

ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Manuel Alcántara Villar
(coordinador)

CAPÍTULO 6

OPTIMIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A DERIVACIÓN A ALERGOLOGÍA

MANUEL ALCÁNTARA VILLAR

Jefe Sección Alergología. Hospital Universitario de Jaén

1. Introducción

Las enfermedades alérgicas son un problema global de salud pública, cuya incidencia no ha parado de crecer en las últimas décadas. En España, se estima que una de cada cuatro personas padece algún tipo de enfermedad alérgica.

La labor del médico de familia es crucial para identificar y gestionar estos casos, 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, de ahí que debamos optimizar la selección de pacientes candidatos a derivación a alergología, en base a factores como la complejidad de los casos, la necesidad de pruebas especializadas, la falta de respuesta a tratamientos convencionales y otros elementos que influyen en la toma de decisiones.

En este capítulo haremos una breve descripción del manejo de las enfermedades alérgicas más frecuentes, exponiendo los criterios de derivación a Alergología.

2. Rinitis alérgica

La rinitis alérgica (RA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal.

Los síntomas habituales comprenden: prurito nasal, rinorrea (generalmente acuosa), estornudos y obstrucción nasal. Suele estar asociados a síntomas oculares: prurito, lagrimeo y eritema conjuntival.

La clasificación de la RA se puede realizar por su duración en intermitente y persistente y por su gravedad en leve y moderada/severa (Figura 1).

Figura 1. Clasificación de la rinitis según duración y gravedad según la clasificación ARIA modificada (VALERO A, 2022).

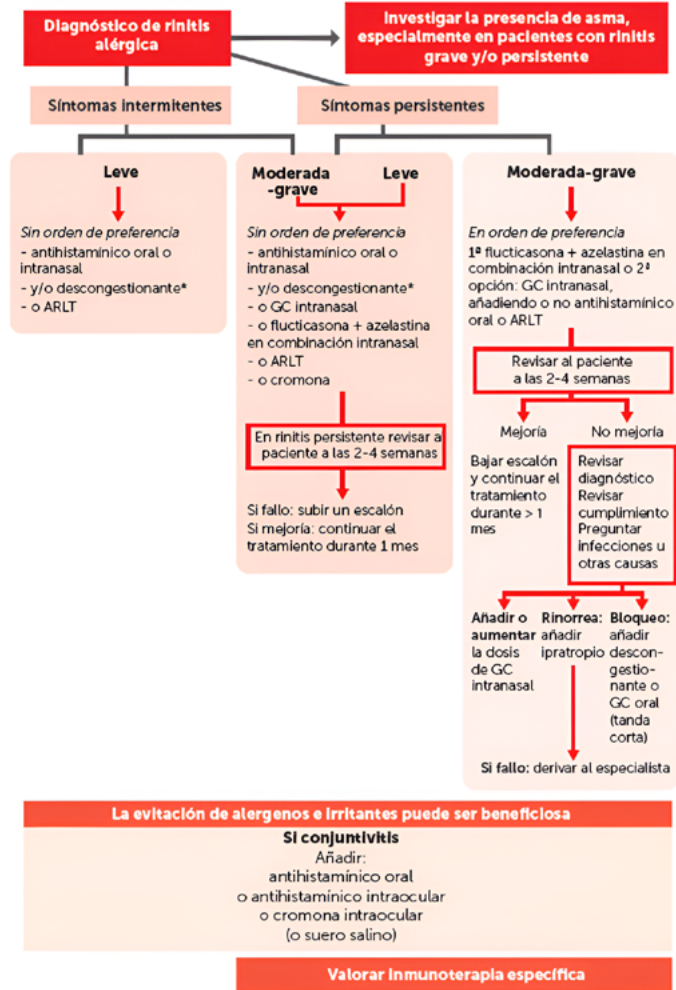


El diagnóstico se basa en una historia clínica compatible (signos y síntomas típicos de prurito nasal, estornudos en salvas, rinorrea acuosa y congestión nasal, junto con los antecedentes de exposición a alérgenos tanto de interior como exterior), asociada a pruebas cutáneas positivas y/o presencia de IgE específica en sangre que concuerde con los síntomas del paciente.

