

FORMACIÓN PRÁCTICA EN ALERGOLOGÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Manuel Alcántara Villar
(Coordinador)



CAPÍTULO 8

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ALERGOLOGÍA

MANUEL ALCÁNTARA VILLAR, MARÍA ANTONIA NAVARRETE DEL PINO
Y LUIS PALACIOS COLOM

Unidad de Alergología. Complejo Hospitalario de Jaén

1. Introducción

Los médicos de atención primaria y los Servicios de urgencias atienden de forma habitual en sus consultas a muchos pacientes con síntomas de origen alérgico (se estima que en España una de cada cuatro personas padece algún tipo de enfermedad alérgica), y aunque una parte importante de la demanda va a ser resuelta por estos profesionales, en muchos casos es necesaria la derivación a una consulta de alergología, con el objetivo de proveer a los pacientes alérgicos de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud.

La derivación de pacientes a los servicios de Alergología plantea una reflexión sobre los recursos materiales y humanos de los que disponemos, y si los circuitos de derivación entre los distintos niveles asistenciales, son los más adecuados para los pacientes y los profesionales.

Para asegurar una adecuada coordinación entre niveles asistenciales, es importante unificar pautas de actuación, criterios de derivación y seguimiento de la patología alérgica más frecuente.

En este capítulo expondremos los criterios de derivación de las enfermedades alérgicas más frecuentes:

- Rinitis alérgica
- Asma bronquial
- Urticaria
- Angioedema
- Reacciones alérgicas a medicamentos
- Reacciones alérgicas a alimentos
- Reacciones alérgicas a picadura de insecto
- Dermatitis atópica
- Anafilaxia

2. Rinitis alérgica

2.1. Manejo inicial en AP

La rinitis alérgica es una de las afecciones más comunes por las que los pacientes buscan atención médica, de hecho, es el primer motivo de consulta en consultas de Alergología. También representa una de las primeras causas de absentismo escolar y laboral, de baja productividad y de una calidad de vida notablemente inferior. A pesar de ello, la rinitis ha sido considerada tradicionalmente, como una enfermedad leve y, en muchos casos, como un proceso trivial.

El diagnóstico de sospecha de la rinitis alérgica se suele establecer provisionalmente por los signos y síntomas típicos (prurito nasal, estornudos en salvas,

rinorrea acuosa y congestión nasal), junto con los antecedentes de exposición a alérgenos tanto de interior como exterior.

El diagnóstico diferencial de la rinitis alérgica, se debe realizar con otras formas de rinitis: idiopática, ocupacional no alérgica, hormonal, infecciosa, atrófica, irritativa, etc.

El tratamiento consiste en la aplicación de medidas de evitación del alérgeno/os (control ambiental) y en la administración de tratamiento farmacológico sobre todo con antihistamínicos (de elección los no sedativos o de última generación) y/o esteroides tópicos nasales (Figura 1).

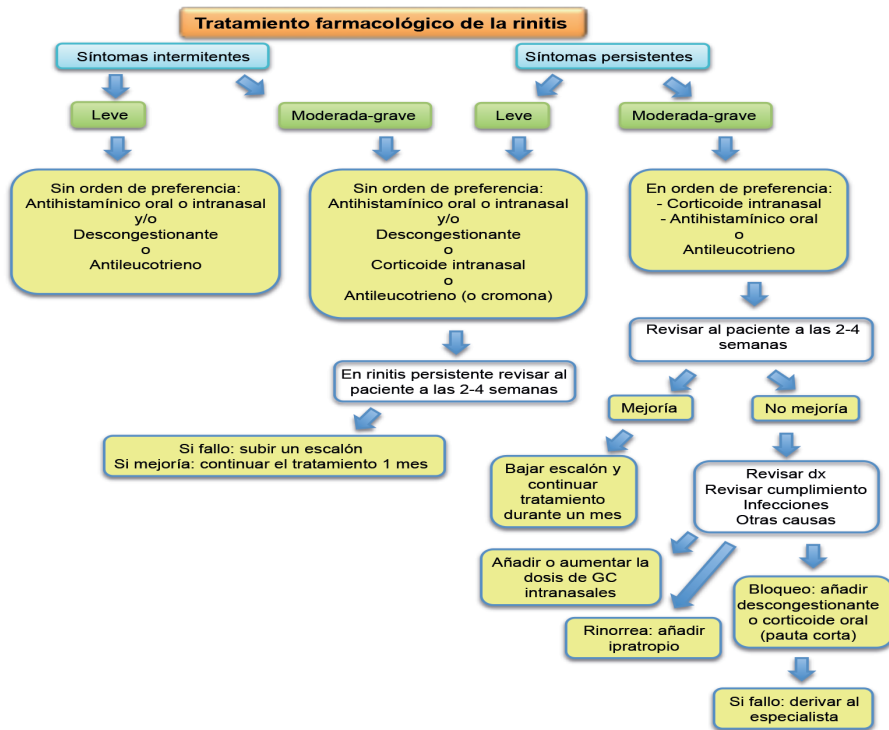


Figura 1. Tratamiento escalonado de la rinitis alérgica
(Modificado de BOUSQUET, J., et al. (2008), *Allergy* 63, pp. 8-160).

Si la rinitis se asocia a conjuntivitis alérgica, se recomienda añadir un anti-histamínico ocular.

En rinitis estacional se recomienda iniciar el tratamiento antes de la exposición al alérgeno (una o dos semanas antes del inicio de la sintomatología).

2.2. Criterios de derivación

La derivación de un paciente con rinitis alérgica (Figura 2) debe realizarse si se dan alguna de estas situaciones:

- Ausencia de alivio de síntomas con el uso regular de la medicación, tras 30 días de tratamiento continuado y/o recurrencia de los síntomas en la misma estación en, al menos, 2 años consecutivos.
- Posible indicación de inmunoterapia.
- Existencia de efectos secundarios intolerables a la medicación.
- Sospecha de etiología ocupacional.
- Comorbilidad de tipo alérgico: especialmente conjuntivitis, asma bronquial y alergia a alimentos.

