



Choque anafiláctico en el perioperatorio

Acad. Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dr. Martín de Jesús Sánchez-Zúñiga**

* Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía. Jefe de Unidad de Terapia Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur.

** Medicina Interna y Terapia Intensiva. Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur. Servicio de Medicina Interna Hospital Dr. Enrique Cabrera, GDF.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones anafilácticas en el ámbito del perioperatorio son más frecuentemente relacionadas o secundarias a fármacos. La intensidad de presentación está determinada por diferentes factores, principalmente los relacionados a los antecedentes del paciente, como los alérgicos o las reacciones previas a otros fármacos, así como a las características farmacológicas del medicamento, administración, velocidad de infusión, etcétera. En términos globales se consideran dos tipos de reacciones secundarias o asociadas a fármacos:

Tipo A: Este tipo de reacción es la de presentación más común, está relacionada con la dosis del fármaco y es considerada en la mayoría de los casos una respuesta farmacológica extendida o exagerada.

Tipo B: Este tipo de reacción es poco común, frecuentemente es inmediata, los síntomas son típicos de una reacción alérgica y pueden ser muy graves. Esta es la típica y verdadera reacción anafiláctica.

Reacción anafilactoide: Es una reacción típica tipo A, en ocasiones pueden ser indistinguibles de la anafilaxia, pero ésta no está mediada por inmunoglobulina E (IgE).

Reacción anafiláctica: Es una reacción típica tipo B, está mediada por reacción inmunológica, que incluye la generación de complejos de anticuerpos, desgranulación de mastocitos y liberación de grandes cantidades de histamina. En este tipo de reacciones los niveles elevados de triptasa derivada de los gránulos de los mastocitos, en más de 1.5 ng/mL, se correlaciona directamente con la gravedad de la reacción⁽¹⁾.

El reconocimiento temprano de las reacciones alérgicas que se observan en el perioperatorio es de importancia fundamental para la buena evolución del paciente. Muchas de ellas en ocasiones no son reconocidas de manera temprana,

o bien son subdiagnosticadas y mal tratadas. Es de importancia fundamental que en el perioperatorio se reconozcan oportunamente los signos y síntomas fundamentales de este tipo de reacciones, teniendo siempre en cuenta que existe un buen número de sustancias farmacológicas y no farmacológicas que pueden desencadenar este tipo de reacciones y de esta manera clasificar el grado y tipo de reacción para establecer un tratamiento temprano⁽²⁾ (Cuadro I).

EPIDEMIOLOGÍA

Las reacciones anafilácticas, incluyen una variabilidad de síntomas, desde mínimos hasta complejos síndromes que involucran diferentes órganos y sistemas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes la piel y el sistema cardiovascular. En general se reconoce que la aparición de una reacción anafiláctica ocurre aproximadamente entre el 3 y 10% de los pacientes en cualquier momento del perioperatorio y principalmente está relacionado al uso de fármacos y de éstos al uso de bloqueadores neuromusculares (BNM). La incidencia en países desarrollados oscila entre 1 en 10,000 a 1 en 20,000 procedimientos anestésicos, incluyéndose como todo el proceso perioperatorio. Países como Francia

Cuadro I. Características clínicas de los grados de reacción anafiláctica.

Grado	Características de la reacción
I	Síntomas dérmicos, y/o en ocasiones fiebre
II	Taquicardia, hipotensión, náusea, vómito, disnea. Estas reacciones varían en intensidad
III	Estado de choque Espasmo bronquial
IV	Colapsos vascular, muerte súbita, choque irreversible

reporta frecuencias de uno entre 6,500 a 5,200 procedimientos de anestesia general en donde se administró BNM, y ha reportado una mortalidad por anafilaxia cercana al 3%. En contraste con diferentes estudios en donde se ha centrado la causa particularmente en el origen farmacológico, se reconoce que un porcentaje importante de reacciones inmediatas son originadas por el látex y antisépticos tópicos. Ya en estudios de la década de los noventa se han reportado como la primera causa de este tipo de reacciones a los BNM hasta en el 62%, al látex en 17%, antibióticos en el 8%, sedantes en el 5%, coloides en el 3%, opioides en el 3% y a otros fármacos en el 3%⁽³⁻⁵⁾ (Cuadro II).

Cuadro II. Reacciones anafilácticas en el perioperatorio.

Reacción	Global/ (Muertes)	Fármacos anestésicos (Muertes)
Choque anafiláctico	119 (9)	31 (4)
Reacción anafiláctica	1,109 (32)	173 (13)
Reacción anafilactoide	848 (35)	157 (19)

Reports to the Medicine Control Agency (MCA). British Anaesthetists. From 1995-2001. Las muertes son mostradas entre paréntesis.

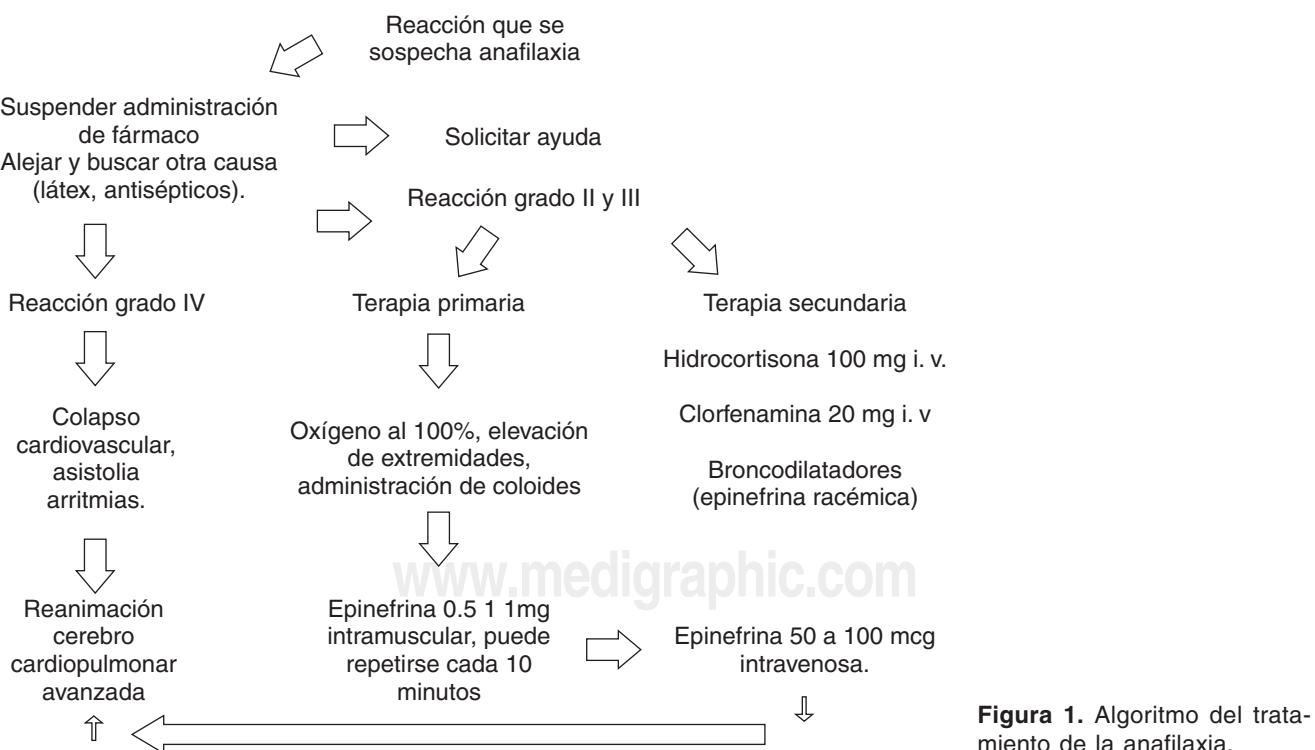
DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y reconocimiento oportuno es imperativo. El reconocimiento clínico de los síntomas y signos de las reacciones aunque menores es trascendente, debido a que se puede otorgar un tratamiento oportuno. Los síntomas y signos más comunes involucran la participación de la piel, el sistema cardiovascular y el respiratorio. Cuando estas reacciones

Cuadro III. Presentación clínica de la anafilaxia.

Síntoma/signos	Frecuencia/número de pacientes
Choque	153
Rigidez pulmonar	140
Vasodilatación	107
Desaturación de oxígeno	63
Tos	40
Rash	25
Arritmias	13
Urticaria	11
Escalofríos	7
Síntomas subjetivos	9
Otros síntomas	21

Whittington T; Fisher MM. Anesthesiology 1998; 12: 301- 321.



son graves suelen ocurrir en el 90% de los casos dentro de los primeros minutos del contacto con el disparador (fármacos), mientras que las originadas por reacciones anafilactoides suelen aparecer de manera tardía, entre 30 minutos a horas después del contacto (látex, antisépticos), no obstante ambas pueden presentarse de manera semejante⁽⁶⁾ (Cuadro III).

TRATAMIENTO

La pauta de tratamiento depende de la severidad de las manifestaciones clínicas. Cuando se realiza el diagnóstico oportuno el tratamiento dirigido es efectivo en más del 90% de los pacientes (Figura 1).

REFERENCIAS

1. Nimmo SW, Bogod DG, MacNicol R, et al. Suspected anaphylactic reactions associated with anaesthesia. Revised edition 20003. The Association of Anaesthetist of Great Britain and Ireland and British Society for Allergy and Clinical Immunology. August 2003.
2. Dewachter P, Mouton-Faivre C. What investigation after an anaphylactic reaction during anaesthesia? Current Opinion in Anaesthesiology 2008;21:363-368.
3. Malinovsky JM, Decagny S, Wessel F, et al. Systematic follow-up increases incidence of anaphylaxis during adverse reaction in anesthetized patients. Acta Anaesthesiol Scand 2008;52:175-181.
4. Laxenaire MC. Epidemiological survey of anaphylactoid reactions occurring during anaesthesia. Fourth French multicentre survey, July 1994 - December 1996. Ann FR Anesth Reanim 1999;18:796-809.
5. Fisher MM, Baldo BA. Anaphylaxis during anaesthesia; current aspects of diagnosis and prevention. European Journal of Anaesthesiology 1994;11:263-284.
6. Whittington T, Fisher MM. Anaphylactic and anaphylactoid reactions. Balliere's Clinical Anesthesiology 1998;12:301-321.