

Shock Anafiláctico: Reconocimiento y Tratamiento de Emergencia

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Shock Anafiláctico: Reconocimiento y Tratamiento de Emergencia

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave que puede matar en minutos. La incidencia ha aumentado un 350% en las últimas dos décadas según la European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). El tratamiento de primera línea es la adrenalina intramuscular, y su administración temprana reduce la mortalidad del 6% a menos del 0,5%.

Desencadenantes más frecuentes

Alimentos: Frutos secos (especialmente cacahuete y nuez), marisco, pescado, huevo, leche, soja, trigo. Responsables del 33-56% de las anafilaxias según el registro europeo NORA.

Picaduras de himenópteros: Abejas (*Apis mellifera*), avispas (*Vespula*, *Polistes*) y avispa (*Vespa crabro*). Segunda causa más frecuente en adultos. El riesgo de reacción sistémica tras una reacción local extensa es del 5-10%.

Medicamentos: Antibióticos betalactámicos (penicilinas, cefalosporinas), AINEs (ibuprofeno, aspirina), contrastes yodados. Responsables del 20-30% de anafilaxias hospitalarias.

Látex: Guantes, catéteres, preservativos. Hay reactividad cruzada con plátano, kiwi, aguacate y castaña (síndrome látex-frutas).

Criterios diagnósticos

Según las guías WAO (World Allergy Organization) 2020, la anafilaxia es probable cuando se cumple AL MENOS UNO de estos criterios:

Criterio 1: Inicio agudo (minutos a horas) con afectación cutánea (urticaria, angioedema, prurito) MÁS compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor) O cardiovascular (hipotensión, síncope).

Criterio 2: Tras exposición a un alérgeno probable: afectación de 2 o más órganos (piel, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal).

Criterio 3: Hipotensión tras exposición a alérgeno conocido: PA sistólica 30% del basal.

Tratamiento: adrenalina

Primera línea: La ADRENALINA (epinefrina) intramuscular es el ÚNICO tratamiento de primera línea. No hay contraindicación absoluta para su uso en anafilaxia. El retraso en la administración es el factor más asociado a muerte.

Dosis adulto: 0,3-0,5 mg IM (= 0,3-0,5 ml de adrenalina 1:1000) en la cara anterolateral del muslo.
Autoinyector: EpiPen 0,3 mg.

Dosis pediátrica: 0,01 mg/kg IM (máximo 0,3 mg). Autoinyector pediátrico: EpiPen Jr 0,15 mg para niños 15-30 kg.

Repetición: Si no hay mejoría en 5-15 minutos, repetir la dosis. Hasta un 20% de anafilaxias requieren segunda dosis según el registro NORA.

Posición: Colocar al paciente tumbado con piernas elevadas (aumenta retorno venoso). Si hay dificultad respiratoria, semisentado. NUNCA levantar al paciente bruscamente: riesgo de colapso cardiovascular.

Sin autoinyector: alternativas en emergencia extrema

En ausencia total de adrenalina y acceso a atención médica, estas medidas son de soporte temporal:

Antihistamínico oral: Difenhidramina 50 mg o cetirizina 10 mg. NO sustituyen a la adrenalina, solo controlan síntomas cutáneos.

Broncodilatador: Salbutamol inhalado si hay broncoespasmo. No trata la causa sistémica.

Frío local: Hielo sobre la picadura (si es la causa) para ralentizar la absorción del veneno.

Reacción bifásica: Hasta el 20% de las anafilaxias presentan una segunda fase 4-12 horas después del episodio inicial, incluso sin re-exposición. Toda persona que ha sufrido anafilaxia debe ser observada durante al menos 12 horas.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.