2.3. Manejo en la unidad de alergología

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), radiológicas o citológicas si las precisara y ajustará el tratamiento sintomático.

Si el alérgeno no es evitable se instaurará, si la clínica lo precisa, tratamiento con una inmunoterapia específica. La inmunoterapia con aeroalérgenos es un tratamiento eficaz en la rinitis alérgica, que además, ha demostrado que reduce la progresión de la rinitis al asma (Un 40% o más de los que presentan rinitis o rinoconjuntivitis alérgica están en riesgo elevado de desarrollar asma si se deja evolucionar el proceso) y la aparición de nuevas sensibilizaciones.

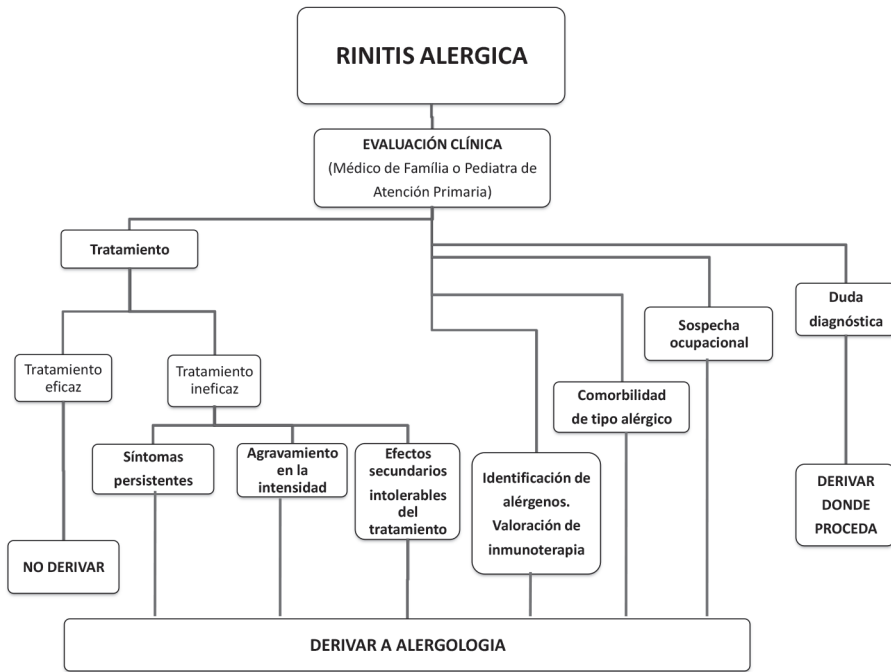


Figura 2. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con rinitis alérgica.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGÍA
ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

3. Asma bronquial

3.1. Manejo inicial en AP

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la edad adulta, y la más frecuente en la infancia.

Existe una clara relación entre asma y alergia, así la presencia de atopia aumenta la probabilidad de asma hasta 10-20 veces. De todos modos muchos

asmáticos no son atópicos y no todos los atópicos desarrollan asma (sólo un 25-30% de los niños sensibilizados desarrollan asma).

El diagnóstico de sospecha de asma se basa en la presencia de síntomas y signos clínicos característicos como disnea, tos, sibilancias y opresión torácica, habitualmente variables y de predominio nocturno o de madrugada, y en la utilización de pruebas de función pulmonar, como la espirometría para objetivar la obstrucción al flujo aéreo.

Se sospechará un origen alérgico del asma en los siguientes casos:

- Sintomatología tras exposición a un determinado alérgeno.
- Clínica de conjuntivitis o rinitis asociada al asma.

En todo paciente asmático con síntomas persistentes, se debería realizar un estudio alergológico, cuyo objetivo es determinar la existencia de alérgenos que influyan en el desarrollo del asma o de sus exacerbaciones, pudiendo adoptar medidas de evitación o valorar la indicación de inmunoterapia.

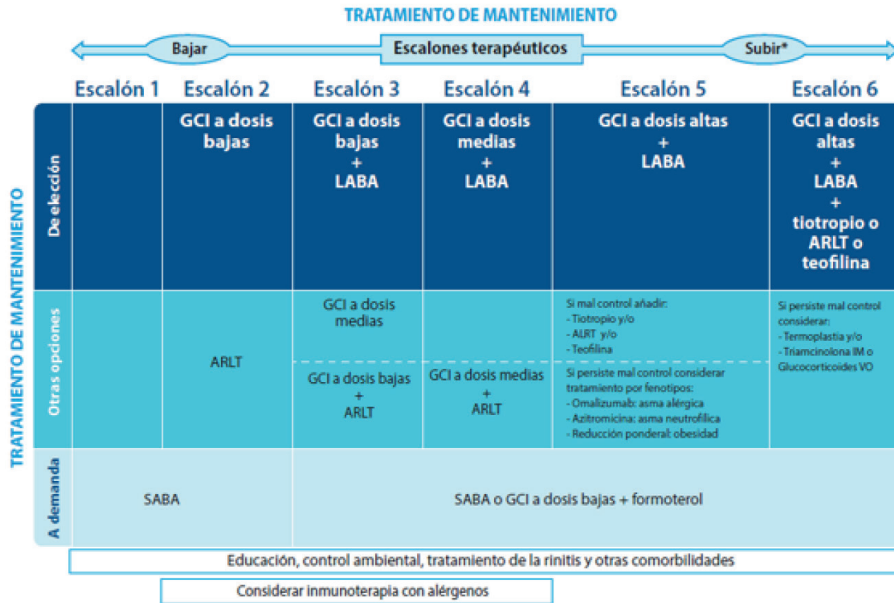
La actitud terapéutica en AP del asma bronquial alérgico será:

- Educación del paciente. Es aconsejable que los enfermeros realicen una adecuada educación para la salud, enfatizando el papel del paciente en el propio manejo de la enfermedad.
- Control ambiental: la intervención a nivel ambiental ha tenido resultados variables aunque, en general, poco efectivos por lo que no se recomienda su realización como intervención aislada, aunque es indudable la mejoría de los síntomas cuando se consigue reducir la exposición.
- Controlar la rinitis alérgica, si existe.
- Tratamiento farmacológico: se debe tratar el asma según su gravedad y grado de control, con los fármacos más adecuados según la guías de tratamiento del asma (Figura 3 y 4).

