



XXIV CONGRÉS
D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
DE LA CAMFIC
LA LLOTJA,
PALAU DE CONGRESSOS
DE LLEIDA
21 I 22 DE NOVEMBRE DE 2013

TICS DE FAMÍLIA:
RELACIONS NOVES
AMB ELS VALORS
DE SEMPRE



Trobada amb l'expert: Abordatge de la patologia al·lèrgica a l'AP

Ponents:

Lluís Marqués Amat.

Al·lergòleg. Hospital Santa Maria, Lleida.

President de la Societat Catalana d'Al·lèrgia i Immunologia.

Antonio Valero Santiago.

Al·lergòleg. Servei de Pneumologia i Al·lèrgia. Hospital Clínic, Barcelona.

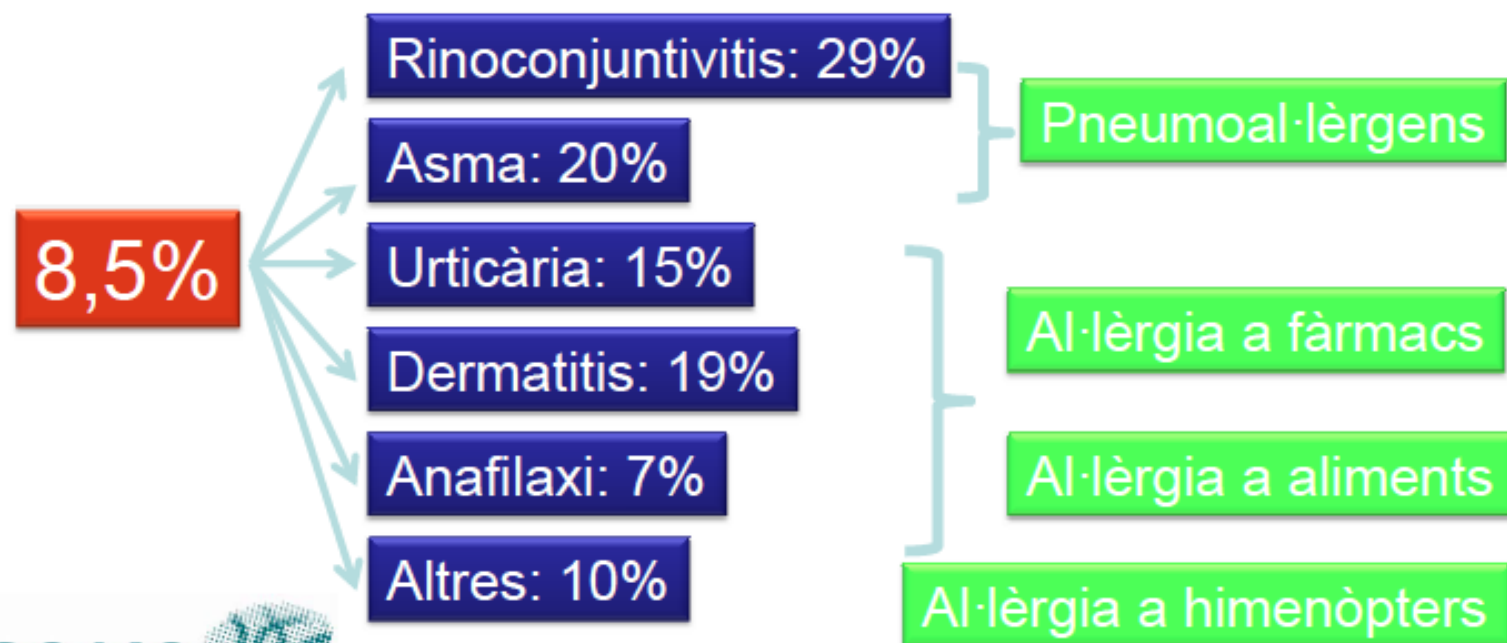
Moderador:

Iñigo Lorente Doria.

Metge de família. ABS Cappellet, Lleida.

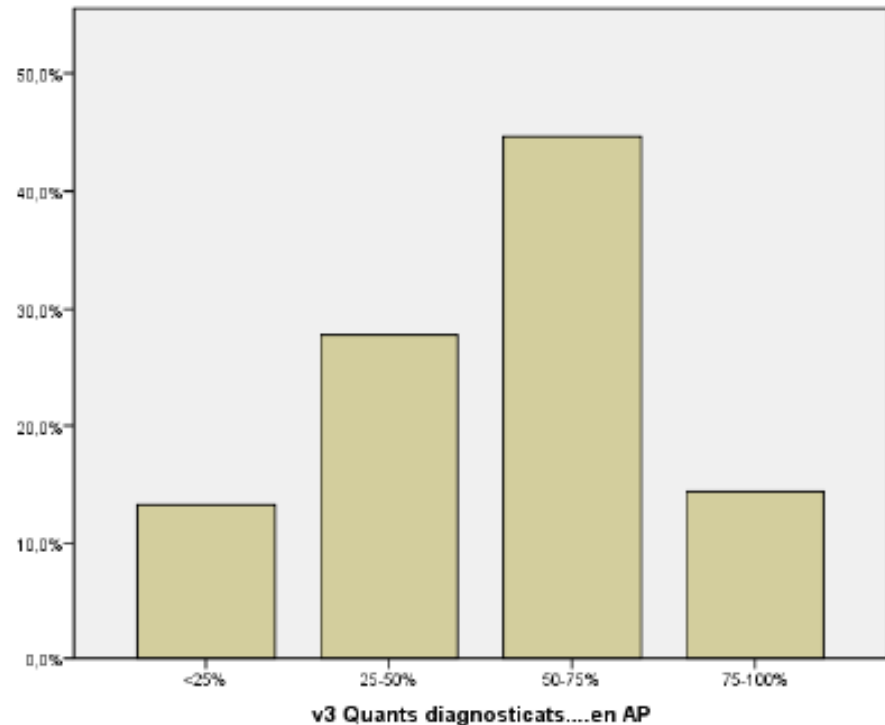
ENQUESTA SOBRE LA FREQUËNTACIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE PACIENTS AMB SIMPTOMATOLOGIA DE POSSIBLE CAUSA AL·LÈRGICA

1. Quin nombre de pacients pot veure aproximadament en una setmana amb manifestacions clíniques compatibles amb una causa al·lèrgica?:



3. Quants d'aquests pacients són diagnosticats, tractats i controlats únicament pel metge especialista en Atenció Primària?:

- 52,5%



4. Quines proves diagnòstiques pot sol·licitar el metge d' Atenció Primària des de la seva consulta?

- Analítica: 95%

(IgE 94%; Phadiatop 28%; IgEesp 49%)

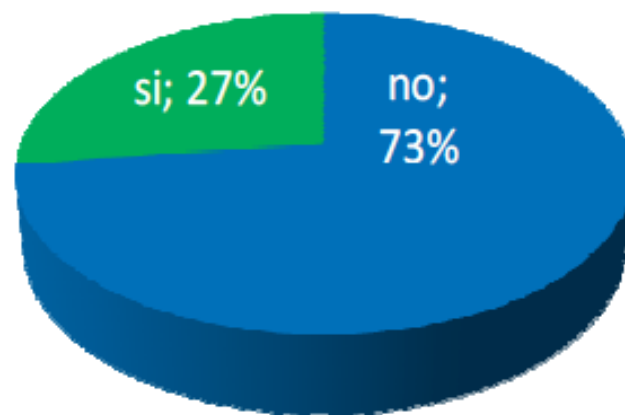
- Proves respiratòries: 91%

(Espirometria 95%; Peak flow 59%; PBD 70%)

- Proves cutànies: 34% (Prick test 26%)

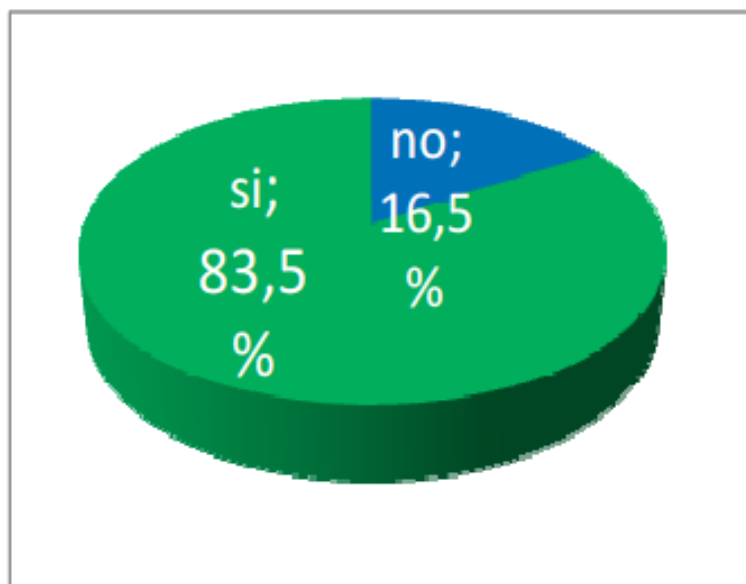
7. Quants pacients deriva el metge d' Atenció Primària a altres especialistes per a fer una valoració més exhaustiva del pacient de possible causa al·lèrgica?

- Al·lergòleg: 34%
- Pneumòleg: 22%
- ORL: 15%
- Dermatòleg: 18%
- Gastroenteròleg: 6%
- Altres: 5%



10. Respecte a la formació dels Metges d'Atenció Primària sobre al·lèrgia, creu necessari rebre més formació sobre aquest tema ?

- 83,5%



Millors necessàries

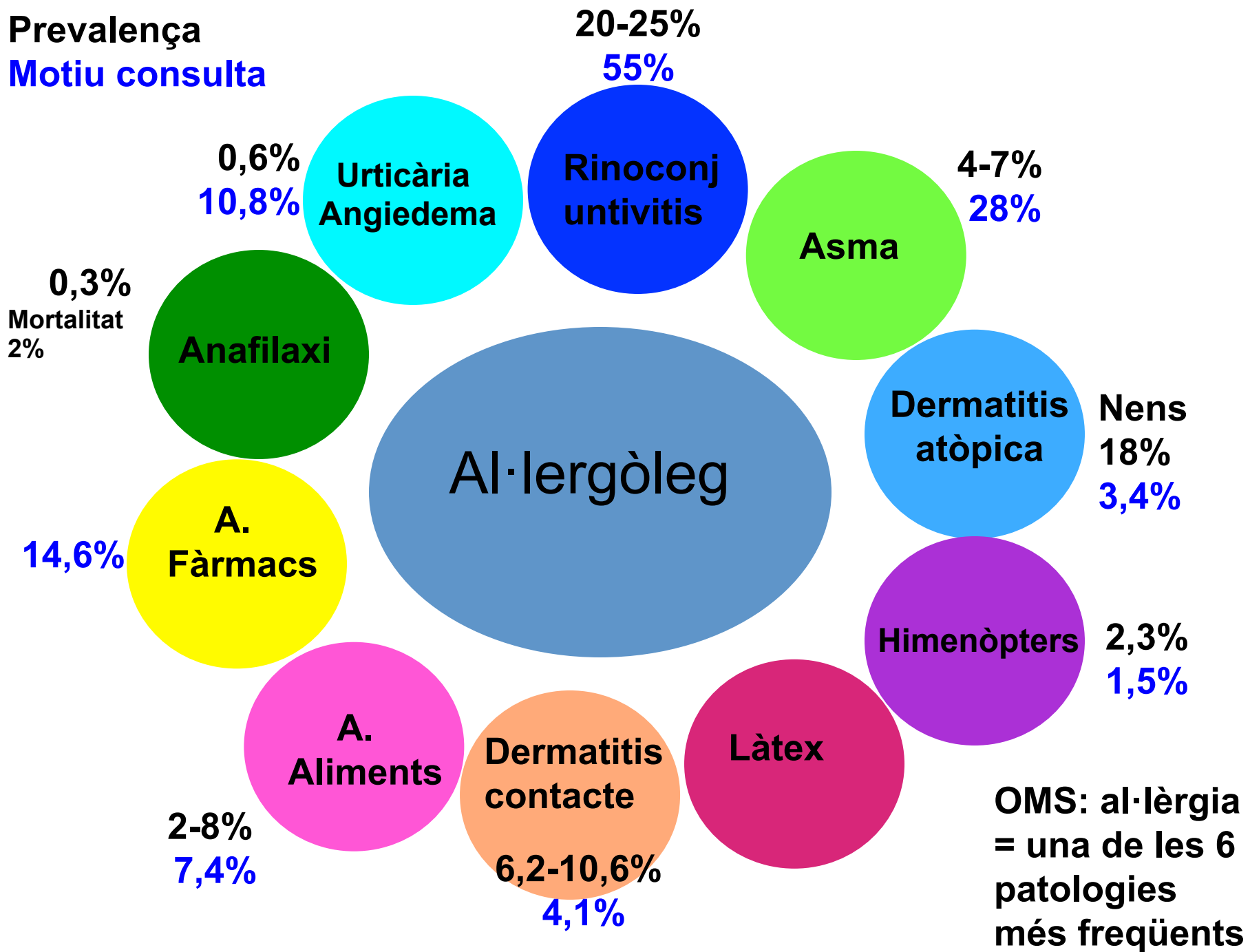
1. Cal establir protocols i rutes de derivació des de l'Atenció Primària a Al·lergologia.
2. És necessari que els metges d'AP disposin d'alguna prova de cribratge de les malalties al·lèrgiques
3. Cal promoure formació en malalties al·lèrgiques per als metges d'AP.
4. Cal reduir el temps d'espera per l'atenció al·lergologia.

Malalties al·lèrgiques

- Epidèmia del s. XXI: afectaran al 40% de la població en països desenvolupats
- Afecten sobretot gent jove
- Malalties cròniques amb diferent nivell de gravetat.
- Important alteració QV

The International Study of Allergies and Asthma in Childhood (ISAAC). Lancet 1998;351:1225-32

Prevalença
Motiu consulta



OMS: al·lèrgia
= una de les 6
patologies
més freqüents

Visió de l'al·lergòleg

- Veu el pacient com a “malalt sistèmic”
- Especialitat transversal: evita consultes múltiples
- Cerca la causa: evitació o tractament específic



Malaltia sistèmica

CONJUNTIVITIS

Pruïja, injecció conjuntival, llacremeig

RINITIS

Pruïja, congestió, rinorrea

**VIA AÈRIA SUP.
edema laríngi**

VIA AÈRIA INF- ASMA BRONQUIAL

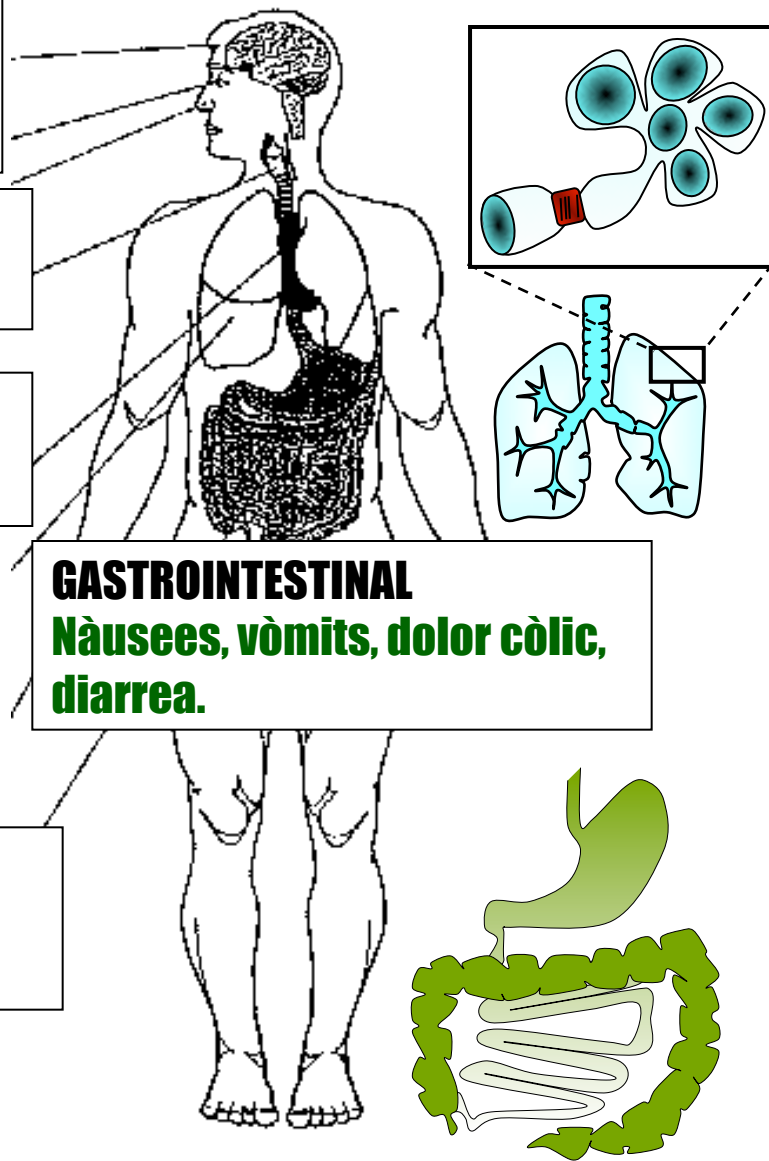
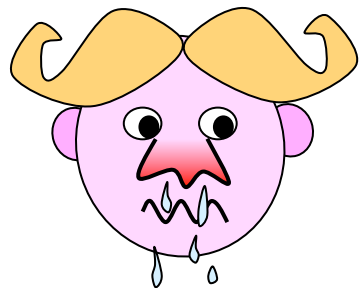
**Opressió toràcica, dísypnea,
Taquipnea, cianosis, Broncoespasme.**

