapéutico incremento de la mortalidad.

Un factor determinante en la respuesta terapéutica e inclusive de la presentación clínica es el volumen intravascular efectivo, el cual puede verse afectado hasta un 50% por la migración al espacio extravascular y producir o perpetuar el estado de shock. Esto sucede aparentemente, según las respuestas al agente externo en calidad, severidad y velocidad, por lo tanto, deberá tenerse en cuenta como parte fundamental del enfoque inicial de urgencias.

La vía aérea es posiblemente el segundo sistema en cuanto a magnitud y severidad del compromiso; puede ser la primera causa de muerte por anafiláctias cuando la atención se centra en otras funciones vitales y no se toman medidas para el mantenimiento e integridad de la misma en el contexto de la rápida evolución del problema respiratorio. Los hallazgos más frecuentes son edema laríngeo, caracterizado por estridor, disfagia y cambios en la voz; broncoespasmo, que según la severidad puede generar mayor o menor grado de disnea y por supuesto, hipoxemia con alteraciones del equilibrio ácido-base producidas por cambios respiratorios metabólicos (incluidas las causas tóxicas y los agentes generadores de la anafilaxia per se)

El compromiso de órganos cuya reacción es menos agresiva y veloz, como el hígado el sistema reticuloendotelial, el sistema nervioso central (respuesta primaria) la médula

ósea y otros, es determinado, igual que los anteriores, por el nivel de agresividad y velocidad de la respuesta inmunológica al alérgeno. Pero las manifestaciones clínicas reales suelen verse en el periodo posterior al episodio agudo y no tienen repercusiones clínicas en el periodo inicial.

7.5. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

La velocidad de respuesta, evaluación de las posibles complicaciones agudas, compromiso de órgano blanco, inicio de maniobras de recuperación o resucitación, y especialmente la detección de pacientes con historia de alergias conocidas anafilaxis es previa en cualquier grado de severidad, exposición ambiental contacto con insectos, reptiles, arácnidos, sustancias tóxicas, medicamentos o historia familiar de anafilaxia idiopática, son las medidas que realmente salvan vidas y son fundamentales para un adecuado, oportuno y ágil y tratamiento en el servicio de urgencias.

7.6. TRATAMIENTO INICIAL DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

La presentación más o menos rápida de los síntomas relacionados con esta entidad permite seguir, de manera organizada, los pasos necesarios para la atención en el servicio de urgencias, sin descuidar el plan de tratamiento a mediano plazo, que deberá establecerse en forma paralela por razones fisiopatológicas obvias, la prioridad es mantener la estabilidad de los signos vitales, para lo cual deberá establecerse un plan de evaluación de los tres componentes básicos ante una situación potencialmente crítica, el llamado A B C inicial, en cualquier situación de emergencia: mantenimiento y permeabilidad de la vía aérea, respiración y circulación.

La velocidad de aparición de los síntomas no debe impedir los procesos de monitorización y acceso venoso necesarios, siempre y cuando la condición clínica lo permita. Nunca se debe olvidar que el edema de laringe y glotis puede generar una segunda emergencia, pues dificulta el acceso a la vía aérea hasta el punto de requerir todas y cada una de las medidas existentes para lograr insertar un tubo orotraqueal y garantizar el adecuado soporte ventilatorio. El tratamiento farmacológico se dispone según la severidad y permite cierto grado de modificación en el orden de inicio y de la secuencia; pero en casos de verdaderas respuestas anafilácticas y por supuesto en el shock anafiláctico, la secuencia más aceptada es la siguiente:

- **ADRENALINA (EPINEFRINA)** se administra por vía subcutánea en pacientes sin marcado compromiso hemodinámico o por vía intravenosa en pacientes inestables, en dosis de 0.2 a 0.5 mg cada 15 a 20 minutos hasta la disminución y control de los síntomas y hasta tres dosis. Se presenta en ampollas de 1mg/1ml. En los niños la dosis es de 0.01 a 0.05 mg/Kg por una sola vez. A pesar de no existir contraindicaciones absolutas en la utilización de este medicamento, deberá tenerse precaución en pacientes con enfermedad coronaria conocida y en pacientes con

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

diversos tipos de patología cardiovascular. La adrenalina disminuye la capacidad de absorción de algunas sustancias por razón de la vasoconstricción local en los sitios de punción o de contacto cutáneo y el efecto broncodilatador por acción sobre receptores pulmonares alfa y beta2.

