

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA SHOCK ANAFILÁCTICO

 <p>seaic</p>	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 1 de 16
Comité de Enfermería de la SEAIC		

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 2 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

CONTENIDO

1. TÍTULO Y DEFINICIÓN.
 - 1.1 TÍTULO.
 - 1.2 DEFINICIÓN.
2. OBJETIVO Y ALCANCE.
 - 2.1 OBJETIVOS.
 - 2.2 ALCANCE.
3. EQUIPO HUMANO NECESARIO.
4. MATERIAL Y MEDICACIÓN NECESARIOS.
 - 4.1 MATERIAL.
 - 4.2 MEDICACIÓN.
5. PROCEDIMIENTO.
 - 5.1 ACTIVIDADES DE VALORACIÓN.
 - 5.2 ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y/O INFORMACIÓN.
 - 5.3 ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN.
 - 5.4 ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN.
6. OBSERVACIONES.
7. BIBLIOGRAFÍA.
8. AUTORES Y FECHA DE ELABORACIÓN.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 3 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

1. TÍTULO Y DEFINICIÓN

1.1 TÍTULO

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA SHOCK ANAFILÁCTICO.

1.2 DEFINICIÓN

La anafilaxia o en su máxima manifestación el shock anafiláctico, es una reacción aguda potencialmente letal, causada por la liberación masiva de mediadores químicos de mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias.

Este cuadro está habitualmente mediado inmunológicamente, por anticuerpos IgE.

Las anafilaxias no mediadas por IgE, antes conocidas como reacciones anafilactoides, son similares clínicamente y resultan de una respuesta no inmunológica.

La aparición de la anafilaxia mediada por IgE exige: una etapa de sensibilización, un periodo de latencia y un nuevo contacto del organismo con el antígeno o agente sensibilizante.

La anafilaxia se manifiesta con síntomas cutáneos, respiratorios, cardiovasculares y/o gastrointestinales. Pueden ocurrir por separado o en combinación. En la práctica se requiere que al menos dos órganos estén afectados.

Si hay caída de tensión arterial se produce el shock anafiláctico.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 4 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

2. OBJETIVOS Y ALCANCE

2.1 OBJETIVOS

- Elaborar una guía de actuación enfermera que ayude a resolver un cuadro de anafilaxia.
- Unificar criterios en la valoración y seguimiento de un paciente con anafilaxia.
- Garantizar al paciente la resolución de su problema de anafilaxia con la máxima calidad y seguridad asistencial.

2.2 ALCANCE

- Se elabora un protocolo de enfermería para que el equipo formado por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, que atiende a un paciente con anafilaxia tenga una pauta de actuación de referencia que le ayude a resolver el problema de una forma rápida, eficiente, con calidad y seguridad.

3. EQUIPO HUMANO NECESARIO

- **Personal de enfermería:** Enfermeras, Auxiliares de Enfermería.
- **Personal médico.**

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 5 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

4. MATERIAL Y MEDICACIÓN NECESARIOS (exentos de látex)

4.1 MATERIAL

- Camilla articulada.
- Fonendoscopio.
- Tensiómetro.
- Pulsioxímetro
- Guantes estériles.
- Jeringas (de 1 cc,5 cc, 10 cc).
- Agujas de administración intramuscular, intravenosa, subcutánea.
- Esparadrapo- gasas- vendas, solución desinfectante.
- Torniquete (compresor).
- Equipo de administración de medicación intravenosa.
- Equipo de administración de oxígeno con mascarilla (y para nebulizador).
- Tubo de Guedel
- Material de intubación orotraqueal.
- Material de traqueotomía.
- Ambú.
- Monitor electrocardiográfico.
- Desfibrilador.

4.2 MEDICACIÓN

- Adrenalina al 1/ 1000 (1mg/ml)
- Dopamina.
- Glucagón.
- Antihistamínicos vía parenteral (Desclorfeniramina) y/u oral (preferentemente no sedante como Cetirizina).
- β -2 estimulantes, inhalados y vía parenteral (Salbutamol).
- Esteroides para administración parenteral (6- Metilprednisolona, Hidrocortisona).
- Sueros salinos isotónicos y glucosados.
- Expansores del plasma.
- Bicarbonato 1 molar y 1/6 molar.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 6 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

5. PROCEDIMIENTO

5.1 ACTIVIDADES DE VALORACIÓN

Es muy importante realizar una valoración de los síntomas de anafilaxia de una forma temprana.

Los síntomas suelen empezar segundos o minutos después de la exposición al agente responsable, aunque pueden manifestarse también más tarde de la primera hora.