3.2. Criterios de derivación

Los criterios para una interconsulta a alergología (Figura 5) que propone el Proceso integral Asma, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía son:

- Pacientes con asma asociado a otras enfermedades atópicas (rinoconjuntivitis, dermatitis atópica, alergia alimentos).



*tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo del inhalador/es

Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: Antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: Glucocorticoide inhalado, LABA: Agonista β_2 -adrenérgico de acción larga; SABA: Agonista β_2 -adrenérgico de acción corta.

Figura 3. Tratamiento escalonado del asma según GEMA.
(Fuente: *Guía Española para el manejo del Asma -Gema 4.0.*)

- Diagnóstico diferencial o de una patología asociada (comorbilidad).
- Pacientes con sospecha de asma y alergia, para confirmación diagnóstica.
- Paciente con diagnóstico de asma y alergia, para valorar indicación de inmunoterapia:
 - Comprobación de que la evitación de la exposición no es suficiente para el control de los síntomas.
 - Sin buen control del asma a pesar de un tratamiento farmacológico estándar correcto.

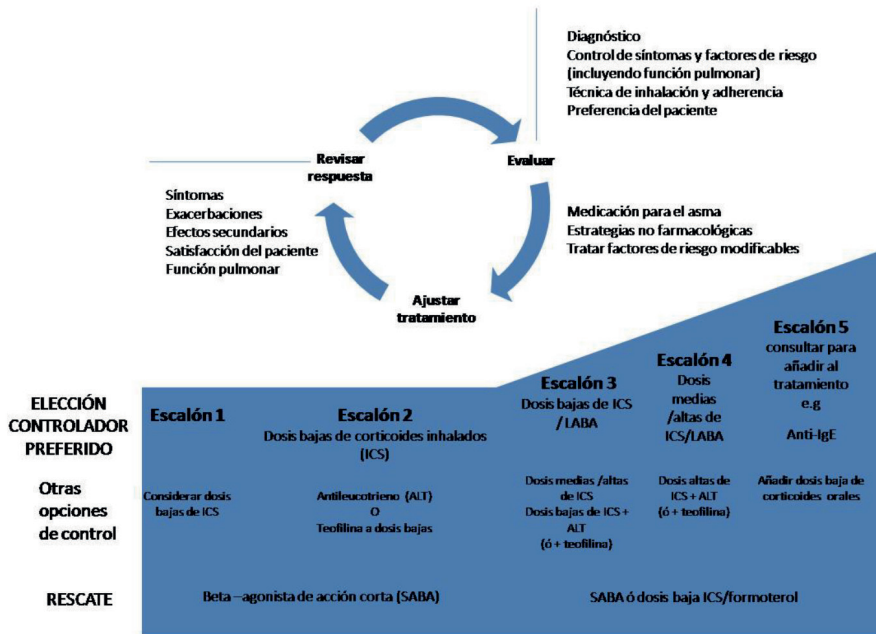


Figura 4. Tratamiento escalonado del asma según GINA.

(Fuente: *Global Initiative for Asthma –GINA 2014*).

3.3. Manejo en la unidad de alergología

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), pruebas funcionales respiratorias, pruebas provocación específica, radiológicas o citológicas si las precisara y ajustará el tratamiento sintomático y pautará inmunoterapia (si estuviese indicado).

La Inmunoterapia, está indicada en asma alérgica bien controlada con niveles bajos de tratamiento (escalones 2-4), recomendación con nivel de evidencia A. Este tipo de tratamiento etiológico es eficaz en rinitis y asma, y se considera que es costeefectivo para reducir la sintomatología, la necesidad de medicación, el umbral de reactividad ante el alérgeno responsable y mejorar la calidad de vida del paciente. Se suele mantener entre tres y cinco años (si la respuesta es satisfactoria).

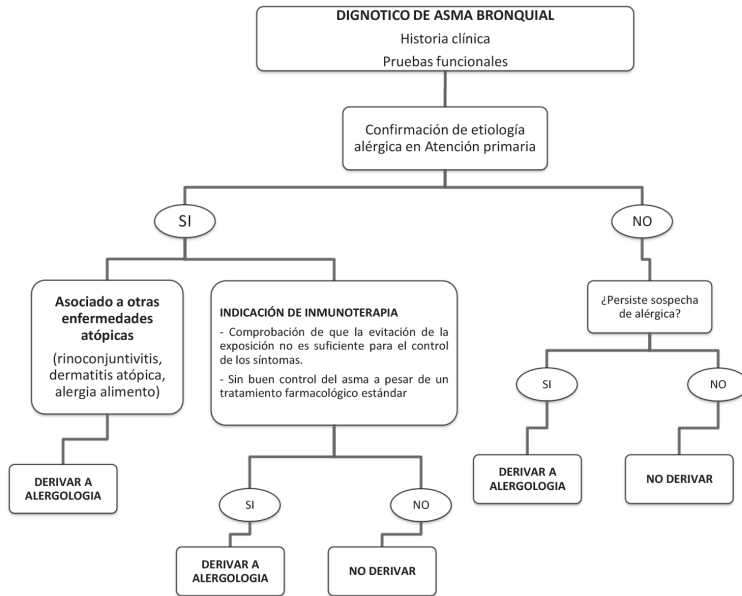


Figura 5. Criterios de derivación a alergología de pacientes con asma.
ASMA: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

4. Urticaria

4.1. Manejo inicial en AP

La urticaria es una patología frecuente (un 15-25% de la población), benigna y autolimitada en la mayoría de las ocasiones. Contrariamente a lo que se cree no suele ser de causa alérgica, quedando en muchas ocasiones sin filiar.

Cuando se demuestra la causa, la más frecuente es la infecciosa (conllevando la sospecha, generalmente infundada, de alergia a fármacos concomitantes), seguida de la alergia a alimentos, fármacos, látex, etc.

La sospecha clínica de la urticaria la estableceremos en virtud de la presencia de la lesión elemental que es el habón o roncha (elevación circunscrita, eritematosa, generalmente pruriginosa, debida al edema de la parte superior de la

dermis). Dichas lesiones tienden a desaparecer en el plazo de minutos a horas dejando la piel con una apariencia normal.

