

Shock anafiláctico: reconocimiento, adrenalina autoinyectable y manejo sin epinefrina

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Shock anafiláctico: reconocimiento, adrenalina autoinyectable y manejo sin epinefrina

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave, de inicio rápido, potencialmente mortal, que afecta a múltiples órganos simultáneamente. Según las guías de la EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2021), la WAO (World Allergy Organization, 2020) y el ERC (European Resuscitation Council, 2021), la adrenalina (epinefrina) intramuscular es el tratamiento de primera línea y el único fármaco que puede revertir la anafilaxia. La mortalidad se asocia directamente con el retraso en su administración: la mayoría de las muertes ocurren en los primeros 30 minutos tras la exposición al alérgeno. Cada año se producen en Europa entre 1,5 y 7,9 casos por 100.000 habitantes, con una mortalidad de 0,5-1 por millón de habitantes.

Reconocimiento de la anafilaxia

La anafilaxia se diagnostica clínicamente cuando se cumplen criterios que involucran al menos dos sistemas orgánicos tras la exposición a un alérgeno conocido o probable. Los criterios diagnósticos de la WAO (2020) son los de referencia internacional.

Sistema afectado

Signos y síntomas

Tiempo de aparición

Piel y mucosas (>80 % de los casos)

Urticaria generalizada, eritema difuso, angioedema (labios, párpados, lengua), prurito palmoplantar

Minutos a 1 hora

Respiratorio (hasta 70 %)

Disnea, sibilancias, estridor laríngeo, ronquera, tos, sensación de opresión torácica, edema de glotis

Minutos a 30 min

Cardiovascular (hasta 45 %)

Hipotensión (TAS 30 %), taquicardia, mareo, síncope, pulso débil

Minutos a 30 min

Gastrointestinal (hasta 45 %)

Dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos, diarrea

Minutos a 1 hora

Neurológico

Ansiedad, sensación de muerte inminente, confusión, pérdida de consciencia

Variable

Criterios diagnósticos — Actuar con uno solo de estos: Criterio 1: Inicio agudo (minutos a horas) con afectación de piel/mucosas Y al menos compromiso respiratorio O hipotensión. Criterio 2: Exposición a alérgeno probable con dos o más de: piel/mucosas, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal. Criterio 3: Hipotensión tras exposición a alérgeno CONOCIDO del paciente (TAS 30 % respecto a basal). No esperar a que se cumplan todos los criterios: el retraso mata.

Administración de adrenalina autoinyectable

La adrenalina (epinefrina) intramuscular es el fármaco de elección en anafilaxia. Actúa como agonista alfa-1 (vasoconstricción, reduce el edema), beta-1 (inotropo y cronotropo positivo, mejora el gasto cardíaco), beta-2 (broncodilatación, reduce la liberación de mediadores de mastocitos y basófilos). No tiene contraindicaciones absolutas en la anafilaxia: el riesgo de no administrarla SIEMPRE supera al riesgo de administrarla.

Dosis según peso y edad: Adultos y niños >30 kg: 0,3-0,5 mg IM (autoinyector de 300 mcg o jeringa precargada de adrenalina 1:1000). Niños 15-30 kg: 0,15 mg IM (autoinyector de 150 mcg). Niños Lugar de inyección: Cara anterolateral del muslo (vasto lateral), en el tercio medio. La absorción intramuscular desde el muslo es significativamente más rápida que desde el deltoides o la vía subcutánea (Simons et al., JACI 2001). Puede inyectarse a través de la ropa si es necesario. Ángulo de 90 grados respecto a la piel.

Uso del autoinyector (EpiPen, Jext, Emerade): Retirar el tapón de seguridad azul (EpiPen) o amarillo (Jext). Sujetar firmemente con el puño, con la punta naranja/negra hacia abajo. Presionar con fuerza contra la cara anterolateral del muslo hasta oír el clic de activación. Mantener presionado 10 segundos (EpiPen) o 10 segundos (Jext) para asegurar la inyección completa. Retirar y masajear la zona 10 segundos. La aguja se retrae automáticamente en los modelos actuales.

Autoinyectores caducados: Un autoinyector caducado es MEJOR que no administrar nada. Estudios publicados en Annals of Allergy, Asthma & Immunology demostraron que los autoinyectores mantienen entre el 80-90 % de la concentración de adrenalina hasta 2 años después de la fecha de caducidad si se han almacenado correctamente (sin exposición al calor o la luz). Verificar que la solución es transparente e incolora: si está turbia, marrón o con precipitados, la degradación es excesiva.