PELL

**urticària, angiedema,
èczema**

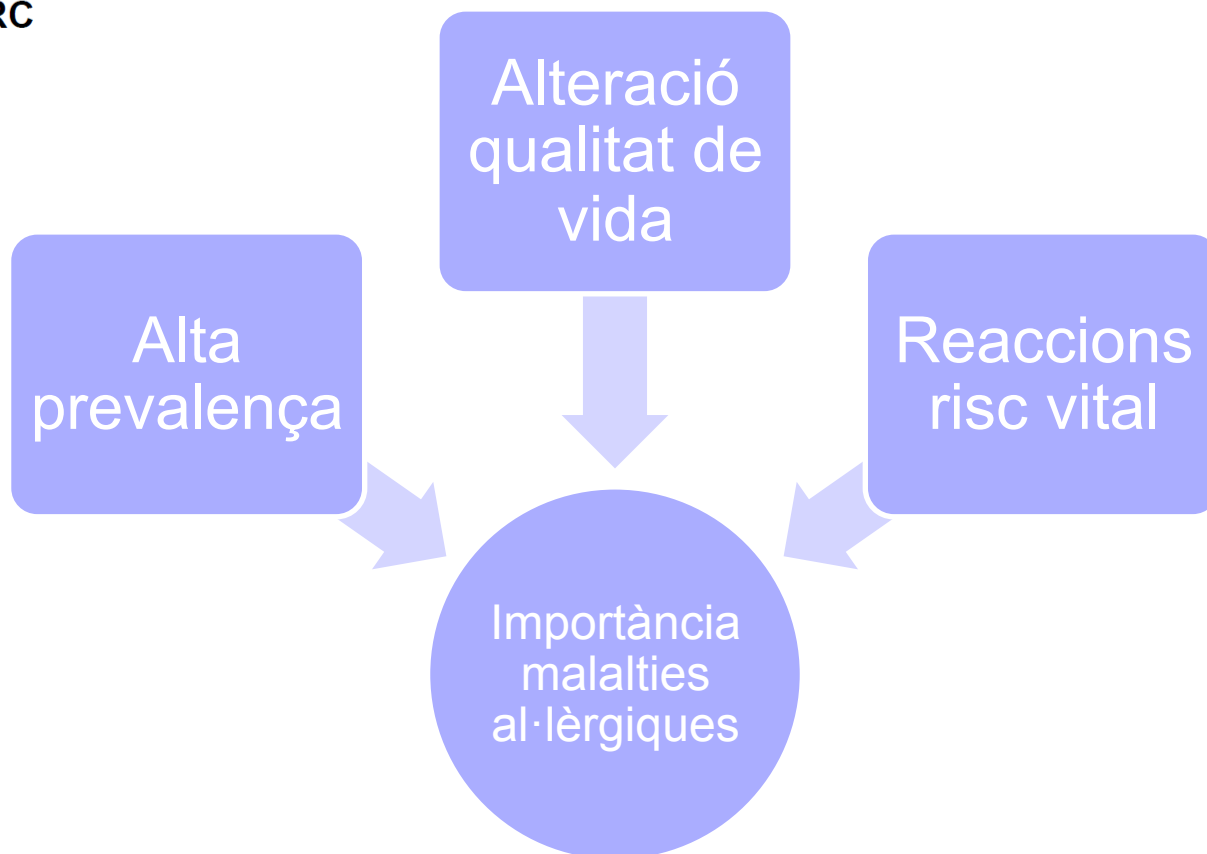
GASTROINTESTINAL

**Nàusees, vòmits, dolor còlic,
diarrea.**



MODEL D'ATENCIÓ AL·LERGOLÒGICA A CATALUNYA

DOCUMENT MARC



MODEL D'ATENCIÓ AL·LÈRGOLÒGICA A CATALUNYA

DOCUMENT MARC



Projectes estratègics

Projecte 3.1. Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada



DESPLEGAMENT
DEL MODEL
ATENCIÓ
AL·LERGOLÒGICA

GUIES DERIVACIÓ

COL·LABORACIÓ
ATENCIÓ
PRIMÀRIA I
ESPECIALITZADA

DEFINICIÓ DE
CARTERA DE
SERVEIS

Cartera de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica

Diagnòstic i tractament de la patologia al·lèrgica

Pel diagnòstic de les malalties al·lèrgiques es precisarà de:

1. Coneixement de la malaltia al·lèrgica: alteració immunològica sistèmica amb òrgans diana d'expressió clínica.
2. La disposició de mètodes diagnòstics (d'acord amb el nivell d'assistència) i metges d'experts en la seva realització e interpretació.

Pel tractament de les malalties al·lèrgiques es precisarà de:

1. Coneixement de la malaltia al·lèrgica: alteració immunològica sistèmica amb òrgans diana d'expressió clínica.
2. La disposició de mètodes terapèutics i metges experts* d'acord amb la complexitat de la malaltia al·lèrgica a tractar.

Cartera de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica

Vies de col·laboració entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada

Per tal millorar la capacitat de resolució, sobre la base de la formació i l'actualització dels coneixements, les dinàmiques d'assessorament i l'establiment de protocols i rutes assistencials, s'ha considerat que per als diferents motius de consulta identificats cal desenvolupar a nivell territorial la col·laboració entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada en forma de:

- Consultories presencials i virtuals dels especialistes amb els professionals de l'atenció primària.
- Reciclatges de metges de família i pediatres en els serveis de l'atenció especialitzada implicats.
- Sessions clíniques conjuntes segons necessitats per revisar i consensuar protocols i criteris de prioritització.

Les guies, els protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació en l'atenció primària



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**Pla de
Salut**
2011-2015

Les guies, els protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació en l'atenció primària

Aquest document és el resultat d'un grup de treball en què van participar les següents institucions:

- Societat Catalana d'Al·lèrgia i Immunologia Clínica
- Societat Catalana de Pediatria
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Institut Català de la Salut
- Unió Catalana d'Hospitals
- Consorti de Salut i Social de Catalunya
- Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut
- Divisió d'Avaluació de Serveis del Servei Català de la Salut

**Les guies, els protocols
d'abordatge de la patologia
al·lèrgica i els criteris de
derivació en l'atenció
primària**

Guies i protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica

1. Al·lèrgia respiratòria (rinitis/conjuntivitis/asma)
2. Al·lèrgia a aliments
3. Al·lèrgia a fàrmacs
4. Urticària i/o angioedema
5. Anafilaxi
6. Al·lèrgia al verí d'himenòpters

Les guies, els protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació en l'atenció primària

2. Criteris de derivació en AP

L'atenció primària hauria de tenir accés a proves complementàries per resoldre la sospita de qualsevol procés al·lergològic amb l'objectiu de millorar els fluxos de derivació i la resolució dels pacients amb possibles problemes al·lèrgics.

En principi s'haurien de derivar a l'especialista d'al·lergologia per al seu estudi:

- Tots els pacients amb al·lèrgia a himenòpters, al·lèrgia a aliments, al·lèrgia a fàrmacs, al·lèrgia al làtex, urticària/angioedema amb sospita de causa al·lèrgica i anafilaxi.
- Els pacients amb rinitis i/o conjuntivitis moderada/greu, amb anamnesi compatible amb etiologia al·lèrgica i/o prova de cribratge positiva.
- Els pacients amb asma bronquial persistent lleu, moderada o greu amb anamnesi compatible amb etiologia al·lèrgica i/o prova de cribratge positiva.



Casos clínics

Al·lèrgia respiratòria

Al·lèrgia respiratòria

- Dona de 28 anys que consulta (per presentar: prurit nasal , conjuntival i palatí intens que s'acompanya de rinorrea mucosa, obstrucció nasal intensa, hiperèmia i gran edema conjuntival).
- Síntomes que es van iniciar el 2010, s'inicien a finals de març i duren fins el mes de maig. Síntomes tots els dies de la setmana.
- Refereix símptomes similars més lleus a finals de setembre.
- Durant aquestes setmanes no ha pogut realitzar les seves activitats diàries amb normalitat i no ha pogut anar a treballar 3 dies consecutius a l'inici del mes d'abril.

Al·lèrgia respiratòria

- Antecedents familiars d'atòpia positius: mare té al·lèrgia a pol·len de gramínies.
- Antecedents personals d'atòpia: refereix després de la ingesta de nous en 2008 va tenir un episodi de urticària i inflamació facial que va requerir atenció a urgències del CAP i tractament per via IM. Des de l'adolescència refereix que no menja préssec perquè li produeix prurit en oral. Amb algun fruit sec més com avellana i cacahuet refereix prurit oral.
- Com antecedents personals referix uns símptomes nasals menys intensos que li succeïen a la primavera des dels 18 anys i que remeten en arribar a Barcelona.
- Viu i treballa (funcionària en oficina) a Castelldefels des de fa 6 años, abans vivia a Ávila.



Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic
- Tractament
- Orientació etiològica
- Derivació.

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ Diagnòstic sindròmic

- La rinitis és un procés inflamatori de la mucosa nasal caracteritzat per la presència de símptomes: rinorrea anterior o posterior, esternuts i congestió nasal.
- El diagnòstic de la rinitis és fonamentalment clínic.
- Aquests símptomes han de manifestar-se durant dos o més dies consecutius i més d'una hora diària la majoria dels dies.
- La rinitis al·lèrgica (RA), mediada per IgE es caracteritza per esternuts en salves, rinorrea aquosa, obstrucció nasal i pruïja (nasal, palatina). És molt freqüent que es presenti clínicament com a rinoconjuntivitis.

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- **Diagnòstic sindròmic: rinoconjuntivitis persistent moderada**

Taula 1. Classificació de la rinitis al·lèrgica segons durada i gravetat

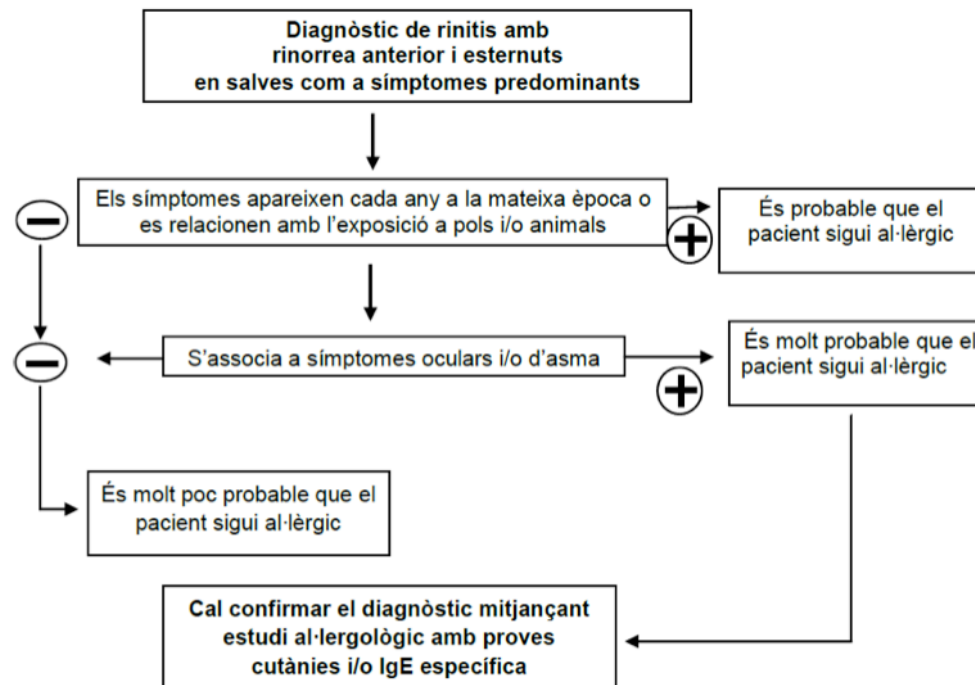
Segons	
Durada	INTERMITENT: significa que els símptomes estan presents: ≤4 dies a la setmana o durant ≤4 setmanes consecutives.
	PERSISTENT: significa que els símptomes estan presents: >4 dies a la setmana i >4 setmanes consecutives.
Gravetat	LLEU: significa que cap dels següents ítems està present: - Alteració del son. - Afectació de les activitats quotidianes, de lleure i/o esportives. - Afectació de les tasques escolars o laborals. - Els símptomes són molestos.
	MODERADA: significa que un, dos o tres dels anteriors ítems estan presents.
	GREU: significa que els quatre ítems anterior estan presents.

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic: **rinoconjuntivitis persistent moderada, molt probable que sigui al·lèrgica**

Figura 1. Algorítme diagnòstic de la rinitis al·lèrgica



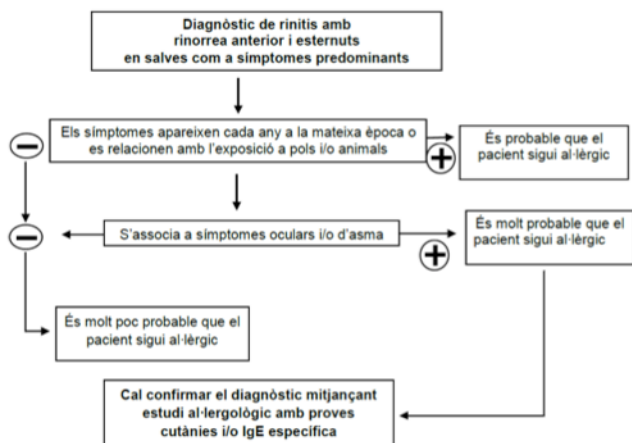
Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic i **orientació etiològica**: rinoconjuntivitis persistent moderada, molt probable que sigui al·lèrgica

Es pot orientar cap a una causa al·lèrgica de la rinitis utilitzant el Phadiatop®, que determina si hi ha IgE específica a un conjunt d'aeroal·lèrgens rellevants de la nostra zona.