Es muy importante conocer el alérgeno responsable de la rinitis para poder realizar medidas de evitación y tratamiento etiológico con inmunoterapia.

El tratamiento de la RA alérgica se basa en cuatro pilares: a) información al paciente sobre su enfermedad y sus posibles causas; b) medidas de evitación

Figura 2. Tratamiento escalonado de la rinitis alérgica. (GEMA 5.3).



ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GC: glucocorticoides;
* en periodos de tiempo cortos, habitualmente menos de 5 días.

GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA (GEMA) 5.3 (2023). «Guía española para el manejo del asma». Madrid: Luzón 5, S.A. URL: <http://www.gemasma.com>.

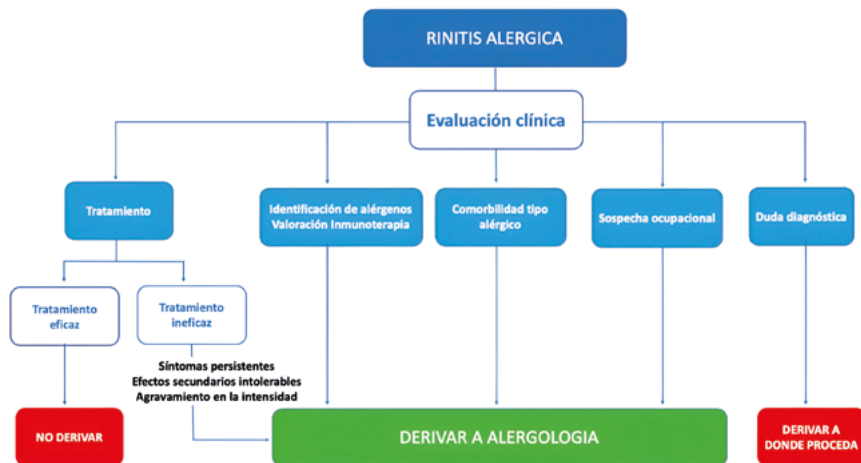
alérgica; c) tratamiento farmacológico y d) tratamiento etiológico mediante la administración de vacunas alérgicas (inmunoterapia específica). El tratamiento farmacológico, fundamentalmente en casos leves, se basa inicialmente en el uso de antihistamínicos orales o tópicos, siendo más rápidos de acción su administración tópica y de efecto más prolongado la administración oral, en el caso de ser moderada se debería iniciar su tratamiento con corticoides tópicos nasales (CIN) (Figura 2)

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).

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 3. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con rinitis alérgica. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alérgica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



La derivación de un paciente con rinitis alérgica (Figura 3) debe realizarse si se dan alguna de estas situaciones:

- Síntomas compatibles con rinitis alérgica moderada-grave
- 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.

Por otra parte no se deben de derivar aquellos pacientes que han respondido bien a la medicación sintomática y que no desean iniciar un tratamiento específico con inmunoterapia, así como los casos en los que tengamos serias dudas diagnósticas:

- Obstrucción nasal como único síntoma o asociado a alteración del olfato
- Rinorrea acuosa de inicio en paciente >65 años
- Rinorrea purulenta persistente

3. Asma bronquial

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.

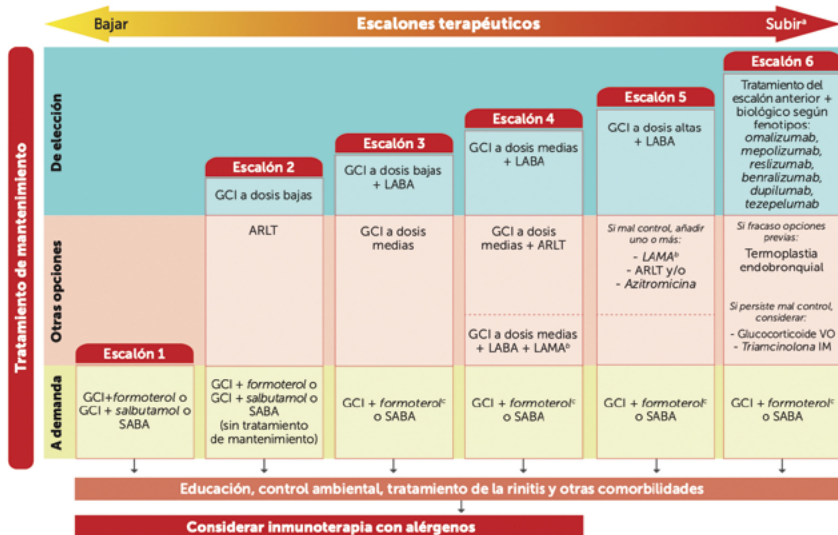
En todo paciente asmático con síntomas persistentes, se debería realizar un estudio alergológico, cuyo objetivo es determinar la existencia de alérgenos que