Para orientar la causa de la urticaria es importante que el médico de AP realice una minuciosa exploración física y una anamnesis detallada:

- Antecedentes previos de urticaria.
- Alergias.
- Viajes recientes.
- Picaduras.
- Alimentos.
- Fármacos.
- Infecciones, síntomas asociados (fiebre, artralgias, cambios en peso corporal, dolor osteomuscular, etc).

El tratamiento específico va a depender de cuál sea la etiología de la Urticaria. Ante una sospecha fundada de la causa tras una historia clínica detallada y, en caso necesario, de pruebas complementarias se actuará siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Si se consigue identificar un alérgeno responsable, el tratamiento se basará en la eliminación del agente al que el paciente está sensibilizado (alimentos, medicamentos, látex, etc.) y de todos los compuestos que pudieren tener alguna relación química con la causa.
- Si la causa es un proceso infeccioso o parasitario, las medidas terapéuticas específicas para el mismo será el tratamiento ideal.
- Cuando la Urticaria está en relación a procesos orgánicos como las patologías del Tiroides, entonces el tratamiento adecuado de dicho proceso será la medida indicada.
- En el caso de urticaria por frío, el paciente debe evitar exposición al frío, practicar deportes de invierno, actividades acuáticas o ingerir alimento o bebidas frías. En la urticaria por roce o presión, se debe utilizar ropa, cinturones y calzado amplio.
- También puede ayudar el tratamiento del estrés.
- No hay necesidad de recomendar una dieta restrictiva a los pacientes que sufren urticaria crónica. La urticaria crónica no está relacionado con la alergia alimentaria mediada por IgE.

En la mayoría de los casos de urticaria el tratamiento se reduce al control de los síntomas, siendo los antihistamínicos H1 de segunda generación la base del tratamiento.

Todas las guías y los artículos de revisión publicados en los últimos años coinciden en la conveniencia de elevar hasta cuatro veces, la dosis de antihistamínicos H1 respecto a las dosis establecidas inicialmente para llegar a controlar de forma adecuada los síntomas de urticaria.

El uso de corticoides sistémicos en la urticaria crónica no está exento de controversia, si bien se utilizan de forma habitual (especialmente en la urticaria aguda o en las reagudizaciones de la urticaria crónica). No obstante, el uso de corticosteroides a largo plazo debe evitarse siempre que sea posible, y si es inevitable, debemos utilizar la dosis más baja posible.

4.2. Criterios de derivación

La duración del proceso es una característica importante que nos puede ayudar a orientar si su origen es alérgico o no, y por tanto a la necesidad de la realización de una derivación a alergología (Figura 6).

En más de un 80% de los casos, la duración suele ser inferior a 6 semanas (urticaria aguda). En estos casos la causa principal suelen ser las infecciones virales, salvo en los casos en los que se sospecha una causa evidente (alimentos, fármacos, picaduras de insectos, etc.). Por lo tanto si no existe un desencadenante relacionado no es necesaria la realización de ningún estudio alergológico.

Cuando la urticaria dura más de 6 semanas hablamos de una urticaria crónica. Es frecuente que los pacientes con este tipo de urticaria, sean remitidos a las consultas de alergología por sospecha de alergia a alimentos y/o conservantes, aunque rara vez se confirma este hecho. Solo se llega a identificar la causa en el 30-40% de los casos, siendo en orden de frecuencia: urticarias físicas, infecciones ocultas, enfermedades sistémicas (lupus, enfermedad tiroidea) o fármacos de toma habitual. Por tanto, solo se deben derivar a alergología, aquellos pacientes en los que no se hayan confirmado ninguna de las causas habituales de urticaria crónica y aun existan dudas de una posible causa alérgica.

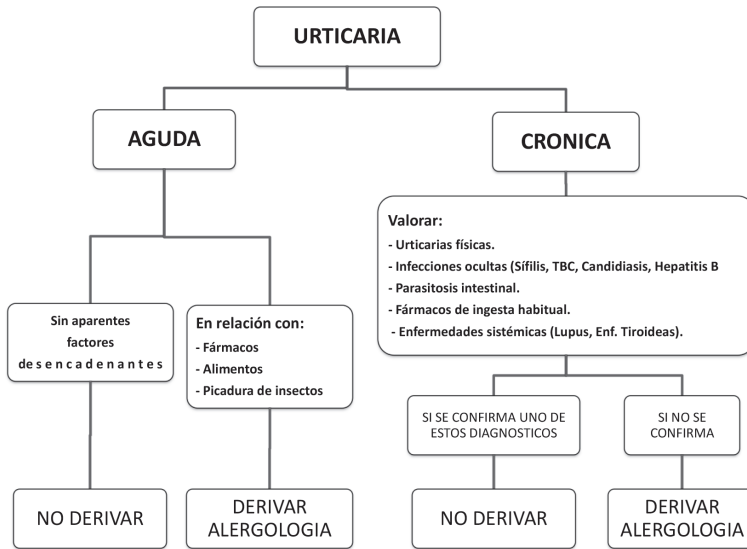


Figura 6. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Urticaria.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

4.3. Manejo en la unidad de alergología.

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), radiológicas o citológicas si las precisara. Si es necesario se realizará pruebas de contacto, prueba del “cubito de hielo” u otras pruebas de exposición controlada con el fármaco o alimento sospechoso.

Aunque con rendimiento diagnóstico es escaso, la batería de pruebas mínima que solemos solicitar en estos casos incluye:

- Hemograma.
- VSG.
- Bioquímica general.
- Hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos.
- Serología de lúes y echinococo.

- Niveles de complemento (C3 y C4).
- IgE específica a anisakis y látex.

En casos de urticaria crónica grave refractaria al tratamiento habitual se puede considerar el uso de agentes inmunomoduladores o inmunosupresores, tales como el omalizumab y la ciclosporina.