- **ANTIISTAMÍNICOS:** no existe evidencia clara sobre las ventajas de utilizar uno u otro según la disponibilidad en cada centro de atención. Pero se debe tener en cuenta que los beneficios son enormes, pues hacen parte como piedra angular en tratamiento inicial y a mediano plazo de la reacción anafiláctica e incluso de la anafilactoide. Es muy importante estar conscientes de que las presentaciones comerciales disponibles en nuestro país están diseñadas para uso intramuscular o subcutáneo, pero que en condiciones de emergencia y bajo monitorización continua y observación especializada pueden utilizarse por vía venosa. La utilización de antihistamínicos del tipo anti H2 es motivo de discusión, pero parece haber suficiente evidencia para unirla al arsenal terapéutico para el tratamiento de las reacciones agudas.
- **GLUCOCORTICOIDES:** son definían definitivamente útiles en todos los casos de reacción Anafilactica severa y especialmente deben ser tenidos en cuenta cuando se sospeche la presencia de shock anafiláctico idiopático, pues disminuyen la severidad de los síntomas, la velocidad de aparición y potencialmente, la magnitud de algunas manifestaciones especialmente el laríngeo y las respuestas cutáneas.
- **AGENTES ANGIONISTAS BETA-2 (BRONCODILATADORES):** estas sustancias hacen parte del arsenal de tratamiento de segunda línea, pero definitivamente ayudan a disminuir el nivel de broncoespasmo, mejoran el patrón respiratorio reduciendo el trabajo muscular y facilitan el mantenimiento de mejores índices de oxigenación.
- **OTROS AGENTES INHALADOS:** cada día más utilizadas, son sustancias como la de línea epinefrina racemica y la budesonida, con aceptable efecto local sobre el tejido edematizado de la laringe, glotis y tráquea. La utilización de estas sustancias es aceptada, pero se plantea discusiones sobre los beneficios y los altos costos; de atención.
- **LÍQUIDOS PARENTERALES:** el mantenimiento y reemplazo del volumen intravascular efectivo con soluciones salinas (SSN o lactato de Ringer) permiten sostener los parámetros hemodinámicos cerca de lo ideal. Por ello las medidas arriba descritas de repleción del volumen circulatorio deben ser consideradas como parte de la intervención no farmacológica tal vez más efectiva en el contexto del esquema terapéutico General.

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

Debe anotarse que cuando ya se ha solucionado la emergencia inicial, es bastante frecuente un efecto de rebote por las características de biodisponibilidad del agente farmacológico o por las condiciones clínicas que ha traído consigo todo andamiaje de la reanimación de estos pacientes cuyo comportamiento nunca es exactamente igual entre uno y otro.

TABLA MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL MANEJO DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

MEDICAMENTO	DOSIS	PRESENTACION
Antihistamínicos Loratadina Cetirizina Ranitidina	10mg 10mg 1-1.5mg/kg de peso	Tabletas 10.mg suspensión 5mg/5mL Tabletas 10.mg suspensión 5mg/5mL Tabletas 150mg
Glucocorticoides Metilprednisolona	1-2 mg/kg de peso	Ampollas de 4 mL=500mg. Tabletas 4mg
β2 – agonistas Salbutamol	1-2 inhalaciones	Inhalador 100mg 200 dosis

8. INTUBACION ENDOTRAQUEAL EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

¿CUANDO ESTÁ INDICADA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL?

Las dificultades en la intubación endotraqueal son una causa importante de morbilidad y mortalidad relacionadas con la anestesia. Aunque la pulsoximetría y la capnografía se usan como monitorización básica para la intubación, las reclamaciones debidas a intubación esofágicas e intubaciones difíciles siguen siendo aun así el 6% según un estudio proyectado por la ASA a lo largo de diez años además, el aumento intubaciones fallidas en anestesia obstétrica es una razón de gran interés. El VAAM (siglas en inglés de manejo de la vía aérea ha asistido por video) es un nuevo concepto recientemente creado para la monitorización e intubación y para el manejo de una intubación traqueal difícil no prevista.

INSTRUMENTACIÓN

El tubo de visualización endotraqueal (VETT) es un tubo endotraqueal estándar con fibras transmisoras de luz e imagen localizadas en la parte que transmite la visión desde el orificio distal del tubo hacia el monitor de vídeo.