influyan en el desarrollo del asma o de sus exacerbaciones, pudiendo adoptar medidas de evitación o valorar la indicación de inmunoterapia.

La 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 costo efectivo 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)

Siguiendo las directrices actuales, para un adecuado tratamiento y control del asma, se establece el tratamiento escalonado de esta en función de la gravedad. Tanto la GINA como la GEMA establecen unos escalones similares, pero dado que la GEMA es una guía de consenso española, vamos a seguir el esquema terapéutico de esta (Figura 4).

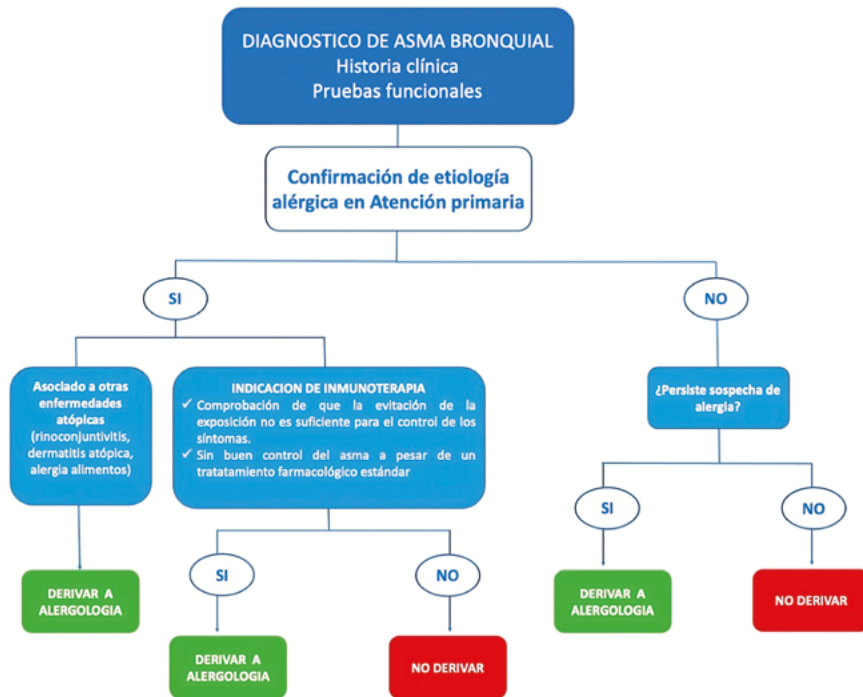
Figura 4. Tratamiento escalonado del asma bronquial. (GEMA 5.3).



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



4. Urticaria

La urticaria consiste en la aparición de habones, generalmente rodeados de un halo eritematoso. Los habones son evanescentes, con una duración menor de 24-36 horas, casi siempre pruriginosos y afectan a las capas superficiales de la dermis.

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 la gran mayoría de los casos de urticaria aguda, no se identifica ninguna causa. Por lo tanto si no existe un desencadenante relacionado, no es necesaria la realización de ningún estudio alergológico. Las urticarias de origen alérgico se suelen acompañar de otros síntomas: prurito orofaríngeo tras la ingesta, síntomas respiratorios etc. Los datos que nos pueden llevar a sospechar que se trata de una reacción alérgica son claves las preguntas:

- ¿La ha sucedido en otras ocasiones?
- ¿Ha tomado algún fármaco o ha introducido un fármaco nuevo en las 24/48 horas previas a la reacción?
- ¿Se ha producido de forma inmediata tras ingesta alimentaria?
- Por si se trata de una urticaria aguda por hipersensibilidad a Anisakis, ¿Ha ingerido en las 6/8 horas previas pescado, marisco, y se acompaña de abdominalgia?

