



# ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Manuel Alcántara Villar  
(coordinador)

**un**  
i Universidad  
Internacional  
de Andalucía

Estrategias prácticas para combatir las enfermedades alérgicas. Manuel Alcántara Villar (Coordinador).  
Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, 2024. ISBN 978-84-7993-414-9 (Edición PDF web).

Enlace: <http://hdl.handle.net/10334/8672>

## CAPÍTULO 1

# ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ALERGIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA

**PEDRO GUARDIA MARTÍNEZ**

*Jefe de Servicio Alergología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla  
Profesor Asociado Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla*

### 1. Introducción

La prevalencia de las enfermedades alérgicas en la población occidental no solo es muy importante, sino que apreciamos una marcada tendencia al alza de forma rápida en los próximos años. Si actualmente hablamos de afectación del 15 al 25% de la población, organizaciones como la World Allergy Organization (WAO) (PAWANKAR, R. 2008) prevén alcanzar cifras de entre el 40 y el 50% hacia la mitad del presente siglo. Se postulan diversos factores como responsable de esta tendencia, entre los que están el calentamiento global y el aumento de la contaminación afectarán a la polinización, al hacer más “agresivos” a los pólenes, a la presencia de hongos y de partículas en suspensión que agravarán todas estas patologías. Lo que parece claro es la existencia de la denominada “marcha alérgica” FIGURA 1 (RIDAO, M. 2019), en la que la persona con predisposición atópica y conjunción con factores favorecedores ambientales puede dar lugar a la presentación, en determinados momentos de su vida, de distintas manifestaciones de enfermedad alérgica, que, si las diagnosticamos y abordamos precozmente, hay datos que orientan hacia su modulación. En la FIGURA 2 se muestra gráfica de la gran variabilidad, interconexiones y factores que interrelacionan en las



enfermedades alérgicas y que hacen tan complejo el adecuado abordaje, sin una adecuada formación, de estas patologías (GENUNEIT J. 2017) y que, con un adecuado conocimiento y una historia clínica adecuadamente realizada, podemos poner de manifiesto.

El adecuado manejo de estas patologías crónicas, tan frecuentes, se basa en la atención inicial por parte de Atención Primaria (AP), tanto Médicos de familia (MF) como Pediatras de AP (PAP), pues son el primer escalón de la asistencia y, por tanto, es fundamental su conocimiento, implicación en la detección, correcto diagnóstico y coordinación con los especialistas de ámbito hospitalario, preferentemente alergólogo, en el manejo de estas patologías.

Conocer las bases de las enfermedades alérgicas, habitualmente con un curso intermitente, sustentadas en una correcta realización de historia clínica es fundamental. Aún más valor tendrá la historia clínica teniendo en cuenta que no solo van a poder ser atendidos los pacientes en crisis sintomáticas si no en periodos intercríticos, en los que las manifestaciones de la enfermedad no se encontrarán presentes o estarán muy minimizadas. Una característica de la mayoría de la patología alérgica es su cronicidad, si excluimos reacciones a fármacos o a algunos alimentos o venenos de himenópteros.

La anamnesis de un paciente es claramente la primera herramienta para llevar a cabo un juicio clínico de sospecha inicial y plantear el estudio complementario correspondiente que permitirá alcanzar el diagnóstico final, tanto sindrómico como, en el caso de pacientes alérgicos, de la causa etiológica (HERNÁNDEZ. 1974).

En todos los casos, la recogida precisa y exhaustiva de los síntomas, los antecedentes, personales y familiares, la cronología y otros factores de la historia alergológica, son imprescindibles para la orientación diagnóstica, como y cuando derivar a nivel asistencial superior y para establecer los procedimientos diagnósticos, así como el mejor abordaje terapéutico hasta su valoración en este nivel hospitalario.

## **2. Historia clínica en la atención alergológica**

La historia clínica (HC) en medicina se trata del diálogo con el paciente y/o familiares/cuidadores sobre su enfermedad. Para el profesional sanitario tienen una vertiente de interrogatorio (CABRERA.2011). Esta toma de contacto médico/paciente es básica para establecer una correcta relación entre ambos. En aspecto

legal, la HC, debe recoger toda la información relativa a los procesos médicos y asistenciales del paciente, incluyendo las pruebas diagnósticas realizadas, sus resultados y la medicación pautada (BOE 1995).

