



Nombre del alumno: Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Semestre: 8vo

Materia: Inmunoalérgias

Trabajo: Ensayo sobre anafilaxia “Entre segundos y supervivencia, anafilaxia: una emergencia médica que exige conciencia y acción”

Docente: Dr. Adrian Espino Pérez

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de noviembre del 2025

Ensayo

“Entre segundos y supervivencia, anafilaxia: una emergencia médica que exige conciencia y acción”

Desde que el término “anafilaxia” fue acuñado por primera vez por Charles Richet y Paul Portier, se ha extendido rápidamente por todo el mundo y su importancia clínica como emergencia médica es ahora bien aceptada. La anafilaxia se reconoce actualmente como una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal a través de afectación de las vías aéreas, el aparato respiratorio o el sistema circulatorio. Por lo general, aunque no siempre, se asocia con síntomas de piel y mucosas. Puede presentarse como diferentes combinaciones de síntomas y cuadros aparentemente leves, y puede imprevisiblemente evolucionar a choque mortal. El reconocimiento rápido de esta situación crítica para el paciente, así como la instauración inmediata del tratamiento adecuado, son cruciales para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, para ello son requisitos fundamentales el correcto reconocimiento del cuadro clínico y la disponibilidad de los fármacos indicados para el tratamiento. Esta condición de múltiples facetas puede manifestarse a cualquier edad y cualquier profesional de la salud puede tener que enfrentarse a ella y, por tanto, debe estar preparado para reconocerla y tratarla oportunamente. Desde el punto de vista clínico, se trata de un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunitarios o no, con aparición de síntomas y signos sugestivos de una liberación generalizada de mediadores de mastocitos y basófilos, tanto en la piel (eritema, prurito generalizado, urticaria, angioedema) como en otros órganos (gastrointestinal, respiratorio o cardiovascular). La afectación cutánea es la más frecuente y orientativa para el diagnóstico, pero puede estar ausente hasta en 20 % de los casos.

Epidemiología de la anafilaxia en Latinoamérica

Prevalencia e incidencia

En el “Latin American Anaphylaxis Registry” se analizaron 817 reacciones anafilácticas en 808 pacientes de 12 países latinoamericanos. En ese registro, la edad mediana de los pacientes fue de 26 años.

Sobre la prevalencia/definición a nivel más amplio: en la literatura latinoamericana se ha usado un rango estimado de 0.05 % a 2 % para la prevalencia de anafilaxia.

No se reporta claramente un “incidence rate por 100 000 habitantes/año” típico solo para Latinoamérica en ese registro, lo que refleja que los datos siguen siendo limitados en la región.

Riesgo de recurrencia (incluyendo anafilaxia bifásica)

En el registro latinoamericano (Latin American Anaphylaxis Registry) se reporta la anafilaxia bifásica (“biphasic anaphylaxis”) en aproximadamente 1% de los casos, lo cual es bastante bajo comparado con algunos datos internacionales.

En otro estudio (OLASA, encuesta latinoamericana) se reportó que el 5.8% de los pacientes volvieron a urgencias por recurrencia dentro de las primeras 6 horas después del alta.

En cuanto a recurrencia general, aunque no todos los estudios latinoamericanos lo cuantifican igual, algunos datos globales (y también citados en latam) muestran que la recurrencia puede variar bastante. Por ejemplo, en revisiones epidemiológicas se indica que entre 26.5% y 54% de las personas pueden tener recurrencia, dependiendo del desencadenante (como alimentos o veneno).

Desafíos en los datos epidemiológicos

Una gran limitación para estimar bien la incidencia y prevalencia de anafilaxia en Latinoamérica es la falta de definiciones uniformes y el subregistro.

Además, muchos pacientes no reciben tratamiento óptimo ni seguimiento: en el registro latinoamericano, la epinefrina solo fue usada en el 43.8% de los episodios agudos, y al alta solo el 13% recibió prescripción de autoinyector de epinefrina.

Causas de la anafilaxia

En la mayoría de las publicaciones, los alimentos son los desencadenantes más comunes, seguidos por los medicamentos, como se ha confirmado en estudios recientes en diversas ubicaciones. Los alimentos implicados varían según el zona geográfica y la edad de los pacientes, sin embargo, la leche, la clara de huevo, la nuez, el trigo, el trigo sarraceno, el cacahuete y los mariscos son los desencadenantes más comunes. Según la edad, los alimentos con más frecuencia implicados en anafilaxia son los siguientes:

- En los adultos: frutas, frutos secos, marisco y pescado.
- En los niños: huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco.

Según una revisión de publicaciones sobre alergia alimentaria en poblaciones de América Latina, hay menor sensibilización a los cacahuetes (maní) en comparación con poblaciones europeas o norteamericanas, pero mayor sensibilización a pescado y frutas. La sensibilización a la tropomiosina y a la proteína sarcoplasmática de unión al calcio se asocia con la reactividad clínica al camarón (gamba), mientras que la arginina quinasa y la hemocianina parecen ser alérgenos de reacción cruzada entre el camarón y los artrópodos.

Anafilaxia inducida por medicamentos:

Los fármacos más a menudo implicados en reacciones anafilácticas son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los antibióticos betalactámicos, otros agentes antiinfecciosos no betalactámicos y los medios de contraste radiológicos. Los fármacos son los desencadenantes más comunes de anafilaxia en los adultos, representan hasta 10 % de las causas en los pacientes ambulatorios, mientras que en los departamentos de urgencias y hospitalizados la proporción oscila entre 27 y 60 %. El látex constituye una fuente alérgica por considerar en el medio hospitalario. Las reacciones graves (asociadas con hipotensión) tienen más

probabilidades de ser inducidas por fármacos, los cuales han sido señalados como la principal causa de muerte por anafilaxia.

Anafilaxia inducida por veneno de insectos:

En cuanto a la anafilaxia inducida por el veneno los himenópteros existen amplias diferencias en las series, probablemente por la variación en el grado de exposición a los insectos en las distintas áreas geográficas. No obstante, la alergia a picaduras a esos insectos es responsable de más de 10 % de todos los casos de anafilaxia. Hasta 3 % de los adultos y 0.8 % de los niños desarrollará hipersensibilidad sistémica severa a los venenos de himenópteros y hasta 20 % de los pacientes con anafilaxia tiene reacciones bifásicas. Las picaduras de insectos son la principal causa conocida de anafilaxia (después de las causas idiopáticas) en pacientes con mastocitosis sistémica y aparecen especialmente (89 %) en la mastocitosis sistémica indolente.

Diagnóstico

Debe sospecharse anafilaxia cuando aparece de manera aguda (en minutos o pocas horas) un síndrome rápidamente progresivo que afecta la piel o las mucosas, o a ambas y que se acompaña de compromiso respiratorio o circulatorio. La dificultad en el diagnóstico de la anafilaxia estriba en que no hay un conjunto de signos o síntomas patognomónicos, lo que sí es típico es que se produzca una rápida progresión de la gravedad o de la intensidad de los síntomas, característica válida para niños y adultos. Hay síntomas o signos de alta sospecha, como el prurito palmo-plantar o genital. Los niños son menos proclives a manifestar compromiso circulatorio, en cambio, los síntomas respiratorios y los digestivos son predominantes en un porcentaje similar y también son los que más se asocian entre sí. La gravedad de la anafilaxia se relaciona con la rapidez en la progresión de los síntomas, con el tipo de antígeno y su vía de entrada y con los órganos afectados. Factores propios del paciente como la edad avanzada, la presencia de enfermedad respiratoria (especialmente asma) o cardiovascular, el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o con betabloqueantes y la mastocitosis de base se han asociado con reacciones graves y mayor mortalidad. Las anafilaxias

más graves son las que presentan hipoxia, hipotensión y compromiso neurológico. Por lo tanto, en la evaluación inmediata del paciente con anafilaxia es fundamental seguir los protocolos ABCDE. La anafilaxia grave se define por la presencia de cianosis, saturación de O₂ ≤ 92 % (≤ 95 % en los niños), hipotensión, confusión, hipotonía, pérdida de consciencia o incontinencia. En la anafilaxia moderada, los signos o síntomas sugieren afectación respiratoria, cardiovascular o gastrointestinal, como disnea, estridor, sibilancias, náuseas, vómitos, mareo, sudoración, opresión torácica, sensación de garganta ocupada o dolor abdominal.

Tratamiento

La Organización Mundial de la Salud clasifica a la epinefrina (adrenalina) como el medicamento esencial para el tratamiento de anafilaxia. La adrenalina se encuentra disponible en ampollas de 1 mg/mL en todos los países. Debe ser inyectada vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo, repitiendo la dosis entre los cinco y 15 minutos en caso de que la respuesta inicial no sea adecuada. El uso de adrenalina por vía intravenosa está indicado en pacientes que no responden a la inyección intramuscular repetida y reposición de volumen, individuos con hipotensión grave refractaria o síntomas de choque. Por tratarse de un fármaco con rango terapéutico tan estrecho, se debe contar con personal médico experimentado, en medio hospitalario y con estrecha monitorización cardíaca.

Según una encuesta realizada por la Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunología (SLAAI), solo Argentina y Brasil tienen autoinyectores de adrenalina disponibles comercialmente entre los países latinoamericanos encuestados; pero estos no están subsidiados por sus sistemas públicos de salud. En muchos otros países latinoamericanos, la adrenalina está disponible en ampolletas, y estas son las que se recetan para llevar para “autoadministración”, lo cual no es tan práctico como un autoinyector.

Reflexión final

La anafilaxia sigue siendo una de las emergencias médicas más subdiagnosticadas y subtratadas, especialmente en Latinoamérica, donde las limitaciones en el acceso

a recursos, la disponibilidad restringida de autoinyectores de adrenalina y las brechas en la educación sanitaria complican aún más su adecuado abordaje. En este contexto, el rol del alergólogo se vuelve esencial. El especialista no solo aporta el conocimiento clínico necesario para identificar los desencadenantes, optimizar el tratamiento y reducir el riesgo de recurrencias, sino que también actúa como un agente clave en la educación del paciente, del entorno familiar y del resto del equipo de salud.

El equipo multidisciplinario médicos de urgencias, pediatras, enfermería, paramédicos y otros profesionales también cumple una función crítica. Su capacidad para reconocer tempranamente los signos de anafilaxia y administrar adrenalina sin retrasos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Además, el fortalecimiento de la comunicación entre niveles de atención, la estandarización de protocolos y la implementación de estrategias de capacitación continua son elementos indispensables para mejorar los resultados en salud en la región.

En mi futura práctica clínica este conocimiento se vuelve una guía fundamental. Implica no solo estar preparado para manejar la anafilaxia con rapidez y seguridad, sino también fomentar la prevención mediante la educación del paciente, la prescripción adecuada de adrenalina, y la creación de planes de acción individualizados. También supone abogar por mejores políticas de acceso a autoinyectores y por la incorporación de guías adaptadas a nuestra realidad local. Integrar estos elementos me permitirá ofrecer un cuidado más seguro, oportuno y humano, contribuyendo a reducir la carga que la anafilaxia representa en nuestra población.

Referencias

Victoria Cardona, Alberto Álvarez Perea (2019). Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica Clinical Practice Guide for Anaphylaxis in Latin America. Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A. C. Revista Alergia México.