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. 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).

La urticarias inducibles, se caracterizan por la aparición de ronchas y/o angioedema tras estímulos mecánicos (rascado, presión, frío, calor, vibración etc.). Salvo en el caso de la urticaria retardada por presión, los habones aparecen de forma inmediata en el lugar de la piel donde se ha ejercido el estímulo y tienen una duración entre 30 minutos y 2 horas sin no dejan señal residual.

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. Los antihistamínicos de primera generación no aportan

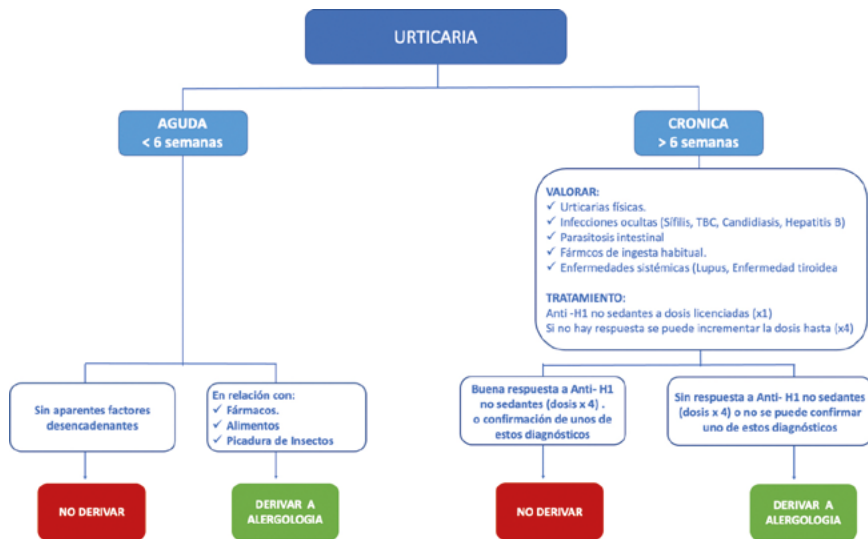
ningún beneficio terapéutico y afectan la calidad de vida puesto que producen somnolencia

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.

En casos de urticaria crónica grave refractaria al tratamiento con dosis elevadas de antihistamínicos, se recomienda en las últimas guías emplear Omalizumab o bien ciclosporina.

Figura 6. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Urticaria. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



5. Angioedema

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 es el mismo que el de la urticaria.

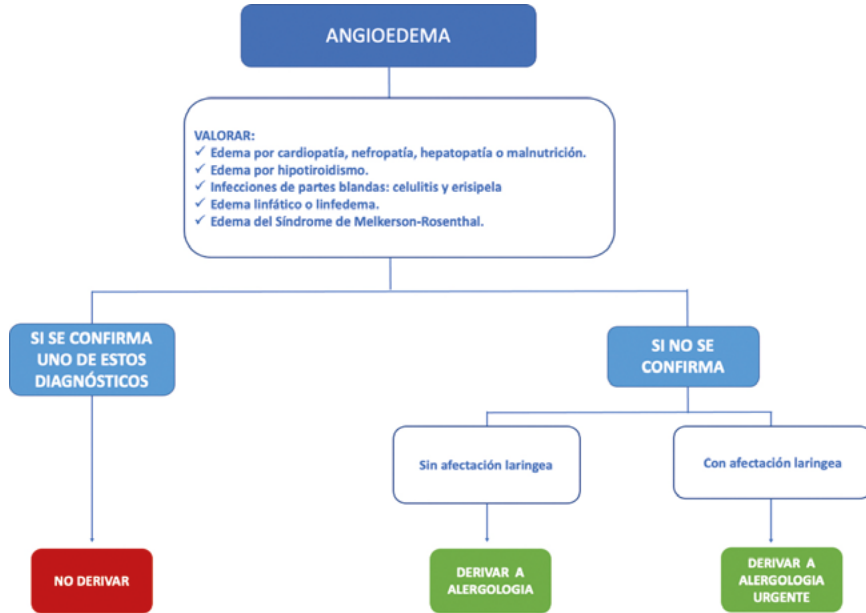
Si se sospecha un angioedema hereditario, es necesario tratamiento hospitalario urgente.