Hay que tener en cuenta que cuanto **más temprano sea el comienzo de los síntomas más grave será la reacción.**

Manifestaciones clínicas que hay que valorar en una anafilaxia:

- Síntomas cutáneos: prurito, eritema, urticaria, angioedema.
- Síntomas respiratorios: rinitis, opresión torácica, dificultad respiratoria, disfonía, afonía, estridor, sibilantes, tos.
- Síntomas digestivos: prurito e irritación orofaríngea, náuseas, vómitos, dolores abdominales, diarrea.
- Síntomas cardiovasculares: vasodilatación periférica (eritema), hipotensión, taquicardia, agotamiento de tonos cardíacos, gran palidez, cianosis, frialdad, convulsiones, pérdida de conciencia.
- Ansiedad, intranquilidad, hiperventilación.

5.2 ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y/O INFORMACIÓN

Cada miembro del equipo (médicos, enfermeras, auxiliares) encargado de resolver una situación de anafilaxia deberá conocer cuales son sus pautas de actuación. Para ello se deberá realizar:

- Formación referente al protocolo de actuación ante anafilaxia.
- Ensayos que permitirán actuar con la mayor rapidez y seguridad posibles.

Si el paciente está consciente:

- Explicarle lo que está sucediendo con el fin de proporcionarle tranquilidad a través de la información.
- Comunicarle que todo lo necesario para tratar su problema, tanto desde el punto de vista humano como material, está preparado con anterioridad.
- Se le pedirá colaboración ya que el seguir las pautas que se le indiquen ayudará a resolver la situación adecuadamente.
- Advertirle de los efectos colaterales que va a tener como consecuencia de la medicación administrada: taquicardia, temblor, somnolencia...

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 7 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

5.3 ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

5.3.1 EN CUANTO A LA POSICIÓN

Los pacientes que han sufrido un episodio de anafilaxia deben ser colocados cómodamente.

Si tienen hipotensión en posición trendelenburg con el fin de aumentar el flujo sanguíneo. Esta posición no es aconsejable si presentan dificultad respiratoria, en este caso deberán estar semisentados.

Deben evitarse los cambios posturales, especialmente, el levantar al paciente o mantenerle en bipedestación ya que pueden empeorar el compromiso hemodinámico.

Los pacientes que están inconscientes con respiración espontánea, deben ser colocados en decúbito lateral.

También deberá ser colocado en decúbito lateral si el paciente presenta vómitos.

Las mujeres embarazadas deben colocarse en decúbito lateral izquierdo para evitar compresión de la vena cava.

Debe asegurarse la permeabilidad de la vía aérea en todo momento.

5.3.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

BAJO INDICACIÓN MÉDICA

- Siempre se administrará **Adrenalina en solución acuosa al 1/1000 (1mg/ml)** en cuanto se sospeche una anafilaxia.
- La forma preferente de administración de Adrenalina será la vía intramuscular en la cara latero - externa del muslo.
ADULTOS: Dosis inicial de 0.3 – 0.5 ml (máxima).
NIÑOS : 0.1 ml. por cada 10 Kg. de peso (máximo 0.3 ml).
Se puede repetir a los 5-15 minutos.
 - Las guías no especifican dosis máxima porque esta depende de la respuesta clínica.
 - Si la anafilaxia se produce por una picadura o inyectable en miembros, se debe poner un torniquete proximal en la zona.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 8 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

- No existen contraindicaciones absolutas para el uso de adrenalina, si bien presentan mayor riesgo de efectos adversos las siguientes personas:

- Ancianos o pacientes con patologías asociadas como: Hipertensión arterial severa, frecuencia cardíaca > 140 latidos/minutos, cardiopatías (arritmias, infartos), arteriopatía periférica, hipertiroidismo no tratado, cirugía intracraneal reciente, aneurisma aórtico...
- Pacientes en tratamiento con IMAO (bloquean el metabolismo de la adrenalina), antidepresivos tricíclicos (prolongan la vida media de la adrenalina), β - bloqueantes (producen respuesta parcial de la adrenalina), aminofilina, salbutamol IV u otros fármacos vasoconstrictores o arritmogénicos.
- Intoxicación por cocaína o anfetaminas.

En estos casos se debe monitorizar exhaustivamente al paciente y vigilar signos de toxicidad, utilizando la mínima dosis eficaz.

- Si no hay respuesta a la adrenalina, se puede usar **Dopamina** (droga vasoactiva) en dosis de:

ADULTOS: Perfusión de 200 mg en 100 ml de Suero Glucosado 5%.

Dosis de mantenimiento: < 3 ml/h efecto δ , 3-5 ml/h efecto β 1,
> 5 ml/h efecto α 1.

NIÑOS : Dosis: 5-20 mcg/kg/min.

Preparación de la perfusión: 3 mg x peso en kg = mg de Dopamina a diluir en 50 ml de suero.

Administración: 1 ml/h = 1 mcg/kg/min.

- En pacientes cardiopatas o con tratamiento β - bloqueante, se debe plantear el uso de **Glucagón** en dosis de:

ADULTOS: de 1 a 2 mg por vía Intramuscular o Intravenosa.

NIÑOS : de 20 a 30 mcg/kg hasta un máximo de 1mg por vía Intramuscular o Intravenosa.

La dosis puede ser repetida en 5 minutos o seguirla de una infusión a 5-15 mcg/min.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 9 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

❖ En caso de HIPOTENSIÓN:

- > Se colocará al paciente en posición Trendelemburg.
- > Administrar Adrenalina según pauta descrita.
- > Instaurar Vía Intravenosa.
- > Reposición de líquidos con **suero salino isotónico** al ritmo necesario para mantener la presión sistólica \geq a 100 mm de Hg en adultos y 50 mm de Hg en niños.

El volumen inicial será:

ADULTOS: de 1000ml a 2000ml en la primera hora. Cuando se produzca la normotensión administrar suero salino isotónico a razón de 125 ml/hora.

NIÑOS : administrar suero salino isotónico en bolo de 20 ml/kg cada 5-10 minutos hasta normalizar la tensión arterial.

- > Si respuesta insuficiente se emplearan **expansores del plasma**.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 10 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

❖ En caso de BRONCOESPASMO:

- › Si se observa cianosis:
administrar oxigenoterapia (FiO₂ 50-100%, 10-15 l/min)

En crisis leves:

- › Administración de β-2 estimulantes, **Salbutamol o Terbutalina**, preferentemente por vía inhalatoria.

La dosis recomendada en ADULTOS y NIÑOS mayores de 5 años:

2-4 inhalaciones cada 10-20 minutos hasta 1 hora.

En crisis moderadas o en ausencia de respuesta al tratamiento anterior:

- › Administrar Adrenalina al 1/1000 (1mg/ml) según pauta descrita.
- › A continuación.

ADULTOS: Nebulizaciones con Salbutamol (5mg/ml) de 0.25 -1ml

disuelto en 3 ml de suero salino isotónico, en 3 sesiones de 5 a 10 minutos, cada 30 ó 60 minutos.

β-2 adrenérgicos subcutáneos ampollas Salbutamol (0.5mg/ml)
dosis inicial de ¼ a ½ ampolla.

NIÑOS : Salbutamol (5mg/ml) en nebulizaciones de 0.01 a 0.03 cc/kg con un máximo de 1cc/dosis, disuelto en 2-3cc de suero salino isotónico en tres sesiones de 5 a 10 minutos, cada 20 ó 30 minutos.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 11 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

❖ En caso de EDEMA DE LARINGE:

- › Mantener libre la vía respiratoria, pudiendo llegar a la intubación.
- › Administración de Adrenalina Intramuscular.
- › Corticoides y antihistamínicos vía parenteral, teniendo en cuenta que estos fármacos no sustituyen a la Adrenalina.

En caso de no ceder la hinchazón, puede resultar difícil la intubación y ser necesaria una traqueotomía.

❖ En caso de SÍNTOMAS CUTÁNEOS, GASTROINTESTINALES Y GENITOURINARIOS:

Al tratamiento inicial de Adrenalina, se pueden asociar antihistamínicos por vía parenteral, y en los casos más leves por vía oral.

- › El antihistamínico de elección vía parenteral es **Dexclorfeniramina** a dosis de:

ADULTOS Y > DE 12 AÑOS: 1 ampolla de 5mg (1ml).

NIÑOS < DE 12 AÑOS: de 0.15 a 0.3 mg/Kg/dosis (máximo 5mg/dosis).

Si la administración de Dexclorfeniramina es Intravenosa, se diluirá la dosis y se hará de forma lenta.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 12 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

5.3.3 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, urticaria-angioedema persistentes, después de que desaparezca la reacción aguda y si existe broncoespasmo en pacientes asmáticos que venían siendo tratados previamente con los mismos. Los corticoides también mejoran la respuesta de la Adrenalina.

Las dosis de corticoides más habituales son:

Hidrocortisona

ADULTOS Y > DE 12 AÑOS: 200 mg (vía Intramuscular o Intravenosa lenta).

NIÑOS < DE 12 AÑOS: 10-15 mg/kg/dosis (vía Intramuscular o Intravenosa lenta).

6- Metilprednisolona

ADULTOS: 1 a 2 mg/Kg. Dosis en bolo de 60 a 100mg. Si es necesario, se seguirá administrando de 1-2 mg/kg en 24 horas distribuidos en 3 ó 4 dosis/día.

