



Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Ensayo de anafilaxi

Nombre de alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Inmunoalergias

Grado: 8°

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Adrián Espino Pérez

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de noviembre de 2025

ANAFILAXIA

1. Definición de anafilaxia

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave, de inicio rápido, potencialmente mortal, que afecta a múltiples órganos (como la piel, el sistema respiratorio, cardiovascular y digestivo) y requiere intervención médica inmediata. Según la Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica (Galaxia-Latam), se caracteriza por su capacidad para progresar rápidamente y provocar un shock con riesgo de muerte si no se maneja adecuadamente.

Desde un punto de vista fisiopatológico, en la anafilaxia hay una activación masiva de mastocitos y basófilos que liberan mediadores como histamina, leucotrienos y prostaglandinas, produciendo vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular, broncoconstricción, entre otros efectos sistémicos.

2. Epidemiología: incidencia, prevalencia y riesgo de recurrencia en Latinoamérica

La epidemiología de la anafilaxia es compleja y está subregistrada. Estudios globales estiman una prevalencia de por vida entre 0.05 % y 2.6 %, aunque estas cifras varían según la fuente y la región.

En Latinoamérica, los datos han sido más limitados, pero han mejorado recientemente gracias a iniciativas como el Latin American Anaphylaxis Registry. Según este registro, se reportaron 817 reacciones anafilácticas en 12 países latinoamericanos. De estas:

- El 40.6 % fueron inducidas por medicamentos.
- El 32.9 % por alimentos.
- El 12 % por veneno de insectos.

En cuanto a la recurrencia, aunque no siempre se registra de forma uniforme, la guía latinoamericana advierte que los pacientes con antecedentes de episodios previos tienen un riesgo significativo de nuevas reacciones si no se realiza una evaluación alérgica adecuada y no se les proporciona educación y un plan de acción.

Además, el registro latinoamericano encontró que, a pesar de la gravedad, la epinefrina (adrenalina) se utilizó en menos de la mitad de los episodios (43.8 %). Este

bajo uso sugiere que puede haber un subtratamiento, lo cual representa un riesgo para la recurrencia y severidad de las reacciones futuras.

3. Desencadenantes comunes en Latinoamérica

a) Alimentos

Según el Latin American Anaphylaxis Registry, los alimentos fueron el segundo desencadenante más frecuente de anafilaxia (32.9 %). Los alérgenos varían por grupo etario:

Niños: Leche (61.1 % de las anafilaxias alimentarias), huevo (15.4 %).

Adultos: Mariscos (shellfish, 25.5 %), frutas frescas (14.2 %), pescado (11.3 %).

Este patrón difiere de lo que se ve en otras regiones: por ejemplo, en algunos países desarrollados, las nueces y los cacahuates (maní) son desencadenantes muy frecuentes, pero en Latinoamérica estos parecen tener una menor incidencia según este registro.

Otros estudios locales también refuerzan la presencia significativa de reacciones alimentarias. Por ejemplo, un estudio en niños escolares argentinos estimó que la “anafilaxia inducida por alimentos” tiene una prevalencia de aproximadamente 0.8 %.

b) Fármacos

Los medicamentos son el desencadenante más frecuente en los reportes latinoamericanos. Del registro latinoamericano, los fármacos más implicados fueron:

AINES (antiinflamatorios no esteroideos)

Antibióticos, especialmente betalactámicos

Estos hallazgos coinciden con datos previos de la Online Latin American Survey on Anaphylaxis (OLASA), donde los medicamentos representaron el 31.2 % de los desencadenantes en adultos.

c) Picaduras de himenópteros (veneno de insectos)

En Latinoamérica también se reportan anafilaxias por picaduras de insectos. En el registro latinoamericano moderno, el 12 % de los episodios fueron por veneno de insectos.

Un dato particularmente relevante: las hormigas de fuego (fire ants) se identificaron como uno de los desencadenantes más frecuentes en algunos países latinos y, según el registro, causan reacciones más severas que los alimentos o los fármacos.

d) Otros desencadenantes

Además de los anteriores, la guía latinoamericana menciona otros posibles desencadenantes menos comunes, como:

causas idiopáticas (cuando no se identifica un alérgeno), látex, ejercicio, reacciones inducidas por frío o calor, etc.

La proporción de estas causas puede variar según los países y los centros de reporte.

4. Diagnóstico

a) Criterios clínicos

El diagnóstico de anafilaxia es principalmente clínico. Según la guía Galaxia-Latam, se basa en la sospecha clínica frente a una presentación aguda con signos y síntomas compatibles, más que en una prueba de laboratorio inmediata.

Los criterios más usados incluyen:

1. Inicio rápido de síntomas (minutos a horas) tras la exposición a un desencadenante probable, con compromiso de piel/mucosas (urticaria, angioedema) más uno o más de los siguientes: dificultad respiratoria, hipotensión, signos de disfunción de órgano, síntomas gastrointestinales intensos.

2. Dos o más órganos afectados tras exposición a un posible alérgeno (por ejemplo, piel + respiratorio; o digestivo + cardiovascular).

3. Hipotensión tras exposición a un alérgeno, incluso sin otros síntomas, especialmente en pacientes que ya tienen antecedentes de reacciones previas.

Estos criterios coinciden con los de otras guías internacionales (por ejemplo, la World Allergy Organization) y también están recogidos en la guía latinoamericana.

b) Manifestaciones clínicas

Los síntomas más comunes reportados en Latinoamérica, según OLASA, incluyen:

Cutáneos: casi todos los pacientes (94 %) presentan prurito, urticaria o angioedema.

Respiratorios: dificultad para respirar, sibilancias, disnea (78-79 %).

Cardiovasculares: síncope, mareo, palpitaciones, hipotensión. En OLASA, alrededor del 40 % reportaron síntomas cardiovasculares.

Digestivos: náuseas, vómitos, dolor abdominal (aunque no siempre presente en todos los pacientes).

También pueden aparecer síntomas neurológicos (confusión), genitourinarios o relacionados con la vía aérea superior (edema de lengua o garganta).

c) Pruebas complementarias

Aunque el diagnóstico es clínico, hay algunas pruebas que se pueden usar para apoyar el diagnóstico o para estudiarlo en el seguimiento:

Tripasa sérica: puede elevarse después de un episodio, pero no siempre es accesible o útil en todos los contextos latinoamericanos.

IgE específica: pruebas cutáneas (prick test) o cuantificación por sangre para alérgenos sospechosos (fármacos, alimentos, venenos), una vez que el paciente esté estable.

Pruebas de provocación: en algunos casos, bajo supervisión de alergólogo, para confirmar alérgeno, si no es claro por historia clínica.

Evaluación de comorbilidades: es importante identificar factores de riesgo que pueden empeorar la anafilaxia (asma no controlada, enfermedades cardiovasculares, uso de beta bloqueadores, etc.), ya que estos factores pueden afectar el pronóstico y el manejo. La guía latinoamericana aborda la evaluación de gravedad y el diagnóstico diferencial.

5. Tratamiento

a) Intervención de urgencia

El tratamiento de elección para la anafilaxia es la adrenalina intramuscular (IM), preferiblemente en el muslo (anterolateral), lo antes posible. Según la guía latinoamericana:

1. Administrar epinefrina IM tan pronto como se reconozca la anafilaxia.
2. Repetir la dosis cada 5-15 minutos si no hay mejoría, según la gravedad y la respuesta.

3. Posicionar al paciente adecuadamente: recostado, con las piernas elevadas si hay hipotensión, evitar cambios bruscos de postura.
4. Si hay paro cardiorrespiratorio, iniciar maniobras de reanimación (RCP) y seguir los protocolos correspondientes.
5. Oxigenoterapia, acceso venoso, líquidos (cristaloides) para mantener perfusión, si es necesario.
6. Medicamentos adyuvantes: antihistamínicos H1/H2, corticosteroides, nebulización con broncodilatadores según necesidad, aunque no deben retrasar la adrenalina.

b) Seguimiento y prevención de nuevos episodios

Después del episodio agudo:

1. Observación en el servicio de urgencias: la guía latinoamericana sugiere un periodo de observación porque puede haber reacciones bifásicas (reactivaciones) más tarde.
2. Alta con plan de acción: se debe dar al paciente un plan escrito para reconocer y manejar futuras reacciones, incluyendo cuándo usar adrenalina, contactar servicios de emergencia, seguimiento con alergólogo.
3. Prescripción de autoinyector de adrenalina: si está disponible y es accesible, se debe indicar para uso domiciliario. Esta recomendación es central en la guía latinoamericana.
4. Educación y entrenamiento: enseñar al paciente (y a sus familiares) cómo usar el autoinyector, reconocer los signos de anafilaxia y cuándo buscar ayuda médica.
5. Consulta con alergólogo para identificar el desencadenante (mediante historia, pruebas) y elaborar una estrategia de prevención, incluyendo evitar alérgenos, reconsulta periódica, reconsideración del plan si cambia el riesgo.
6. Aspectos particulares para Latinoamérica

a) Disponibilidad de autoinyectores

Uno de los retos más importantes en Latinoamérica es la disponibilidad limitada de autoinyectores de adrenalina en muchos países. La guía Galaxia-Latam destaca que en algunos países no existen o son muy costosos, lo que limita que los pacientes tengan acceso al tratamiento de emergencia en casa.

Además, incluso cuando están disponibles, pueden no estar incluidos en los sistemas públicos de salud o el seguro, lo que representa una barrera para muchas personas.

b) Adaptación de guías

La Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica está precisamente diseñada para adaptar recomendaciones a las realidades del continente: disponibilidad de recursos, infraestructura de salud, acceso a la epinefrina, diferencias epidemiológicas.

Los autores subrayan la necesidad de adaptar las guías internacionales a las condiciones locales, incluyendo estrategias para capacitación, distribución de medicamentos, desarrollo de valores de protocolo en emergencias, etc.

c) Retos

Algunos de los desafíos específicos en Latinoamérica son:

Subdiagnóstico y subregistro: no todos los episodios son reportados ni documentados adecuadamente.

Bajo uso de adrenalina: como muestran los datos del registro latinoamericano, muchas reacciones no se tratan con epinefrina.

Falta de entrenamiento: muchos profesionales de salud no están suficientemente capacitados para reconocer y tratar la anafilaxia, especialmente en entornos con pocos recursos.

Costos: no solo los autoinyectores, sino también el transporte, la hospitalización y el seguimiento pueden ser prohibitivos para algunos pacientes.

Desigualdades entre países: existen disparidades en infraestructura, acceso a especialistas (alergólogos), centros de referencia, que afectan el manejo.

7. Reflexión final

La importancia del rol del alergólogo y del equipo de salud en el manejo de la anafilaxia no puede subestimarse. Como especialista, el alergólogo tiene la responsabilidad de:

Coordinar el diagnóstico del desencadenante mediante historia clínica, pruebas y, cuando sea posible, provocaciones controladas.

Elaborar un plan de acción personalizado para cada paciente, incluyendo la educación sobre el uso de adrenalina y cómo prevenir futuros episodios.

Advocacia para mejorar el acceso a autoinyectores en su país o región, trabajando con autoridades, sociedades médicas y pacientes para elevar la conciencia y facilitar la disponibilidad.

Capacitar a otros profesionales de salud (médicos de atención primaria, emergencias, enfermería) sobre la rápida identificación y el tratamiento adecuado de la anafilaxia, especialmente enfatizando la administración precoz de epinefrina.

En mi práctica clínica (o futura práctica), aplicaría este conocimiento de las siguientes maneras:

1. Educación al paciente: desde la primera visita después de un episodio de anafilaxia, me aseguraré de que el paciente comprenda qué es la anafilaxia, cómo reconocer los signos tempranos y cuándo y cómo usar la adrenalina. Proporcionaría un plan escrito (preferiblemente en su lengua y con ilustraciones si es necesario) y practicaríamos juntos el uso de un autoinyector si está disponible.
2. Seguimiento regular: programaría visitas de seguimiento para reevaluar la causa, ajustar el plan de prevención, reentrenar si es necesario y asegurarme de que el paciente tiene acceso al tratamiento de emergencia.
3. Trabajo en red: colaboraría con servicios de urgencias, hospitales y autoridades de salud para promover guías locales, capacitar al personal, difundir la Guía Galaxia-Latam y abogar por políticas que faciliten la disponibilidad de autoinyectores de adrenalina.
4. Investigación y registro: contribuiría a registros locales de anafilaxia para mejorar el conocimiento epidemiológico en mi país o región, lo que puede, con el tiempo, influir en políticas de salud pública.
5. Sensibilización comunitaria: organizaría talleres o charlas para pacientes, escuelas y centros comunitarios sobre la anafilaxia, su prevención y tratamiento.

Conclusión

La anafilaxia es una emergencia médica grave y potencialmente mortal, pero con reconocimiento temprano y tratamiento adecuado —especialmente con adrenalina intramuscular— su pronóstico puede mejorar sustancialmente. En Latinoamérica, aunque existen desafíos significativos como la baja disponibilidad de autoinyectores,

su registró y uso insuficiente de epinefrina, la existencia de guías adaptadas como la Galaxia-Latam representa un paso clave para cerrar estas brechas.

El papel del alergólogo y del equipo de salud es fundamental no sólo en el manejo clínico de los pacientes, sino también en la educación, la defensa de políticas de acceso y la capacitación de otros profesionales. En mi práctica, estas funciones serían centrales para garantizar que los pacientes reciban atención óptima, estén empoderados para manejar crisis y minimizar el riesgo de recurrencia.