Figura 1. Algorisme diagnòstic de la rinitis al·lèrgica



Screening Neumoalérgenos (PHADIATOP®)

Ácaros del polvo
d1 D. pteronyssinus

Epitelios caspa animales
e1 caspa de gato
e5 caspa de perro
e3 caspa de caballo

Árboles
t2 alnus
t3 abedul
t5 haya
t9 olivo
t11 plátano de sombra

Pólenes de gramíneas
g3 grama
g6 hierba timotea
g5 lolium perenne

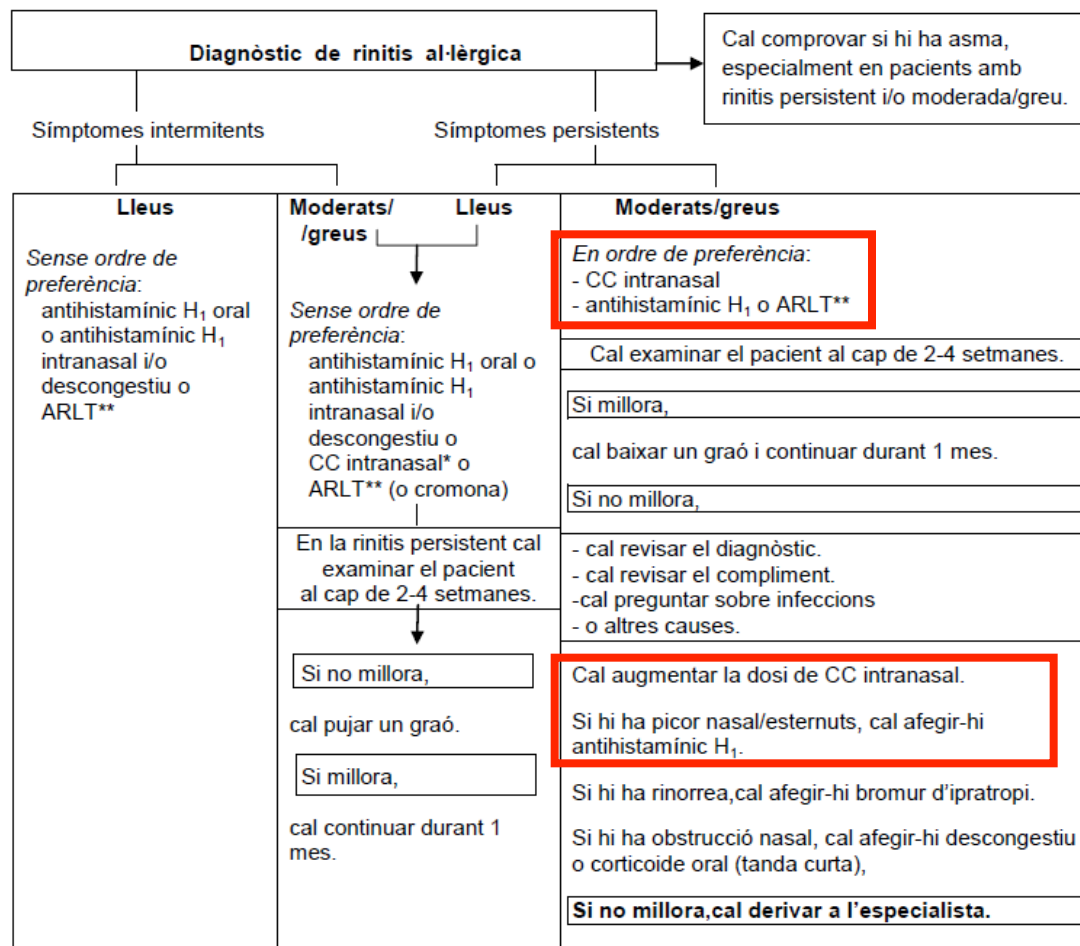
Mohos
m1 penicillium
m2 Cladosporium herbarium

Pólenes de plantas malezas
w6 artemisa
w9 llantén
w10 chenopodium
w19 parietaria

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ Tractament: **corticoide intranasal**

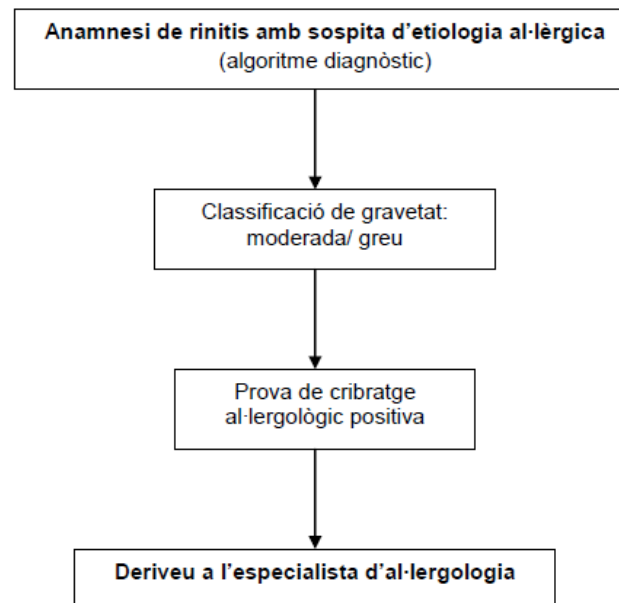


Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ **Quan derivar un pacient a l'atenció especialitzada**

- **Rinitis i/o conjuntivitis moderada/greu.**
- **Amb anamnesi compatible amb etiologia al·lèrgica.**
- **i/o prova de cribratge positiva.**





Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Diagnòstic etiològic
- Tractament integral

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Diagnòstic etiològic

Estudi al·lèrgològic a al·lèrgens inhalants:

- Proves cutànies positives a pol·len de gramínies (6x4) i plataner ornamental (8x7).
- IgE específica positiva a Ballico 2.35 kU/l i pol·len de plataner ornamental (18.0 kU/l).
- Diagnòstic molecular: Phleum pratense (rPhl p 1, rPhl p 5 , rPhl p 7, rPhl p 12); Platanus acerifolia (rPla a1, rPla a2, rPla a3).

Orientació diagnòstica:

Rinoconjuntivitis persistent moderada (estacional) per al·lèrgia a pol·len.

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Diagnòstic etiològic

Estudi al·lèrgològic a aliments

- Proves cutànies positives a préssec, poma, cirera, pruna, enciam, avellana, nou, blat, mostassa, mongeta verda.
- IgE específica positiva per ISAC microarray -diagnòstic molecular- a:
Marcadors Especie Específics + : nCyn d 1 (2,8), rPhl p 1 (5.8), rPhl p5 (5.9), rPhl p 6 (0.8), rBet v 1 (1,7), nOle e 1 (1,8), rPla a 1 (13), nPla a 2 (2.9). Reactivitat creuada + : LTP- nPru p 3 (2.3), rCor a 8 (0,6), nArt v 3 (0.7). POLCALCINA- rPhl p 7 (7,6).

Orientació diagnòstica:

- Rinoconjuntivitis persistent moderada (estacional) per al·lèrgia a pol·len.
- Al·lèrgia a aliments: préssec, nou, avellana i cacahuet (Sd d'al·lèrgia alimentària per sensibilització a LTP).

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

■ Tractament integral



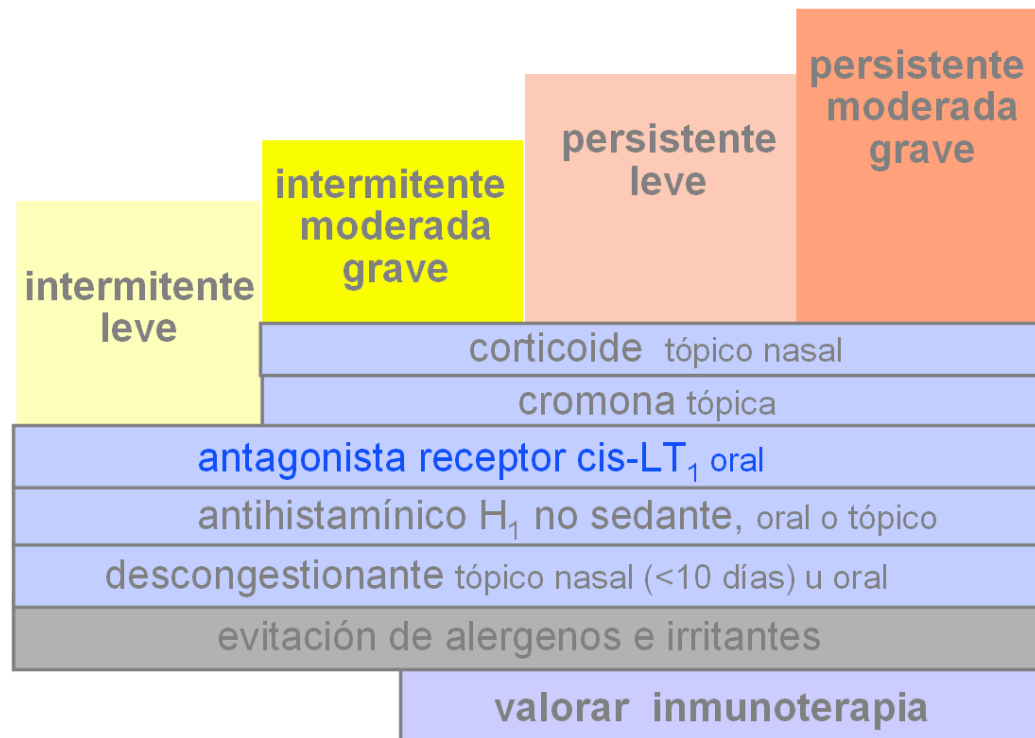
Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

■ Tractament integral



Tractament de la Rinitis Al·lèrgica



Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

■ Tractament integral

El pacient va a visita (16/12.12) i ens planteja les possibilitats que té de tractament de la seva al·lèrgia.

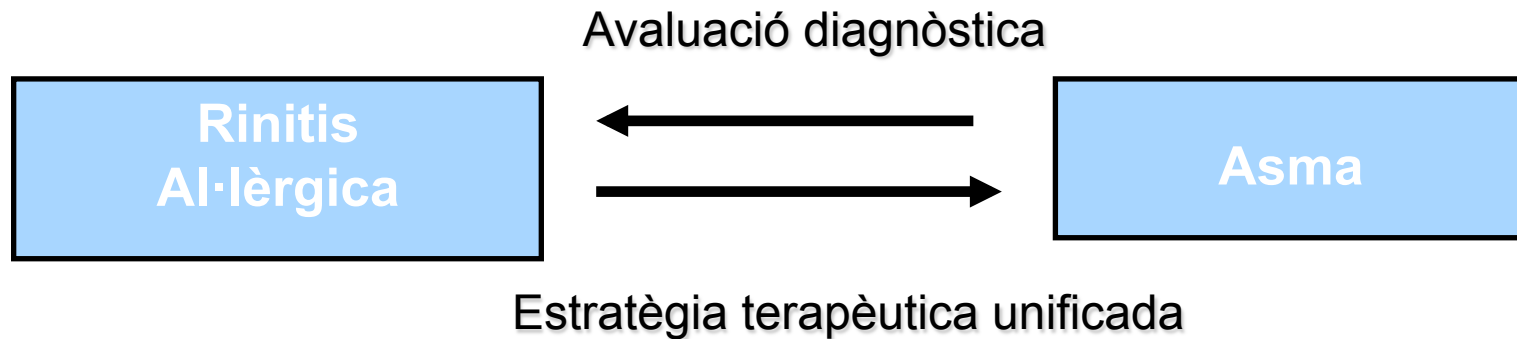
- Evitació d'al·lèrgens i irritants.
- Immunoteràpia específica.

Qüestions a plantejar:

- S'ha d'indicar immunoteràpia específica?
- A què s'ha de posar immunoteràpia ?
- Quan s'ha de realitzar aquesta immunoteràpia ?



Recomanacions Generals d'ARIA



A les rinitis persistents o a les moderades i/o greus s'ha de valorar l'existència concomitant d'asma bronquial.



Casos clínics

Al·lèrgia respiratòria

Al·lèrgia respiratòria

- Home de 28 anys que consulta per tos, dispnea i sibilants quasi tots els dies de la setmana des de fa 2 mesos, inclús hi ha 2-3 nits que es desperta a la nit amb dispnea. Quan fa algun tipus d'esforç habitual símptomes més intensos.
- S'acompanya de prurit nasal, rinorrea mucosa, obstrucció nasal intensa, prurit ocular i hiperèmia i llagimeig tots els dies, que es varen iniciar fa 2 anys, que li molesta molt a la seva vida diària i a la feina. També s'han intensificat en els darrers dos mesos.
- Síntomes són més intensos quan hi ha molta pols i a la zona a on ell treballa (Polígon industrial), en els canvis estacionals (primavera i tardor). A l'estiu i a l'hivern està millor. Té símptomes tant en llocs tancats com a l'aire lliure.
- Treballa com administratiu a una empresa d'automoció des de fa 9 anys.
- Antecedents personals d'atòpia: negatius.
- Antecedents familiars d'atòpia: pare al·lèrgic a àcars que es manifesta amb rinitis i asma des de fa molts anys.



Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic
- Tractament
- Orientació etiològica
- Derivació.

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ Diagnòstic sindròmic

Síntomes i signes com la dispnea, la tos, la presència de sibilàncies i l'opressió toràctica ens han de fer considerar la presència d'asma.

El diagnòstic diferencial s'ha de realitzar amb altres malalties respiratòries, fonamentalment amb la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), bronquièctasi, etc.

Exploració:

- Rinoscòpia anterior: mucosa nasal pàl·lida i edematosa, lleugera rinorrea.
- Auscultació: sibilants a ambdues bases pulmonars
- Espirometria: CVF 82%; FEV₁: 79%. TBD: FEV₁: +13%

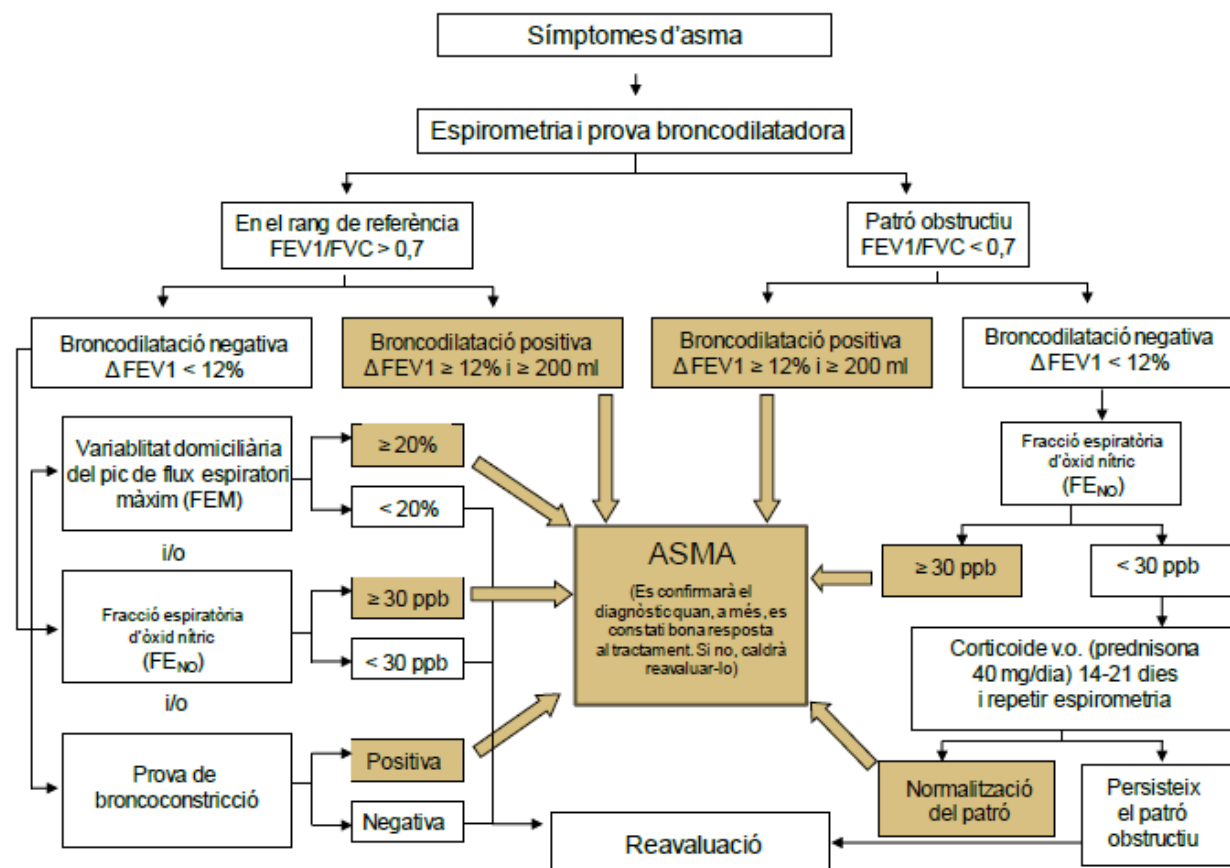
Rinitis i asma al·lèrgiques són diferents expressions clíniques d'una mateixa malaltia inflamatòria mediada per IgE, que afecta tota la via respiratòria. En els individus amb asma se ha de valorar la presència de rinitis i/o conjuntivitis

