

I quadri clinici conseguenti a reazione da mdc, di più frequente riscontro, che possono richiedere un trattamento di emergenza sono:

1. paziente con stabilità circolatoria ed iniziale compromissione respiratoria senza broncospasmo (SpO₂ <98% >94%):
 - adrenalina 0.3 mg i.m.
 - O₂ al 40%
 - Metilprednisolone 250 mg e.v.
 - Soluzione di NaCl 0.9% ml 1000 (infusione lenta)

2. paziente con stabilità circolatoria ed iniziale compromissione respiratoria con broncospasmo (SpO₂ <98% >94%):
 - Salbutamolo 0.5% - 10 gtt per aerosol con ossigeno al 100%
 - O₂ al 40%
 - Metilprednisolone 250 mg e.v.
 - Soluzione di NaCl 0.9 % ml 1000 (infusione lenta)

3. paziente con stabilità circolatoria ed avanzata compromissione respiratoria (SpO₂ <94% e >90%):
 - adrenalina 0.5 mg i.m.
 - ossigeno 100%
 - Metilprednisolone 500 mg e.v.
 - Soluzione di NaCl 0.9% ml 1000 (infusione lenta)

4. paziente con instabilità circolatoria (P.A.< 100) e grave compromissione respiratoria (SpO₂<90%)
 - adrenalina 0.3 mg e.v.
 - ossigeno al 100%
 - metilprednisolone 500 mg e.v.
 - Soluzione di NaCl 0.9% ml 1000 (infusione rapida)

5. paziente con arresto respiratorio e pre-arresto cardiaco
 - adrenalina 0.3 mg e.v.
 - ossigeno al 100% con ventilazione assistita in maschera
 - metilprednisolone 500 mg e.v.
 - Soluzione NaCl 0.9% ml 1000 (infusione rapida)

6. paziente con arresto cardio-respiratorio
 - Rianimazione cardiopolmonare secondo le linee-guida internazionali.

■ CONSIGLI UTILI

- Tutti i pazienti prima di essere sottoposti a infusione di mdc devono essere sottoposti ad anamnesi mirata ad accertare la presenza di fattori di rischio per reazioni avverse ed eventuali sintomi che caratterizzino condizioni cliniche particolarmente rilevanti.^{43,44}
- Il paziente trattato con mdc deve essere sottoposto al monitoraggio dei parametri vitali e a sorveglianza clinica.
- Il locale all'interno del quale viene somministrato il mdc deve disporre dei presidi farmacologici e degli equipaggiamenti necessari a realizzare un adeguato monitoraggio dei parametri vitali e un immediato intervento di rianimazione.
- Le risorse farmaceutiche e tecniche di emergenza devono essere controllate prima di iniziare la somministrazione del mdc.
- Poiché l'ipotensione nell'anafilassi è conseguente ad una grave perdita di volume intravascolare, può rendersi necessaria la somministrazione aggressiva di larghi volumi, fino a 5 litri, di soluzioni fisiologiche e.v.
- I pazienti che sono in trattamento con betabloccanti possono risultare poco responsivi al trattamento con adrenalina o altri farmaci adrenergici. In questi casi il farmaco di scelta è il Glucagone che ha effetti inotropi e cronotropi sul cuore determinando l'incremento del livello intracellulare dell'Adenosina ciclica 3,5- monofosfato la cui azione è indipendente dai recettori beta-adrenergici.
- Le reazioni anafilattiche e anafilattoidi possono essere caratterizzate da uno sviluppo bifasico.
- Allo scopo di prevenirne gli effetti dannosi conseguenti al verificarsi della reazione in ambiente extra-ospedaliero o in ambiente ospedaliero non adeguatamente formato a riconoscere e trattare la reazione, tutti i pazienti che hanno sofferto di una reazione che ha richiesto la somministrazione di adrenalina o solamente di Metilprednisolone, devono essere tenuti in osservazione almeno per le 24 ore successive ed essere trattati con glucocorticoidi e antistaminici per almeno 3 giorni.
- Nei casi di insorgenza di manifestazioni cliniche minori che recedono rapidamente con la somministrazione del solo antistaminico, il periodo di osservazione può limitarsi alle prime 2-3 ore successive all'insorgenza dell'episodio clinico.