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.

Figura 7. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Angioedema. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alérgica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



6. Reacciones alérgicas a alimentos

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.

Un elemento clave para el diagnóstico de la alergia a alimentos es la existencia de una secuencia temporal entre la ingestión del alimento sospechoso y la aparición de una clínica compatible. Se considera que un intervalo de tiempo generalmente inferior a 60 minutos es altamente sugestivo, aunque los síntomas pueden presentarse hasta 4-6 horas tras la ingesta. En algunos casos los síntomas pueden ser provocados, no solo por la ingestión, sino por el roce o el contacto directo o indirecto con el alimento o, incluso, por la exposición a sus partículas volátiles.

La clínica de la alergia alimentaria mediada por IgE se presenta típicamente con síntomas cutáneos, digestivos, respiratorios y del sistema circulatorio (tabla 1):

Tabla 1. Síntomas de una reacción alérgica alimentaria.

Cutaneos <ul style="list-style-type: none">• Inflamación de labios, lengua, boca cara y garganta (angioedema)• Urticaria• Eritema
Digestivos <ul style="list-style-type: none">• Vómitos• Diarrea• Mareo / náusea• Dolor cólico• Flatulencia
Respiratorios <ul style="list-style-type: none">• Rinorrea o congestión nasal• Estornudos• Asma• Tos• Sibilancias• Presión torácica• Disnea
cardiovasculares <ul style="list-style-type: none">• Hipotensión• Síncope/presíncope• Parada cardiorrespiratoria

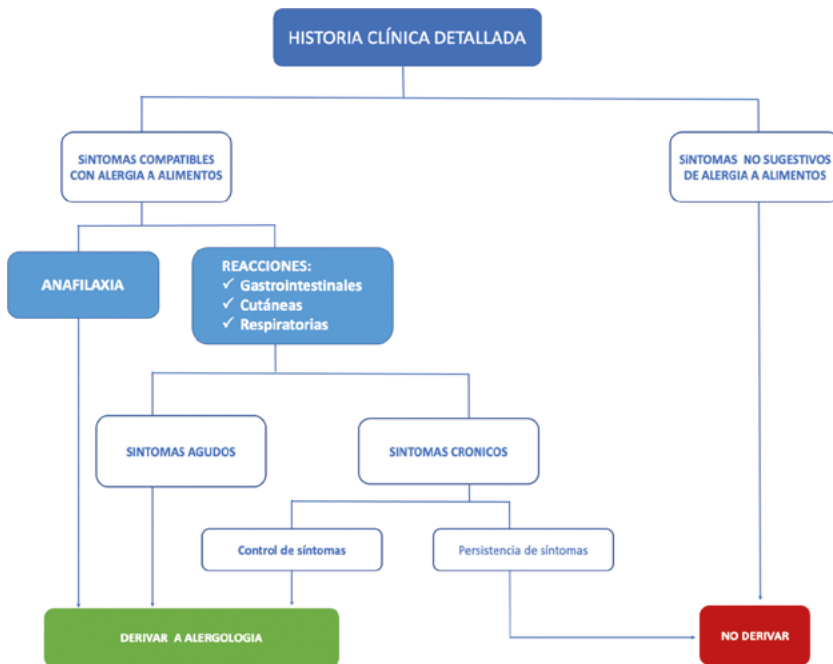
El diagnóstico de la alergia alimentaria se basa en la realización de una historia clínica detallada que incluya síntomas, relación temporal con la ingesta del alimento, cantidad y presentación del alimento que desencadena los síntomas, tiempo transcurrido desde el último episodio, cofactores (ejercicio, fármacos...), medicación de rescate, asistencia médica. El estudio alergológico incluye Test cutáneos (Prick Test con extracto comercial y/o Prick Prick con el alimento en fresco), determinación de IgE específica frente a extractos completos y/o componentes como la profilina, las PRL, la LTP etc) y el test de provocación controlada con alimentos, que es la prueba clave para el diagnóstico definitivo de alergia alimentaria salvo en el caso de reacciones severas.

La actitud inicial ante cualquier sospecha de alergia a alimentos incluye:

- El alimento debe ser retirado de la dieta hasta realización del estudio alérgico 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.

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

Figura 8. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con alergia alimentaria. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alérgica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



No son criterios de derivación a alergología:

- Intolerancias digestivas por alimentos (intolerancia lactosa, fructosa u otros)
- Enfermedad Celiaca
- La urticaria y/o angioedema crónico, ya que no suele estar producido por una alergia a alimentos

7. Reacciones alérgicas a medicamentos.

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

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

Figura 9. Protocolo de derivación a alergología de reacciones adversas a fármacos. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alérgica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



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

Hay una serie de datos que debemos recoger en la historia del paciente y/o en la hoja de derivación, ya que nos ayudan a distinguir entre verdaderas reacciones alérgicas y otras que no lo son:

- 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

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

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria cutánea, crónica, de curso fluctuante, con recaídas y remisiones, que puede producir un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

El diagnóstico de la dermatitis atópica es fundamentalmente clínico, siendo el prurito un signo guía y la distribución y morfología de las lesiones según la edad del paciente datos claves que nos ayudarán en el proceso diagnóstico.

Los criterios diagnósticos más aceptados son los criterios de Hanifin-Rajka, debiendo cumplirse 3 de los 4 criterios mayores y 3 de los 23 menores (Tabla 2).

En 2008, Brenninkmeijer y cols., propusieron una modificación simplificada de estos criterios, adaptados para la población pediátrica, manteniendo el prurito como criterio esencial, pero modificando los criterios de localización (Tabla 3).

Tabla 2. Criterios de Hanifin-Rajka de la dermatitis atópica.

Criterios mayores (debe cumplir 3 ó más)	
<ul style="list-style-type: none">• Prurito• Morfología y distribución característica de las lesiones:<ul style="list-style-type: none">-Afectación de cara, flexuras y superficies extensoras en niños-Liquenificación de flexuras en adultos• Carácter crónico y recurrente• Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinitis, dermatitis)	

Criterios menores (debe cumplir tres ó más)	
Xerosis	Oscurecimiento periocular/ojeras
Pitiriasis alba	Dermografismo blanco o blanqueamiento retardado
Ig E sérica elevada	Prurito provocado por la sudoración
Edad precoz de comienzo	Intolerancia a la lana y disolvente lipídicos
Eccema de pezón	Reactividad inmediata de tipo I en las pruebas
Queilitis	Ictiosis/hiperlinealidad palmar/queratosis pilar
Conjuntivitis recidivante	Intolerancia a algunos alimentos
Acentuación perifolicular	Influencia de factores ambientales y emocionales
Palidez o eritema facial	Pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan
Pliegues cervicales anteriores	Tendencia a dermatitis inespecíficas de manos y pies
Catarata subcapsular anterior	Tendencia infecciones cutáneas
Queratocono	