Manejo de la anafilaxia sin epinefrina disponible

En un escenario sin acceso a adrenalina, la actuación se centra en medidas de soporte vital que mantengan la perfusión orgánica y la vía aérea permeable hasta la resolución espontánea o la llegada de ayuda. La tasa de resolución espontánea varía: algunos episodios de anafilaxia se autolimitan, pero confiar en ello es arriesgado.

Posición adecuada según el síntoma dominante: Si predomina la hipotensión: posición supina con piernas elevadas (Trendelenburg) para maximizar el retorno venoso. Si predomina la dificultad respiratoria: posición

sentada o semisentada. Si hay vómitos: posición lateral de seguridad. Si hay afectación respiratoria e hipotensión simultáneas: compromiso, sentado con piernas elevadas. NUNCA poner de pie ni sentar bruscamente a un paciente hipotenso: puede causar parada cardíaca por vaciamiento ventricular (empty ventricle syndrome).

Retirar el alérgeno si es identificable: Retirar el aguijón de abeja/avispa (rascar con borde recto, no pinzar). Si la reacción es alimentaria, no provocar el vómito (riesgo de aspiración con vía aérea comprometida). Si es por fármaco intravenoso, detener la infusión inmediatamente.

Mantener la vía aérea: El edema laríngeo puede cerrar la vía aérea en minutos. Realizar maniobra frente-mentón o tracción mandibular para mantener la vía aérea abierta. Si se dispone de cánula orofaríngea (Guedel), insertarla solo en pacientes inconscientes sin reflejo nauseoso. Monitorizar constantemente los sonidos respiratorios: el estridor indica edema laríngeo progresivo.

Antihistamínicos como medida complementaria: Si se dispone de antihistamínicos orales (cetirizina, loratadina, difenhidramina), administrarlos. Los antihistamínicos H1 alivian parcialmente los síntomas cutáneos (urticaria, prurito) pero NO tratan la hipotensión, el broncoespasmo ni el edema laríngeo. No son sustitutos de la adrenalina. Dosis de difenhidramina oral: 25-50 mg en adultos, 1 mg/kg en niños. Pueden tardar 30-60 minutos en hacer efecto por vía oral.

Hidratación agresiva: La anafilaxia causa vasodilatación masiva y extravasación de plasma al espacio intersticial. Un adulto puede perder hasta el 35 % del volumen intravascular en 10 minutos. Si se dispone de suero fisiológico o solución Ringer lactato intravenosa, administrar bolos de 500-1000 ml rápidamente. Si solo hay vía oral y el paciente puede tragar sin riesgo de aspiración, ofrecer líquidos abundantes con electrolitos.

Reacción bifásica y vigilancia post-episodio

Entre el 1 % y el 20 % de los episodios de anafilaxia presentan una reacción bifásica: una recurrencia de los síntomas horas después de la resolución aparente del episodio inicial, sin nueva exposición al alérgeno. Según un metaanálisis publicado en el Journal of Allergy and Clinical Immunology (2020), la mediana de aparición de la segunda fase es de 11 horas tras el episodio inicial.

Período de observación: Tras la resolución de un episodio de anafilaxia, el ERC y la EAACI recomiendan un período de observación mínimo de 6-12 horas. Si la reacción fue grave (requirió múltiples dosis de adrenalina, hipotensión sostenida o compromiso respiratorio severo), la observación debe extenderse a 24 horas.

Signos de alarma de reacción bifásica: Reaparición de urticaria, dificultad respiratoria, hipotensión o síntomas gastrointestinales horas después de un episodio aparentemente resuelto. Tratar como un nuevo episodio de anafilaxia con las mismas medidas: adrenalina IM si está disponible, posición adecuada, soporte vital.

Factores de riesgo de reacción bifásica: Retraso en la administración de adrenalina, necesidad de más de una dosis de adrenalina, antecedentes de anafilaxia previa grave, alérgeno ingerido (vs. inyectado o por

contacto), y síntomas cardiovasculares prominentes en el episodio inicial.

Preparación para supervivencia: Si se conocen alergias graves, mantener siempre dos autoinyectores de adrenalina (la EAACI recomienda dos porque hasta el 30 % de los episodios requieren una segunda dosis). Almacenar entre 15-25 °C, protegidos de la luz. Revisar fecha de caducidad mensualmente. Enseñar su uso a familiares y personas cercanas. Llevar identificación de alerta médica (pulsera o collar) con la información de la alergia.

⚠ 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.