La realización correcta de la correcta HC en la que podamos alcanzar los objetivos de ésta, deberá ser realizada en un ambiente adecuado, de forma que se realice en un espacio adecuado, tranquilo y a ser posible sin interrupciones. Usualmente en entrevista el paciente no conoce al médico responsable que hace la va a realizar, por lo que la primera impresión es importante para que el resto del tiempo se mantenga un ambiente de confort y una buena interrelación entre médico-paciente. Para ayudar a iniciar la confianza del paciente, el médico ha de presentarse con un saludo cordial y personalizado, explicando el papel que tendrá a lo largo de la consulta y debe utilizar un lenguaje educado en todo momento, siempre mostrando respeto al paciente. (MORALES-CABEZA C (2022)). Los distintos apartados en los que se debe estructurar la HC son:

## **2.1. Anamnesis**

Consiste en la recogida de forma metódica, exhaustiva y dirigida toda la información que el paciente o su familia puedan aportar sobre sus manifestaciones clínicas. Con los datos que nos expliquen se orientará el diagnóstico, la posible etiología del proceso, la valoración de la gravedad, se descartarán/confirmarán comorbilidades alérgicas y no alérgicas y posteriormente se solicitarán los exámenes complementarios necesarios para confirmar el diagnóstico o para realizar el diagnóstico diferencial y se instaurará el tratamiento preciso, desde el punto de vista sindrómico y etiológico. Siempre habrá de recogerse y, en función de cada patología, por factores desencadenantes y cofactores, profesión, aficiones, tratamientos, para otras patologías que realiza y posible existencia de comorbilidades alérgicas.

Siempre debemos dejar constancia en la HC de la atención alergológica un análisis del entorno del paciente (donde vive, las características de la vivienda, de su habitación; presencia de animales en su vivienda, en su entorno o en casa de familiares/amigos; profesión, aficiones, etc.), pues no orientará sobre exposición a alérgenos y su posible causa de las manifestaciones clínicas del paciente.

Un dato muy importante es preguntar la cronología del contacto/exposición/ingesta con el posible responsable y el inicio de la aparición de las manifestaciones clínicas. La relación inmediata entre la exposición a un alérgeno y la



aparición de los síntomas es un dato que nos orienta hacia la presencia de una patología mediada por IgE, aunque puede haber manifestaciones alérgicas, IgE medidas, sin que este presente esta relación de inmediatez. Esta relación es más fácil de establecer cuando se trata de alérgenos con un contacto intermitente o esporádico, con un patrón de estacionalidad y más difícil en alérgenos perennes. En el caso de los alérgenos alimentarios, podemos tener desde síntomas inmediatos, como en la anafilaxia (huevo, leche, mariscos, frutos secos, pescados, etc.), hasta clínica al cabo de unas horas como en las alergias por pescado no mediadas por IgE, o transcurridos unos días como en las dermatitis atópicas.

De forma resumida, estos son los apartados que siempre debemos interrogar y dejar constancia en la HC:

- *Edad* que deberemos anotar en los dos primeros años en meses y a partir de ahí en años (MAZÓN, A. 2013)
- *Antecedentes personales generales*: tipo de parto, lactancia, vacunaciones, hábitos tóxicos, cirugías y tratamiento habitual que el paciente esté cumplimentando (p.e: IECAs como causantes de tos o angioedema), así mismo como residencia o procedencia del paciente.
- *Antecedentes personales de enfermedades alérgicas*: incluyendo antecedentes de atopia, reacciones con alimentos, fármacos o productos sanitarios, que, aunque no sean el motivo de consulta, si no se ha realizado el correspondiente estudio, quizás haya que realizarlo. También se deben de incluir posibles signos de marcha atópica en los niños como dermatitis atópica o episodios de bronquiolitis. Aunque el motivo de consulta suele corresponderse a la demanda actual, el síntoma más relevante, se debe investigar de forma activa otros signos y síntomas que pueden pasar inadvertidos, ya sean del mismo órgano o de otros por la comorbilidad alérgica. La piel seca o eccematosa, el dartros, el saludo alérgico que provoca un pliegue transversal nasal, el signo de Dennie Morgan, las muecas con la cara para aliviar el picor, son signos sugestivos que el paciente puede mostrar durante la visita (MAZÓN, A .2013). Cuando hay afectación de más de un órgano y se asocia asma con rinitis o conjuntivitis, o dermatitis atópica, y aún más si hay una alergia alimentaria, la posibilidad de que encontremos una etiología alérgica es muy importante.
- *Antecedentes familiares*: haciéndose constancia tan solo a los familiares directos (abuelos, padres, tíos carnales, hermanos o hijos). Hay que incluir enfermedades importantes que hayan presentado y los antecedentes

alergológicos. En algunas ocasiones también es importante preguntar la consanguinidad. La historia familiar de alergia es siempre un dato que hay que preguntar pues es relevante. En el caso de asma y otras patologías alérgicas, si un progenitor tiene alergia, un 20% de los descendientes tendrá alergia, si la padecen ambos padres, un tercio de sus hijos tendrán patología atópica. Las enfermedades alérgicas se caracterizan por presentar una marcada predisposición genética que junto a factores ambientales (mecanismos epigenéticos) determinarán la expresión de la enfermedad alérgica. De todos modos, la historia familiar negativa no descarta la posibilidad de que exista alergia, cada vez es más usual apreciar pacientes sin historia familiar de enfermedades del espectro atópico.

- *Motivo de consulta e historia actual de la enfermedad:* Es el aspecto esencial de la anamnesis, ya que es donde se interroga al paciente acerca de los síntomas que presenta y la gravedad de estos, el tiempo de evolución de los síntomas, tratamiento/s que haya podido emplear y valorar su respuesta, así como orientar la historia clínica a las diferentes hipótesis diagnósticas. Para ello utilizaremos las tres preguntas clásicas e imprescindibles: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? o ¿a qué lo atribuye? Según el motivo de consulta del paciente se deberían incluir diferentes puntos que aparecen especificados en la (Tabla 1) (RIDAO, M. 2019). En este apartado puede establecerse el inicio real de la enfermedad alérgica, el desarrollo de los síntomas y signos patológicos que el paciente describe y la situación actual. Debe ser llevado a cabo de la forma más estructurada posible por aparatos y sistemas. Las hojas de derivación por parte del pediatra, médico de atención primaria u otros especialistas contienen información valiosa del motivo de consulta en alergia. A través de la entrevista se consigue en muchos casos endofenotipar la patología que presenta el paciente, así como patrones o scores de gravedad y pronóstico (MORALES-CABEZA C (2022).

En la realización de la anamnesis en un posible paciente alérgico debemos pensar que estamos ante una patología sistémica, con manifestaciones orgánicas, que pueden, usualmente así lo es, ser múltiples, por lo que debemos preguntar por los síntomas y signos como un síndrome, buscando los patrones típicos del asma, de la rinitis, de la dermatitis atópica o de la alergia alimentaria o a fármacos, sin perder nunca de vista el diagnóstico diferencial, que ha de ser más exhaustivo cuanto más atípica sea la clínica. (Tabla 2) (RIDAO, M. 2019).

Tabla 1. Signos y síntomas frecuentes en las distintas manifestaciones alérgicas.  
(RIDAO M.).

Alergia respiratoria	Clínica en relación con desencadenantes (exposición a animales, humo de tabaco, contaminación), predominio estacional, frecuencia de uso de medicación inhalada y resultado, forma de inicio de las crisis con o sin cuadro catarral previo, presencia o no de fiebre, rinorrea clara o purulenta, estornudos en salva, picor nasal y "saludo alérgico". Hiperemia conjuntival, picor ocular
Alergia alimentaria	Vía de entrada del alimento sospechoso (ingesta, contacto o inhalación), si era crudo, cocido, con o sin piel, tiempo entre el contacto y el inicio de los síntomas. Detallar si hubo compromiso de vía aérea, clínica cutánea o digestiva. Cómo se resolvió el cuadro, de forma espontánea o con medicación (oral o intramuscular), acudieron a Urgencias (localizar informe) y duración del cuadro
Dermatitis atópica	Frecuencia de los brotes, desencadenantes que los favorezcan, tipo de tratamientos utilizados en ellos y resultados, extensión de la afectación, calidad de vida
Urticaria, angioedema	Aguda o crónica (>6 semanas de evolución) ¿Contexto de anafilaxia? Buscar causa-efecto: virus, alimentos, fármacos, calor, frío, presión, ejercicio, picaduras de himenópteros, clínica de alguna enfermedad subyacente Tratamientos: fármacos, dosis, y tiempo, requirió visita a urgencias (¿localizar informe?)
Alergia a fármacos	Edad y motivo de la prescripción, nombre del fármaco, vía de administración y dosis, tiempo transcurrido entre la última dosis y la reacción. Descripción de la reacción e informe de Urgencias si lo hubiera Fármacos tolerados previa y posteriormente a la reacción. Reacciones similares sin relación a ingesta de fármacos

