

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN INMUNOTERAPIA

Autor: PRADOS PRADOS, TERESA; Guzmán Fortis, Alejandro.

CONCEPTO

La vacunación alérgica consiste en la inyección de cantidades crecientes del alérgeno causal a pacientes sensibles con la intención de incrementar su umbral de tolerancia al alérgeno.

Bibliografía: Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica. Mallin HJ.

Tipos de Pautas

IT convencional: subcutanea

Inyecciones sc. de dosis crecientes hasta alcanzar dosis óptima de mantenimiento.

•Pauta clásica:

Fase de inducción o inicio:
•Dura 6-7 a 10-14 semanas.

Fase de mantenimiento:

- Duración 3-5 años.
- Dosis administradas cada 4s.
- Polínicos: abril, mayo, junio reducir al 50% la dosis.

•Pauta agrupada (cluster):Inducción

–Administramos 2 dosis en el mismo día a intervalos de 30' y dejando intervalos semanales.

–Alcanzamos dosis máxima en 4 sesiones.

•Pauta rápida (rush): Inducción

–Administración de dosis a intervalos de 30' alcanzando dosis máxima en 1-2 días.

•Fase de mantenimiento:

- Duración 3-5 a.
- Dosis administradas cada 4s.
- Polínicos: abril, mayo, junio reducir al 50% la dosis.

Aplicación de la IT: subcutanea

•Consulta de Alergia:

–Se administran las vacunas de mayor riesgo de reacciones alérgicas: himenópteros, hongos?

–Pautas agrupadas o rápidas.

•Centro de Salud:

–El resto de vacunas alérgicas específicas.

–Debe de disponer de espacio físico adecuado.

–Personal entrenado tratar en reacciones adversas.

Inmunoterapia sublingual

•Solución acuosa-glicerizada.

•Viales de concentraciones progresivas: de 2 a 6 viales (en la actualidad se han eliminado los viales primeros, más diluidos).

•Dosis progresivas diarias.

Después, tres dosis/semana y/o diarias.

Aspectos técnicos

•No administrarse dos vacunas alérgicas en el mismo día.

•Se evitará la administración simultánea con vacunas preventivas (gripe, rubéola, etc.).

Técnicas de Administración

Aplicación de la IT

•Antes de administrar una dosis.

–Control del estado clínico del paciente.

•Fiebre.

•Agudización del cuadro alérgico "Asma".

–Control tolerancia dosis anterior.

•Reacciones locales.

•Reacciones sistémicas.

–Control del tiempo de la última dosis

Aspectos técnicos

•Comprobar vial y dosis a inyectar.

•Agitar suavemente el vial, sin hacer espuma.

•Inyección subcutánea, alternando los brazos.

•Al retirar la aguja, comprimir, no frotar.

•Anotar fecha, dosis, vial y brazo.

Tras la administración de la dosis correspondiente:

•El paciente permanecerá al menos 30 minutos en el centro sanitario en observación.

•Se le recomendará evitar ejercicio físico intenso, tomar baños con agua muy caliente, o recibir saunas en las tres horas siguientes.

•No existe contraindicación alguna para que el niño se duche.

•El ATS o DUE que la administre, anotará en el lugar correspondiente la fecha, dosis y el brazo en el que se administra la vacuna.

Inmunoterapia

•Posponer la dosis si:

–Si hay infección respiratoria reciente. Fiebre.

–Asma en las 24 horas previas.

–Reciente deterioro del paciente con asma.

•PEF < 70% del teórico

–Exacerbaciones graves de la dermatitis atópica.

–Tratamiento con beta-bloqueantes.

Dotación en Unidad de

Inmunoterapia

•Medicación: adrenalina, anti-H, corticoides, sueros, broncodilatadores, bicarbonato.

•Equipo necesario para tratamiento de reacción anafiláctica: Ambú y mascarillas, fonendo, esfigmomanómetro, jeringas, agujas, equipo de perfusión.