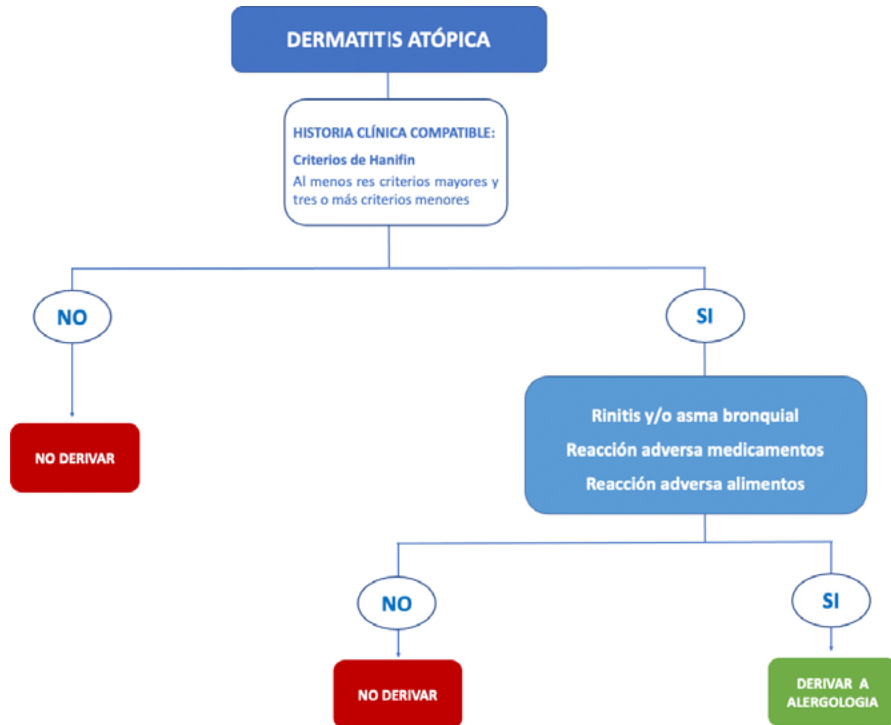
Tabla 3. Criterios simplificados para el diagnóstico de la dermatitis atópica.

Criterios diagnósticos simplificados de dermatitis atópica
Prurito cutáneo en los últimos 12 meses, y 3 ó más de los siguientes hallazgos:
Historia de dermatitis flexural (o de las mejillas en niños < 10 años)
Historia personal de asma o rinitis alérgica (o antecedentes de atopia en un familiar de primer grado en < 4 años)
Antecedentes de xerosis cutánea en el último año
Eccema flexural visible (o en mejillas o frente y superficies extensoras de extremidades en < 4 años)
Inicio antes de los 2 años (si el niño es > 4 años)

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.

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. Modificado de FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

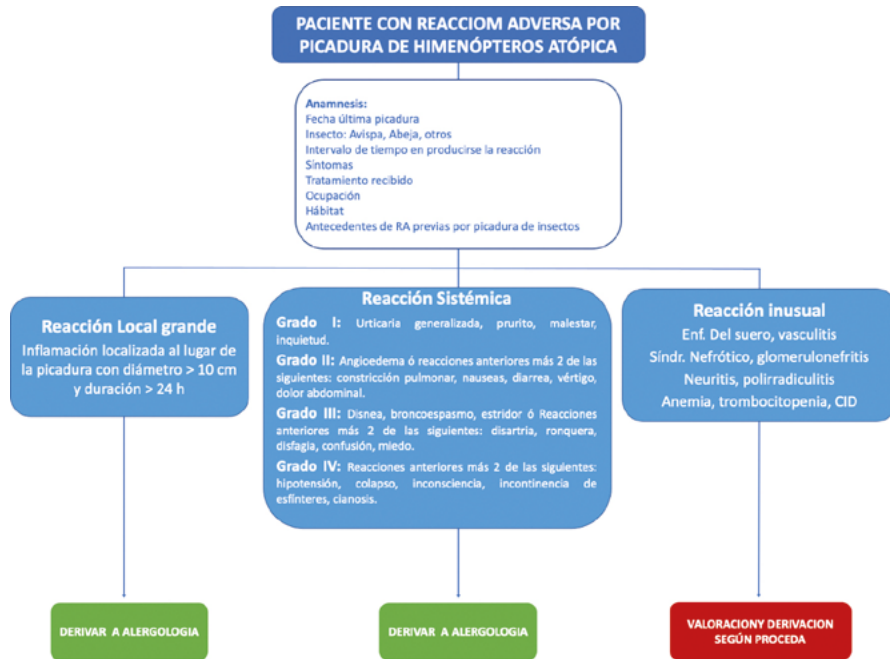


9. Reacciones alérgicas a picadura de insectos

Los Himenópteros (avispa, abejas y hormigas), son la principal causa de reacciones de origen alérgico al veneno inoculado por la picadura de estos insectos.

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 FLORIDO LÓPEZ, F et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alérgica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.



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

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 cardiovasculares y una prueba diagnóstica positiva (prueba cutánea y/o IgE sérica específica) constituye una indicación absoluta para cualquier grupo de edad.

10. Anafilaxia

La anafilaxia, es la manifestación alérgica más grave que existe. Se trata de una urgencia médica, pudiendo conducir a un desenlace fatal, especialmente si no se reconocen los síntomas y no se actúa rápidamente.

Todos los pacientes con un episodio de anafilaxia, deben ser derivados para estudio de forma URGENTE para investigar el diagnóstico etiológico del proceso. El objetivo a largo plazo es evitar la aparición posterior de nuevos episodios.

El diagnóstico etiológico del proceso, se basa en la historia clínica y en las exploraciones alergológicas necesarias para identificar el agente causante, aunque a veces no llega a identificarse el desencadenante. 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.

La adrenalina es la droga de elección en el tratamiento de la anafilaxia. En el mercado Nacional se encuentran autoinyectores precargados.

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

11. Bibliografía recomendada

- 1) ACEITUNO, P. (2022). «Novedades en el diagnóstico y prevención de la alergia a alimentos» en M. Alcántara (coordinador), Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 165-191.

- 2) 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.
- 3) BOUSQUET, J. et al (2008). «Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). Update (in collaboration with the World Health Organization, GALEN and AllerGen)». *Allergy* 63, pp. 8-160.
- 4) BOUSQUET, J. et al (2015). «MACVIA-ARIA Sentinel NetworK for allergic rinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation». *Allergy* 70, pp. 1372-1392.
- 5) BUSSE, P. J., CHRISTIANSEN S.C. (2020) «Hereditary Angioedema». *N Engl J Med.* 382, pp. 1136-1148.
- 6) CABALLERO, T. et al (2011). «Spanish Consensus on the diagnosis, management and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Par I. Classification, epidemiology, pathophysiology, genetics, clinical symptoms and diagnosis». *J Investig Allergol Clin Immunol* 21(5), pp.333-47.
- 7) CABALLERO T. et al (2011). «Spanih Consensus on the diagnosis, management and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Par II. Treatment follow-up, and special situation». *J Investig Allergol Clin Immunol* 21(6), pp. 422-41.
- 8) DE LA HOZ, B. (2022). «Novedades en el diagnóstico y prevención de la alergia a alimentos» en M. Alcántara (coordinador), *Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas*, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 128-145.
- 9) FERRER, M. (2022). «Urticaria crónica espontanea: abordaje diagnóstico y terapéutico» en M. Alcántara (coordinador), *Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas*, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 146-164.
- 10) FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- 11) GARCIA POLO, C., et al. (2012), *Proceso asistencial integrado*, Sevilla, Consejería de salud.
- 12) GEMA 5.3 (2023). «Guía Española para el Manejo del Asma». Disponible en <https://www.gemasma.com/>

- 13) GINA (2019). «Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHL-BI/ WHO Workshop Report». Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
- 14) 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.
- 15) LEONART, R et al. (2007) «Dermatitis atópica», en Peláez A, Dávila IJ (eds.), Tratado de Alergología, Tomo II, Madrid , Ergon, pp.1073-1100.
- 16) MIRANDA, A. «Diagnóstico y tratamiento actual de la alergia a veneno de himenópteros», en M. Alcántara (coordinador), Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 85-105.
- 17) MULLER, U., MOSBECH, H. (1993) «Position paper. Immunotherapy with Hymenoptera venoms», Allergy 48 (Suppl 14), pp. 37-46.
- 18) PÉREZ PIMIENTO, A. J. (2020). «Medicamentos. Fundamentos de Alergia e inmunología clínica», Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid: Mc.GrawHill, pp. 311-386
- 19) RAMIREZ, M. (2022). «Novedades en el diagnóstico y prevención de la alergia a alimentos» en M. Alcántara (coordinador), Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 27-61.
- 20) VALERO, A. (2022). «Avances en rinitis alérgica y rinosinusitis crónica con poliposis», en M. Alcántara (coordinador), Avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas, Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 8-26.