

Shock Anafiláctico: Identificación y Uso del Autoinyector de Adrenalina

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Shock Anafiláctico: Identificación y Uso del Autoinyector de Adrenalina

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. Puede desencadenarse por alimentos (frutos secos, mariscos, huevo, leche), picaduras de insectos (abejas, avispas), fármacos (antibióticos, AINEs) o látex. La adrenalina intramuscular es el tratamiento de primera línea según todas las guías internacionales (EAACI, WAO, ERC) y su administración precoz es el factor que más influye en la supervivencia del paciente.

Fisiopatología y Desencadenantes

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad tipo I mediada por inmunoglobulina E (IgE). Ante la reexposición a un alérgeno, los mastocitos y basófilos liberan masivamente histamina, triptasa, prostaglandinas y leucotrienos. Estos mediadores provocan vasodilatación generalizada, aumento de la permeabilidad capilar, broncoespasmo y estimulación de las terminaciones nerviosas, generando un cuadro multisistémico que puede progresar al shock y la muerte en minutos.

Las reacciones anafilactoides (no mediadas por IgE) producen un cuadro clínico idéntico pero no requieren sensibilización previa. Pueden ser desencadenadas por contrastes radiológicos, opioides o ejercicio físico. El tratamiento es el mismo en ambos casos.

Categoría

Alérgenos Frecuentes

Tiempo de Aparición

Alimentos

Cacahuete, frutos secos, marisco, huevo, leche, trigo, soja, sésamo

5-30 minutos tras ingesta

Fármacos

Penicilinas, cefalosporinas, AINEs, relajantes musculares

Segundos a minutos (IV), 5-30 min (oral)

Veneno de insectos

Abeja (*Apis mellifera*), avispa (*Vespula*), avispón

5-15 minutos tras picadura

Látex

Guantes, sondas, catéteres, preservativos

Minutos a 1 hora tras contacto

Ejercicio

Ejercicio postprandial (cofactor alimentario)

Durante o inmediatamente después

Idiopática

Sin desencadenante identificable (hasta 20% de casos)

Variable

Atención: La anafilaxia bifásica ocurre en un 5-20% de los casos: tras una mejoría inicial, los síntomas reaparecen sin nueva exposición al alérgeno, generalmente entre 1 y 72 horas después. Por ello, toda persona que sufra anafilaxia debe ser observada en un hospital durante un mínimo de 6-8 horas.

Reconocimiento Clínico: Criterios Diagnósticos

El diagnóstico de anafilaxia es clínico y debe hacerse con rapidez. Las guías de la World Allergy Organization (WAO) establecen que la anafilaxia es altamente probable cuando se cumple cualquiera de los siguientes tres criterios diagnósticos:

Criterio 1: Inicio agudo con afectación cutánea + respiratoria o cardiovascular: Aparición en minutos-horas de urticaria generalizada, eritema, prurito o angioedema JUNTO CON compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxia) o hipotensión/síncope.

Criterio 2: Dos o más sistemas afectados tras exposición a alérgeno probable: Afectación cutánea (urticaria, angioedema) + respiratoria (broncoespasmo, estridor) + gastrointestinal (dolor abdominal, vómitos, diarrea) + cardiovascular (hipotensión, taquicardia, síncope).

Criterio 3: Hipotensión tras exposición a alérgeno conocido: Caída de la presión arterial sistólica por debajo de 90 mmHg en adultos o reducción >30% respecto a la basal en minutos-horas tras contacto con alérgeno conocido del paciente.

Importante: Los síntomas cutáneos (urticaria, enrojecimiento) están ausentes en hasta un 10-20% de las anafilaxias. La ausencia de manifestaciones en la piel NO descarta anafilaxia si hay síntomas respiratorios o cardiovasculares graves tras exposición a un alérgeno.

Tratamiento de Emergencia: Protocolo de Actuación

La adrenalina (epinefrina) intramuscular es el fármaco de primera línea y debe administrarse lo antes posible. Cada minuto de retraso en su administración se asocia con peor pronóstico. No existe ninguna contraindicación absoluta para la adrenalina en el contexto de una anafilaxia que amenaza la vida.

1. Retirar el alérgeno: Si es posible, elimine la exposición: retire el aguijón de abeja (raspando, no pinzando), suspenda la infusión IV del fármaco causante, retire el alimento de la boca.

2. Llamar al 112: Active los servicios de emergencia inmediatamente. Informe de que se trata de una reacción anafiláctica.

3. Adrenalina intramuscular: Administre adrenalina IM en la cara anterolateral del muslo (vasto externo). Dosis: adultos 0,3-0,5 mg (autoinyector de 0,3 mg), niños 0,01 mg/kg (autoinyector de 0,15 mg para 4. Posición del paciente: Coloque al paciente en decúbito supino con piernas elevadas (posición de Trendelenburg) para favorecer el retorno venoso. Si hay dificultad respiratoria, permita la posición semisentada. Si hay vómitos o disminución de consciencia, posición lateral de seguridad.

5. Oxígeno suplementario: Si dispone de oxígeno, administre a alto flujo (10-15 L/min) con mascarilla con reservorio.

6. Tratamiento coadyuvante: Antihistamínicos (dexclorfeniramina 5 mg IM/IV) y corticoides (metilprednisolona 1-2 mg/kg IV) como segunda línea. No sustituyen a la adrenalina ni deben retrasar su administración.

Error frecuente: Los antihistamínicos y los corticoides NO son tratamiento de primera línea de la anafilaxia. No salvan vidas. La adrenalina es el ÚNICO fármaco que contrarresta todos los mecanismos de la anafilaxia (broncoespasmo, vasodilatación, edema). Administrar solo antihistamínicos ante una anafilaxia es un error que puede costar la vida del paciente.

Uso del Autoinyector de Adrenalina

Los autoinyectores de adrenalina (EpiPen, Jext, Emerade) son dispositivos diseñados para que personas sin formación sanitaria puedan administrar adrenalina intramuscular en situaciones de emergencia. Toda persona con riesgo de anafilaxia debe llevar al menos dos autoinyectores consigo en todo momento.

Paso 1: Retirar el tapón de seguridad: Extraiga el tapón azul (EpiPen) o amarillo (Jext) de seguridad. Esto arma el dispositivo.

Paso 2: Sujetar correctamente: Sostenga el autoinyector con el puño cerrado, con la punta naranja (EpiPen) o negra (Jext) hacia abajo, apuntando al muslo.

Paso 3: Inyectar en el muslo: Presione firmemente la punta contra la cara externa del muslo (puede ser a través de la ropa). Se escuchará un clic. Mantenga presionado durante 10 segundos para asegurar la inyección completa.

Paso 4: Retirar y masajear: Retire el autoinyector (la aguja se retrae automáticamente) y masajee la zona durante 10 segundos para facilitar la absorción.

Paso 5: Anotar la hora: Registre la hora exacta de administración para informar a los servicios de emergencia. Si no hay mejoría en 5-15 minutos, administre una segunda dosis con otro autoinyector.

Autoinyector

Dosis

Peso del Paciente

Caducidad Media

EpiPen Junior / Jext 150

0,15 mg

15-25 kg

18 meses

EpiPen / Jext 300

0,3 mg

>25 kg (adultos y niños)

18 meses

Emerade 150

0,15 mg

15-30 kg

24 meses

Emerade 300

0,3 mg

30-60 kg

24 meses

Emerade 500

0,5 mg

>60 kg

24 meses

Conservación: Los autoinyectores deben almacenarse entre 15-25°C, protegidos de la luz solar directa y sin refrigerar. Revise periódicamente la fecha de caducidad y el visor: si la solución está turbia o tiene partículas, deséchelo y sustitúyalo. Un autoinyector caducado es mejor que ninguno: en caso de emergencia, úselo si no tiene uno vigente.

⚠ 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.