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ Diagnòstic sindròmic: asma

Figura 3. Algoritme per al diagnòstic d'asma (GEMA 2009)



Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- **Diagnòstic sindròmic: asma persistent moderada i rinoconjuntivitis persistent moderada**

Taula 2. Classificació de la gravetat de l'asma en adults

	Intermitent	Persistent lleu	Persistent moderada	Persistent greu
Síntomes diürns	No (2 dies o menys a la setmana)	Més de dos dies a la setmana	Síntomes a diari	Síntomes continus (diverses vegades al dia)
Medicació rescat (agonista β_2 adrenèrgic d'acció curta)	No (2 dies o menys/setmana)	Més de dos dies a la setmana, però no a diari	Tots els dies	Diverses vegades al dia
Síntomes nocturns	No més de 2 cops al mes	Més de 2 cops al mes	Més d'un cop a la setmana	Freqüents
Limitació de l'activitat	Cap	Lleugera	Bastant	Molta
Funció pulmonar (FEV ₁ o PEF) % teòric	>80%	>80%	>60% -<80%	≤60%
Exacerbacions	Cap	Una o cap a l'any	Dues o més a l'any	Dues o més a l'any

Taula 1. Classificació de la rinitis al·lèrgica segons durada i gravetat

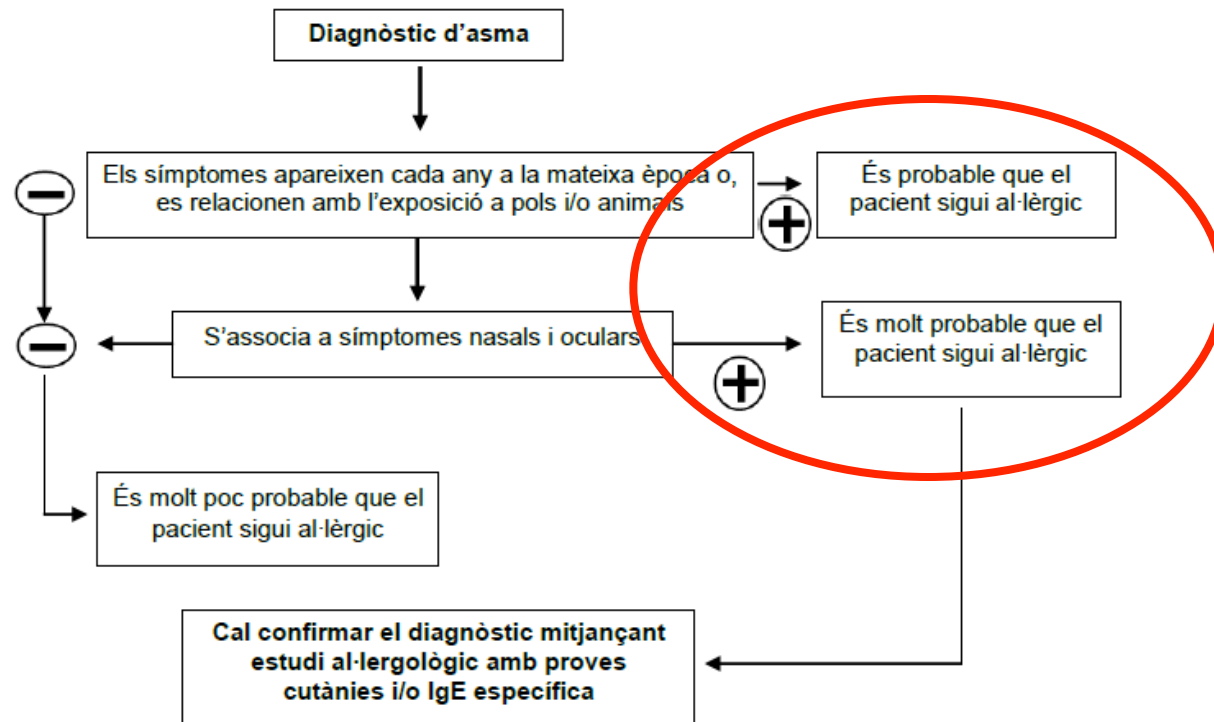
Segons	
Durada	INTERMITENT: significa que els símptomes estan presents: ≤4 dies a la setmana o durant ≤4 setmanes consecutives.
	PERSISTENT: significa que els símptomes estan presents: >4 dies a la setmana i >4 setmanes consecutives.
Gravetat	LLEU: significa que cap dels següents ítems està present: - Alteració del son. - Afectació de les activitats quotidianes, de lleure i/o esportives. - Afectació de les tasques escolars o laborals. - Els símptomes són molestos.
	MODERADA: significa que un, dos o tres dels anteriors ítems estan presents.
	GREU: significa que els quatre ítems anterior estan presents.

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic: **asma persistent moderada i rinoconjuntivitis persistent moderada, molt probable que sigui al·lèrgica**

Figura 4. Algorítme diagnòstic d'asma al·lèrgica



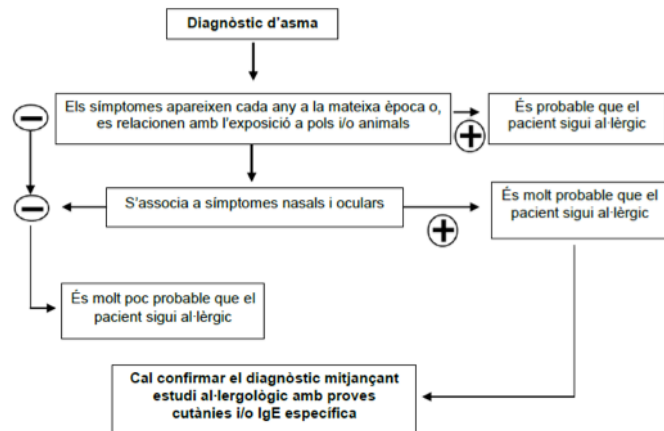
Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic i **orientació etiològica**: asma persistent moderada i rinoconjuntivitis persistent moderada, molt probable que sigui al·lèrgica

Es pot orientar cap a una causa al·lèrgica de l'asma utilitzant el Phadiatop®, que determina si hi ha IgE específica a un conjunt aeroal·lèrgens rellevants de la nostra zona.

Figura 4. Algoritme diagnòstic d'asma al·lèrgica



Screening Neumoalérgenos (PHADIATOP®)

Ácaros del polvo
d1 D. pteronyssinus

Pólenes de gramíneas
g3 grama
g6 hierba timotea
g5 lolium perenne

Epitelios caspa animales
e1 caspa de gato
e5 caspa de perro
e3 caspa de caballo

Mohos
m1 penicillium
m2 Cladosporium herbarium

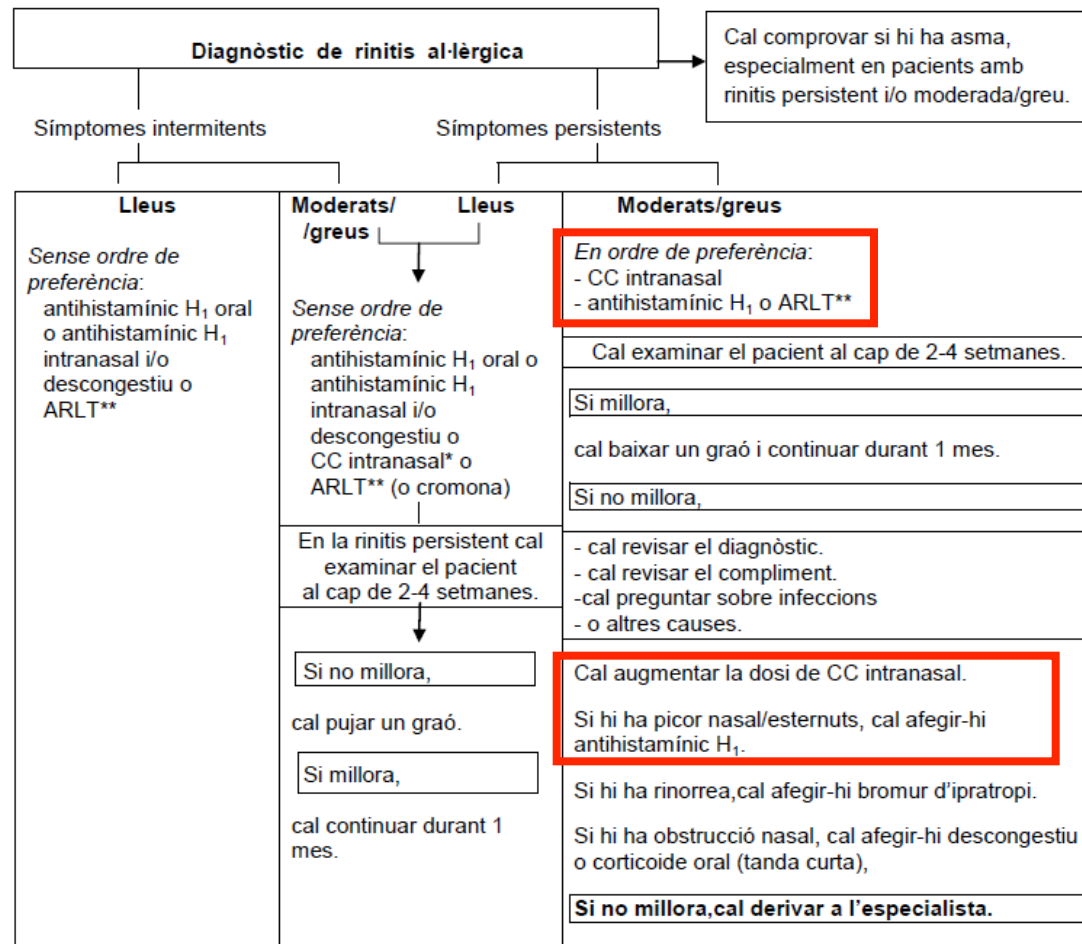
Árboles
t2 alnus
t3 abedul
t5 haya
t9 olivo
t11 plátano de sombra

Pólenes de plantas malezas
w6 artemisa
w9 llantén
w10 chenopodium
w19 parietaria

Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

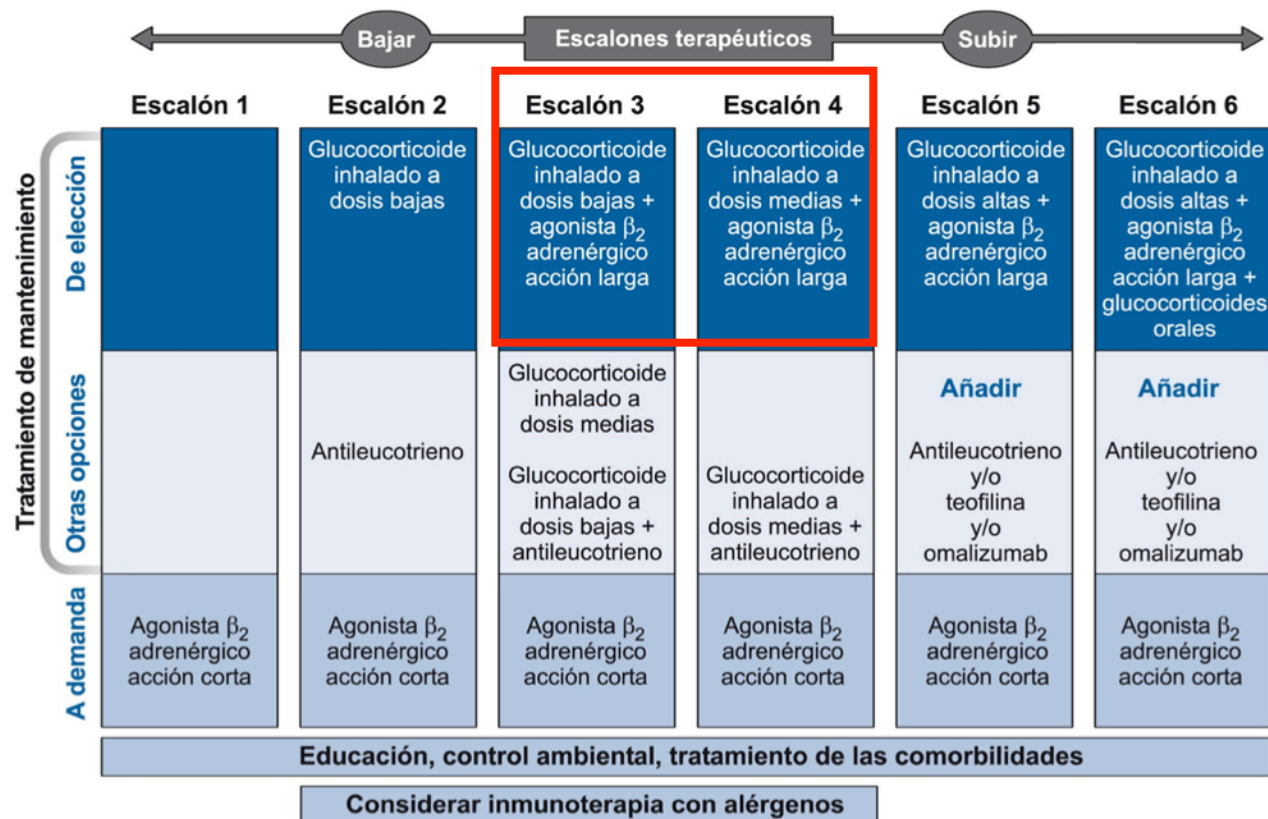
■ Tractament rinitis: **corticoide intranasal**



Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

- Tractament asma: **corticoides inhalats + bd de llarga durada**



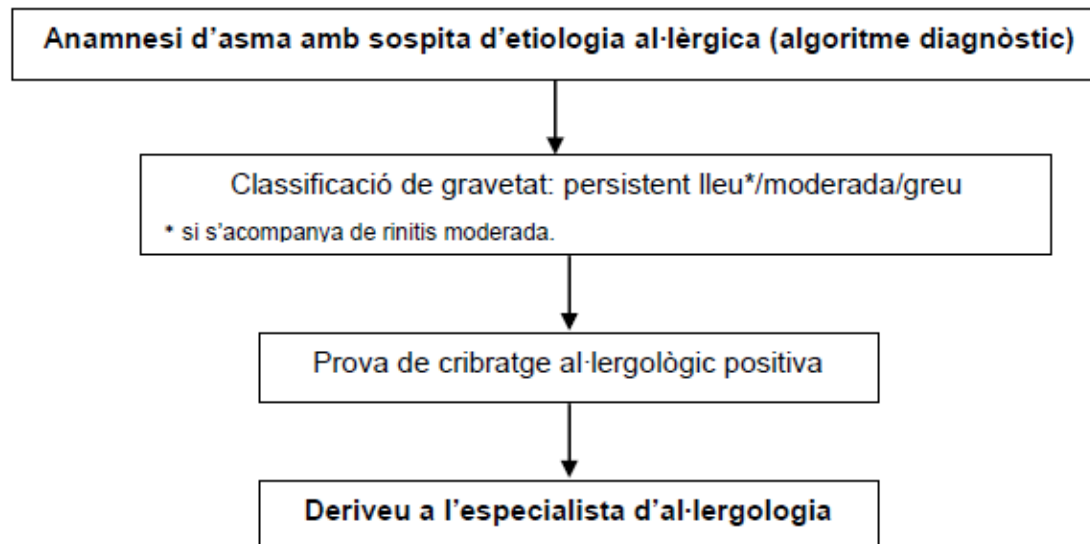
Al·lèrgia respiratòria

Què podem solucionar en AP?