- Se han diseñado distintos “fiadores video o ópticos” (VOIS) un fiador convencional maleable o uno direccional, integra fibras de imagen y luz y un canal de oxígeno con protección de la lente de oxigenación apneica. Todos ellos dan una visión de video desde la punta del fiador hasta el monitor.

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

- El laringoscopio vídeo (VIL) es un laringoscopio convencional con un agujero - guía para la inserción de un video - endoscopio ultrafino, pasando desde la punta a través de la pala hacia la base del mango. El vídeo – endoscopio insertado en el laringoscopio permite el paso del sistema de 2 metros de longitud de cable para conectar a la unidad de video y transmite la visión desde el extremo distal de la pala hasta el monitor de vídeo.

TÉCNICAS

- **Monitorización de intubación traqueal:** La laringoscopia directa convencional se realiza de forma usual y la tráquea se intuba bajo visión directa; la imagen del monitor se usa para confirmar y ajustar la posición del tubo endotraqueal sobre la carina traqueal (VETT/VOIS) pasando entre las cuerdas vocales (VIL)
- **Intubación traqueal guiada (VTT/VOIS):** en caso de laringoscopia directa difícil inesperada, la mejor visión se va a obtener con la laringoscopia convencional. El VETT el tubo endotraqueal cargado con el VOIS se inserta dentro de la faringe bajo visión directa. Entonces, el anestesiólogo usa la visión de video desde la punta del tubo endotraqueal para guiarlo a través de las cuerdas vocales y confirma la correcta posición del tubo
- **VIL** si la visión directa aringoscopia de las cuerdas vocales está dificultada las cuerdas se visualizarán usando la imagen de vídeo desde la punta de la pala con o sin elevación de la epiglotis. El ETT se coloca a lo largo de la pala y tan lejos como sea posible bajo visión directa. Entonces el ETT se inserta en la tráquea guiado por el monto.
- **simulación de intubación difícil** después de la laringoscopia directa inicial, la pala del laringoscopio la descendemos hasta conseguir impedir la visión directa de las cuerdas. Entonces la tráquea se intuba usando la visión directa del monitor. De esta manera, el entrenamiento en el manejo de la intubación difícil se puede hacer diariamente sin perder la experiencia en laringoscopia a directa.

La obstrucción de la vía aérea es la causa más frecuente de muerte evitable en pacientes politraumatizado.

En la reanimación cardiopulmonar de pacientes adultos sólo hay tres intervenciones que están avaladas con evidencias científicas sólidas la reanimación cardiopulmonar básica RCP la desfibrilación temprana de ritmo fibrilación ventricular taquicardia ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (FV/ TV) y el aislamiento de la vía aérea mediante intubación endotraqueal. La atención de la vía aérea constituyó un aspecto esencial en el enfermo en situación crítica.

La intubación endotraqueal está indicada en caso de:

- Primero parada cardio – respiratoria
- Necesidad de aislamiento o protección de la vía aérea
- Tercero traumatismo craneoencefálico (TCE) con Glasgow menor de 8 puntos

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

- Insuficiencia respiratoria frecuencia respiratoria menor de 10 respiraciones por minutos o mayor de 30 respiraciones por minuto
- Disminución del nivel de con Glasgow menor de 8, descartando causa rápida y fácilmente reversible como intoxicaciones, sobredosis de opiáceos o hipoglucemia.

TABLA ESCALA DE GLASGOW (GCS) PARA VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANOENCEFÁLICO (TCE)

APERTURA OJOS	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA	
espontánea	4 orientada	5 obedece órdenes	6
a la orden	3 confusa	4 localizada el dolor	5
al dolor	2 Inapropiada	3 retirada al dolor	4
no apertura	1 incomprensible	2 flexión anormal	3
	No respuesta	1 Extension	2
		No respuesta	1

TCE Grave GCS 8; TCE Moderado: GCS 9-13; TCM leve 14-15

¿QUÉ TAMAÑO DE TUBO ENDOTRAQUEAL DE HEMOS DE SELECCIONAR?