5. Angioedema

5.1. Manejo inicial en AP

El angioedema (AE) es una hinchazón localizada del tejido subcutáneo o submucoso que puede afectar a cualquier localización del cuerpo. Se clasifica fundamentalmente en dos tipos, según el mediador principal: histaminérgico y bradicinérgico.

En el AE bradicinérgico o mediado por bradicinina (BK) no hay cambio de coloración de la piel, aunque a veces va precedido por un eritema marginado. No hay quemazón, ni prurito, aunque sí puede haber parestesias. No se asocia a urticaria. Las lesiones suelen ser grandes y sin una clara demarcación y se resuelven en 2-5 días. No responde al tratamiento con dosis óptimas de antihistamínicos, corticoides y adrenalina.

El AE resultante de la liberación de histamina (histaminérgico) es generalmente eritematoso y pruriginoso, se asocia frecuentemente a urticaria y responde a dosis adecuadas de antihistamínicos y corticoides, precisando a veces tratamiento con adrenalina.

Para dilucidar la causa de angioedema es necesaria una historia clínica detallada, examen físico y pruebas de laboratorio adecuadas. A pesar de esto, muchos casos son idiopáticos.

El primer paso en el diagnóstico es intentar descartar una causa no alérgica: insuficiencia cardíaca, nefropatía, hepatopatía, hipotiroidismo, linfedema, infecciones de partes blandas, traumatismos, picaduras.

El tratamiento inicial en AP es el mismo que el de la urticaria.

Si se sospecha un angioedema hereditario, es necesario tratamiento hospitalario urgente.

5.2. Criterios de derivación

Los pacientes con cuadro de angioedema deben derivarse a alergología, una vez se hayan descartado otros cuadros que pueden llegar a confundirse con este (Figura 7).

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Sin haber descartado previamente las causas no alérgicas descritas.
- Angioedema en paciente en tratamiento con IECA/ARA II o anticonceptivos sin una prueba de evitación de estos fármacos.

5.3. Manejo en la unidad de alergología

En general el protocolo del manejo del angioedema es el mismo que el de la urticaria, añadiendo algún estudio específico. Para el estudio del angioedema

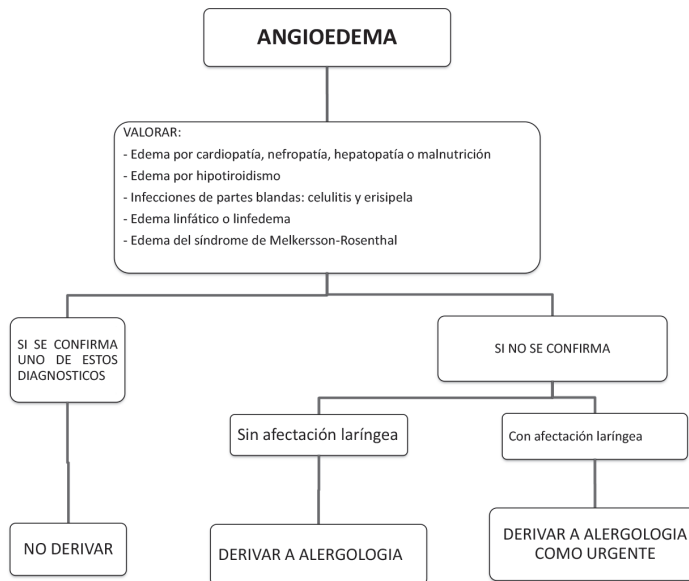


Figura 7. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Angioedema.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

mediado por bradisinina, se cuantifican los niveles de C3, C4, C1q, niveles de C1-INH y actividad funcional del C1-INH. Cuando los valores del complemento son normales y existe alta sospecha de angioedema mediado por bradisinina, se repite el estudio durante un episodio agudo. En algunas ocasiones se realiza un estudio genético para confirmar el diagnóstico.

6. Reacciones alérgicas a alimentos

6.1. Manejo inicial en AP

La prevalencia de la alergia alimentaria varía entre un 2% y un 10% de la población afectando tanto a niños como adultos, con una tendencia en aumento, como sucede con otras enfermedades alérgicas.

La alergia a alimentos, es una reacción adversa no tóxica que dependen de la susceptibilidad individual y que esta mediada por un mecanismo inmune, generalmente de hipersensibilidad tipo IgE. Este tipo de reacción a alimentos, se suele manifestar a los pocos minutos de la ingestión del alimento y con un rango variable en cuanto a gravedad desde una reacción leve, como el Síndrome de alergia oral, a un shock anafiláctico.

La actitud terapéutica en AP será:

- Ante cualquier sospecha de alergia a un alimento, este debe ser retirado de la dieta hasta realización del estudio alergológico pertinente, que confirme o descarte.
- Se anotará en la historia alimento sospechoso, cantidad ingerida, tiempo entre ingesta y desarrollo de síntomas, similares síntomas en otras ocasiones, otros factores (ejercicio, alcohol) y tiempo desde que ocurrió la última reacción.
- Si la reacción alérgica es grave, se recomienda prescribir adrenalina precargada y enseñar al paciente la técnica de autoadministración, por si se repite un nuevo episodio.

6.2. Criterios de derivación

La figura 8, expone los criterios de derivación a alergología de pacientes con alergia alimentaria.

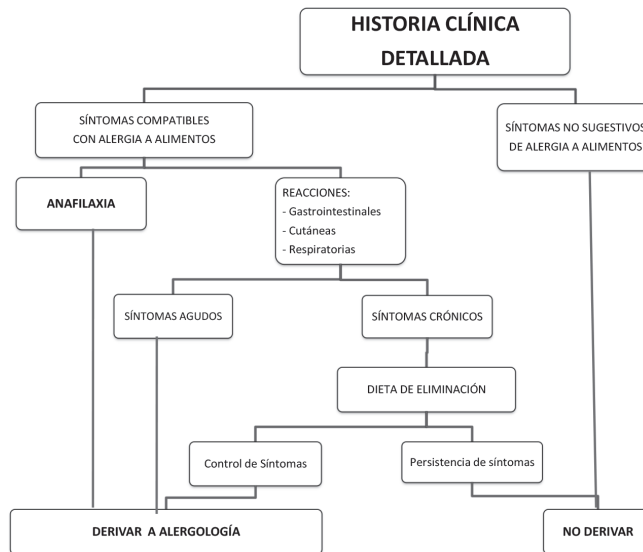


Figura 8. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con alergia alimentaria. RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

6.3. Manejo en la unidad de alergología

El diagnóstico de la alergia alimentaria se basa en:

- Historia clínica detallada que incluya síntomas, relación temporal con la ingesta del alimento, cantidad y presentación del alimento que desencadena los síntomas, tiempo transcurrido desde el último episodio, cofactores (ejercicio, fármacos...), medicación de rescate, asistencia médica.
- Test cutáneos mediante realización de pruebas Prick Test (test cutáneos con extracto comercial) y/o Prick Prick (test cutáneos con el alimento en

fresco), pruebas de gran rentabilidad diagnóstica, que deben estar basadas siempre en una historia clínica compatible.

