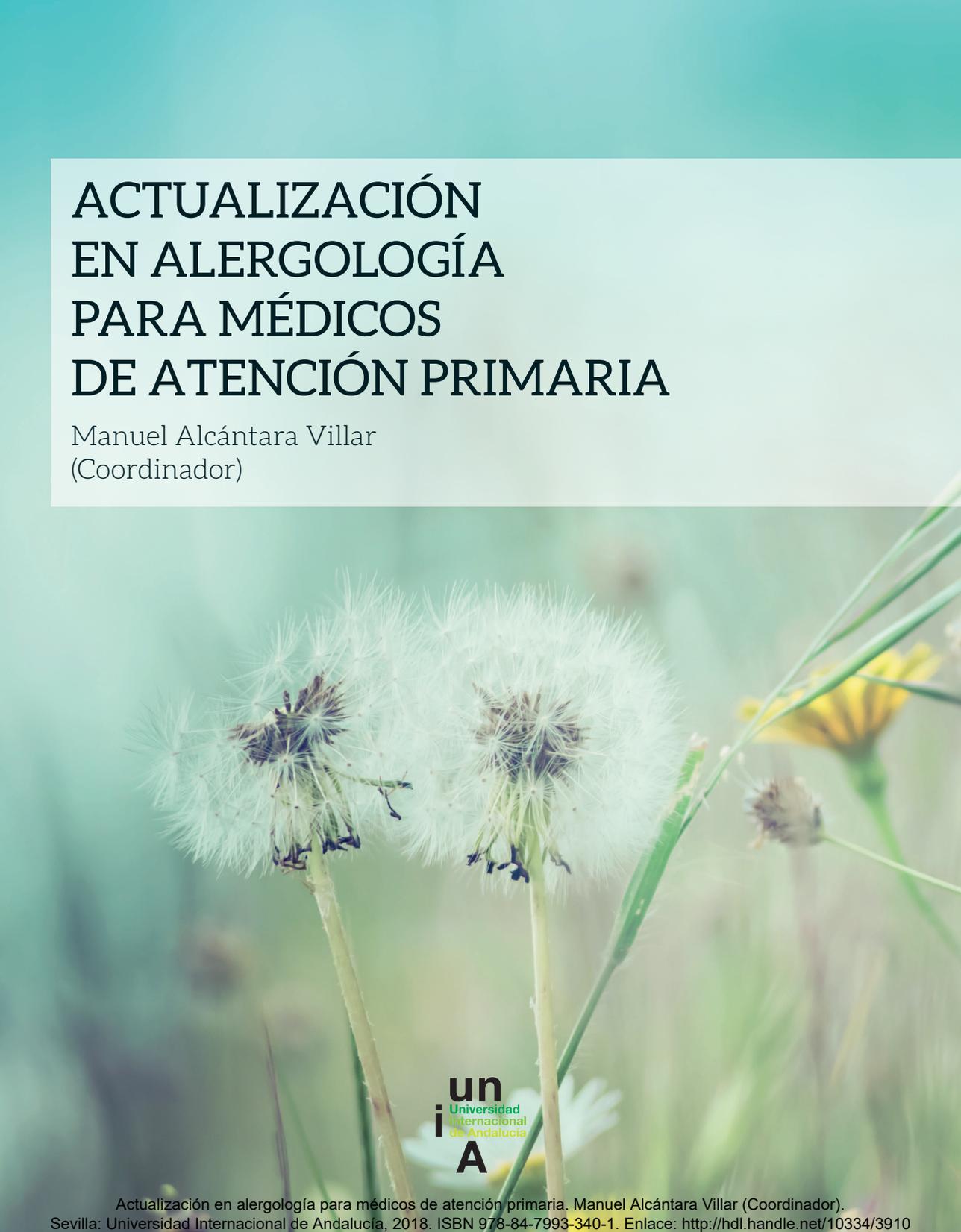


ACTUALIZACIÓN EN ALERGOLOGÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Manuel Alcántara Villar
(Coordinador)

A photograph of several dandelion seed heads in a field, with a soft-focus background of green grass and a yellow flower. The seed heads are in various stages of blowing, with some showing the dark brown seed heads and others being mostly white fluff.

un
i Universidad
Internacional
de Andalucía
A

CAPÍTULO 5

¿QUÉ PACIENTES DEBEMOS DERIVAR A ALERGOLOGÍA?