•Equipo conveniente: medidor de pico-flujo, material para intubación, carro de parada.

Consideraciones

•En todo caso, las precauciones a guardar, y las medidas a seguir en el caso de la Inmunoterapia no difieren de las que se deben guardar en cualquier dispensario en el que se administre medicación parenteral (calendarios vacunales, insulina, penicilina, etc.) y de las que se deben seguir en caso de una reacción adversa por dicha medicación parenteral.

Actitud a seguir tras la interrupción excesiva de la inmunoterapia

| Tiempo | Fase | Actitud |
|-----------------|---------------|---|
| < 2 semanas | Iniciación | Igual pauta |
| 2 – 3 semanas | | Repetir última dosis |
| 3 – 4 semanas | | Reducir 50%. Luego continuar con la pauta habitual |
| < 4 semanas | | Volver a empezar |
| < 8 semanas | Mantenimiento | Igual pauta |
| 8 – 10 semanas | | Reducir 25%. Luego alcanzar progresivamente la dosis habitual |
| 10 – 12 semanas | | Reducir 50%. Luego alcanzar progresivamente la dosis habitual |
| 12 – 14 semanas | | Reducir 75%. Luego alcanzar progresivamente la dosis habitual |
| > 14 semanas | | Volver a empezar |

Reanudación del Tt°sublingual

•Fase de inicio:

•< 3 días no modificar pauta

•3-7 días: dosis anterior

•> 7 días: reiniciar el frasco que estaba tomando

•Fase mantenimiento:

•< 7 días: no modificar

•> 7 días: reiniciar frasco

Reacciones Adversas

Factores de riesgo

- Viales nuevos y errores en dosis
- Época de exacerbación de síntomas
- Tipo de extracto
- Asma sintomático
- Alto grado de sensibilización
- Uso de b bloqueantes

Clasificación

- Según extensión:

•Locales

•Sistémicas

- Según el tiempo:

•Inmediatas < 30'

•Tardías > 60'

Reacciones locales (RL)

•Las más frecuentes.

•Eritema, prurito e inflamación.

•Tempranas o tardías.

•No predisponen a reacciones sistémicas.

•Nódulos subcutáneos (extractos depot).

Reacciones locales

Modificar pauta si se presentan estas reacciones:

•RL inmediatas (< 30')

> 3cm en niños y 5cm en adolescentes.

•RL tardías (> 60')

> 7 cm en niños y 10 cm en adolescentes.

Actitud ante reacciones locales

•Frio local y antiH1.

•Nódulos: no necesitan tto.

•Modificación de pauta: según la clasificación.

•Repartir dosis: según clasificación.

Reacciones sistémicas Inmediatas:

•Inespecíficas (no IgE mediadas)

•Sistémicas leves: Rinitis o asma leve (PEF> 60% del esperado)

•Sistémicas no amenazan la vida: Urticaria, angioedema asma severa (PEF< 60% del esperado)

•Shock anafiláctico

Reacciones sistémicas Tardías:

•Inespecíficas (SI)

•Urticaria (U)

•Angioedema(AE)

•Eccema (E)

•Rinitis (R)

•Conjuntivitis (C)

•Asma (A)

Consideraciones generales

•El shock anafiláctico y la reacción anafiláctica grave constituye una emergencia médica que precisa tt° "in situ".

•Cuanto más tarde y tímido sea el tratamiento mayor posibilidad de evolución fatal.

•La adrenalina es el tratamiento de elección inicial ante toda reacción anafiláctica.

Adrenalina: normas de uso

•Vía de administración: IM. Masajeando.

•Posología: 1/1.000 vial 1ml.

•Niños: 0,01 ml/kg.

•Adultos: 0,3-0,5 ml.

•Repetir cada 20' máx. 3 veces.

•Aplicar torniquete en la zona y administrar una dosis en el lugar de inoculación.