

RESUMEN DE CONGRESO

Otras de las opciones son los aloinjertos de piel que se reservan para otro tipo de quemaduras.

Los fármacos analgésicos utilizados van a variar dependiendo de cada paciente. Entre las opciones se encuentran AINES, morfina, benzodiazepinas, sedantes.

Los antibióticos se reservan para casos en los que el paciente se encuentre infectado; en caso de requerirlos es necesario conocer las cepas más comunes que afectan en nuestra localidad, así como su sensibilidad a los antibióticos más utilizados.

En pacientes con grandes quemaduras se utilizan beta bloqueadores ya que además de bloquear al sistema adrenérgico, funciona como anabólico.

Las metas del tratamiento proporcionado incluyen una diuresis de 0.5 y a 1 ml/kg/hr así como la estabilización de los signos vitales, especialmente la presión arterial y la temperatura corporal.

Dentro de la evaluación del paciente quemado es necesario tomar en cuenta:

- Extensión de la quemadura
- Profundidad (primer grado, segundo grado o tercer grado)
- Áreas afectadas y lesiones asociadas
- Edad del paciente
- Patologías agregadas

El manejo de la herida al ingreso y cada 48 horas, de acuerdo a la evolución del tejido se puede realizar desbridación del tejido muerto y curación. Si no se

retira el tejido muerto se propicia el desarrollo de infecciones y el aumento de la mortalidad. Se realiza una escisión quirúrgica de la escara y en casos de grandes quemaduras utilizar aloinjertos.

La cirugía es una contraindicación cuando el paciente recién llega al servicio de urgencias. Primero se tiene que reanimar al paciente para evitar la insuficiencia renal aguda, así como la isquemia y el choque hipovolémico. Una vez reanimado se puede optar por las medidas quirúrgicas.

Los criterios de hospitalización

- Pacientes que tengan mayor del 10% de quemaduras de segundo grado.
- Quemaduras de tercer grado
- Quemaduras en áreas especiales, como cara o genitales
- Lesiones por inhalación
- Quemaduras químicas
- Quemaduras eléctricas
- Pacientes pediátricos
- Pacientes con quemaduras menores, pero con comorbilidades

La principal causa de muerte en los pacientes quemados son las infecciones. Lo primero que se coloniza en estos pacientes es el estómago, por lo que el ayuno no es una indicación ya que propicia la colonización del afectado; posterior al estómago el órgano colonizado es el intestino, seguido de la herida y por último la vía área.

ACTUALIDADES EN EL MANEJO DE SHOCK ANAFILÁCTICO

Seminario de Actualización en Tópicos Selectos: Urgencias —Abril 2019

Ponente: Dr. Héctor Sámano-Heras

Redactó: Aylín Alejandra Tobin-de la Vara



RESUMEN DE CONGRESO

El choque anafiláctico es un tema importante debido al poco conocimiento que se tiene sobre el diagnóstico temprano y abordaje correcto. Es definido como una reacción de hipersensibilidad severa que tiene un inicio súbito y es potencialmente fatal. Su característica principal es la evolución y rapidez con que los síntomas se instalan. Siempre hay presencia de respuesta mediada por IgE y tiene como antecedente la exposición a un alérgeno. Tiene una incidencia de 21,000 casos por cada 100,000 habitantes al año y una mortalidad baja del 1%. Se estiman de 63 a 99 muertes anuales por choque anafiláctico en Estados Unidos.

Durante la primera exposición a un alérgeno, las células B lo identifican y secretan IgE, creando una memoria del alérgeno. En esta primera reacción no ocurre nada, pero al haber una exposición subsecuente a ese mismo alérgeno, la IgE lo identifica y manda una señalización al interior de la célula, produciendo una desgranulación y exocitosis de histamina (la principal productora del choque anafiláctico) y otros factores como la triptasa, quimasa, peroxidasas y factores agregadores de plaquetas. Después de la liberación de histamina, comienzan los estímulos en el tubo gástrico, vasos sanguíneos, aparato respiratorio y la piel, donde se presenta la mayor cantidad de signos y síntomas en el choque anafiláctico.

La principal causa del choque anafiláctico es por reacción a medicamentos, en un 46-62%. Secundariamente, se da por exposición a ciertos alimentos y

también por picaduras o mordeduras de animales o insectos. Entre los factores de riesgo para desarrollar el choque anafiláctico se encuentran los pacientes alérgicos y asmáticos, la edad y el género.

La semiología del choque anafiláctico forma un conjunto de un total de 40 signos y síntomas distintos que se manifiestan principalmente en problemas respiratorios, circulatorios, dérmicos y del sistema nervioso central. Los principales son:

- 90% de los casos involucran síntomas mucocutáneos (eritema, urticaria, prurito, edema, macroglosia). De estos, el 20% ya no presenta los síntomas cuando llegan a urgencias, por ello es importante preguntar como iniciaron los síntomas.
- 70% de los casos presenta síntomas respiratorios (estridor laríngeo, dificultad respiratoria, broncoespasmo, sibilancias, estertores).
- 45% de los casos presenta síntomas digestivos (náuseas, vómitos, dolor abdominal).
- 45% de los casos presenta síntomas cardiovasculares (hipotensión, arritmias, choque; la bradicardia es la arritmia más frecuente, pero en el 90% de los pacientes el síntoma de inicio es una taquicardia compensadora).

Existen tres criterios para el diagnóstico clínico, los cuales tienen una sensibilidad del 97%, especificidad del 82%, un valor predictivo positivo del 69% y un valor predictivo negativo del 98%:

Inicio agudo de una enfermedad con presencia de urticaria, prurito, enrojecimiento de cualquier parte del cuerpo, inflamación de la úvula, labios o lengua más compromiso respiratorio de cualquier tipo o hipotensión y datos de mala perfusión.

Dos o más de los signos anteriores, más signos y síntomas gastrointestinales posteriores a la exposición a un alérgeno. Los síntomas gastrointestinales no se engloban en el criterio anterior, por el 20% de los pacientes que no presentan datos mucocutáneos al momento de llegar a urgencias.

Este criterio evalúa específicamente la tensión arterial: disminución de la presión sistólica <90 mmHg o el 30% de la basal en el adulto y en niños una disminución de la presión arterial para la edad. Está justificado el tratamiento inmediato, aunque no haya pre-

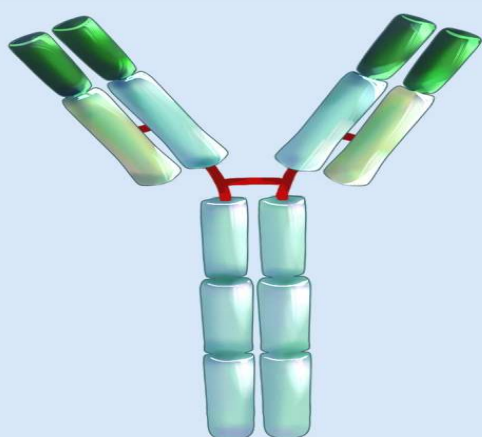


Figura 1. Estructura molecular de la inmunoglobulina E (Autor: Lilia Alejandra Figueroa Duarte)



RESUMEN DE CONGRESO

-sencia de síntomas mucocutáneos, respiratorios o gastrointestinales si existe un antecedente de exposición a un alérgeno cuando hay hipotensión.

En el servicio de urgencias hay ciertas medidas que deben tomarse en cuenta en el choque anafiláctico:

Posición: el paciente debe estar acostado y se prefiere la elevación de piernas. El 60% de los pacientes que fallecen estuvieron parados o sentados.

- Oxígeno: administrar oxígeno en pacientes con insuficiencia respiratoria.
- Dos vías periféricas: de preferencia catéteres gruesos.
- Soluciones: solución salina al 0.9% (fisiológica) es la de elección. Recomendación: en niños administrar 30 ml/kg y en adultos de 1 a 2 litros en los primeros 5 a 10 minutos.
- Fármacos: son la piedra angular en el tratamiento del choque anafiláctico, disminuyendo la mortalidad.
- Laboratorios: no son necesarios en el diagnóstico y tratamiento del choque anafiláctico ya que no son inmediatos, sin embargo, se pueden solicitar exámenes de triptasa sérica total o de histamina plasmática.
- Vigilancia

El tratamiento de primera línea es la adrenalina, en una concentración de 1 en 1000. Se recomienda aplicar en el muslo por la facilidad y rapidez de absorción y la disminución de efectos adversos. Esta vía

supera a la intravenosa, ya que tiene muchos efectos adversos, y a la subcutánea que disminuye la absorción. La dosis recomendada en adultos y niños mayores de 12 años es de .5 ml, administrada cada 5 o 10 minutos según la evolución del paciente. En niños menores de 6 a 12 años se recomiendan .3 ml y en menores de 6 años .15 ml. En el 80% de los casos los pacientes revierten con la primera dosis de adrenalina y hasta el 90% de los casos no requieren un medicamento de segunda línea.

Los fármacos de segunda línea no son los más indicados, pero se siguen aplicando mucho. Algunos de estos son la clorfenamina y la ranitidina, los cuales se deben administrar juntos ya que la administración de uno solo no ha demostrado mejora en los pacientes. También están los esteroides, los cuales no están indicados en la fase aguda, pero son importantes para la reducción de síntomas posteriores. Los pacientes que presentan síntomas respiratorios deben recibir salbutamol. El glucagón está indicado en pacientes que toman beta bloqueadores.

Hay ciertos casos en los que el choque anafiláctico es una condición especial. En niños, hay que inferir el diagnóstico por datos clínicos observados, ya que ellos no nos dicen los síntomas. En embarazadas, la administración de adrenalina se realiza de la misma manera que en cualquier otro adulto, solo hay que realizar un monitoreo fetal muy estricto. Por último, en adultos mayores se ha observado que el uso de beta-bloqueadores y de IECAS suelen enmascarar la respuesta compensadora del organismo lo cual puede confundir el diagnóstico

MANEJO DE LÍQUIDOS EN PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK

Seminario de Actualización en Tópicos Selectos: Urgencias —Abril 2019

Ponente: Dr. Raúl Pereida León

Redactó: María Paula Moreno-Castillo