MANUEL ALCÁNTARA VILLAR, MIGUEL ÁNGEL MUÑOZ MUÑOZ
Y LUIS PALACIOS COLOM

*FEA Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
Complejo Hospitalario de Jaén*

1. Introducción

Se estima que en España una de cada cuatro personas padece algún tipo de enfermedad alérgica (rinitis alérgica, asma, urticaria, angioedema, alergia a medicamentos o alimentos, reacciones alérgicas a picadura de insecto, dermatitis atópica, anafilaxia etc), lo que hace que el médico de atención primaria atienda de forma habitual a muchos pacientes que sufren este tipo de enfermedades. Para ofrecer al paciente una atención complementaria tanto para su diagnóstico como para su tratamiento, se plantea en muchos casos la derivación al alergólogo.

Es importante unificar pautas de actuación, criterios de derivación y seguimiento de la patología alérgica más frecuente, con objeto de asegurar una adecuada coordinación entre niveles asistenciales,

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

2. Rinitis alérgica

1.1 Clínica

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

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

1.2. Diagnóstico

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 importante recordar que una analítica con IgE específica negativa no es excluyente de rinitis alérgica.

La rinitis alérgica es un factor de riesgo de aparición de asma y nuevas comorbilidades alérgicas, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento específico.

1.3. Tratamiento

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

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.

Si la rinitis se asocia a conjuntivitis alérgica, resulta útil añadir un antihistamínico 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 con aeroalérgenos. La inmunoterapia es un tratamiento eficaz en la rinitis alérgica (reduce síntomas, reduce necesidad de medicación y mejora calidad de vida), 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.

1.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?

La derivación de un paciente con rinitis alérgica (Figura 1) 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: Dermatitis atópica, 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.

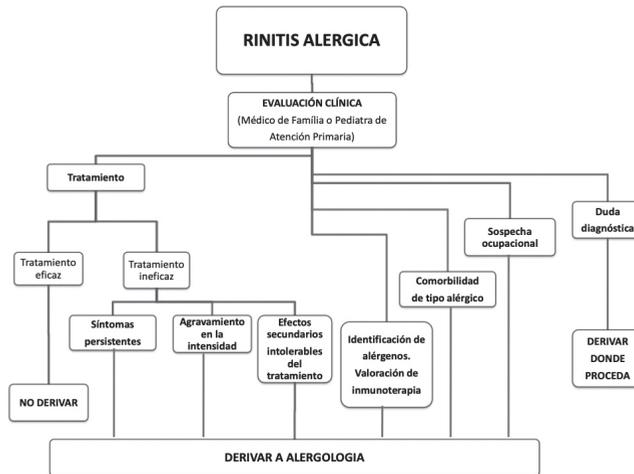


Figura 1. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con rinitis alérgica.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA
ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

3. Asma bronquial

3.1. Clínica

El asma bronquial alérgica es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, caracterizada por una obstrucción variable del flujo aéreo.

Los síntomas guías son: tos, disnea, sibilancias y opresión torácica y que en un alto porcentaje de pacientes se acompaña de síntomas oculonasales (rinoconjuntivitis). Dependiendo de la causa estos síntomas, pueden ser perennes o estacionales, en base a los alérgenos responsables de la clínica.

3.2. Diagnóstico

El diagnóstico sindrómico se basa en una historia clínica compatible y la demostración de obstrucción reversible al flujo aéreo. Para llevarse a cabo se

realiza estudio funcional respiratorio, que incluye: espirometría forzada con prueba broncodilatadora y provocación bronquial inespecífica (metacolina o manitol).

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.

3.3. Tratamiento.

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 (ver tabla 1 y 2) y siguiendo el tratamiento escalonado recomendado por la Guía GEMA 4.3 (ver tablas 3, 4 y 5).

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).

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Síntomas diurnos	No (2 veces o menos a la semana)	Más de 2 veces a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (varias veces al día)
Medicación de alivio (agonista β_2 -adrenérgico de acción corta)	No (2 veces o menos /semana)	Más de 2 veces a la semana pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	No más de 2 veces al mes	Más de 2 veces al mes	Más de una vez a la semana	Frecuentes
Limitación de la actividad	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar (FEV ₁ o PEF) % teórico	> 80 %	> 80 %	> 60 % - < 80 %	≤ 60 %
Exacerbaciones	Ninguna	Una o ninguna al año	Dos o más al año	Dos o más al año

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

Tabla 1. Clasificación Gravedad asma adulto (Tomado de GEMA 4.3).