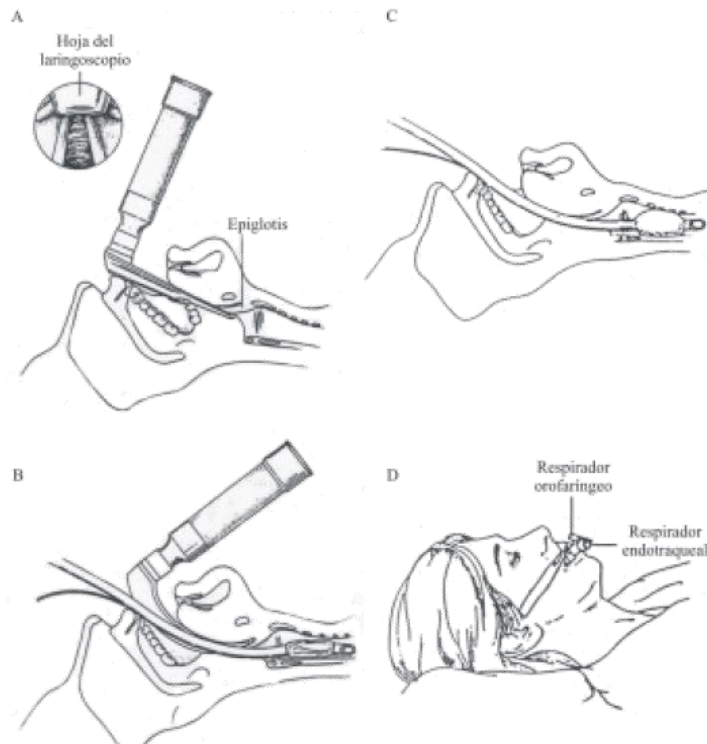
- Adultos: en varones se recomienda un tubo endotraqueal de 8.5 y un número 8 en mujeres
- Niños menores de 1 año números de 3 a 4
- Niños entre 1y 8 años número 4 + (edad en años /4)
- Niños entre 8 y 10 años: números de 6 a 6.5
- Niños entre 10 y 12 años: numero 6.5.
- Mayores de 12 años números 7 a 8

INDICACIONES

- Pérdida conciencia o ausencia de reflejos defensivos
- Paro respiratorio
- Reanimación cardiopulmonar
- Insuficiencia que no mejora con O2 a través de sonda nasal o mascarilla
- Politraumatismo
- Traumatismo cráneo cerebral
- Peligro de aspiración pulmonar

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

TÉCNICA



- Controlar previamente el estado del instrumental
- El enfermo es colocado decúbito dorsal con la cabeza apoyada en una superficie plana y en ligera anteflexión. A la vez la articulación occipital debe estar hiperextendida hacia atrás.
- El laringoscopio se introduce con la mano izquierda por el lado derecho de la boca de forma que la lengua sea desplazada hacia la izquierda y hacia delante para ser visible la epiglotis.
- La punta de la espátula del laringoscopio curvo se introduce en el pliegue epiglotico que es elevado en sentido ventral y craneal. Con ello se endereza la epiglotis y se muestra la entrada a la laringe
- El tubo se introduce en la tráquea con la mano derecha por el lado externo bajo control visual
- Una vez introducido el tubo se insufla el manguito neumático y se controla la posición del tubo por auscultación del tórax. La ventilación debe ser similar en ambos pulmones.
- El tubo se fija con cinta adhesiva.

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

BIBLIOGRAFIA

- Brown AF, McKinnon O, Chu K. Emergency department anaphylaxis: A review of 142 patients in a single year. J Allergy Clin Immunol 2001; 108:861-866
- Belleau JT, Iew B. Anaphylaxis and Serum Sickness. En: Conn's current therapy 2003. Editado por RE Rakel, ET Bope. Saunders. Philadelphia, 2003
- Jacobsen J, Lindekaer AL, Ostergaard HT, et al. Management of anaphylactic shock evaluated using a full-scale anaesthesia Simulator. Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45:315-319
- Fan HW, Marcopito LF, Cardoso JL, et al. Sequential randomised and double blind trial of promethazine prophylaxis against early anaphylactic reactions to anti venom for bothrops snake bites. BMJ 1999; 318:1451~1452.
- Higgins OJ, Gayatri P. Methoxamine in the management of severe anaphylaxis. Anaesthesia 1999; 54:1126

TABLA DE ACTUALIZACIONES

VERSIÓN	PÁGINA	FECHA	RESPONSABLE	RESUMEN DEL CAMBIO
0		08/08/2023	Yuli Paola Muñoz Rodríguez	Versión inicial