Tabla 2. Datos imprescindibles que hay que recoger en una historia clínica alergológica dirigida (RIDAO M.).

Clínica	Síntomas y signos típicos y frecuentes	Síntomas y signos no típicos e infrecuentes
Asma	Tos seca de predominio nocturno, sibilantes, dificultad respiratoria, tos o asma de esfuerzo, dolor torácico	Expectoración, roncus, acropaquias, falta de miedo
Rinitis	Estornudos, rinorrea acuosa, prurito y obstrucción nasal perennes o intermitentes, epistaxis, otitis de repetición	Rinorrea purulenta, obstrucción o sintomatología unilateral
Conjuntivitis	Hiperemia, lagrimeo, edema, prurito ocular	Secreción purulenta, dolor, afectación de la agudeza visual, afectación unilateral
Dermatitis atópica	Eritema, descamación, distribución típica de cada edad, prurito, lesiones de rascado	Edema, vesículas, exudación, distribución atípica
Dermatitis de contacto	Eritema, descamación, prurito, afectación localizada	Edema, exudación, afectación generalizada
Urticaria, angioedema	Habones pruriginosos, edema en tejidos blandos, lesiones evanescentes, historia relacionada con alimentos	Exantema sin habones, lesiones fijas
Alergia digestiva	Vómitos, dolor de tipo cólico, deposiciones blandas	Falta de miedo, deposiciones con sangre
Anafilaxia	Inicio agudo con afectación de la piel o mucosas y al menos uno de los siguientes: compromiso respiratorio o hipotensión o síncope, hipotonía, incontinencia, síntomas gastrointestinales persistentes	Síntomas atípicos como fiebre o dolor
En todos los cuadros	Aparición intermitente, con recuperación entre las agudizaciones	Síntomas continuos evidentes o menores entre agudizaciones



Siempre debemos, en el caso de sospechar un origen alérgico, investigar la posible etiología alérgica y orientar al alérgeno/s responsable/e, para lo cual debemos llevar a cabo preguntas que nos puedan orientar a dicha identificación (Tabla 3) (RIDAO, M. 2019).

Tabla 3. Aproximación al diagnóstico etiológico por la historia clínica (RIDAO M.).