	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	- De pocas horas o días de duración < de uno cada 10-12/ semanas - Máximo 4-5 crisis/año	- < de uno cada 5-6 semanas - Máximo 6-8 crisis/año	> de uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	-	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	-	-	≤ 2 noches por semana	> 2 noches por semana
Medicación de alivio (SABA)	-	-	≤ 3 días por semana	3 días por semana
Función pulmonar - FEV ₁ - Variabilidad PEF	> 80 % < 20 %	> 80 % < 20 %	> 70 % - < 80 % > 20 % - < 30 %	< 70 % > 30 %

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo. SABA: agonista β_2 -adrenérgico de acción corta.

Tabla 2. Clasificación gravedad del asma en niños (Tomado de GEMA 4.3).

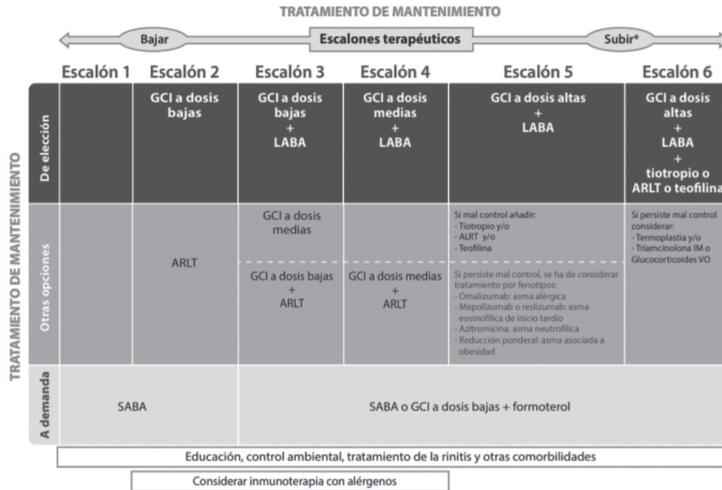


Tabla 3. Tratamiento del asma según gravedad, adulto (Tomado de GEMA 4.3).

		Tratamiento escalonado	Medicación de control	Medicación de rescate
	Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria.	1	Sin medicación de control	Broncodilatador acción rápida a demanda
		2	GCI dosis baja o ARLT	
		3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + ARLT	
	Control ambiental.	4	GCI dosis medias + ARLT	
		5	GCI dosis altas + ARLT Si no control añadir: LABA*	
		6	GC oral	

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: agonista β₂-adrenérgico de acción larga; GC: glucocorticoide. *Fuera de indicación.

Tabla 4. Tratamiento del asma según gravedad, niño menor 3 años (Tomado de GEMA 4.3).

		Tratamiento escalonado	Medicación de control	Medicación de rescate	
 <p>Grado de control + - Grado de control</p>	<p>Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria.</p>	1	Sin medicación de control	<p>Broncodilatador acción rápida a demanda</p>	
		<p>Control ambiental.</p>	2		GCI dosis baja o ARLT
			3		GCI dosis medias o GCI dosis baja + LABA o GCI dosis baja + ARLT
	4		GCI dosis medias + LABA o GCI dosis media + ARLT		
		5	GCI dosis altas + LABA Si no control añadir: ARLT, teofilina o tiotropio		
		6	GC oral omalizumab		

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: agonista β_2 -adrenérgico de larga duración; GC: glucocorticoide

Tabla 5. Tratamiento del asma según gravedad, niño mayor de 3 años (Tomado de GEMA 4.3).

3.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?

Los pacientes con asma en los que se haya confirmado etiología alérgica en atención primaria, solo deberían derivarse si tienen asociadas otras enfermedades atópicas (rinoconjuntivitis, dermatitis atópica, alergia alimentos) o exista indicación de inmunoterapia (la evitación de la exposición no es suficiente para el control de los síntomas o en el caso de que el paciente no controle su asma a pesar de un tratamiento farmacológico estándar correcto)

También deberemos derivar a los asmáticos con sospecha de alergia que no haya podido ser confirmada con las pruebas disponibles en atención primaria.

Los criterios para una interconsulta a alergología que propone el Proceso integral Asma, editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía están esquematizados en la figura 2.