En casos extremos pueden utilizarse hasta 250-500 mg

Vía de administración: Intramuscular o Intravenosa lenta.

NIÑOS : de 1 a 2 mg /Kg/dosis, seguidos (si es necesario) de 1-2 mg/Kg en 24 horas, distribuidos en 3 ó 4 dosis.

Vía de administración: Intramuscular o Intravenosa lenta.

Para prevenir la presentación de una **RESPUESTA BIFÁSICA**, el paciente debe realizar tratamiento con esteroides de 1 a 4 días (según la gravedad del cuadro), sin que sea necesario hacer pauta descendente. La dosis sería de 1 a 2 mg/Kg/día.

También pueden asociarse antihistamínicos.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 13 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

5.3.4 PREVENCIÓN DE LA ANAFILAXIA

- Todo paciente que haya padecido una anafilaxia debe ser remitido al Alergólogo.
- Conocer la Historia Clínica completa (identificar el agente causal).
Indicar al paciente la necesidad de evitarlo.
Alertarle sobre la presencia de otros agentes que pudieran dar lugar a reacciones cruzadas.
- En caso de alergia a venenos de himenópteros: informar de la importancia que tiene no llevar ropa de colores llamativos, manga y pantalón corto, calzado descubierto, perfumes. También aconsejar el uso de repelentes de insectos.
- Controlar/ Vigilar a los pacientes después de la administración de inmunoterapia durante al menos 30 minutos.
- Recomendar al paciente que lleve siempre la información médica personal y una señal identificativa de su alergia.
- Enseñar al paciente la técnica de autoinyección de Adrenalina (pauta médica).
En la actualidad existen “Autoinyectables de Adrenalina” precargados con dosis para “adultos y niños” que facilitan al paciente dicha técnica.

5.4 ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

- Reconocer las manifestaciones clínicas de la anafilaxia, permite una rápida intervención en la solución de la misma.
- Conocer los pasos a seguir permite ofrecer unos cuidados de calidad que ayuden eficientemente a resolver un cuadro de anafilaxia en el paciente.
- La coordinación entre los diferentes profesionales de la salud mejora la calidad y seguridad asistencial al usuario.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 14 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

6. OBSERVACIONES

Como actividad aclaratoria se ha realizado un resumen del procedimiento de actuación ante el shock anafiláctico en forma de póster.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cardona V, Cabañes N, Chivato T, Guardia P, Fernández M, de la Hoz B, et al. Guía de Actuación en Anafilaxia: GALAXIA 2009 (Guía Salud);
- 2- Fink JN, Lockey R.F. MKSAP In Allergy and Immunology. Philadelphia; 1993; 55.
- 3- Rol T, Miranda P, Soto T. Manual de diagnóstico y terapéutica médica: Urticaria y Anafilaxia. 3ª ed. Madrid; 1995; 263.
- 4- Boquete M, Liarte I. Conceptos básicos en la práctica alergológica. Prontuario Bencard. Madrid; 1989; 10: 64-65.
- 5- Comité Inmunoterapia SEAIC. Normativa sobre inmunoterapia en enfermedades alérgicas. Eds, SEAIC. Madrid; 1990; 28-30.
- 6- Hernández J. Manual práctico de alergia a medicamentos. Eds. CEA. Madrid; 1990; 10: 76-78.
- 7- Hernández J. Urgencias alergológicas y su tratamiento. Eds. CEA. Madrid; 1990; 6-8: 17-31.
- 8- Enciclopedia práctica de enfermería. Eds. Planeta. 1986; 51-57.
- 9- Bruner L, Sudhart D. Manual de la enfermería práctica. Eds. Marín. Barcelona; 1987; 419-424.
- 10- Lipkin G, Cohen R. Cuidados de enfermería en pacientes con cuidados especiales. Eds. Doyma. Barcelona; 1989; 55.
- 11- Diccionario de medicina. Eds. Marín. Barcelona; 1986.

	Procedimiento	PR-CE-00
	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE EL SHOCK ANAFILÁCTICO	Fecha: 11/03/2015
		Versión: 01
		Página: 15 de 15
Comité de Enfermería de la SEAIC		

8. AUTORES

El documento.

“PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: SHOCK ANAFILÁCTICO”

Ha sido elaborado por:

D.ª Mª del Pilar Hernández Suárez.

Miembro del Comité de enfermería de la SEAIC.

Enfermera Servicio de Alergia Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Ha sido revisado por:

Dra. Victoria Cardona.

Secretaria de la Fundación SEAIC.

Managing Editor of Clinical & Translational Allergy

S. Alergología, S. Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron