







# Shock anafiláctico en el embarazo, a propósito de un caso clínico

María Trombotti , Gabriela Bellin , Camila Viscarret\* , Paola Bonifacino , Soledad Bottaro ,  
Stephanie Viroga 

Clínica Ginecotocológica A, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República (UdelaR),  
Montevideo, Uruguay

Recepción: 29-08-2025

Aceptación: 14-01-2026

\***Correspondencia:** Camila Viscarret. camiviscarret@gmail.com

## Resumen

La anafilaxia en el embarazo es una reacción alérgica grave que puede comprometer la vida del binomio materno-fetal. Su incidencia es muy baja, pero su diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales. Entre las principales causas se encuentran los antibióticos y el hierro intravenoso; este último con alto riesgo de reacciones adversas. Se presenta el caso de una paciente de 37 años, embarazada de 36 semanas, con preeclampsia y anemia moderada, quien tras recibir hierro intravenoso desarrolló un shock anafiláctico. Se instauró tratamiento con adrenalina y líquidos intravenosos, requiriendo intubación orotraqueal. Debido al compromiso fetal persistente, se realizó cesárea de emergencia, obteniendo un recién nacido con APGAR 0-5 que ingresó a protocolo de hipotermia. La madre se recuperó sin secuelas tras siete días en cuidados intensivos y el recién nacido evolucionó favorablemente sin alteraciones neurológicas. El diagnóstico clínico de anafilaxia y la rápida instauración del tratamiento son fundamentales para reducir complicaciones. La estabilización materna con manejo de la vía aérea, fluidos y adrenalina es prioritaria. La cesárea debe considerarse en casos de compromiso fetal severo. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados materno-fetales.

**Palabras clave:** Anafilaxia en el embarazo. Shock anafiláctico. Hierro intravenoso. Cesárea de emergencia. Reacción alérgica grave.

## Introducción

La anafilaxia es la forma más grave y súbita de reacción alérgica. Consiste en una reacción de hipersensibilidad caracterizada por compromiso cardiovascular y afectación respiratoria debidos a la liberación masiva de histamina. Sin tratamiento ni medidas de soporte, puede conducir a la muerte en pocos minutos, por lo que es necesario identificar rápidamente el cuadro y aplicar las medidas de soporte necesarias<sup>1</sup>. Según datos europeos, la incidencia de anafilaxia durante el embarazo varía de 1.4 a 2.7 casos cada 100.000 habitantes. La mortalidad por anafilaxia en la población general se estima menor al 0,001%. Sin

embargo, durante el embarazo, esta asciende a 0,09 cada 100.000 nacidos vivos<sup>2</sup>. Durante el embarazo se dan cambios inmunológicos debidos en parte al aumento de la progesterona, que conllevan cierta predisposición a la anafilaxia en mujeres embarazadas<sup>3</sup>. Según una revisión sistemática, la causa más común de shock anafiláctico debido a medicamentos son los antibióticos, debido a su alta incidencia de uso. Sin embargo, el hierro intravenoso, a pesar de ser usado con menor frecuencia, se relaciona en una proporción mayor de reacciones anafilácticas<sup>4</sup>. El diagnóstico es clínico y debe hacerse con rapidez, instaurando rápidamente medidas que traten y eviten complicaciones

tanto a nivel fetal como materno. La forma de presentación puede variar, incluyendo síntomas respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicos. La hipotensión materna asociada a la vasoconstricción potente causada por la liberación masiva de histamina genera hipoxia fetal, resultando en encefalopatía hipóxico-isquémica o incluso la muerte fetal de no instaurarse medidas oportunas y eficaces<sup>5</sup>. Es por este motivo que un rápido reconocimiento de los síntomas resulta fundamental en el pronóstico tanto materno como fetal.

## Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 37 años de edad, procedente de Montevideo, Uruguay. Monorrena izquierda por absceso renal en 2017, sin alergias a fármacos ni alimentos conocidos. Tabáquista. Se encontraba ingresada en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell cursando un embarazo de 36 semanas de edad gestacional. Mal tolerado por síndrome de preeclampsia/eclampsia (SPE). Como antecedentes obstétricos, dos embarazos previos y dos partos vaginales sin complicaciones.

Ingresada para valoración por SPE; durante la internación, la paciente presenta anemia moderada de 8.8 mg/dl, recibiendo tratamiento con hierro vía oral sin mejoría. Es valorada por un equipo multidisciplinario integrado por ginecología y hemoterapia. Se decide tratamiento con hierro sacarato intravenoso 200 mg/día. Durante la administración de la primera dosis del mismo, la paciente presenta sensación de disnea, opresión torácica y dolor abdominal inespecífico. Se instalan las primeras medidas terapéuticas: se suspende de forma inmediata la administración del fármaco, se constatan las constantes vitales PA 110/60 mmHg, FC 110 lpm, TAX 36 °C, SAT O<sub>2</sub> 98% al aire. Se administra 500 mg de hidrocortisona intravenosa y 8 mg de clorfeniramina intravenosa. A pesar del tratamiento instaurado, asocia desasosiego y sensación de muerte inminente. También edema de cara, a predominio de labios, descenso de la saturación de O<sub>2</sub> a 85%, acompañándose de hipotensión PA 60/40 mmHg y, posteriormente, tendencia al sueño. Se coloca O<sub>2</sub> con MFL a 15 L/min y se inicia reposición con suero fisiológico intravenoso. En dicho contexto se constata bradicardia fetal de 60 lpm. Con diagnóstico de shock anafiláctico secundario a hierro intravenoso, se decide llevar a la paciente a área de recuperación anestésica para estabilización de la paciente y manejo en conjunto con equipo interdisciplinario integrado por anestesiología, ginecología, neonatología y enfermería. Se inicia tratamiento con adrenalina 0.5 mg IV. Se constata edema de glotis, por lo que se realiza intubación orotraqueal (IOT). Requiere inotrópicos para estabilización hemodinámica. Luego de paciente estabilizada

y persistiendo bradicardia fetal, se realiza cesárea de emergencia, recepcionando un recién nacido de 2400 gramos con APGAR 0 - 5 al minuto y a los 5 minutos respectivamente, que requiere IOT. Gasometría al nacimiento: pH menor a 6,8, PCO<sub>2</sub> mayor a 125 mmHg, BE incalculable, HCO<sub>3</sub> incalculable, PO<sub>2</sub> 11 mmHg, lactato 10,6 mmol/l. En lo neurológico presenta una encefalopatía hipóxico-isquémica; se inicia protocolo de hipotermia a la hora de vida con recalentamiento a las 72 horas sin complicaciones. La paciente es trasladada a CTI bajo IOT. Presentando en CTI buena evolución clínica y paraclínica, es extubada a los 7 días del episodio sin secuelas neurológicas. Buena evolución posterior. El recién nacido presenta buena evolución neurológica; se realiza RNM de cráneo sin alteraciones.

## Discusión

La anafilaxia es una reacción alérgica severa y potencialmente fatal. La mayoría de las anafilaxias son mediadas por inmunoglobulina E<sup>6</sup>. El diagnóstico de reacción anafiláctica, así como determinar el alérgeno responsable, puede resultar desafiante en la práctica clínica. Las reacciones anafilácticas pueden variar desde reacciones cutáneas leves hasta un shock anafiláctico letal. Las situaciones de emergencia requieren una rápida interpretación de la sintomatología y un oportuno tratamiento<sup>7</sup>.

Como se muestra en la **Figura 1**, la incidencia de anafilaxia alérgica es menor en las edades extremas de la vida.

La anafilaxia durante el embarazo puede ser en respuesta al veneno de insectos, látex, alimentos, fármacos o drogas. Dentro de los medicamentos, la causa más frecuente de anafilaxia son los antibióticos y, dentro de ellos, la penicilina<sup>8</sup>.

El diagnóstico de anafilaxia es clínico, pudiendo apoyarnos en paraclínica. Sin embargo, esta no es necesaria para el diagnóstico y probablemente retrase las medidas terapéuticas. La anafilaxia es un trastorno multisistémico que produce signos y síntomas clínicos centrados en la piel, los sistemas respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal y nervioso central que se resumen en la **Tabla 1**.

La historia médica del paciente puede influenciar la naturaleza y severidad del cuadro clínico. Los pacientes asmáticos son más propensos al broncoespasmo, mientras que aquellos con enfermedades cardíacas preexistentes o que están en tratamiento con bloqueadores beta adrenérgicos desarrollan con mayor frecuencia hipotensión severa y shock<sup>1</sup>. En el caso de nuestra paciente, se asoció el antecedente de ser tabaquista intensa, dificultando también su mejoría del intercambio gaseoso durante su estadía en el CTI, alargando la asistencia ventilatoria 7 días.

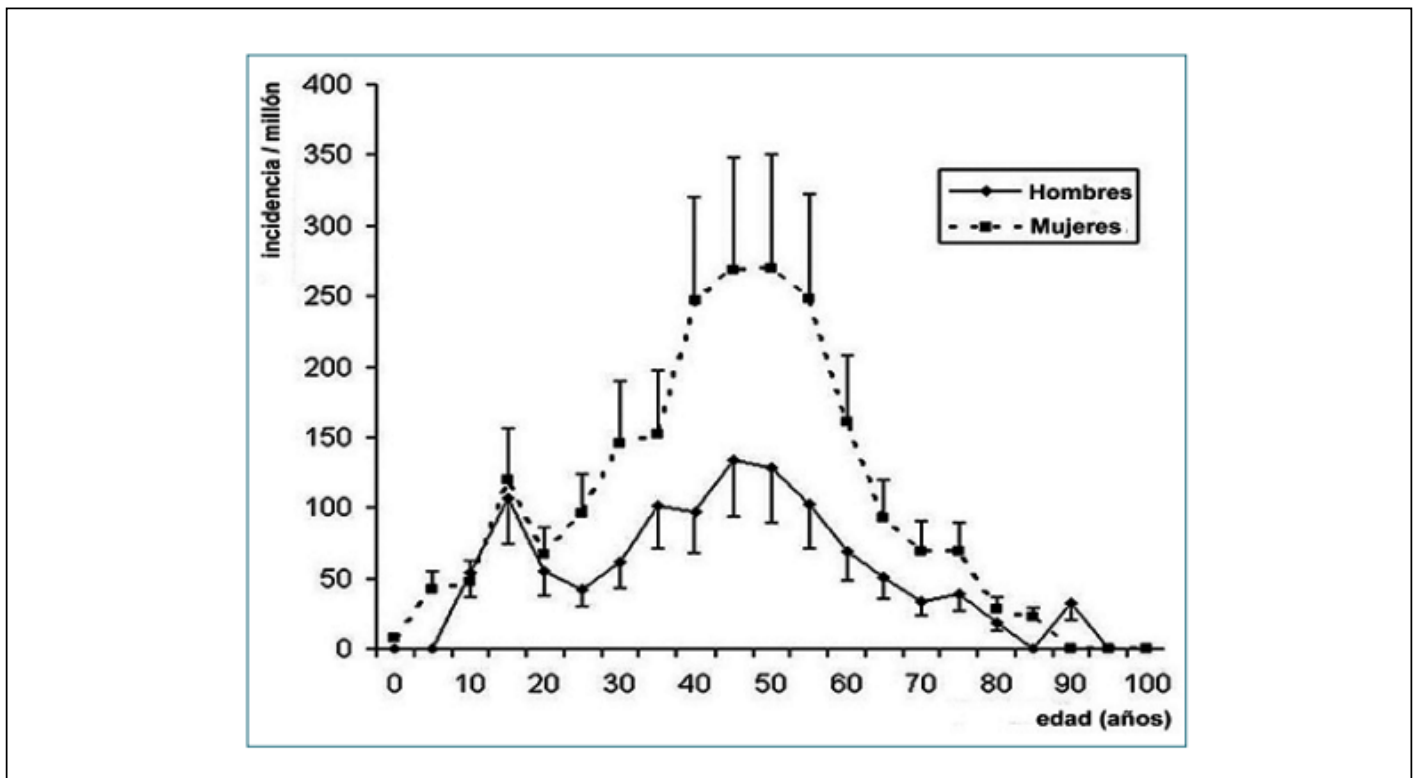


Figura 1. Extraído de Bustamante Bozzo R. Anafilaxia y shock anafiláctico<sup>6</sup>.

Tabla 1. Signos y síntomas en un cuadro de anafilaxia.

Sistema afectado	Síntomas y signos de anafilaxia
<b>Piel, tejido subcutáneo y mucosas</b>	Enrojecimiento, picazón, urticaria, angioedema, erupción morbiliforme, erección pilosa. Picazón periorbitaria, eritema y edema, eritema conjuntival, lagrimeo. Picazón de labios, lengua, paladar y canales auditivos externos; hinchazón de labios, lengua y úvula. Picazón en genitales, palmas y plantas de los pies.
<b>Respiratorio</b>	Picazón nasal, congestión, rinorrea, estornudos. Picazón y opresión en la garganta, disfonía, estridor, tos seca y entrecortada. Vías respiratorias bajas: aumento de la frecuencia respiratoria, falta de aire, opresión en el pecho, tos, sibilancias/broncoespasmo, disminución del flujo espiratorio máximo. Cianosis. Paro respiratorio.
<b>Gastrointestinal</b>	Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, disfagia.
<b>Sistema cardiovascular</b>	Dolor en el pecho. Taquicardia, bradicardia (menos común), otras arritmias, palpitaciones. Hipotensión, sensación de desmayo, incontinencia urinaria o fecal, shock. Paro cardíaco.
<b>Sistema nervioso central</b>	Sensación de fatalidad inminente, inquietud (en lactantes y niños, cambios de comportamiento súbitos, por ejemplo, irritabilidad, interrupción del juego, apego al cuidador). Cefalea pulsátil, alteración del estado mental, mareo, confusión, visión en túnel.
<b>Otros</b>	Sabor metálico en la boca. Contracciones uterinas y sangrado.

Extraída de World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis<sup>14</sup>.

**Tabla 2.** Signos y síntomas en un cuadro de anafilaxia.

<b>Criterio</b>	<b>Manifestaciones clínicas</b>
Problema de la vía aérea potencialmente mortal	Edema laríngeo o faríngeo Voz ronca Estridor
Problema respiratorio potencialmente mortal	Dificultad para respirar y aumento de la frecuencia respiratoria Sibilancias (laringoespasmo o broncoespasmo) Disminución de la saturación de oxígeno Confusión secundaria a hipoxia Cianosis Agotamiento respiratorio o paro respiratorio
Problema circulatorio potencialmente mortal	Signos de choque (desmayo, palidez, piel húmeda) Taquicardia > 100 latidos por minuto Presión sistólica < 90 mmHg o presión diastólica < 60 mmHg o hipotensión medida Disminución del nivel de conciencia Signos de isquemia en el ECG Paro cardíaco

Extraído de *Anaphylaxis in pregnancy: a population-based multinational study*<sup>12</sup>.

### Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

En cuanto a la fisiopatología, la primera fase del shock anafiláctico corresponde a la de un shock hiperdinámico con taquicardia, disminución de la resistencia vascular sistémica y vasodilatación arteriolar periférica, que produce una disminución del retorno venoso y del gasto cardíaco. Esta fase es seguida por otra donde predomina la hipotensión, con shock hipovolémico que se desarrolla secundariamente a la extravasación transcápilar de plasma. El retraso del tratamiento o un manejo incorrecto pueden ocasionar hipoxia tisular, que conduce a una falla orgánica múltiple que culmina en un shock que no responde a tratamiento médico<sup>1</sup>.

Se han propuesto varios sistemas de clasificación para evaluar la gravedad de los signos y síntomas de la anafilaxia. El más antiguo es propuesto por Ring y Messmer<sup>9</sup>, detallados a continuación:

- Grado I: Signos cutaneomucosos generalizados: eritema, urticaria con o sin edema angioedémico.
- Grado II: Daño multiorgánico moderado, con signos cutaneomucosos, hipotensión y taquicardia moderada, hiperreactividad bronquial (tos, disnea).
- Grado III: Daño multiorgánico grave, con riesgo vital (taquicardia o bradicardia, arritmias, broncoespasmo, colapso cardiovascular). Los signos cutáneos pueden estar ausentes o aparecer solo después de la recuperación de la presión arterial.
- Grado IV: Colapso cardiocirculatorio. Paro cardiorrespiratorio.

Cunlin Wang et al.<sup>10</sup> encontraron una incidencia de anafilaxia de 68 cada 100.000 personas expuestas

a hierro dextrosa comparado con 24 cada 100.000 habitantes en el grupo hierro sacarosa. El OR fue de 2,6 luego de realizar ajustes por edad y antecedentes personales. En general, las reacciones secundarias al hierro intravenoso se han atribuido a una rápida infusión con sobresaturación de la transferrina y al hierro libre, que es el responsable de la toxicidad y de las reacciones vasomotoras. Por eso resulta fundamental la dosis total de hierro a administrar, así como la velocidad de infusión. Según una revisión realizada por el Departamento de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas, el hierro carboximaltosa tendría una mejor tolerancia. En relación con las reacciones de hipersensibilidad habituales con los preparados de hierro parenteral, se plantea un menor riesgo teórico del mismo con hierro carboximaltosa, dado que los complejos de hierro liberan mínimas cantidades de hierro iónico al plasma; esta estabilidad es lo que permitiría la administración a altas dosis. El hierro sacarosa pertenece a un grupo de preparaciones menos estables. La estabilidad del preparado se correlaciona con menor riesgo de hipersensibilidad. Sin embargo, existen pocos ensayos clínicos que comparan los efectos adversos de ambos tipos de hierro<sup>11,12</sup>. En nuestro caso, la paciente recibió hierro sacarato IV, lo cual se asociaría a un mayor riesgo de efectos adversos del tipo de hipersensibilidad. Existe escasa evidencia sobre anafilaxia en embarazadas. Según una revisión sistemática sobre anafilaxia, se encontraron 2 casos relacionados con la administración intravenosa de hierro, de los cuales uno resultó en muerte materna<sup>13</sup>. En otro reporte de caso se evidencia la rápida progresión y potencial gravedad de estos cuadros; reporta el caso de una paciente de 20 años embarazada que presenta un shock anafiláctico al hierro intravenoso sacarato, falleciendo a las 24

horas de administrado el hierro de paro cardiorrespiratorio, aun habiendo sido instaladas oportunamente las medidas terapéuticas y de soporte. Esto refuerza el concepto, no solo de que una rápida instauración de las medidas es fundamental, sino también como en los casos de mujeres embarazadas estos cuadros tienden a revestir mayor gravedad por lo explicado anteriormente. Evolución que tienden a tener estos cuadros durante el embarazo<sup>14</sup>.

En cuanto al tratamiento, el primer gesto terapéutico debe ser siempre interrumpir el fármaco que se está administrando. En segundo lugar, debemos realizar una valoración sistemática y escalonada, comenzando por el abordaje de la vía aérea. Debemos garantizar una vía aérea permeable, incluso mediante la intubación orotraqueal si esta es necesaria; se deberá colocar oxígeno con máscara de flujo libre para garantizar una adecuada saturación de O<sub>2</sub> para prevenir la hipoxia fetal y materna. Si es necesario, administrar broncodilatadores inhalados. En segundo lugar, debemos estabilizar hemodinámicamente al paciente; para eso es necesario colocar dos vías venosas periféricas gruesas y comenzar una rápida reposición con cristaloideos<sup>15</sup>. De forma particular, en el caso de mujeres embarazadas, lo más importante será: mantener una tensión arterial sistólica superior a 90 mmHg para garantizar el flujo placentario, adoptar el decúbito lateral izquierdo con los miembros e iniciar la monitorización fetal de forma continua<sup>16</sup>.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la mayor parte de los protocolos coincide en la utilización de adrenalina intramuscular asociada con antihistamínicos como primera línea de tratamiento para revertir el broncoespasmo, en dosis única o repetidas cada 15-30 minutos o, incluso, en perfusión continua, en función de la evolución del paciente. Otros fármacos considerados de segunda línea en el tratamiento de la anafilaxia son los glucocorticoides, de acción más lenta que la adrenalina, pero más sostenida. Entre los glucocorticoides, la metilprednisolona es la primera elección, seguida de hidrocortisona. En nuestro caso, dado que no contábamos con adrenalina, en primera instancia se realizó tratamiento con hidrocortisona en vistas a no demorar el inicio de medidas terapéuticas. En segunda instancia, con la paciente ya en block y dado que no presentó mejoría clínica, se decidió el uso de adrenalina IV.

A pesar de esta línea piramidal de tratamiento, debe considerarse que la indicación de adrenalina a una mujer embarazada, por su potente efecto vasoconstrictor, puede resultar controvertida debido a que disminuye el flujo placentario aumentando el lactato sérico y, dado que aumenta la frecuencia cardiaca, conlleva un mayor aumento de oxígeno a nivel cardiaco<sup>17</sup>.

En los casos de anafilaxia resistente al tratamiento médico o en que se observan signos de sufrimiento fetal, está indicada la cesárea de urgencia, tomando en consideración la edad gestacional y los riesgos propios de la prematuridad en el centro donde tenga lugar el cuadro clínico. Este fue el caso de nuestra paciente, en la que, luego de lograr estabilizarla y asegurar vía aérea con IOT, y dada la persistencia de la bradicardia fetal, realizamos la cesárea de emergencia.

Las consecuencias de la reacción anafiláctica en la madre no diferirán mucho de las que se originan en la mujer no gestante. Su importancia radica en que el daño va a repercutir también en el feto. La histamina, liberada de forma masiva en estos cuadros, a nivel de vasos placentarios y umbilicales, es más potente como vasoconstrictor que la adrenalina; por tanto, la oxigenación fetal se afecta de dos maneras: directamente debido a la hipoxemia materna, y de manera indirecta por la hipotensión arterial y la vasoconstricción periférica. Al principio, el feto compensa esta disminución de flujo uterino mediante la redistribución sanguínea hacia los órganos vitales, mediante el aumento de captación de oxígeno y de su liberación a los tejidos y disminuyendo los movimientos fetales.

Cuando se superan estos mecanismos fetales de compensación, aumenta el riesgo de encefalopatía hipóxico-isquémica al nacimiento y de daño irreversible en el sistema nervioso central. Otro posible efecto en el feto es la prematuridad, ya que los mediadores de inflamación liberados, junto con la histamina (tromboxano A<sub>2</sub>, serotonina, bradicinina, PGF<sub>2</sub> alfa), actúan en la musculatura lisa uterina generando contracciones uterinas dolorosas. Esto conlleva un aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal<sup>18,19</sup>.

Es necesario recordar la importancia de la notificación de reacciones adversas a los sistemas pertinentes, en nuestro país al sector de farmacovigilancia del Ministerio de Salud Pública<sup>20</sup>. En los casos de anafilaxia, esto cobra especial relevancia para poner en marcha un plan de gestión de riesgos, para identificar posibles causantes, así como alertar a la población o establecer planes de reducción de riesgo.

## Conclusiones

El diagnóstico de anafilaxia se realiza clínicamente ante la presencia de los signos y síntomas mencionados anteriormente. Ante la sospecha clínica de anafilaxia, las medidas terapéuticas deben ser rápidamente instauradas, valorando en todo momento la respuesta materna y fetal a las mismas. Resulta fundamental en primera instancia convocar a un equipo multidisciplinario que incluya ginecólogos, anestelistas e internistas, de ser posible. Como medidas generales, se enfatiza la necesidad de mantener una

SatO<sub>2</sub> por encima de 95% y una PAD por encima de 90 mmHg. Como tratamiento farmacológico de primera elección se recomienda la adrenalina, luego los corticosteroides y los antihistamínicos en función de la gravedad del cuadro. La pérdida del bienestar fetal mantenida obliga a la extracción fetal urgente mediante cesárea, en función de la edad gestacional y asumiendo los riesgos derivados de la prematuridad. Una actitud expectante es posible cuando se observa la recuperación materna y fetal a corto plazo, con seguimiento continuo y estricto del bienestar materno-fetal. Resulta fundamental el reporte de casos de anafilaxia y la revisión y auditoría de las conductas tomadas en búsqueda de mejorar los resultados y el manejo de estas situaciones que, si bien son relativamente infrecuentes, resultan en una alta morbi-mortalidad materna y fetal. En cuanto a prevención primaria, resulta fundamental que, en aquellos casos en los que esté indicado realizar tratamiento intravenoso con hierro, independientemente del tipo de preparado, este sea administrado bajo supervisión médica en un centro de salud que esté capacitado para brindar atención ante la eventualidad de una reacción anafiláctica; así como es de suma importancia en la prevención de esta patología la administración en dosis y posología adecuadas a un ritmo de infusión lento.

### Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

### Contribución de autoría

Camila Viscarret: Conceptualización, redacción del manuscrito original, edición y revisión posterior.

Paola Bonifacino: análisis formal, revisión crítica del contenido, redacción del manuscrito original.

Maria Trombotti: Supervisión metodológica, revisión crítica, interpretación clínica de resultados.

Gabriela Bellin: Interpretación clínica de resultados, revisión crítica, supervisión metodológica.

Soledad Bottaro: Supervisión general del proyecto, revisión crítica del manuscrito.

Stephanie Viroga: Supervisión general del proyecto, revisión crítica del manuscrito.

Todos los firmantes han contribuido en al menos dos etapas del proceso, cumpliendo los criterios para autoría.

### Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento de la paciente para la redacción y publicación de este artículo. Las autoras declaran no poseer conflictos de interés para la realización de este trabajo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

### Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

### Referencias

1. Ferreres-García K, León-Luis J, Seoane E, García-Marqués E, Sanjuan C, Ortiz-Quintana L. Choque anafiláctico en una gestante en el tercer trimestre de embarazo. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82:188-193.
2. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Brockow K, Fernández Rivas M, et al. Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2014;69(8):1026-45.
3. Meggs WJ, Pescovitz OH, Metcalfe D, Loriaux DL, Cutler G Jr, Kaliner M. Progesterone sensitivity as a cause of recurrent anaphylaxis. *N Engl J Med.* 1984;311(19):1236-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1056/NEJM198411083111907>
4. Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Brockow K, Fernández Rivas M, et al. Anaphylaxis: Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy.* 2014;69(8):1026-45.
5. Chaudhuri K, Gonzales J, Jesfxzurun CA, et al. Anaphylactic shock in pregnancy: a case study and review of the literature. *Int J Obstet Anesth.* 2008;17:350-7.
6. Bustamante Bozzo R. Anafilaxia y shock anafiláctico. *Rev Chil Anest.* 2021;50:27-55. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanstv50n01-04>
7. Simionescu AA, Danciu BM, Stanescu AMA. Severe Anaphylaxis in Pregnancy: A Systematic Review of Clinical Presentation to Determine Outcomes. *J Pers Med.* 2021;11(11):1060. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jpm11111060>
8. Berardi A, et al. Maternal anaphylaxis and fetal brain damage after intrapartum chemoprophylaxis. *J Perinat Med.* 2004;32:375-7.
9. Ring J, Messmer K. Incidence and severity of anaphylactoid reactions to colloid volume substitutes. *Lancet.* 1977;1(8009):466-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(77\)91953-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(77)91953-5)
10. Wang C. Comparative risk of anaphylactic reaction associated with intravenous iron products. *JAMA.* 2015;314(19):2062-8. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jama.2015.15572>
11. Reacción adversa por la administración intravenosa de hierro: ¿hipersensibilidad o efecto secundario? *Nefrología.* 2012. Disponible en: <http://doi.org/10.3265/Nefrología.pre2012.Jun.11557>
12. Centro de Información de Medicamentos, Departamento de Farmacología y Terapéutica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Hierro carboximaltosa [Internet]. Montevideo; 2018 dic 13 [citado 2025 mar 6].
13. Simionescu AA, Danciu BM, Stanescu AMA. Severe Anaphylaxis in Pregnancy: A Systematic Review of Clinical Presentation to Determine Outcomes. *J Pers Med.* 2021;11(11):1060. Disponible en: <http://doi.org/10.3390/jpm11111060>
14. Soufras GD, Kounis GN, Kounis NG. Fatal anaphylactic reaction to iron sucrose in pregnancy: iron-induced Kounis syndrome. *Indian J Pharmacol.* 2013;45(6):642-3. Disponible en: <http://doi.org/10.4103/0253-7613.121393>
15. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World allergy organization guidelines for the

- assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011;4(2):13–37.
16. Anchor J, Settipane RA. Appropriate use of epinephrine in anaphylaxis. *Am J Emerg Med.* 2004;22(7):488–90.
17. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2011;4(2):13–37. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/WOX.0b013e318211496c>
18. Ferreres-García K, León-Luis J, Seoane E, García-Marqués E, Sanjuan C, Ortiz-Quintana L. Choque anafilático en una gestante en el tercer trimestre de embarazo. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82:188-193
19. Simons FER, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy: current perspectives. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;130(3):597-606. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.06.035>
20. Notificación de eventos adversos a medicamentos. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/notificacion-evento-s-adversos-medicamentos>

---

## Anaphylactic shock in pregnancy, a case report

### Abstract

Anaphylaxis in pregnancy is a severe allergic reaction that can compromise maternal and fetal life. Its incidence is low, but timely diagnosis and treatment are essential. The main causes include antibiotics and intravenous iron, the latter carrying a high risk of adverse reactions. We present the case of a 37-year-old patient, 36 weeks pregnant, with preeclampsia and moderate anemia, who developed anaphylactic shock with respiratory distress, hypotension, and fetal bradycardia after receiving intravenous iron. Treatment was initiated with adrenaline intravenous fluids requiring orotracheal intubation. Due to persistent fetal distress, an emergency cesarean section was performed, delivering a newborn with an APGAR score of 0-5, who was placed under a hypothermia protocol. The mother recovered without complications after seven days in intensive care, and the newborn evolved favorably without neurological abnormalities. The clinical diagnosis of anaphylaxis and the rapid initiation of treatment are crucial to reducing complications. Maternal stabilization, including airway management, fluids, and adrenaline, is a priority. A cesarean section should be considered in cases of severe fetal distress. This case highlights the importance of a multidisciplinary approach to optimizing maternal-fetal outcomes.

**Keywords:** Anaphylaxis in pregnancy. Anaphylactic shock. Intravenous iron. Emergency cesarean section. Severe allergic reaction.

---

## Choque anafilático na gravidez: a propósito de um caso clínico

### Resumo

A anafilaxia na gravidez é uma reação alérgica grave que pode comprometer a vida do binómio materno-fetal. A sua incidência é muito baixa, mas o seu diagnóstico e tratamento oportunos são essenciais. Entre as principais causas encontram-se os antibióticos e o ferro intravenoso; este último com alto risco de reações adversas.

Apresenta-se o caso de uma paciente de 37 anos, grávida de 36 semanas, com pré-eclâmpsia e anemia moderada, que após receber ferro intravenoso desenvolveu um choque anafilático. Foi instaurado tratamento com adrenalina e fluidos intravenosos, necessitando de intubação orotraqueal. Devido ao compromisso fetal persistente, realizou-se uma cesariana de emergência, obtendo-se um recém-nascido com APGAR 0-5 que ingressou no protocolo de hipotermia.

A mãe recuperou-se sem sequelas após sete dias em cuidados intensivos e o recém-nascido evoluiu favoravelmente sem alterações neurológicas.

O diagnóstico clínico de anafilaxia e a rápida instauração do tratamento são fundamentais para reduzir complicações. A estabilização materna com manejo da via aérea, fluidos e adrenalina é prioritária. A cesariana deve ser considerada em casos de compromisso fetal grave. Este caso destaca a importância da abordagem multidisciplinar para otimizar os resultados materno-fetais.

**Palavras-chave:** Anafilaxia na gravidez. Choque anafilático. Ferro intravenoso. Cesariana de emergência. Reação alérgica grave.