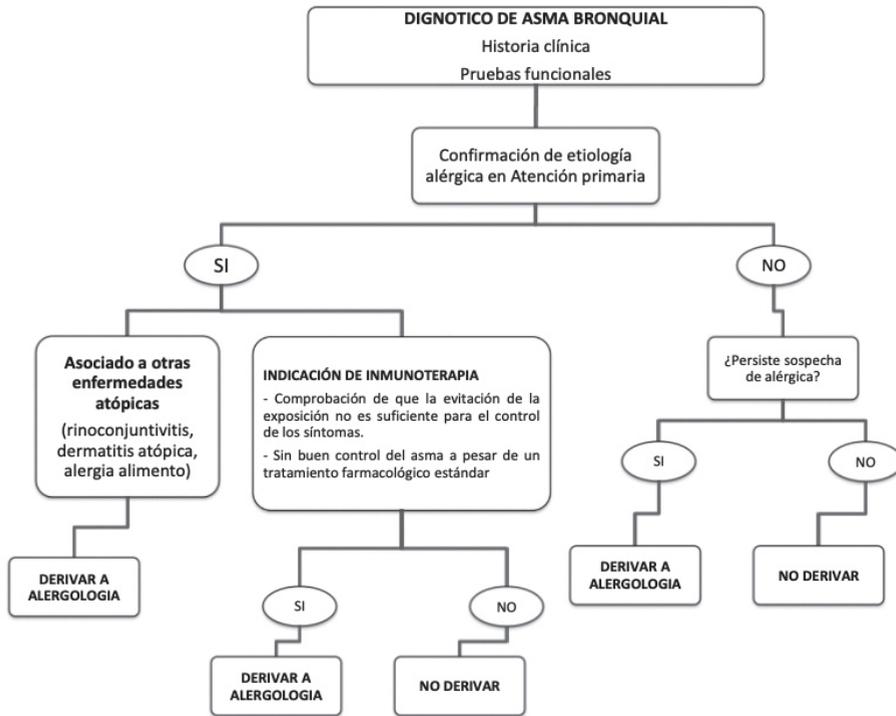


Figura 2. Criterios de derivación a alergología de pacientes con asma. ASMA: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

4. Urticaria

4.1. Clínica

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. Puede ir acompañada de angioedema (AE).

Es preciso diferenciar entre la urticaria de duración menor a 6 semanas, urticaria aguda y la de duración superior a 6 semanas, urticaria crónica.

4.2. Diagnóstico

Se basa en la anamnesis detallada y una minuciosa exploración física. En toda urticaria es preciso valorar la presencia de factores desencadenantes, duración de los habones, si dejan o no lesión residual, si producen dolor y su distribución.

En los casos de urticaria aguda es esencial una anamnesis apropiada que trate de identificar el factor desencadenante, no siendo habitualmente necesario en Ap otros estudios complementarios. En alergología se realizaran test cutáneos, determinaciones dirigidas de IgE específica en función de la causa aparente y en su caso test de exposición con el agente.

En el caso de la urticaria crónica es de interés realizar una analítica que trate de identificar el posible origen, aunque más del 80% no es posible identificar la causa, recomendándose: hemograma, bioquímica, C3, C4, H tiroideas y autoanticuerpos antitiroideos, autoanticuerpos y determinaciones seriadas de parásitos en heces, y en ocasiones despistaje de marcadores tumorales.

En el caso del AE aislado, el despistaje además se realiza mediante el hallazgo de C4 por debajo del 50% de los valores normales y C3 normal.

4.3. Tratamiento.

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, pueden ser útiles en el tratamiento de las exacerbaciones (ciclos cortos de 3 a 7 días). 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 habitual (antihistamínicos H1 de segunda generación hasta 4 veces las dosis habitual) se puede considerar el uso de agentes **inmunomoduladores o inmunosupresores**, tales como el omalizumab y la ciclosporina.

4.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?.

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 3).

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 en urticarias de menos de 6 semanas de duración, 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.

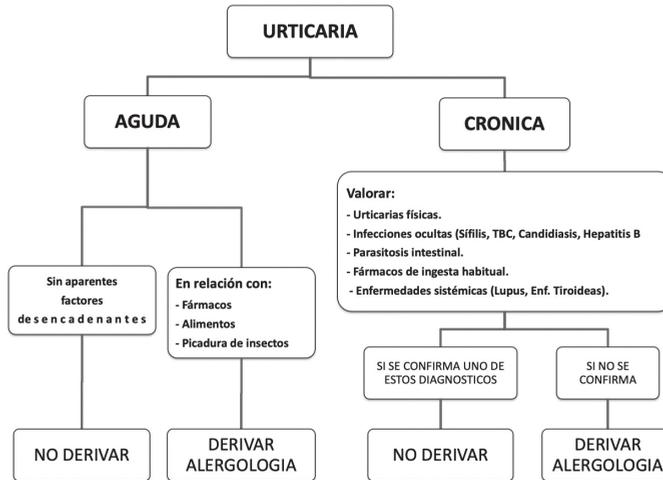


Figura 3. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Urticaria.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

5. Angioedema

5.1. Clínica

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 bradisinina (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.

5.2. Diagnóstico

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

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 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 debe repetir el estudio durante un episodio agudo. En algunas ocasiones se realiza un estudio genético para confirmar el diagnóstico.

5.3. Tratamiento.

El tratamiento inicial en AP es el mismo que el de la urticaria. Si se sospecha un angioedema hereditario, es necesario tratamiento hospitalario urgente (C1 inhibidor o acetato de icatibant). Como tratamiento profiláctico se suelen utilizar: antifibrinolíticos (ácido tranexámico) o andrógenos (estanozolol y danazol).

5.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?.

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 4). 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.

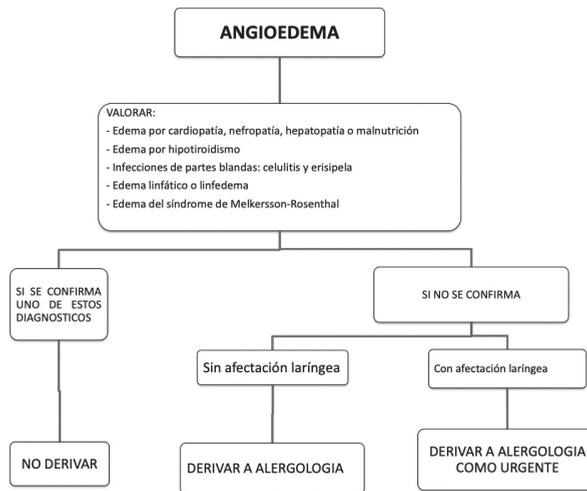


Figura 4. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con Angioedema.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGÍA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

6. Reacciones alérgicas a alimentos

6.1. Clínica

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.

6.2. Diagnóstico.

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.

Es importante recordar que una analítica con IgE específica positiva no confirma el diagnóstico de alergia a alimentos, pudiendo llevar a errores diagnósticos en sensibilizaciones subclínicas. Los “falsos positivos” pueden conllevar retiradas de alimentos, a cualquier edad, que representan un riesgo de sensibilizaciones.

6.3. Tratamiento

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

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 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 cuándo se debe realizar la provocación con el alimento.

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 el tratamiento específico con inmunoterapia en el caso de alergia a frutas y vegetales por sensibilización a LTP, que modificará el curso de la enfermedad, aumentará la tolerancia al alimento (evitando reacciones con exposición a trazas), controlará los síntomas y mejorará la calidad de vida del paciente.

6.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?

La figura 5, expone los criterios de derivación a alergología de pacientes con alergia alimentaria. No son criterios de derivación a alergología:

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

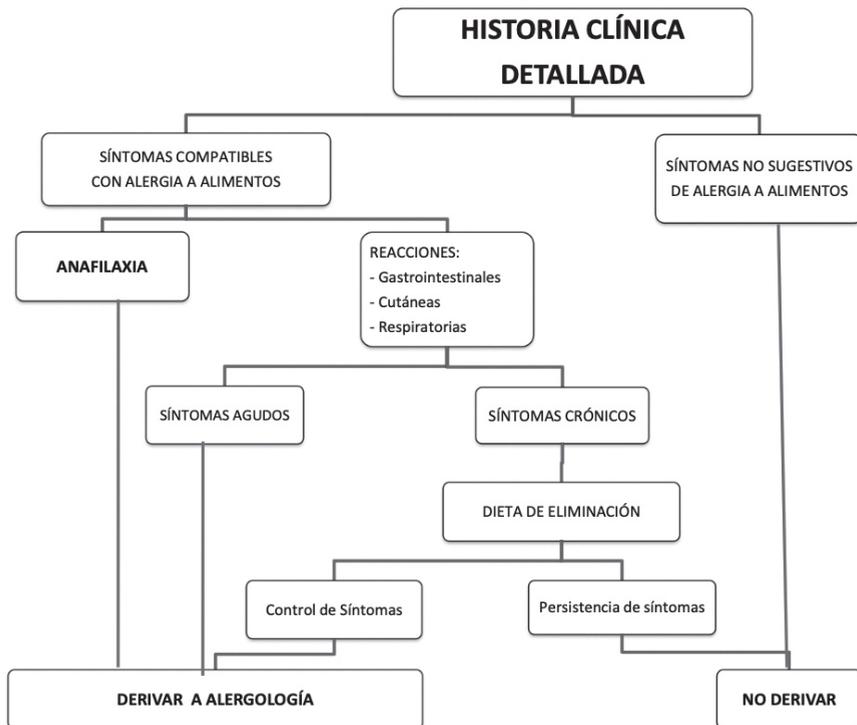


Figura 5. Protocolo de derivación a alergología de pacientes con alergia alimentaria. RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGÍA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

7. Reacciones adversas a medicamentos

7.1. Clínica

Las reacciones adversas a fármacos se definen como una respuesta nociva y no intencionada a dosis normales de un medicamento.

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.

Clínicamente, las **reacciones inmediatas** ocurren en menos de 1 hora tras la toma del fármaco y se manifiestan como urticaria, angioedema, rinitis, broncospasmo o anafilaxia/shock anafiláctico. Las **reacciones no inmediatas** ocurren más de 1 hora e incluso días tras la toma del fármaco, y se manifiestan como urticaria, exantemas y menos frecuentemente como el Síndrome de Steven-Johnson o el Síndrome de Lyell.

7.2. Diagnóstico

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

Estos 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.

7.3. Tratamiento

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.

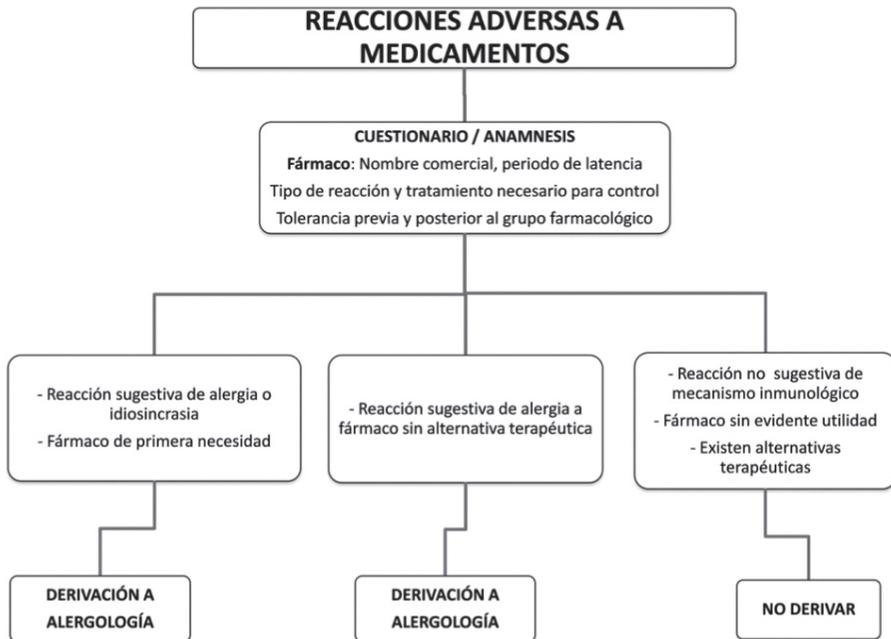


Figura 6. Protocolo de derivación a alergología de reacciones adversas a fármacos.
RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGÍA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

7.4 ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?

Se recomienda derivar a Alergología las reacciones a fármacos sugestivas de alergia o idiosincrasia (Figura 6). No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Pacientes que no han tenido nunca reacciones a fármacos, en especial pacientes que van a someterse a una anestesia general, ya que las pruebas diagnósticas no tienen valor predictivo.
- 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:
 - Síntomas gastrointestinales con antibióticos o AINEs.
 - Síncopes vasovagales por administraciones de anestésicos locales o fármacos parenterales.
 - Malestar general por opiáceos.
 - Extrapiramidalismo por metoclorpramida (antagonista 5-HT₃)
- Reacciones a fármacos sin evidente utilidad.
- Cuando existan alternativas terapéuticas.