- Determinación de IgE específica (RAST, CAP-RAST o ELISA) que debe considerarse una alternativa cuando existe riesgo de reacción adversa con los test cutáneos o no es posible su realización.
- Test de provocación controlada con alimentos, prueba clave para el diagnóstico definitivo de alergia alimentaria salvo en el caso de reacciones severas. Debe realizarse por personal entrenado, en lugares adecuados, con una metodología estricta y siempre valorando un adecuado balance entre el riesgo y el beneficio para el paciente. El protocolo doble ciego controlado con placebo (ni el médico ni el paciente conocen el contenido de la provocación) está considerado el “patrón oro” para el diagnóstico de la alergia alimentaria.

La alergia a alimentos a menudo se “pierde” con el tiempo (85% de niños pequeños con alergia a leche de vaca la superan a los 3 años de vida). Consecuentemente los niveles de IgE específicas deben ser monitorizados para determinar cuando se debe realizar la provocación con el alimento.

Para prevenir las reacciones por alergia a los alimentos es imprescindible la estricta eliminación del alimento implicado de la dieta

Dada las importantes dificultades y limitaciones que provoca la estricta evitación de los alérgenos alimentarios en el día a día, en los últimos años se están utilizando con buenos resultados, tratamientos activos para la alergia IgE mediada a determinados alimentos, como la inducción de tolerancia oral (ej. leche y huevo) o las vacunas (ej. melocotón).

7. Reacciones alérgicas a medicamentos

7.1. Manejo inicial en AP

Ante una reacción adversa a un fármaco es necesario valorar si se trata de un efecto secundario especificado en su ficha técnica o se trata de una posible reacción alérgica.

Sospecharemos que se trata de una reacción alérgica a medicamentos (5-10% de las reacciones adversas a fármacos), si se cumplen los siguientes criterios clínicos:

- 1) Que ocurra solamente en una minoría de pacientes.
- 2) Que las manifestaciones clínicas no se parezcan en nada a su acción farmacológica.
- 3) Que la reacción sea semejante a un cuadro aceptado como alérgico (urticaria, asma, anafilaxia, etc.).
- 4) Que exista un periodo de inducción, entre 7-10 días, después de la primera exposición.
- 5) Que se pueda reproducir al volver a administrar pequeñas dosis del mismo fármaco.
- 6) Que también pueda reproducirse con otros fármacos de similar estructura química (reacciones cruzadas).
- 7) En ocasiones, aparece eosinofilia sanguínea y/o tisular acompañante.
- 8) La reacción debe desaparecer, más tarde o más temprano, al suspender el fármaco.

En caso de sospecha de una reacción adversa a un fármaco, éste deberá ser suspendido de inmediato, se realizará tratamiento sintomático de la reacción y se valorará si es necesario un estudio alergológico, ya que no todas las reacciones adversas a medicamentos son tributarias de la realización del mismo.

7.2. Criterios de derivación

Se recomienda derivar a Alergología las reacciones a fármacos sugestivas de alergia o idiosincrasia (Figura 9).

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Para descartar patología alérgica a medicamentos sin reacción previa.
- Para descartar patología alérgica a medicamentos en caso de antecedentes familiares con alergia a determinados fármacos.
- Si la clínica existente está producida por sobredosis, interacción con otros fármacos o está encuadrada dentro de los efectos adversos del fármaco.
- Reacciones a fármacos sin evidente utilidad.
- Cuando existan alternativas terapéuticas.

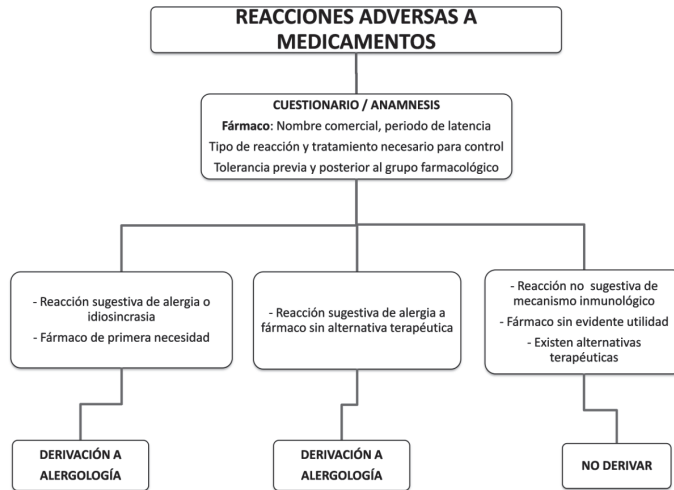


Figura 9. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Angioedema.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGÍA
ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

7.3. Manejo en la unidad de alergología

La realización del estudio de alergia a medicamentos comienza con una historia clínica detallada. En ella el alergólogo suele recoger los siguientes datos:

- Fármaco (nombre comercial y presentación)
- Periodo de tiempo transcurrido entre la administración y la aparición de los síntomas (pues orientará sobre la posibilidad de un mecanismo IgE o no).
- Tiempo transcurrido entre la primera y última administración del medicamento (dado que ha de existir una sensibilización previa para que se produzca una reacción alérgica).
- Tipo de reacción (urticaria, angioedema, anafilaxia, etc)
- Tratamiento empleado para el control del cuadro clínico.
- Tolerancia previa y posterior a ese fármaco u otro estructuralmente similar

Estas datos son importantes, porque nos ayudan a distinguir entre verdaderas reacciones alérgicas y otras que no lo son.

El estudio alergológico normalmente consiste en la realización de unas pruebas cutáneas en prick e intradermorreacción, o bien mediante pruebas de contacto, Además en algunos casos se realizan pruebas serológicas para medir anticuerpos específicos. Sin embargo en la mayoría de las ocasiones estas pruebas no son suficientes para conocer si existe o no alergia a ese medicamento. En esos casos es necesario realizar las pruebas de administración controlada que consisten en administrar dosis pequeñas del medicamento que se irán aumentando hasta alcanzar la dosis terapéutica recomendada. Se puede administrar el medicamento sospechoso para comprobar o descartar la alergia, o en otros casos se puede utilizar un medicamento alternativo. La decisión de utilizar, en la prueba de provocación, el medicamento sospechoso o uno alternativo dependerá del tipo de reacción presentada, del medicamento sospechoso y de otras enfermedades que pueda padecer el paciente. El medicamento se administra normalmente por vía oral, aunque también puede ser administrado por vía subcutánea, intravenosa o intramuscular.

Estas pruebas deberán realizarse siempre en un servicio de Alergología con personal médico y de enfermería experimentado. La duración del estudio suele ser de varias horas y el paciente debe estar bajo constante supervisión para recibir tratamiento inmediato en caso de que se produzca una reacción alérgica.

8. Dermatitis atópica

8.1. Manejo inicial en AP

Deberemos sospechar que un niño presenta una dermatitis atópica, ante una dermatitis pruriginosa de localización característica, persistente o recurrente de más de seis semanas de evolución. Las manifestaciones clínicas son la base del diagnóstico, ya que ni la histología ni ninguna otra prueba de laboratorio son específicas de la enfermedad. El diagnóstico puede verse dificultado si la dermatitis atópica debuta en la infancia o en el adulto con alguna de las formas atípicas. Los antecedentes familiares y personales de atopia pueden sernos de ayuda.

Los padres y/o familiares deben ser educados en la DA, de forma que comprendan que se trata de una enfermedad crónica inflamatoria que no tiene

tratamiento curativo, pero que va a mejorar con la edad y que su duración y las molestias que produce pueden reducirse considerablemente realizando el tratamiento y los cuidados de la piel adecuados.

Las bases para el tratamiento de la dermatitis atópica son: mejorar la barrera cutánea y evitar la sequedad, controlar el prurito, evitar la colonización microbiana e inhibir la respuesta inflamatoria, siendo los corticoides tópicos los fármacos de elección para el tratamiento de esta enfermedad.

8.2. Criterios de derivación

Se deben derivar a alergología solo a los pacientes que presenten además de la dermatitis clínica sugestiva de rinitis, asma o reacción a medicamentos y/o alimentos (Figura 10).

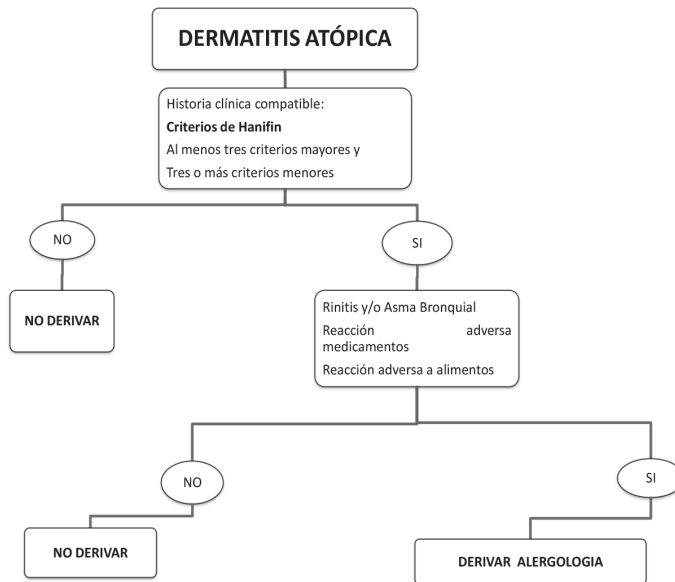


Figura 10. Protocolo de derivación a alergología en dermatitis atópica. RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGÍA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

8.3. Manejo en la unidad de alergología

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), pruebas de contacto o las pruebas de exposición controlada que estime necesarias para realizar un correcto diagnóstico de la dermatitis y de las enfermedades alérgicas asociadas.

En función de la respuesta al tratamiento iniciado por el médico de AP, el alergólogo valorará iniciar nuevas medidas terapéuticas, así mismo como los tratamientos específicos que pueda necesitar el paciente en función de los resultados del estudio alergológico practicado.

9. Reacciones alérgicas a picadura de insectos

9.1. Manejo inicial en AP

Los Himenópteros (avispa, abejas y hormigas), son la principal causa de reacciones de origen alérgico al veneno inoculado por la picadura de estos insectos. Los responsables de la mayoría de las reacciones alérgicas son los géneros *Apis mellifera* (abeja de la miel), *Polistes dominulus*, *P. Gallicus* (avispa papelera), *Vespa crabro* (avispon), *Vespula germanica*, *V. Vulgaris* (avispa vulgar).

Cualquier paciente que haya sufrido una reacción sistémica por picadura de himenópteros e independientemente de su derivación urgente o preferente a Alergología debería disponer de un equipo de emergencia que incluya adrenalina, corticoides sistémicos y antihistamínicos para su auto-administración en caso de nueva picadura.

9.2. Criterios de derivación

La Figura 11, muestra el protocolo de derivación de los pacientes con alergia a picadura de himenópteros.

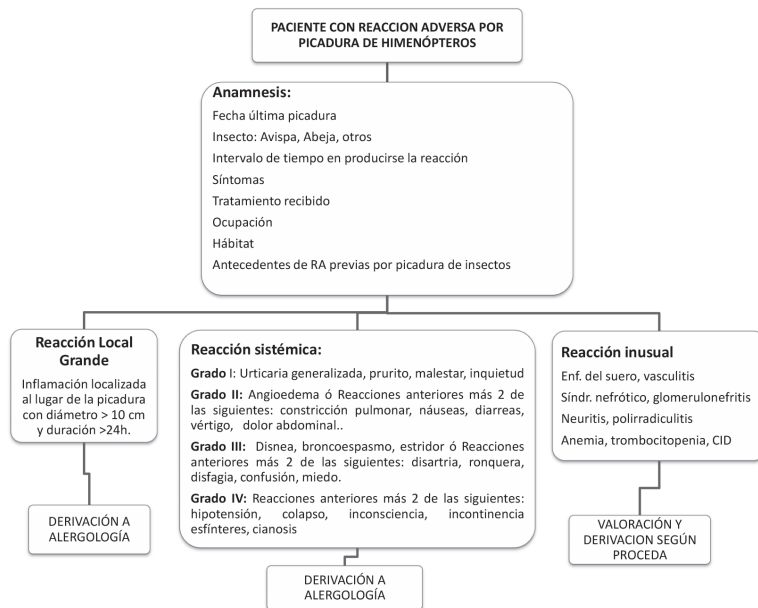


Figura 11. Protocolo de derivación a alergología de reacciones adversas por picadura de himenópteros. Modificado de RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

9.3. Manejo en la unidad de alergología

El diagnóstico de cualquier reacción alérgica por picadura de himenópteros se basa en la realización de una cuidadosa historia clínica (Fecha última picadura, tipo de insecto, intervalo de tiempo en producirse la reacción, síntomas, tratamiento recibido, ocupación, hábitat, antecedentes de RA previa por picadura de insectos) y la demostración de la existencia de un mecanismo inmunológico mediado por IgE mediante test cutáneos (prick e intradermorreacción) y/o determinación de IgE específica a los venenos implicados.

La efectividad de la inmunoterapia con veneno de himenópteros ha quedado ampliamente demostrada en la literatura con un efecto claramente preventivo de nuevas reacciones para la mayoría de pacientes que reciben este tratamiento. Una

historia clínica de reacciones sistémicas graves (síntomas respiratorios, y/o cardiovascular) y una prueba diagnóstica positiva (prueba cutánea y/o IgE sérica específica) constituye una indicación absoluta para cualquier grupo de edad.

10. Anafilaxia

10.1. Manejo inicial en AP

La anafilaxia, es la manifestación alérgica más grave que existe. Es una reacción aguda generalizada, de instauración rápida, con síntomas y signos sugestivos de una liberación súbita de mediadores de los mastocitos y basófilos, como eritema, prurito generalizado, urticaria o angioedema, asociados a síntomas gastrointestinales, respiratorios o cardiovasculares.

La mayoría de los casos se debe a la respuesta del organismo frente a un agente etiológico concreto (alimentos, medicamentos, veneno de himenópteros, etc.), aunque a veces no llega a identificarse el desencadenante.

Se trata de una urgencia médica, pudiendo conducir a un desenlace fatal, especialmente si no se reconocen los síntomas y no se actúa rápidamente.

La adrenalina es la droga de elección en el tratamiento de la anafilaxia. En el mercado Nacional se encuentran autoinyectores precargados y dosificados a 0.3 y 0.15 ml para su utilización en adultos y niños respectivamente.

10.2. Criterios de derivación

Todos los pacientes diagnosticados de un episodio de anafilaxia, deben ser derivados para estudio de forma URGENTE para investigar el diagnóstico etiológico del proceso.

10.3. Manejo en la unidad de alergología

El objetivo a largo plazo en aquellos pacientes que ya han sufrido un episodio de anafilaxia es evitar la aparición posterior de nuevos episodios.

El diagnóstico etiológico del proceso, se basa en la historia clínica y en las exploraciones alergológicas (determinación de IgE específica frente al alérgeno potencialmente causante de la reacción, prick-test y/o intradermorreacción). Las pruebas cutáneas deben realizarse con precaución, debido al riesgo que existe de que éstas desencadenen la reacción anafiláctica. El significado de una prueba positiva depende de su correlación con la historia clínica. Hay que tener en cuenta, que el estudio alergológico puede ser negativo si ha transcurrido menos de un mes o más de un año del cuadro anafiláctico.

11. Bibliografía recomendada

- 1) FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía,
- 2) GARCIA POLO, C., et al. (2012), Proceso asistencial integrado, Sevilla, Consejería de salud.
- 3) GRUPO DE TRABAJO ALERGIAS / U. DE CALIDAD AREAS DE SALUD VALLADOLID ESTE Y OESTE. (2005), «Manejo compartido AP-AE de la patología alérgica más frecuente», Valladolid, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.
- 4) BOUSQUET, J., et al. (2008), «Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen», *Allergy* 63, pp. 8-160.
- 5) POWELL, R.J, et al. (2007), «BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angioedema», *Clinical and Experimental Allergy* 37, pp. 631-650
- 6) ZUBERBIER, T., et al (2009), «EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria», *Allergy* 64, pp.1427-1443.
- 7) LEONART, R et al. (2007) «Dermatitis atópica», en Peláez A, Dávila IJ (eds.), *Tratado de Alergología*, Tomo II, Madrid , Ergon, pp.1073-1100.

- 8) HERNÁNDEZ, M.S., et al. (2007), «Alergia a Alimentos», en Miranda A (coord.), Manual de Alergología, Cap. 20, Málaga, pp. 440-457.
- 9) JAMES, J., et al. (2010), «Alergias Alimentarias», en Gramer L.C. (director) Patterson, Enfermedades Alérgicas, Séptima edición, Cap. 18, pp. 327-346.
- 10) BOBADILLA P., PRADOS M. (2008), «Manual de Alergia a medicamentos para profesionales sanitarios de atención primaria. 1ª edición», Badajoz, Aprosúa 3 artes gráficas-Laboratorios Menarini.
- 11) MULLER, U., MOSBECH, H. (1993) «Position paper. Immunotherapy with Hymenoptera venoms», Allergy 48 (Suppl 14), pp. 37-46.
- 12) CARDONA V. «Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA».