



Materia:

INMUNOALERGIAS

Nombre del trabajo:

ENSAYO ANFILAXIA

Zury Evelyn Morales Aguilar CAR

Grupo: 7'A

Docente:

Dr. ESPINO PEREZ ADRIAN

Comitán de Domínguez Chiapas 22-11-2025

Anafilaxia: un desafío clínico urgente y prevalente en Latinoamérica

La anafilaxia constituye una de las emergencias médicas más relevantes en el ámbito de la alergología y la inmunología clínica. Su aparición súbita, rápida progresión y potencial desenlace fatal la convierten en una prioridad diagnóstica y terapéutica para todos los profesionales de la salud. En Latinoamérica, las características epidemiológicas, los patrones de exposición, la variabilidad en el acceso a medicamentos y las limitaciones estructurales de los sistemas de salud añaden complejidad a su manejo. El presente ensayo aborda los principales elementos conceptuales, epidemiológicos y clínicos de la anafilaxia, con especial énfasis en la realidad latinoamericana, así como la importancia del rol del alergólogo y del equipo multidisciplinario en su atención.

Definición de anafilaxia

La anafilaxia se define como una reacción de hipersensibilidad sistémica, generalizada, grave y potencialmente mortal, mediada con mayor frecuencia por mecanismos inmunológicos dependientes de IgE. De acuerdo con las guías de la Organización Mundial de Alergia (WAO) y la Guía Latinoamericana de Actuación en Anafilaxia, se caracteriza por el inicio súbito de síntomas que comprometen dos o más sistemas orgánicos, especialmente piel/mucosas, respiratorio, cardiovascular o gastrointestinal.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la exposición a un alérgeno desencadena la activación de mastocitos y basófilos, con liberación masiva de mediadores (histamina, triptasa, leucotrienos, prostaglandinas), que producen vasodilatación, aumento de permeabilidad vascular, broncoconstricción y alteraciones gastrointestinales y cutáneas.

Epidemiología: incidencia, prevalencia y riesgo de recurrencia en Latinoamérica

La epidemiología de la anafilaxia en Latinoamérica se ha ido clarificando en las últimas décadas gracias a iniciativas regionales como GUIA-LATAM, que recopila datos provenientes de México, Centroamérica y Sudamérica.

Incidencia y prevalencia

- A nivel mundial, la incidencia se estima entre 50 a 112 casos por 100 000 habitantes/año.
- En Latinoamérica, reportes de distintos países indican una incidencia variable:
 - México: entre 1 y 3 casos por 100 000 consultas hospitalarias, con probable subregistro.
 - Brasil: cerca de 6.6 casos por 100 000 habitantes/año.
 - Chile y Argentina: datos parciales sugieren incremento sostenido, particularmente en población pediátrica.
- La prevalencia acumulada en la región oscila aproximadamente entre 0.05% y 2%, aunque se estima una proporción importante de casos no diagnosticados o mal codificados.

Riesgo de recurrencia

Se calcula que entre 15% y 20% de los pacientes que han presentado anafilaxia experimentarán un nuevo episodio a lo largo de su vida si no se establecen medidas preventivas. En Latinoamérica, el riesgo puede ser mayor debido a:

- Falta de diagnóstico adecuado.
- Subutilización de adrenalina.
- Escasez de autoinyectores.
- Dificultad para acceso a alergología y pruebas de confirmación.

Estos elementos refuerzan la importancia de educación, seguimiento y estrategias de prevención individualizadas.

Desencadenantes comunes con datos específicos de Latinoamérica

Los desencadenantes de anafilaxia varían según patrones culturales, hábitos alimentarios, fauna local y disponibilidad de medicamentos.

1. Alimentos

En la región, los alimentos representan una de las principales causas de anafilaxia en niños:

- Leche, huevo, trigo y soya en menores de 6 años.
- Maní y frutos secos (particularmente en el Cono Sur).
- Mariscos y pescados a lo largo de las zonas costeras (Méjico, Perú, Chile).
- Frutas tropicales como mango, kiwi, papaya o piña han sido reportadas con mayor frecuencia que en otras regiones.
- Leguminosas locales (frijol, garbanzo, lenteja) también constituyen desencadenantes relevantes.

2. Fármacos

Los medicamentos son la principal causa de anafilaxia en adultos en Latinoamérica. Entre los más implicados se encuentran:

- Antibióticos β-lactámicos.
- AINEs, que presentan una incidencia particularmente alta en México y Brasil.
- Relajantes neuromusculares en procedimientos quirúrgicos.
- Medios de contraste yodados.

El uso de medicamentos de venta libre contribuye a la frecuencia de reacciones asociadas a AINEs.

3. Picaduras de himenópteros

En Latinoamérica se registran especies de abejas, avispas y hormigas de importancia médica:

- Abeja africanizada (*Apis mellifera scutellata*): particularmente en México, Brasil y Colombia.
- Hormiga *Solenopsis invicta* (fire ant): ampliamente distribuida en Sudamérica y causa reconocida de anafilaxia.
- Avispas del género *Polybia*, *Polistes* y *Vespa* con múltiples reportes en la región amazónica y zonas templadas.

4. Otros desencadenantes

- Látex, especialmente en personal de salud.

- Ejercicio físico, solo o asociado a alimentos.
 - Anafilaxia idiopática, que puede representar hasta el 10–20% de los casos en la región por falta de estudios confirmatorios.
-

Diagnóstico: criterios clínicos, manifestaciones y pruebas complementarias

Criterios clínicos

Las guías internacionales y latinoamericanas describen criterios diagnósticos basados en la presentación clínica. La anafilaxia se diagnostica cuando ocurre uno de los siguientes:

1. Inicio agudo de afectación cutánea o de mucosas + compromiso respiratorio o cardiovascular.
2. Exposición probable a un alérgeno + afectación de dos o más sistemas: piel, respiratorio, cardiovascular o gastrointestinal.
3. Hipotensión tras exposición a un alérgeno conocido.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones típicas incluyen:

- Piel y mucosas: urticaria, angioedema, prurito, flush.
- Respiratorio: disnea, sibilancias, estridor, sensación de opresión torácica.
- Cardiovascular: hipotensión, síncope, colapso.
- Gastrointestinal: dolor abdominal, vómitos, diarrea.

La afectación respiratoria y cardiovascular es el principal predictor de gravedad.

Pruebas complementarias

Aunque el diagnóstico es clínico, pueden ayudar:

- Tryptasa sérica: idealmente a las 1–2 h del episodio.
- IgE específica y pruebas cutáneas para identificar el desencadenante.
- Pruebas de provocación en casos seleccionados y bajo supervisión especializada.

En muchos países latinoamericanos, la disponibilidad de triptasa e IgE específica es limitada, lo que obliga a reforzar el diagnóstico clínico.

Tratamiento: intervención de urgencia, seguimiento y prevención

1. Manejo de urgencia

La actuación inmediata es determinante para evitar complicaciones.

Adrenalina intramuscular: tratamiento de primera línea

- Debe administrarse sin retraso ante sospecha de anafilaxia.
- Dosis:
 - Adultos: 0.3–0.5 mg IM en el muslo.
 - Niños: 0.01 mg/kg (máx. 0.3 mg).
- La adrenalina reduce mortalidad y previene progresión hacia paro cardiorrespiratorio.

- Las guías latinoamericanas subrayan que su uso todavía es insuficiente, debido a miedo, desinformación o falta de disponibilidad.

Otros elementos del manejo agudo

- Posicionamiento adecuado, de preferencia en decúbito supino.
- Oxígeno suplementario.
- Líquidos IV en caso de hipotensión.
- Antihistamínicos y corticosteroides, como tratamiento coadyuvante, nunca sustitutos de adrenalina.
- β_2 agonistas inhalados en caso de broncoespasmo.

2. Observación y seguimiento

Tras el episodio:

- Observación mínima de 4–6 horas, o más si hubo compromiso severo.
- Instruir al paciente sobre el reconocimiento temprano de síntomas.
- Remitir a alergología para identificación del desencadenante.

3. Prevención de nuevos episodios

Incluye:

- Evitación del alérgeno.
- Plan de acción escrito.

- Educación del paciente y familiares.
 - Inmunoterapia específica para veneno de himenópteros en casos indicados.
-

Aspectos particulares para Latinoamérica

La anafilaxia en la región enfrenta retos específicos:

1. Disponibilidad limitada de autoinyectores de adrenalina

En varios países latinoamericanos:

- Los autoinyectores no están disponibles o su costo es muy alto.
- Se recurre a frascos de ampollas de adrenalina, lo que dificulta el uso fuera de hospitales.
- Esto genera inequidad en el manejo y limita la prevención de muertes evitables.

2. Adaptación regional de guías

La Guía Latinoamericana reconoce:

- Diferencias en acceso a pruebas diagnósticas.
- Desencadenantes propios de la región (abeja africanizada, hormiga de fuego).
- Realidades socioculturales que dificultan la educación y adherencia.

3. Subregistro y variabilidad en la calidad de datos

Muchos sistemas de salud carecen de:

- Codificación estandarizada.
- Registros nacionales de anafilaxia.
- Capacitación al personal para diagnóstico temprano.

4. Retos en formación y acceso a especialistas

- El acceso a alergólogos es desigual, especialmente en zonas rurales.
 - La falta de formación continua contribuye a la subutilización de adrenalina.
-

Reflexión final: la importancia del rol del alergólogo y del equipo de salud

El manejo adecuado de la anafilaxia depende del trabajo integrado entre personal de urgencias, médicos generales, pediatras y alergólogos. El alergólogo tiene un papel fundamental en:

- Confirmar el diagnóstico.
- Identificar el desencadenante.
- Implementar inmunoterapia cuando corresponde.
- Educar al paciente y su familia.
- Elaborar planes de acción personalizados.

En mi práctica clínica o futura práctica, aplicar este conocimiento implica:

- Reconocer de inmediato los signos de anafilaxia.
- Administrar adrenalina IM sin retrasos.
- Educar sistemáticamente a los pacientes sobre los factores de riesgo.
- Promover la disponibilidad de autoinyectores y abogar por políticas públicas que reduzcan su costo.
- Colaborar con equipos multidisciplinarios para estandarizar el manejo en hospitales y centros de salud.

La anafilaxia es prevenible, tratable y manejable cuando existe preparación, acceso a recursos y una cultura de educación en alergias. En Latinoamérica, fortalecer estos aspectos puede traducirse en miles de vidas salvadas y en una mejor calidad de atención para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Jares, E. J., Baena-Cagnani, C. E., Sánchez-Borges, M., Ensina, L. F., Arias-Cruz, A., Gómez, M., ... Latin America Drug Allergy Interest Group. (2015). Drug-induced anaphylaxis in Latin American countries. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 3(5), 780-788.

Cardona, V., Álvarez-Perea, A., Ansotegui-Zubeldia, I. J., Arias-Cruz, A., Ivancevich, J. C., González-Díaz, S. N., Latour-Staffeld, P., Sánchez-Borges, M., Serrano, C., Solé, D., Tanno, L., Cabañas-Higuero, N., Chivato, T., De la Hoz, B., Fernández-Rivas, M., Gangoiti, I., Guardia-Martínez, P., Herranz-Sanz, M. Á., Juliá-Benito, J. C., Lobera-Labairu, T., Praena-Crespo, M., Prieto-Romo, J. I., Sánchez-Salguero, C., Sánchez-González, J. I., Uixera-Marzal, S., Vega, A., Villarroel, P., & Jares, E. J. (2019). Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica (Galaxia-Latam). *Revista Alergia México*, 66(Supl. 2), 1-39.

Cardona, V., Álvarez-Perea, A., Ansotegui, I. J., Arias-Cruz, A., González-Díaz, S. N., Latour-Staffeld, P., ... Sánchez-González, J. I. (2017). Management of anaphylaxis in Latin America: current situation. *Revista Alergia México*, 64(2), 171-177.