Sugiere alergia a ácaros	Domicilio en zona templada, a nivel del mar o por debajo de 1000 metros de altitud. Casa húmeda, con animales de pelo, moquetas, alfombras, peluches Crisis al entrar en casas cerradas o desvanes, teatros, hoteles, cines o al estar presentes en la limpieza de casa, libros Sintomatología de predominio nocturno o matutino, variable durante todo el año, discreta mejoría en verano, mejoran con cambio de hábitat a zonas más secas o a mayor altitud Asocian rinitis perenne, poca conjuntivitis
Sugiere alergia a epitelios	Clínica en contacto con animales de compañía o con personas que los posean, hipicas, granjas, establos, circos, ferias Síntomas de intensidad variable, todo el año, con poca mejoría en verano Asocia rinoconjuntivitis alérgica perenne, que puede agudizarse al entrar en contacto con el animal, con estornudos, picor ocular y exacerbación asmática Mejora con el cambio de hábitat o al restringir/evitar el contacto con el animal (puede tardar semanas)
Sugiere alergia a cucarachas	Casa antigua, sótanos, almacenes, lugares con comida. Ambiente socioeconómico bajo, higiene pobre, se han visto cucarachas Síntomas variables todo el año, poca mejora en verano. Mejora con el cambio de vivienda o con medidas de exterminio de cucarachas No existe predominio nocturno, poca rinoconjuntivitis
Sugiere alergia a hongos	Vivienda en zona húmeda, a nivel del mar o por debajo de 1000 metros de altitud. Entorno con lagos, ríos, torrentes, bosques frondosos, establos, restos vegetales Vivienda con humedades, poco ventilada, garajes, piscinas cubiertas Mejora con el cambio de hábitat a zona seca o mayor altura Clínica durante todo el año, incluido el verano, persistente y a menudo grave. Días de humedad y viento. Poca rinoconjuntivitis
Sugiere alergia a pólenes	Clínica estacional, en especial los días de sol y viento, menos los lluviosos. Disminuye de noche Rinitis y especialmente conjuntivitis alérgica Relación con salidas al exterior, al campo, excursiones, viajes en bicicleta o en automóvil con ventanillas bajadas
Sugiere alergia alimentaria	Clínica tras la ingesta o tras la ingesta seguida de ejercicio
Sugiere alergia a fármacos	Síntomas tras la administración del fármaco
Sugiere alergia al látex	Síntomas tras el contacto con globos o guantes Centros sanitarios: hospitales, dentistas, consultas, antecedentes de cirugía
Sugiere alergia a contactantes	Dermatitis tras contacto con una sustancia concreta, zonas descubiertas, localizada
Sugiere materiales profesionales	Contacto con ropa de trabajo de familiares, amigos, asistencia a lugares de trabajo, padres que trabajen en el domicilio

## 2.2. Examen físico

La exploración física consiste en la detección de signos clínicos o hallazgos objetivos que presenta el paciente. Esta es por tanto más objetiva, aunque dependerá del momento en que se realiza. La exploración física es la otra parte de la medicina básica que todo médico debe conocer y que a través de ella se consigue llegar a un diagnóstico, incluso el primer día que el paciente acude a consulta. Junto a la anamnesis orientara hacia cuáles pueden ser los alérgenos causantes y desencadenantes del asma. No debe iniciarse ningún procedimiento diagnóstico (análisis, pruebas...) sin haber preguntado en detalle sobre las posibles causas. Los objetivos de la exploración son: realizar una exploración de la enfermedad “motivo de consulta” acompañada de exploración física sistemática y completa para valorar otras comorbilidades alérgicas, identificando datos del examen concernientes al aspecto general, a nivel cutáneo, ocular, nasal, bronquial entre otros (Tabla 4).

Tabla 4. Datos a determinar en el examen físico de paciente con sospecha de enfermedad alérgica.

ÓRGANO	TÉCNICA	COMENTARIO
Ex. General	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto</li> <li>• Altura/Peso</li> <li>• Inspección cutánea</li> <li>• Tensión arterial</li> <li>• Frec. Cardíaca</li> <li>• Frec. Respiratoria</li> <li>• Sat. oxígeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apariencia del paciente</li> <li>• Fallo crecimiento</li> <li>• Hidratación, lesiones elementales</li> <li>• Hipo/HiperTA</li> <li>• Número y ritmo</li> <li>• Número y ritmo</li> <li>• Normal/alterada</li> </ul>
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción, lagrimeo, lesiones conjuntivales/palpebrales</li> </ul>
Nariz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> <li>• Rinoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto de la pirámide nasal</li> <li>• Aspecto mucosas, color mucosas, pólipos?, secreciones</li> </ul>
Oídos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> <li>• Otoscopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto de pabellones</li> <li>• ¿Aspecto mucosa conducto auditivo y tímpano, color mucosas, pólipos?, secreciones</li> </ul>
Tórax	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> <li>• Palpación</li> <li>• Auscultación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Aspecto, deformidad?</li> <li>• Matidez, claro, timpanismo</li> <li>• Murmullo, roncus, sibilancias, crepitantes..</li> </ul>
Piel y anejos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación/sequedad, lesiones elementales (eritema, pápula, habón, eccema, etc..)</li> </ul>

### 3. Indicaciones de estudio a paciente con sospecha de enfermedad alérgica

Tras la realización de una correcta HC, orientada a patología alérgica, completada o no con unas exploraciones complementarias básicas debemos orientar el cuadro a si precisa un diagnóstico etiológico y tratamiento en nivel asistencial superior, para ello mostramos en la Tabla 5, siguiendo las directrices recomendadas por la Academia Europea de Alergología (EAACI) las indicaciones de derivación a estudio especializado (CASTILLO, J. A. (2009), (HOST A. (2003)

Tabla 5. Indicaciones de derivación estudio alergológico.  
(HOST A. 2003)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas gastrointestinales: vómitos, diarrea, cólico o fallo de medrar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas intermitentes o persistentes sin ninguna otra razón conocida, especialmente en caso de otros síntomas atópicos concurrentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatitis atópica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas persistentes o relacionados con alergen, especialmente en caso de otros síntomas atópicos concurrentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Urticaria aguda/angioedema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos graves y/o ante la sospecha de alergia específica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Urticaria crónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urticaria de larga duración (mayor o igual a 6 semanas)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños &lt;3-4 años de edad con sibilancias recurrentes/asma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas graves persistentes y necesidad de tratamiento diario</li> <li>Los niños con tos/sibilancias/disnea de larga duración, especialmente durante el juego o la actividad física y durante la noche, y los niños con niveles reducidos de actividad o neumonías frecuentes sin otra causa conocida, deberían ser estudiados desde el punto de vista alergológico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños &gt;3-4 años con asma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deberían siempre estudiarse en ellos los alérgenos relevantes y debería descartarse la presencia de rinitis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rinitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos resistentes al tratamiento</li> <li>Debería investigarse la coexistencia de asma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conjuntivitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos resistentes al tratamiento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reacciones a picadura de insecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deberían estudiarse sólo aquellas reacciones sistémicas graves grado III-IV</li> <li>Las reacciones locales/urticaria no son indicación de estudio alergológico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anafilaxia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deberían ser siempre estudiados desde el punto de vista alergológico, bajo estrecha supervisión</li> </ul>

#### 4. Bibliografía

- 1) CABRERA AGUILAR, FJ. et al (2011). «La Historia Clínica» Catedra de Educación Médica. Facultad de Medicina Universidad Complutense. ISBN:978-84-694-2399-9
- 2) CASTILLO LAITA, J. A. (2009). «La exploración del niño alérgico». *Form Act Pediatr Aten Prim* 2(1), pp. 42-49
- 3) GENUNEIT J., et al. (2017). «Overview of Systematic Reviews in Allergy Epidemiology (OSRAE) of the EAACI Interest Group on Epidemiology. Overview of systematic reviews in allergy epidemiology». *Allergy* 72, pp. 849–856.
- 4) HERNÁNDEZ, J. (1974) «Importance of the anamnesis in the etiological diagnosis of human allergic disease». *Rev Clin Esp.* 132(5), pp. 405-14.
- 5) HOST A, et al. (2003) «Allergy testing in children: why, who, when and how? » *Allergy* 58, pp. 559-69.
- 6) MAZÓN, A. et al. (2013) «Historia clínica en alergia infantil». *Protocol Diagn Ter pediatr* 1, pp. 21-3.
- 7) MORALES-CABEZA C (2022) «Anamnesis y exploración física». *Manual CAJMIR. SEaic.2022*
- 8) PAWANKAR R., et al. (2008). «State of World Allergy Report 2008: Allergy and Chronic Respiratory Diseases» *WAO Journal & June 2008, Supplement 1*
- 9) Real Decreto 63/1995 (BOE 10-2-95).
- 10) RIDAO REDONDO, M. et al (2019). «Orientación diagnóstica de alergia a través de la historia clínica. ¿Cuándo se debe sospechar etiología alérgica? Evolución de la enfermedad alérgica en la edad pediátrica». *Protoc diagn ter pediatr* 2, pp. 1-15
- 11) RUIZ HORNILLOS, J. (2023). «Historia clínica en alergia infantil y derivación al alergólogo. Alergología en la infancia y adolescencia». Editores Ibañez Sandin, M.D.P, Carreiro Martins, P. ISBN:978-84-09-48029-6