



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/210 - IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE INESTABLE

M. Hernández García¹, N. Ovalle González², V. Biendicho Pérez³, M. Martínez Pérez⁴, L. Sáinz de la Maza Herrero⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astillero. Santander. Cantabria. ²Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acude a la consulta de un centro de salud rural de Burgos, una mujer de 67 años con antecedentes de HTA e hipotiroidismo en tratamiento con enalapril 10 mg y Eutirox 75 ?g por disnea súbita tras la comida. Refiere debilidad y prurito intenso en la palma de las manos. Niega atragantamiento o síndrome febril. Revisamos su historia clínica: no es alérgica a medicamentos, pero tiene pruebas de alergia positiva para el marisco. Ha comido sopa de pescado y filetes de pollo. La sopa tenía gambas, aunque ella asegura que no las ha comido.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA: 94/64 mmHg; FC: 132 lpm; FR: 20 rpm; T^a: 36,8 °C; ECG: 15; Sat: 89%. Consciente taquipneica con tiraje intercostal. Edema de úvula que no oblitera orofaringe. No disfonía ni estridor. AC: taquicardia a 132. AP: sibilantes respiratorios dispersos. Piel y anejos: eritema en cara, tórax y EESS que blanquea con la presión.

Juicio clínico: Anafilaxia: alergia al marisco y aparición de síntomas tras la ingesta de este alimento: Eritrodermia. Broncoconstricción y edema de úvula. Cuerpo extraño en vía aérea. No atragantamiento. No broncorrea. No roncus ni crepitantes. Broncoaspiración: no atragantamiento. No antecedentes de alteración motilidad esofágica. No roncus.

Diagnóstico diferencial: Anafilaxia en paciente alérgica al marisco. Estamos ante un paciente inestable (hipotensión) por anafilaxia. Administramos 1/2 ampolla de adrenalina im. Llamamos al 061 para activar la UVI móvil que está ocupada. Procedemos a iniciar las maniobras para estabilizar al paciente y posterior traslado. La vía aérea está permeable. Nebulizamos con Ventolin, Atrovent y Pulmicort para, posteriormente, poner oxígeno por mascarilla a 6 lpm. Circulación: cogemos dos vías ev: una para Urbason 80 mg + Polaramine 5 mg ev y la segunda para el suero salino. Trasladamos a la paciente y tomamos constantes cada 10 minutos o antes si cambia la situación clínica. Llegada al hospital (30 minutos): TA: 110/68 mmHg; FC: 120 rpm; FR: 16 lpm; ecg: 15; Sat: 95% con O2 a 6 lpm. Ha mejorado levemente los síntomas. Se mantiene a la paciente en observación y en tratamiento con antihistamínicos y corticoides ev. De cara al alta, se insiste que no puede comer marisco ni comida que lo contenga. Recibe tratamiento con corticoides y antihistamínicos vía oral.

Comentario final: Tras retirada de agente causal, el primer fármaco a administrar en la anafilaxia es la adrenalina im. Se puede administrar en ámbito ambulatorio. No tiene contraindicaciones absolutas. No hay

que retrasar la administración de adrenalina im. El tratamiento es más eficaz en fases iniciales del proceso (sin shock establecido). Los equipos de Atención Primaria deben conocer esta entidad porque es frecuente y muchas veces son los responsables de iniciar el tratamiento y las medidas de soporte.

Bibliografía

First aid of anaphilaxis to food: focus on epinephrine. JACI. 2004;113:837-44.

Simons KJ, Simons FFE. Epinephrine and its use in anaphylaxis. 2010;10:354.

Fatalities due to anaphilactic reactions to foods. JJACI. 2001;107:191-3.