8. Dermatitis atópica/Dermatitis de contacto.

8.1. Clínica

El eczema atópico es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica. Las lesiones pueden variar en su morfología según la fase, presentándose como un eczema agudo, subagudo o crónico, y en su distribución, dependiendo de la edad del paciente.

Existe un subtipo de eczema inducido por el contacto directo con agentes externos y que, según su patogenia, suele dividirse en dos grupos: los eczemas alérgicos de contacto (hipersensibilidad retardada tipo IV), y los eczemas por irritantes, en las que se produce una respuesta inflamatoria no inmunológica, estas son las más frecuentes (80%).

8.2. Diagnóstico

El diagnóstico del Eczema atópico y por irritantes es esencialmente clínico. El Eczema alérgico de Contacto requiere realizar pruebas epicutáneas para identificar el contactante responsable.

8.3. Tratamiento

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. También podemos utilizar inhibidores de la calcineurina, antihistamínicos (**NUNCA TÓPICOS**), terapia antimicrobiana tópica o sistémica. Existen tratamientos adyuvantes: fototerapia, inmunomoduladores, etc.

El tratamiento del Eczema de contacto se basa en la evitación del desencadenante y tratamiento con corticoides tópicos de las áreas afectadas. Si se afecta más del 20% de la superficie corporal se requieren corticoides sistémicos.

8.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?.

Se deben derivar a alergología solo los pacientes con dermatitis atópica que presenten además de la dermatitis clínica sugestiva de rinitis, asma o reacción a medicamentos y/o alimentos (Figura 7).

Dada la complejidad de la realización de un diagnóstico preciso de estas patologías, es recomendable que los pacientes sean evaluados inicialmente por Dermatología para poder realizar un diagnóstico diferencial cuando no hay clínica compatible con etiología alérgica. Ejemplos:

- Otros tipos de dermatitis como los eczemas irritativos, dermatitis seborreica, etc.
- Psoriasis.
- Sospecha de infecciones cutáneas como escabiosis, micosis, etc.

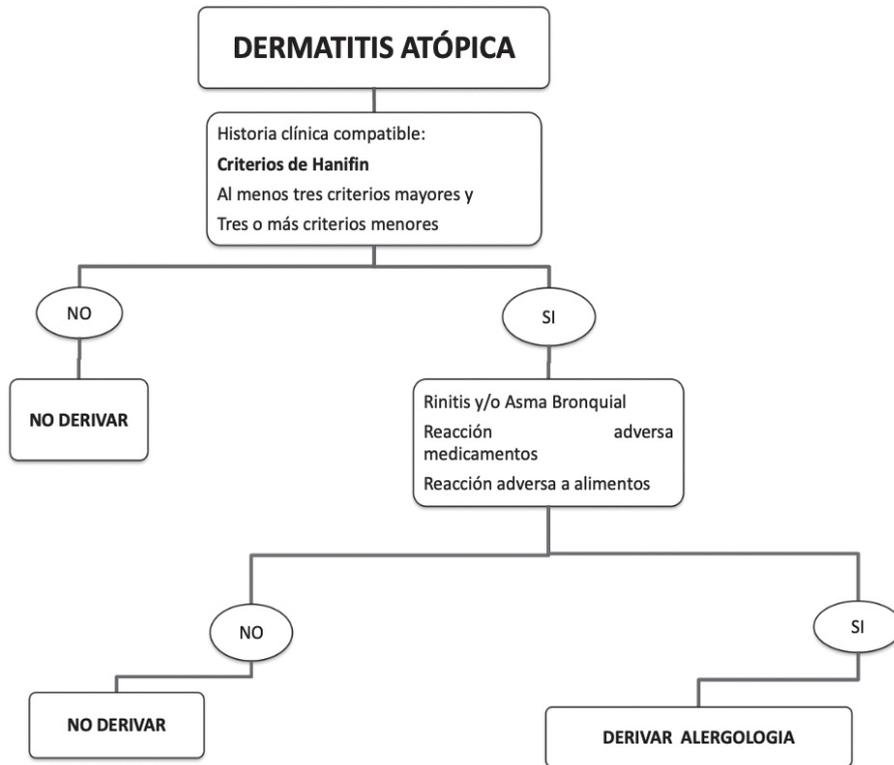


Figura 7. Protocolo de derivación a alergología en dermatitis atópica. RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

9. Reacciones alérgicas a veneno de himenópteros (abejas y avispas)

9.1. Clínica

La alergia a veneno de himenópteros (abejas y avispas), puede desencadenar reacciones locales o sistémicas.

Las reacciones sistémicas pueden poner en riesgo la vida del paciente. Las reacciones locales grandes son induraciones con eritema mayores de 10 cm. y duración superior a 24 horas, pudiendo persistir hasta diez días; las reacciones sistémicas pueden variar desde urticaria-angioedema (grado I y II) hasta la anafilaxia y el shock anafiláctico (grado III y IV).

9.2. Diagnóstico

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 frente a veneno total y a diferentes componentes alergénicos (Api m1, Api m4, Api m10, Ves v1, ves v5, pol d1, etc.).

Sensibilización alérgica a venenos no es igual a enfermedad; hasta un 40% de la población adulta puede tener pruebas cutáneas o IgE positiva a algún veneno sin clínica asociada.

9.3. Tratamiento.

El tratamiento de las reacciones agudas es sintomático, en función de la clínica:

- Reacción local (urticaria-angioedema): aplicación de hielo, antihistamínicos, esteroides, tratamiento tópico...
- Reacción sistémica (anafilaxia, shock): administración inmediata de adrenalina intramuscular (0,3 a 0,5 mg en adultos y de 0,01 mg/Kg para niños). Siempre que haya existido una reacción sistémica deberá indicársele AUTINYECTOR de ADRENALINA (2 unidades)

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.

9.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?.

La Figura 8, muestra el protocolo de derivación de los pacientes con alergia a picadura de himenópteros. No son criterios de derivación a Alergología:

- Picaduras de otros insectos como mosquitos.
- Reacción local leve.
- Lesiones sugerentes de prurigo.

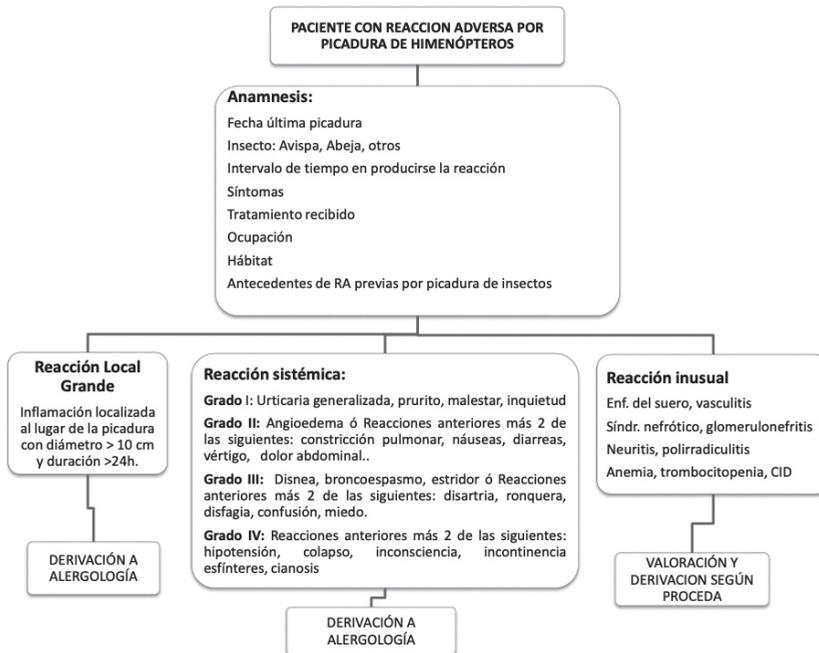


Figura 7. Protocolo de derivación a alergología en dermatitis atópica. RECOMENDACIONES DE CONTINUIDAD ASISTECIAL EN PATOLOGIA ALERGOLOGICA. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

10. Anafilaxia

10.1. Clínica

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.

10.2. Diagnóstico

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.

10.3. Tratamiento

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

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.

10.4. ¿Que pacientes debemos derivar a Alergología?

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) FLORIDO LÓPEZ, F. et al, «Recomendaciones de continuidad asistencial en patología alergológica», Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- 2) GEMA 4.3. (<https://www.gemasma.com>)
- 3) GARCIA POLO, C., et al. (2012), Proceso asistencial integrado, Sevilla, Consejería de salud.
- 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».