■ Quan derivar un pacient a l'atenció especialitzada

Els pacients amb asma:

- persistent lleu, moderada o greu.
- amb anamnesi compatible amb etiologia al·lèrgica
- i/o prova de cribratge positiva.





Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Diagnòstic etiològic
- Tractament integral

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Diagnòstic etiològic

Estudi al·lèrgològic

- Proves cutànies positives àcars: Dpt (12x10) i Df (8x7)
- IgE específica positiva a D.pteronyssinus (34.0 kU/l) i D. farinae (45.7 kU/l).

Orientació diagnòstica:

Asma al·lèrgica persistent moderada i rinoconjuntivitis al·lèrgica persistent moderada-severa (perenne) per al·lèrgia a àcars de la pols domèstica.

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

■ Tractament integral

El pacient va a visita (16.07.12) i ens planteja les possibilitats que té de tractament de la seva al·lèrgia.

- Evitació d'al·lèrgens i irritants.
- Immunoteràpia específica.



Qüestions a plantejar:

- S'ha d'indicar immunoteràpia específica?
- A què s'ha de posar immunoteràpia ?
- Quan s'ha de realitzar aquesta immunoteràpia ?



CASOS CLÍNICS

AL·LÈRGIA ALIMENTÀRIA

ANAFILAXI

- Dona de 18 a
- Als 30' de menjar pizza, tot caminant, presenta pruïja palmoplantar, rinoconjuntivitis, urticària general, angioedema facial, dispnea, vòmit alimentari i quadre sincopal breu.



CUAP:

- URTICARIA AGUDA DE POSIBLE ETIOLOGIA ALIMENTARIA (HA COMIDO PIZZA HACE 1 H).
- HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, SENSACION DE MAREO
- TA 90/55, FC 92 X'
- NO EDEMA DE GLOTIS, AP: BUENA ENTRADA DE AIRE AC: TONOS RITMICOS SIN RUIDOS AÑADIDOS
- URTICARIA AGUDA+ REACCIÓN VASO-VAGAL.
- COLOCAMOS VIA CON SUERO FISIOLÓGICO. ADMINISTRAMOS ACTOCORTINA 100 + POLARAMINE IV + O₂ MEJORANDO LA SINTOMATOLOGIA.: TA 120/68, FC 76 X', SAT O₂ 98%.

■ S'activa el SEM

■ **HOSPITAL**

- Mujer de 18 a que presenta dificultad respiratoria, rash eritematoso pruriginoso generalizado, edema palpebral bilateral con síncope
- TA 120/61 FC 117 FR 16 SaO₂ 100% con O₂ a 6lts/min
- ligero edema palpebral bilateral, leve edema de uvula.
- PIEL: Rash eritematoso generalizado urticariforme.
- AP: campos pulmonares bien ventilados

■ **DIAGNÒSTIC:** 995.0/2 Reacció anafilàctica

■ **MAP** el deriva preferent a al·lergologia després de prescriure Autoinjectable d'Adrenalina

Al·lèrgia Alimentària

- Què podem solucionar a AP:
 - Sospitar/reconèixer el quadre
 - Diagnòstic sindròmic
 - Evitar aliments sospitosos: cereals.
 - Donar autoinjector adrenalina (si anafilaxi) i antiH1 d'inici ràpid.
 - Derivació (preferent si anafilaxi).

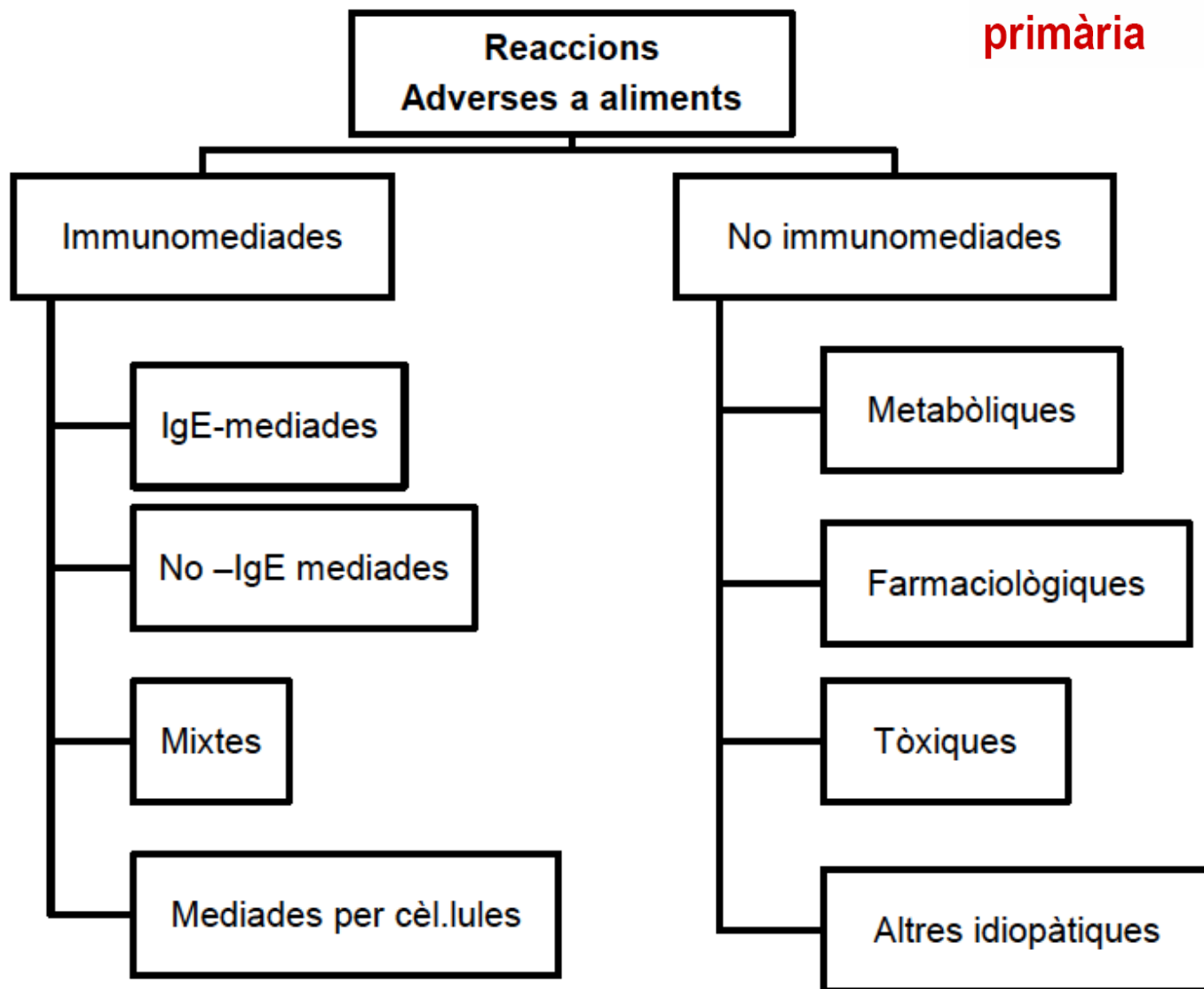


Al·lèrgia Alimentària

- És un **important problema de salut pública** que afecta nens i adults.
- La seva **prevalença ha augmentat** en les darreres dècades en els països industrialitzats.
- La confirmació del seu **diagnòstic** pot ser **problemàtica**.
- Pot produir símptomes localitzats o sistèmics com ara l'anafilaxi, que pot ser de **risc vital**.
- El seu tractament és **l'evitació** del o dels aliments que produeixen l'AA i **el tractament dels símptomes**.

Classificació de les reaccions adverses a aliments

Les guies, els protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació en l'atenció primària



3.5 Altres conceptes d'interès

a. Reactivitat encreuada

Es produeix quan un anticòs reacciona enfront de l'antigen original, i a més també davant d'altres de similars. És freqüent entre diferents mariscs i entre fruits secs. També pot donar-se entre pol·lens (gramínies, etc.) i aliments (préssec, prunes, cireres, etc.).

b. Sensibilització

Presència d'IgE específica (detectable en les proves cutànies i/o en sèrum) sense que hi hagi manifestacions clíniques en cas d'exposició a l'aliment. No equival a AA.

c. Tolerància

Manca de resposta immunitària enfront d'un antigen específic.

Al·lèrgia Alimentària: Reaccions encreuades

- Clíniques (rellevants) o subclíniques
- Panal·lèrgens
 - Tropomiosina: Marisc / àcars / insectes / nematodes
 - Profilines: Pòl·lens / vegetals
 - LTP: Fruites / F. Secs / Cereals / Hortalisses
 - Quitinases:



Al·lèrgia Alimentària: Clínica (reaccions IgE)

Immediata (minuts-hores):

- Local:
 - Urticària de contacte (SAO)
- General (mono o multiorgànica):
 - Urticària / angioedema
 - Rinoconjuntivitis / asma
 - Digestiva
 - Anafilaxi
- Cofactors: exercici – AINE – alcohol
- Reaccions greus i fatals >freq en asmàtics



Al·lèrgia Alimentària: Tipus

■ Tipus I

- ☐ Sensibilitzant primari: aliment
- ☐ Al·lèrgens resistents a la digestió gàstrica
- ☐ Nens: llet, ou, llegums
- ☐ Adults: anafilaxi

■ Tipus II

- ☐ Sensibilitzant primari x inhalació (pol·len, àcars)
- ☐ SAO
- ☐ Al·lèrgens sensibles a la digestió

Al·lèrgia Alimentària: Clínica (altres reaccions)

DERMATITIS ATÒPICA

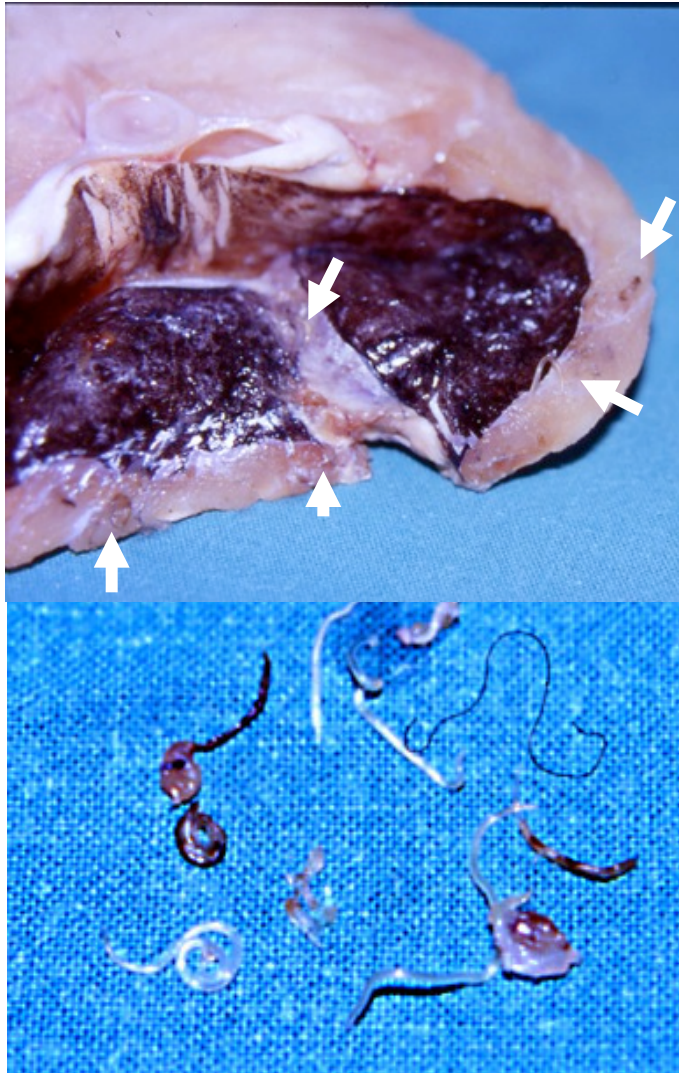
- ☐ Nens
- ☐ Llet i ou
- ☐ Futur: asma i rinitis



ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

- ☐ Malaltia crònica amb disfunció esofàgica, inflamació eosinofílica, immunològicament mediada
 - ☐ Disfàgia i impactació alimentària
 - ☐ >15 eos/camp
 - ☐ Sensibilització IgE a aliments i inhalants

Anisakis Simplex: Anisakiasis Al·lèrgica



- Reacció immediata post ingesta de peix cru o poc cuinat
 - Anafilaxi
 - Urticària/angioedema
 - Simptomes GI
- Toleren peix altres vegades
- Proves d'al·lèrgia negatives per peix i positives per anisakis
- Dieta: poden menjar peix congelat 48h i ben cuinat

3.9 Criteris de derivació a l'especialista d'al·lergologia

a. A qui cal derivar?

Cal derivar tots els pacients amb sospita d'AA. En cas d'anafilaxi, la derivació ha de ser preferent.

b. Per què cal derivar?

- Per confirmar el diagnòstic d'al·lèrgia a l'aliment/s implicat/s.
- Per estudiar la possibilitat de reaccions encreuades amb altres aliments i/o amb pol·lens.
- Per fer un pronòstic de la possibilitat de remissió del problema. En especial en els nens, en què cal fer un seguiment de l'evolució de les AA, ja que en un elevat nombre de casos l'al·lèrgia a alguns aliments com la llet i l'ou poden resoldre's (tolerància).
- Per instruir el pacient en les mesures d'evitació dels aliments implicats.
- Per instruir el pacient en la conducta a seguir davant d'una reacció.
- Per instaurar el tractament més adequat, ja que pot diferir segons el mecanisme patogènic.
- Perquè sovint l'AA és la primera manifestació de l'al·lèrgia.

c. A la derivació hi ha de constar:

- Manifestacions clíniques.
- Aliment sospitós: quantitat, forma de cocció, pelat o no en cas de fruites.
- Nombre d'episodis.
- Temps entre la ingesta de l'aliment i l'inici de la clínica.
- Temps transcorregut des de la darrera manifestació clínica.
- Factors associats: ingesta d'alcohol, fàrmacs, exercici, febre.



Al·lèrgia Alimentària

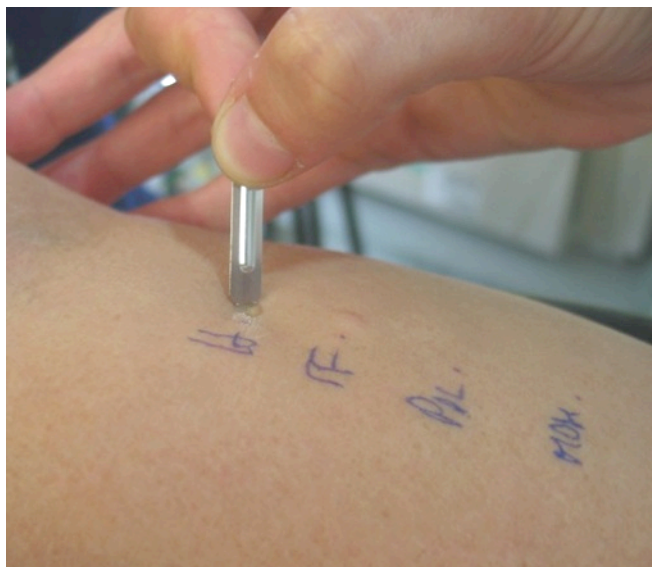
Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Estudi al·lèrgològic
- Diagnòstic etiològic: prevenció noves reaccions
- Valoració de les possibles reactivitats encreuades
- Dieta a realitzar
- Educació sanitària

Al·lèrgia Alimentària: Diagnòstic

- Història clínica
- Proves cutànies
 - Prick extracte o aliment fresc (prick prick)
 - Sensibles però poc específiques (falsos +)
- IgE total: inútil
- IgE específica
 - Falsos positius
 - Punts de tall
 - A components al·lergènics
- Dietes d'evicció/reintroducció
- Prova de provocació
 - Ideal: doble cec i controlada amb placebo
 - Habitual: oberta





Prick Prick:

- Aliments frescos o cuits
- Reproducible i senzill
- > sensibilitat
- Antigens làbils (fruites i verdures)

Indicació:

- discrepàncies entre la H^a clínica i prick amb extracte comercial
- No es disposa d'extracte comercial



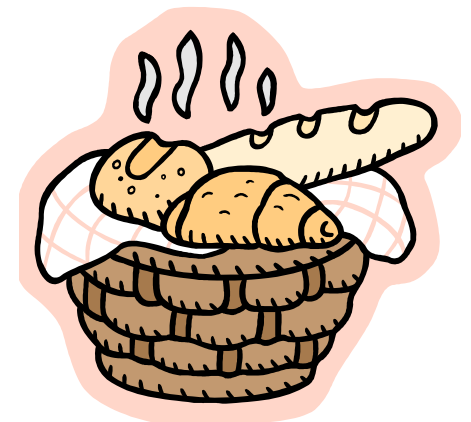
Al·lèrgia Alimentària: Tractament

- Evicció
 - No s'han de retirar tots els aliments relacionats
 - No s'han de retirar tots els aliments amb proves positives
 - Prudència!: fer exposició controlada
- Per cas d'ingesta accidental
 - Auto injector d'adrenalina (si anafilaxi)
 - Antihistamínics
- Dessensibilització (experimental)
 - Oral: dosi progressives – control hospitalari – reaccions freqüents - efecte caduc?
 - Sublingual: major seguretat – dificultat en fer extractes - efecte permanent?

Cas Clínic: Diagnòstic

També refereix:

- "Donut": rinoconjuntivitis, urticària, angiedema facial i sibilants. Havia pres ibuprofè unes 2 hores abans.
- Després de sopar i de ballar: rinoconjuntivitis, urticària, angioedema i inestabilitat cefàlica.
- Síndrome al·lèrgica oral amb quicos, alguns tipus de pà blanc o de pastes de pastisseria.
- TC: Histamina 6, Blat 12ps, Panís 6.
- IgEesp (ku/L): Panís 44,4. Blat 22,5.



Cas Clínic: Diagnòstic

- IgE esp rTri a19 (proteïna transportadora de lípids = LTP) 32,1ku/L.
- Al·lèrgia a cereals/síndrome LTP
 - Anafilaxi amb cofactors (exercici, aine)
 - Síndrome al·lèrgica oral
- Pot menjar cereals evitant exercici (4h), AINE i alcohol
- Es podria beneficiar diate sense gluten



Diagnòstic per components
-Ag's naturals purificats o recombinants
-Ag's espècie-específics
-Ag's clínic-específics

Cas Clínic

- **Home 71 a**
- **Cardiopatía Isquémica. Angina CF II**
- **HTA, DM II, HBP**
 - ☐ PANTOPRAZOL 40 MG (1-0-0)
 - ☐ VERNIES 0,4MG (si precisa)
 - ☐ A.A.S 100 MG (0-1-0)
 - ☐ LOGIMAX 5/50MG (metoprolol)
 - ☐ SIMVASTATINA 20 MG (0-0-1)
 - ☐ DAONIL 5MG (1-1-1)
 - ☐ METFORMINA 850 MG (1-1-1)
 - ☐ PARACETAMOL 1 G (si precisa)
 - ☐ PROSTUROL 0,025G (1-0-1)
 - ☐ ENALAPRIL 5MG (1-0-0)
 - ☐ TAMSULOSINA 0,4 MG (1-0-0)

Cas Clínic

- Balla. Menja "puntilletes", aigua i ibuprofè.
- Als 20' : picor intens mans i peus, erupció cutània, debilitat i síncope.



Informe urgències hospital:

- acudeix per xoc anafilàctic, sense quedar clara la causa, no es sap si va ser uns xipirons que va menjar o un espidifen que va pendre 30 minuts abans d'iniciar el quadre.
- TA 60/40 mmHg, rash cutani generalitzat i somnolència.
Administrem Actocortina 200 /ev + 1/2 Adrenalina sc + Polaramine.
- El pacient requereix dopamina ja que es troba molt hipotens.
S'ingressa a planta davant del requeriment d'inotrops.

Guía de Actuación en anafilaxia

- Descargable de www.guiasalud.es, www.scaic.cat

Med Clin (Barc). 2010;xx(x):xxx-xxx



MEDICINA CLÍNICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Conferencia de consenso

Guía de actuación en anafilaxia

Guideline for the management of anaphylaxis

V. Cardona Dahl *, Grupo de trabajo de la Guía GALAXIA de actuación en anafilaxia[◇]

Secció d'Al·lèrgia, Servei Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Espanya (SEAC)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2010

Aceptado el 5 de octubre de 2010

On-line el xxx

Anafilaxi

- Reacció aguda greu d'inici ràpid que pot causar la mort
- Síndrome amb diversos mecanismes, presentacions clíniques i gravetat
- Sovint per mecanisme immunològic (anafilaxi al·lèrgica)
- Provocada per l'alliberament de mediadors dels mastòcits



46,7-62



22,6-24,1



8,6-13,9

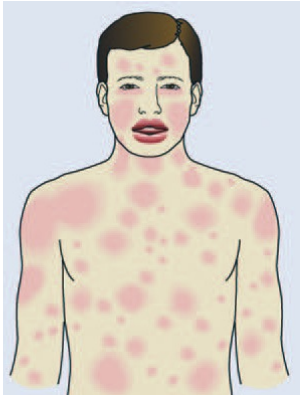
Diagnóstico de anafilaxia

Criterio 1

Inicio Agudo
(de minutos a horas)



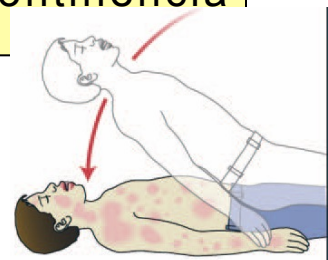
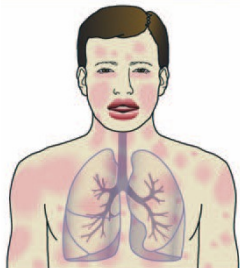
Afectación de la piel, mucosas, o ambos
(urticaria generalizada, prurito, rubor, angioedema)
Y POR LO MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES:



Compromiso respiratorio
(Disnea, sibilancias,
broncoespasmo, estridor,
hipoxemia, reducción PEF)

ó

Disminución de la presión
arterial o síntomas asociados
(Síncope, colapso, incontinencia
esfínteres)



Diagnóstico de anafilaxia

Criterio 2

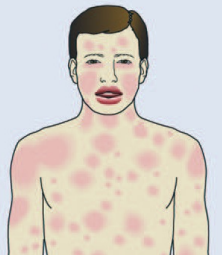
Aparición rápida
(de minutos a varias horas)



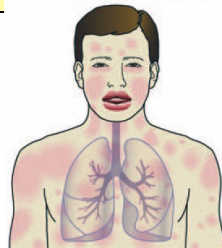
Tras la exposición a un alérgeno
(p.e. comida, veneno de insectos, medicación, látex, ejercicio)
Y DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES:



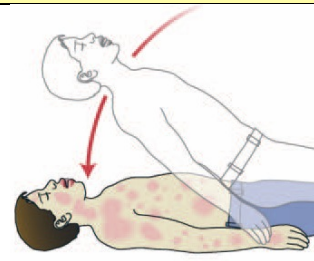
Síntomas de piel/mucosas
(urticaria, prurito, rubor, angioedema)



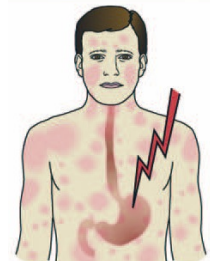
Compromiso respiratorio
(disnea, sibilancias, broncospasmo, estridor, hipoxemia)



Disminución de la PA o síntomas asociados
(síncope, colapso)



Síntomas gastrointestinales
(dolor abdominal, náuseas, vómitos)



Diagnóstico de anafilaxia

Criterio 3

Aparición de enfermedad grave
(minutos a varias horas)



Tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente
(p.e. frutos secos, huevos, amoxicilina, AINEs, látex, anisakis, picadura)



Disminución de la Presión Arterial

- Neonatos y niños: presión sistólica baja (específica de la edad) o >30% de disminución de presión sistólica
- Adultos: presión sistólica <90 mm Hg o disminución del 30% del valor base

Signes i símptomes d'anafilaxi: Comentaris

- 80%: símptomes cutanis
- 40-60%: símptomes respiratoris
- 30%: símptomes cardiovasculars
- Com més ràpid sigui l'inici, major gravetat.
- Inici entre 5-30 minuts, però pot evolucionar durant hores (20% anafilaxi bifàsica).
- Dificultats diagnòstic sindròmic
 - Quadres autolimitats
 - Baixa freqüència
 - Prejudicis diagnòstics (*urticària, reacció al·lèrgica*)
 - Manca de sospita
 - Manca de marcadors biològics immediats

Guía GALAXIA de actuación en anafilaxia

↓
ADRENALINA IM¹
(auto-inyectable en medio extrahospitalario)

Valorar intubación,
traqueotomía o
cricotirotomía y
ventilación
mecánica si estridor
marcado o paro
respiatorio.
Iniciar soporte vital

Medio intrahospitalario:
Estabilizar vía aérea.
Administrar O₂ alto flujo (6-8 lpm al 100%).
Asegurar accesos venosos de grueso calibre (14-16G).
Reposición de líquidos².
Monitorización continua (FC, PA, SatO₂, diuresis)

Terapia adyuvante:
Salbutamol inhalado o
nebulizado si broncoespasmo.
Dexclorfeniramina : 5-10
mg/8h si síntomas cutáneos
Glucocorticoides IV:
hidrocortisona 250mg/6h o
metilprednisolona 1-2mg/Kg IV.

ADRENALINA

- 1/1000: 0,3-0,5 ml (=mg) **IM (vast extern)**
- Nens: 0.01 mg/kg, maxim 0.3 mg **IM**
- control síntomas i TA
- Repetir cada 5-15 min si cal

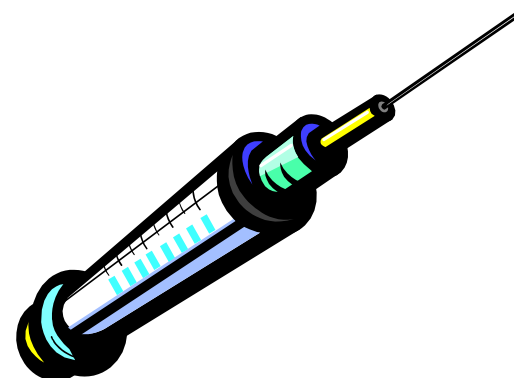
Què podem solucionar a AP

■ Tractament urgent:

- ☐ Constants
- ☐ Adrenalina IM
- ☐ Mesures de suport
- ☐ Descripció clínica
- ☐ AntiH1, BD i corticoides
- ☐ Triptassa

■ Diagnòstic sindròmic

- ☐ Evitar desencadenants sospitosos.
- ☐ Donar autoinjector d'adrenalina, pauta curta de corticoides i antiH1.
- ☐ Compte amb IECA i betablok
- ☐ Derivació preferent.



Instrucciones de uso de la adrenalina autoinyectable:

1. Sujetar el autoinyector con la mano dominante, con el pulgar junto al tapón de seguridad gris.
2. Con la otra mano, quitar el tapón de seguridad gris (Fig. 1).
3. Pinchar firmemente en la parte exterior del muslo, a través de la ropa si es necesario (Fig. 2).
4. Mantener en esa posición durante 10 segundos (Fig. 3).
5. Masajear la zona de la inyección durante 10 segundos.
6. Llamar a un servicio de emergencias: tfno. 112
7. Administrar un segundo autoinyector de adrenalina al cabo de 15 minutos si el paciente no responde o reaparecen los síntomas originales.
8. Recuerde reemplazar los autoinyectores de adrenalina utilizados o caducados.



Reacció anafilàctica*



Realitzar diagnòstic diferencial (vegeu taula 5)



**Es confirma alguna de les patologies del
diagnòstic diferencial**



**Deriveu a l'especialista que
correspongui**



Es manté la sospita d'anafilaxia



**Deriveu a l'especialista d'al·lergologia
preferent****

* Intenteu identificar possibles causes: fàrmacs, picades himenòpters, aliments, exercici, etc.

** Indicació d'adrenalina autoinjectable des d'atenció primària

Anafilaxi

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgològ?

- Estudi al·lèrgològic
- Diagnòstic etiològic: prevenció noves reaccions
- Factors agreujants
 - Cofactors
 - IECA
 - Síndromes d'Activació Mastocitària
- Educació sanitària
- Tractament immunomodulador (himenòpters)

Cas Clínic

■ Proves diagnòstiques:

- ☐ Prick anisakis : 3mm.
- ☐ Prick prick "puntilleta" crua 5,5mm; cuita 3mm; calamar cuit 5mm i negatiu per calamar cru, pop, sèpia, musclo i gamba.
- ☐ IgEs Anisakis 0.87 kU/L. Gamba <0.1 kU/L. Musclo <0.1 kU/L. Pop <0.1 kU/L. Calamar <0.1 kU/L.
- ☐ Triptassa <1mcg
- ☐ El pacient no vol provar ibuprofè i optem per celecoxib, que tolera.

■ XOC ANAFILACTIC PER AL·LÈRGIA A CEFALÒPODES

■ Possible hipersensibilitat a antiinflamatoris no esteroïdals: COX2

■ Hipersensibilitat a anisakis

Casos clínics

Al·lèrgia a medicaments



Al·lèrgia a medicaments

- Dona de 60 anys va per còlic biliar a Urgències CAP.
- Refereix haver pres un paracetamol 1gr per via oral previ a anar a urgències (dues hores).
- No refereix antecedents d'al·lèrgia a fàrmacs.
- S'administra tractament amb dipirona (metamizol) IM.
- Tot just 15 min després inicia prurit palmoplantar, urticària i angioedema facial, dísnea i congestió nasal.
- Se li instaura tractament IM amb adrenalina remetent els símptomes en 2 hores, es pauta tractament amb corticoides i antihistamínics per via oral.
- La pacient refereix haver tolerat prèviament l'administració de dipirona per via oral.
- No refereix antecedents d'al·lèrgia respiratòria ni a aliments.



Al·lèrgia a medicaments

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic
- Tractament
- Orientació etiològica
- Derivació.

Al·lèrgia a medicaments

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic: anafilàxia.
- Tractament: adrenalina IM i corticoides + antihistaminics per via oral. Remeten símptomes en 2 hores.
- Orientació etiològica: Molt probable relació amb la dipirona.
- EVITAR DIPIRONA.
- Fàrmac alternatiu (Ibuprofè i altres AINES ?)
- El fàrmac és necessari ?
- Tolera altres AINES?

Al·lèrgia a medicaments

Classificació AINEs

- **1.Derivats de l'àcid salicílic:** acid acetil-salicílic, acetil-salicilat de lisina, diflusinal, benorilato, etc.
- **2.Derivats pirazolònics:** aminopirina, dipirona o metamizol, fenilbutazona, oxifenbutazona, antipirina, apazona, feprazona.
- **3. Oxicams:** piroxicam.
- **4.Derivats indòlics:** indometacina, sulindac, etodolac.
- **5.Derivats de l'àcid aril-acètic:** diclofenac, aclofenac, fenoclofenac, bufexamac, ketorolac.
- **6.Derivats de l'àcid antranílic:** àcid mefenàmic, flufenàmic, meclofenàmic,(niflúmic, glafenina, isonixina, clonixinat de lisina).
- **7.Derivats de l'àcid propiònic:** ibuprofè, naproxè, ketoprofè, fenoprofè, flurbiprofè, oxaprozina.

Al·lèrgia a medicaments

- Les reaccions al·lèrgiques a fàrmacs es classifiquen cronològicament segons el temps transcorregut des de l'administració de la darrera dosi del fàrmac fins a l'aparició dels símptomes.
 - Reaccions immediates: menys d'una hora des de la darrera dosi administrada.
 - Reaccions no immediates: més d'una hora des de la darrera dosi administrada.
- La importància d'aquesta classificació rau en el fet que orienta sobre el mecanisme immunològic implicat i quina hauria de ser la sistemàtica d'estudi.

Al·lèrgia a medicaments/diagnòstic

Història clínica: Té un paper fonamental, cal recollir informació sobre:

- Edat en què es va presentar la reacció
- Fàrmac implicat, posologia, via d'administració.
- Latència de la reacció, inici del tractament fins a l'inici dels símptomes, i des de l'administració de la darrera dosi fins a l'aparició del quadre clínic.
- Fàrmacs concomitants.
- Símptomes presentats
- Tractament requerit per combatre la reacció, assistència o no a urgències, evolució de les lesions.
- Tolerància prèvia al fàrmac implicat.
- Fàrmacs tolerats posteriorment.

Al·lèrgia a medicaments

Què podem solucionar en AP?

- **Quan derivar un pacient a l'atenció especialitzada**

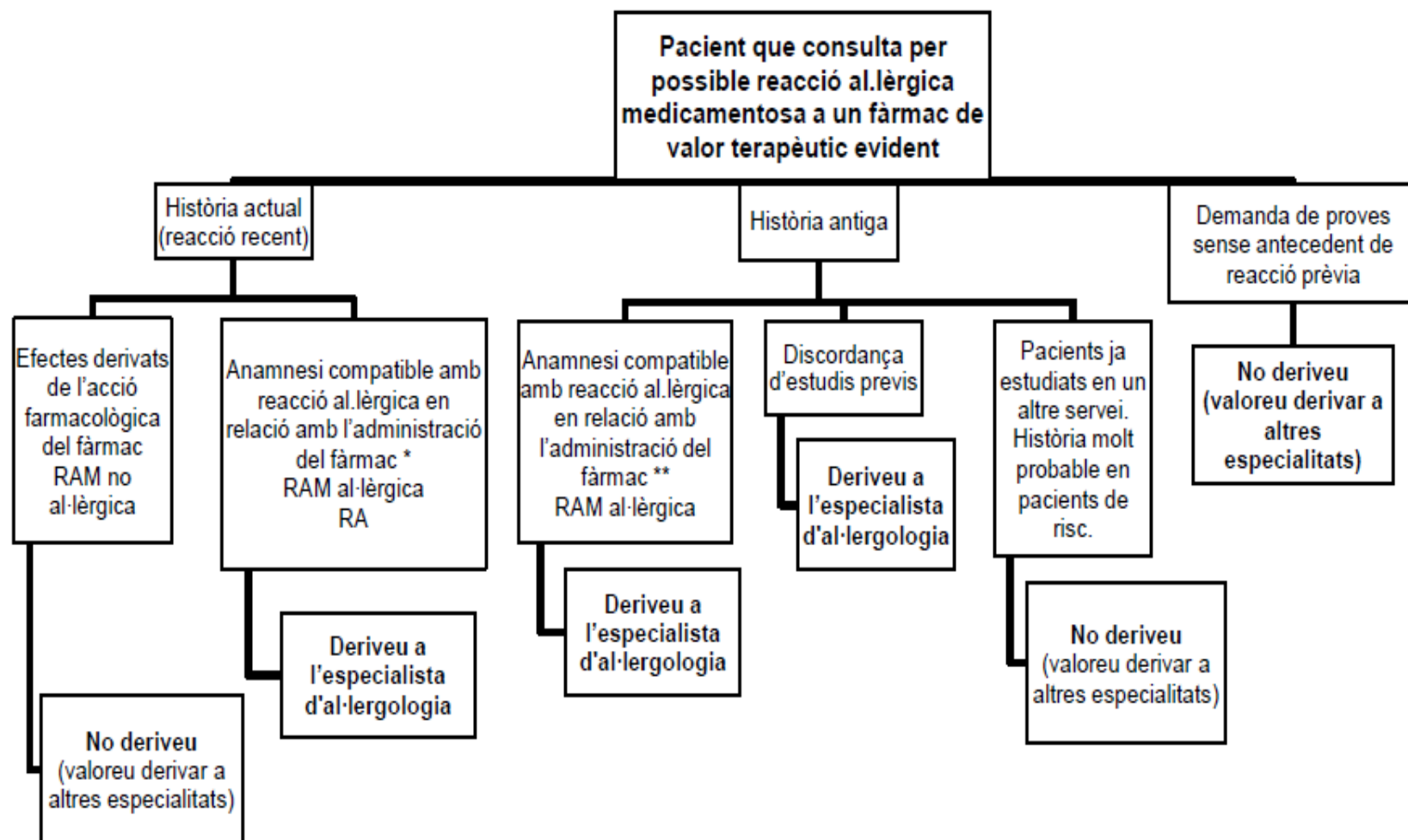


Al·lèrgia a medicaments:

Indicació d'un estudi d'al·lèrgia a fàrmacs

- Quan el fàrmac problema, o un amb reacció encreuada amb aquest, és imprescindible per al pacient.
- Quan prescindir d'un grup de fàrmacs de “primera línia” sense base clínica condiciona el tractament futur del pacient.
- Quan s'hagi de confirmar la tolerància d'una medicació substitutiva (per exemple en casos d'intolerància a antiinflamatoris no esteroïdals).
- Quan un pacient s'ha catalogat d'al·lèrgic a un fàrmac necessari mitjançant proves inadequades o per símptomes poc clars.

Al·lèrgia a medicaments





Al·lèrgia a medicaments: Informació que caldria aportar en fer la derivació

Per això seria molt desitjable que a l'hora de fer la derivació s'aportés la màxima informació possible, concretament en els aspectes següents:

- Història
- Tipus de reacció: descripció de les lesions cutànies, evolució de les lesions, altres signes i/o símptomes associats (respiratoris, cardiovasculars, xoc, etc).
- Necessitat d'assistència urgent.
- Fàrmacs similars tolerats posteriorment.
- Reaccions similars sense relació amb fàrmacs.



Al·lergia a medicaments

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgològ?

- Estudi al·lèrgològic
- Diagnòstic etiològic
- Valoració de les possibles reactivitats creuades.

Al·lèrgia a medicaments/diagnòstic

Proves in vivo:

- **Les proves cutànies:** consisteixen a posar en contacte amb la pell els medicaments sospitosos a les concentracions adequades. Tècnicament poden ser epicutànies (pegats), intraepidèrmiques (*prick-test*) o intradèrmiques.
- **Readministració controlada del fàrmac:** Sovint és l'única prova diagnòstica fiable per establir o descartar un diagnòstic d'al·lèrgia medicamentosa.

Al·lèrgia a medicaments/diagnòstic

- Proves cutànies a dipirona i paracetamol.
- Descartar la possible reactivitat creuada amb altres AINEs.
- Reaccions per AINEs:
 - Selectives a un sol fàrmac.
 - Reaccions a varis AINES = “Intolerància a AINES”.

Resultats:

- Proves cutànies a dipirona i paracetamol Positives a dipirona.
- Descartada la possible reactivitat creuada amb altres AINEs.
- Si reactivitat creuada amb altres pirazolones.

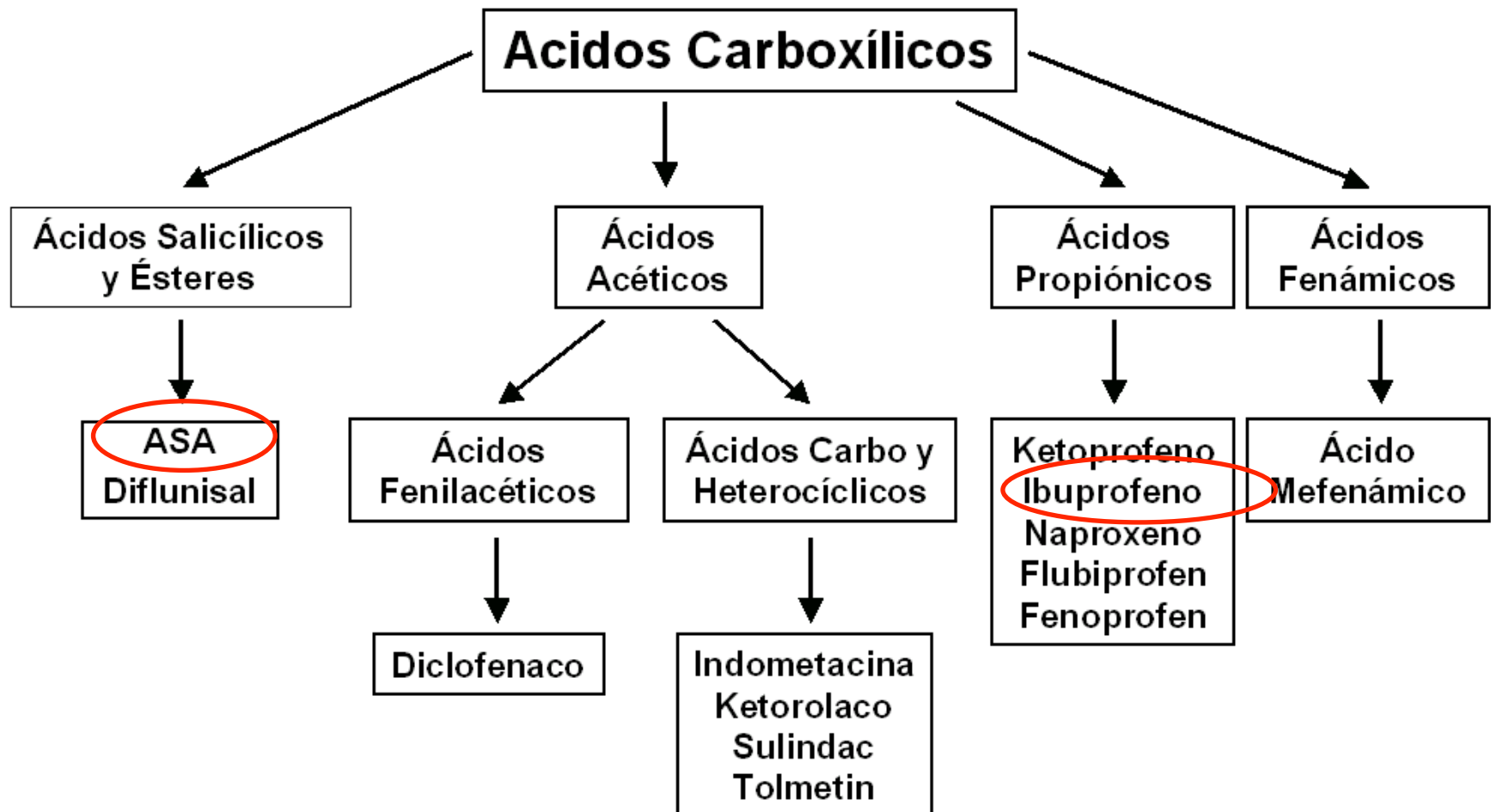
OD: Al·lèrgia a dipirona

Tractament: EVITAR PIRAZOLONES

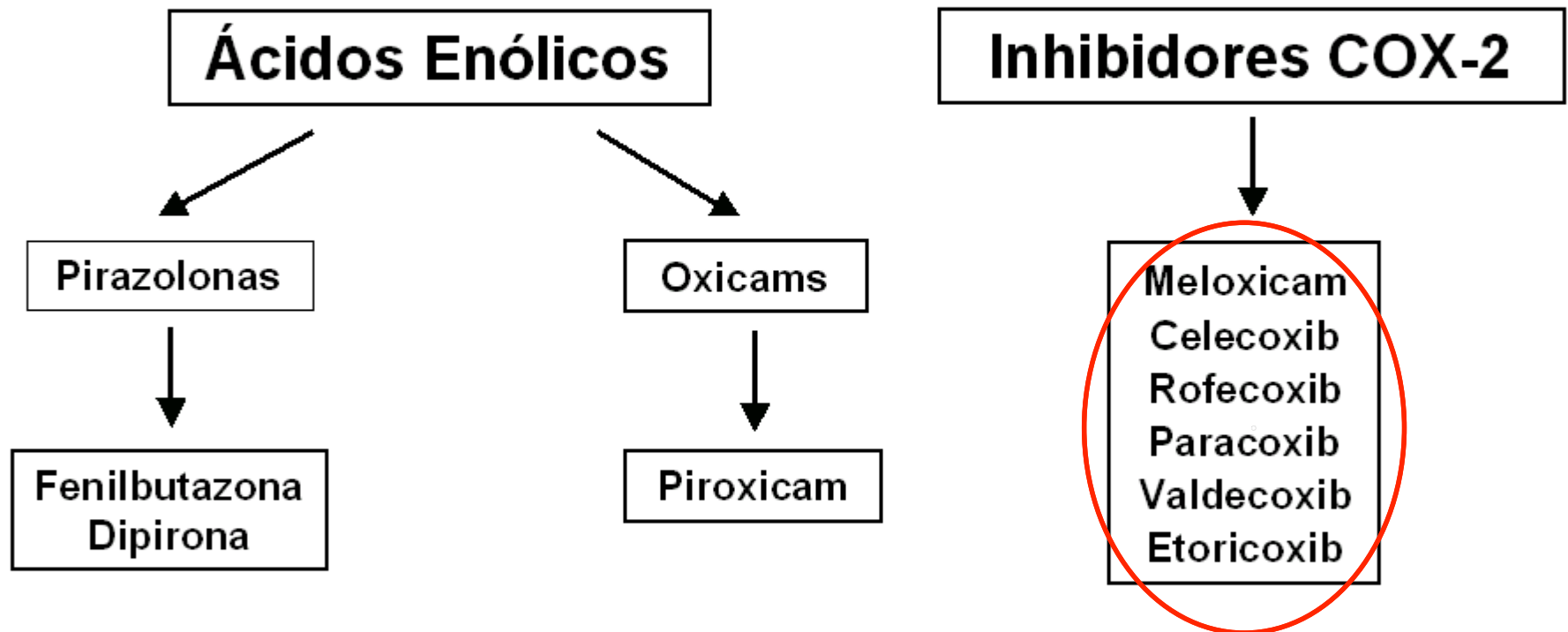
Al·lèrgia a medicaments

- Home de 36 anys que consulta per haver presentat varis episodis de urticària i angioedema facial després de l'administració de AAS (fa 3 anys) i de forma recent (fa 2 setm) amb ibuprofè.
- Va a urgències del CAP a on era de vacances i li administren corticoides i antihistamínics per via IM millorant els símptomes en 60 minuts. El donen d'alta amb pauta oral d'antih + Cs durant 4 dies.
- Refereix tolerància posterior amb paracetamol (650mg).
- No refereix antecedents personals ni familiars d'atòpia.

Clasificación de los AINES



Clasificación de los AINES...



Al·lèrgia a medicaments

Què podem solucionar en AP?

- Diagnòstic sindròmic: urticària i angioedema aguda.
- Tractament: Remeten símptomes amb Cs i antih IM i pauta posterior per vo.
- Orientació etiològica: reacció amb dos AINEs de diferent família (AAS i Ibupofè).
- Tolerància a paracetamol fins a 650 mg (fàrmac alternatiu fins estudi)
- Derivació: per valoració de fàrmacs alternatius.

Al·lergia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lèrgòleg?

- Estudi al·lèrgològic: Prova de tolerància oral a meloxicam (celecoxib, etoricoxib) i a paracetamol (1gr).
- Diagnòstic etiològic: Intolerància a AINES.
- Valoració de les possibles reactivitats creuades: reactivitat creuada entre AINES (Intolerància a AINES). Possibilitat de tolerància de AINES inhibidors selectius de la Cox-2

TABLA III. Clasificación de las reacciones idiosincrásicas inducidas por AINE

Tipo	Forma clínica	Denominación	Enfermedad concomitante	Patrón de reactividad entre los AINE durante la EOSCCP
1		Asma bronquial con/sin reacción naso-ocular	Rinitis y asma bronquial con/sin poliposis nasosinusal	Múltiple
2		Reacción naso-ocular	Rinitis	Múltiple
3		Urticaria y/o angioedema		
	3a	Forma selectiva		Selectivo
	3b	Forma múltiple		Múltiple
	3c	Forma infantojuvenil: angioedema periorbitario aislado	Enfermedad atópica (rinitis y/o asma bronquial) SRIA	Múltiple
	3d	Forma crónica	Urticaria crónica	Múltiple
4		Exantema no urticarial		Múltiple
5		Reacción cutáneo-respiratoria	Enfermedad atópica (rinitis y/o asma bronquial)	Múltiple
6		Reacción anafilactoide		
	6a	Forma selectiva		Selectivo
	6b	Forma múltiple		Múltiple

EOSCCP: exposición oral simple ciego, controlada con placebo.

SRIA: síndrome de reacción por ingestión de alimentos contaminados por ácaros.

Diagnòstic intolerància a AINEs

- Sospita de intolerància a AINEs en individus amb manifestacions cutànies (urticària y/o angioedema) o símptomes respiratoris (broncoespasme i/o rinitis) en pacients generalment amb asma ja diagnosticats.

“Mitjançant història clínica es pot arribar a la sospita de intolerància, però el diagnòstic de certesa precisa de la prova de provocació amb el AINE.”

- Hi ha tres tipus de test de provocació en funció de la via d'administració:
 - Oral
 - Inhalada
 - Nasal
 - Intravenosa
- Les proves cutànies no estan indicades.
- No proves *in vitro* adients per al diagnòstic clínic de rutina.

Al·lèrgia a medicaments

- Dona de 20 anys que consulta al seu metge per faringoamigdalitis pantant-se tractament amb amoxicilina + clavulànic i ibuprofè a demanda si precisa.
- Va a urgències del CAP per reacció cutània generalitzada amb faves i prurit. Se li administra Cs + antih per via IM i se li pauta antih de 2a generació cada 12 hores. Disminuint molt la reacció cutània en les 3 primeres hores i remetent totalment en 12 hores.
- La reacció es produeix als 30 minuts de l'última ingesta de l'antibiòtic (4a dosi). Cap a 10 hores de la presa de ibuprofè.
- No refereix antecedents de reaccions amb fàrmacos ni antecedents d'al·lèrgia respiratòria ni a aliments.

Al·lèrgia a medicaments

Què podem solucionar en AP?

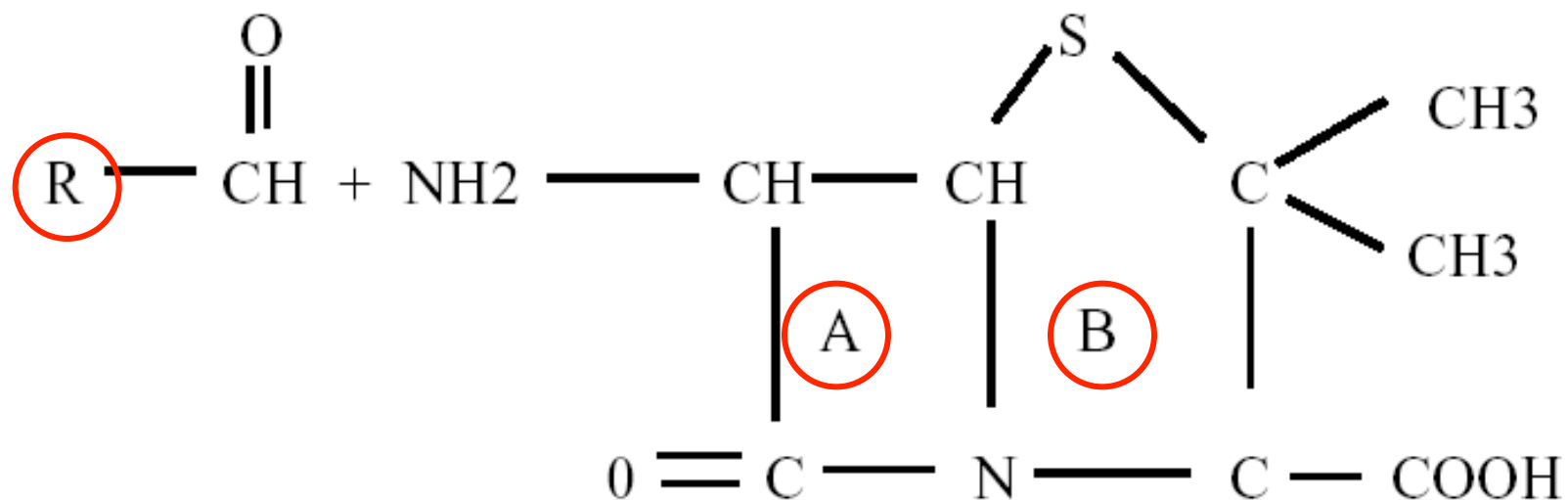
- Diagnòstic sindròmic: urticària i aguda.
- Tractament: Remeten els símptomes amb Cs i antih IM i pauta posterior antih per vo.
- Orientació etiològica: relació amb l'administració de amoxicil·lina + clavulànic. Poc probable relació amb Ibuprofè per la cronologia.
- Tolerància: no ha prèss antibiòtics des de la reacció. Ha tolerat paracetamol. Macròlids amb antibiòtic alternatiu.
- Derivació: per a valoració de causa de reacció (amoxicilina i clavulànic, avaluar tolerància a altres beta-lactàmics).

Al·lèrgia respiratòria

Què ens pot aportar la derivació a l'al·lergòleg?

- Estudi al·lergològic: proves cutànies a penicil·lina (PPL, MDM, penicil·lina G), amoxicil·lina, clavulànic (amb resultat positiu a PPL i amoxicil·lina).
- Diagnòstic etiològic: Al·lèrgia a penicil·lina i derivats.
- Valoració de les possibles reactivitats creuades: proves cutànies negatives a cefalosporines (cefuroxima, cefixitima, ceftriaxona). Prova oral amb bona tolerància a cefalosporines.

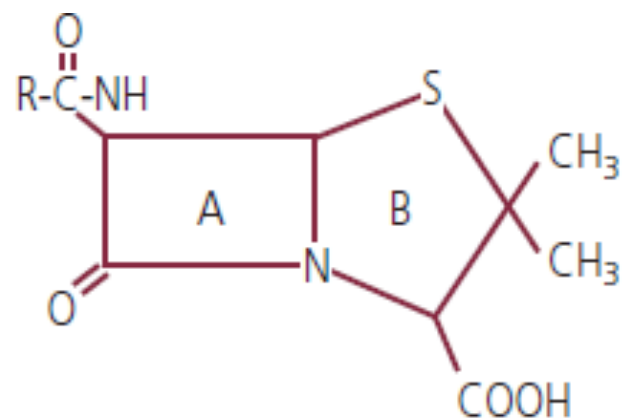
PNC: estructura molecular



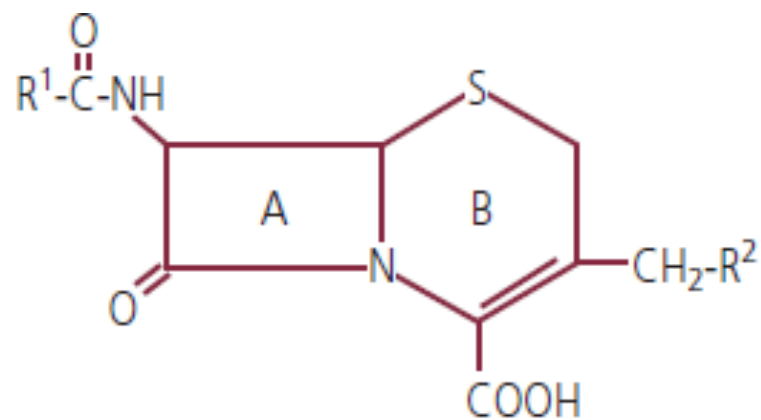
A: Anillo β lactámico

B: Anillo de tiazolidina

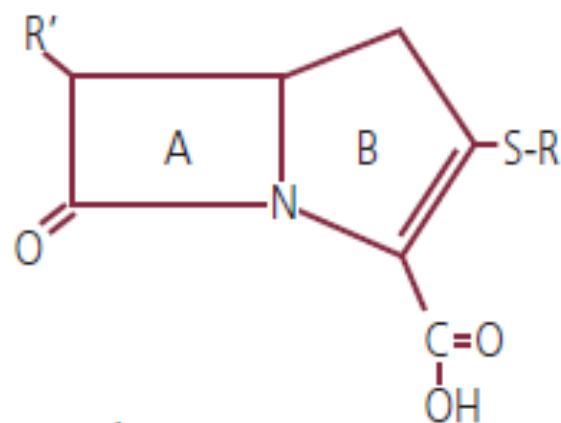
R: Cadena lateral



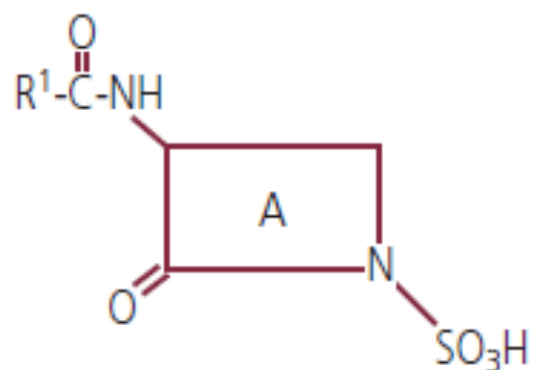
Penicilinas



Cefalosporinas



Carbapenemas



Monobactamas

FIGURA 1. Estructura química general de los grupos principales de antibióticos betalactámicos.

Classificació

Grupo	Tipo de penicilina
Naturales	Penicilina G Penicilina V
Aminopenicilinas	Amoxicilina Ampicilina Bacampicilina
Antiestafilocócicas o resistentes a la penicilinasa	Meticilina Cloxaciclina Dicloxacilina
Carboxipenicilinas o antipseudomonas	Carbenicilina Ticarcilina
Ureidopenicilinas	Azlocilina Mezlocilina Piperacilina
Otras	Amdinocilina Temocilina

Cefalosporines

Generación

Tipo de cefalosporina

Cefalosporinas de 1ª generación

Cefadroxilo
Cefalexina
Cefalotina
Cefapirina
Cefazolina
Cefprozilo
Cefradina

Cefalosporinas de 2ª generación

Cefaclor
Cefamandol
Cefmetazol
Cefminox
Cefonicid
Ceforanida
Cefotetán
Cefotiam
Cefoxitín
Cefuroxima
Cefuroxima axetilo
Loracarbacef

Cefalosporinas de 3ª generación

Cefdinir
Cefetamet pivoxilo
Cefixima
Cefodizima
Cefoperazona
Cefotaxima
Cefpodoxima proxetilo
Ceftizoxima
Cefpiramida
Cefsulodina
Ceftazidima
Ceftibuteno
Ceftriaxona

Cefalosporinas 4ª generación

Cefepima
Cefpiroma

HIMENOPTERS



CAS

- Home 23 a
- Sense AP d'interés
- Apicultor (negoci familiar)
- Als 10' d'una picada d'abella a la mà D: picor palmopantar i general, amb vermellor cutània, aparició de faves disperses, edema facial, esternuts abundants, ofec amb opressió al coll.
- CUAP: TA 12/8. SatO2 98%. Urticària general, edema facial i d'úvula. Adrenalina 0,5 mL im. Polaramine im. Tanda de corticoide i antih1 orals.



Reaccions per Picada d'Himenòpters

■ Locals:

- ☐ >10cm i >24 h
- ☐ Risc 5% de passar a sistèmica

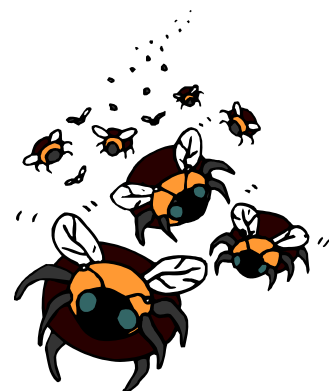
■ Sistèmiques

- ☐ Una sola picada (80%).
- ☐ Inici immediat (<1 h)
- ☐ Al·lèrgiques (IgE) i mastocitosi
- ☐ Cutànies: urticària, angioedema, pruija generals
- ☐ Anafilàctiques: afectació multiorgànica
- ☐ Reaccions molt greus poden no presentar símptomes cutanis.
- ☐ Repetició en futures picades (60%).

Epidemiologia

- Reaccions sistèmiques 2,3% població^{1,2}
- Mortalitat: 0,03 a 0,48/1.000.000 hab./any.
 - España: 2 – 20 morts/any.
 - Picades mortals predominen a cap i coll.
 - >60% morts la primera hora post picada.
- Els pacients de major risc són:
 - els que poden rebre més picades en el futur.
 - els que poden desenvolupar reaccions més severes:
 - Patologia cardiovascular o respiratòria
 - IECA
 - Mastocitosi
- Necessiten rebre tractament de forma preferent.

1. Fernández. CEA 99 (rural). 2. Navarro. JIACI 04 (41% rural; homes).



Tractament en cas de picada

- Retirar el/s agullons el més ràpid possible.
- Rentar amb aigua i sabó.
- Aplicar compreses fredes o gel o amoníac.
- Desinfectar i no gratar-se.
- Identificar reaccions sistèmiques



Actuació urgent

- Reacció sistèmica cutània
 - ☐ Antihistamínic im
 - ☐ Si angioedema: Corticoide en pauta curta (3-7 d)
 - ☐ Pot usar-se adrenalina
 - ☐ Observació mínim 1 h o fins millorar
- Reacció sistèmica greu: pauta anafilaxi
 - ☐ **Adrenalina** intramuscular
 - ☐ Mesures de suport
 - ☐ 12 a 24 h d' observació

Via d'administració d'adrenalina

- Injecció IM d' adrenalina és el tractament de primera línia en Anafilaxi
- Injecció IM d' adrenalina al vast extern és d'elecció: proporciona la màxima concentració d' adrenalina en plasma.
- La retenció d' adrenalina en el lloc de la injecció SC pot conduir a un retard en el pas a circulació sistèmica.
 - SC - 34 min per concentració màxima
 - IM - 8 min para concentració màxima

Corticoides

- No son útils en fase inicial d'una reacció anafilàctica pel seu efecte retardat (>1 h).
- Tampoc no han de ser el tractament inicial d'una reacció cutània (antihistamínics)

Actuació del MAP

- Recollir informació de l'atenció urgent
- Minimitzar factors de risc o informar-ne a l'al·lèrgic
- Si apicultor: assegurar que no torna a les arnes
- Donar i assegurar que sap usar l'adrenalina per autoinjecció
- Derivar a l'al·lèrgic preferent

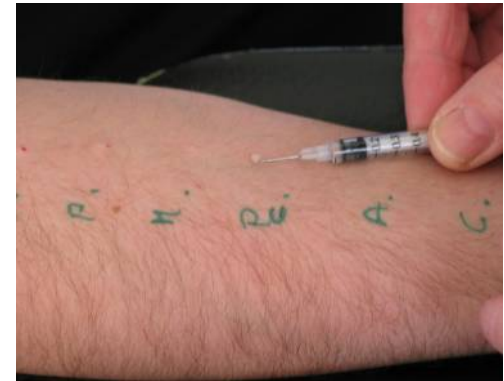
Actuació de l'al·lèrgic

■ Diagnòstic:

- ☐ Historia clínica.
- ☐ Detecció IgE específica a verí d'himenòpters (P.Cutànies, In vitro)
- ☐ Identificar insecte culpable.

■ Tractament.

- ☐ Mesures preventives.
- ☐ Tractament de noves picades.
- ☐ Tractament etiològic: immunoteràpia.



Immunoteràpia.

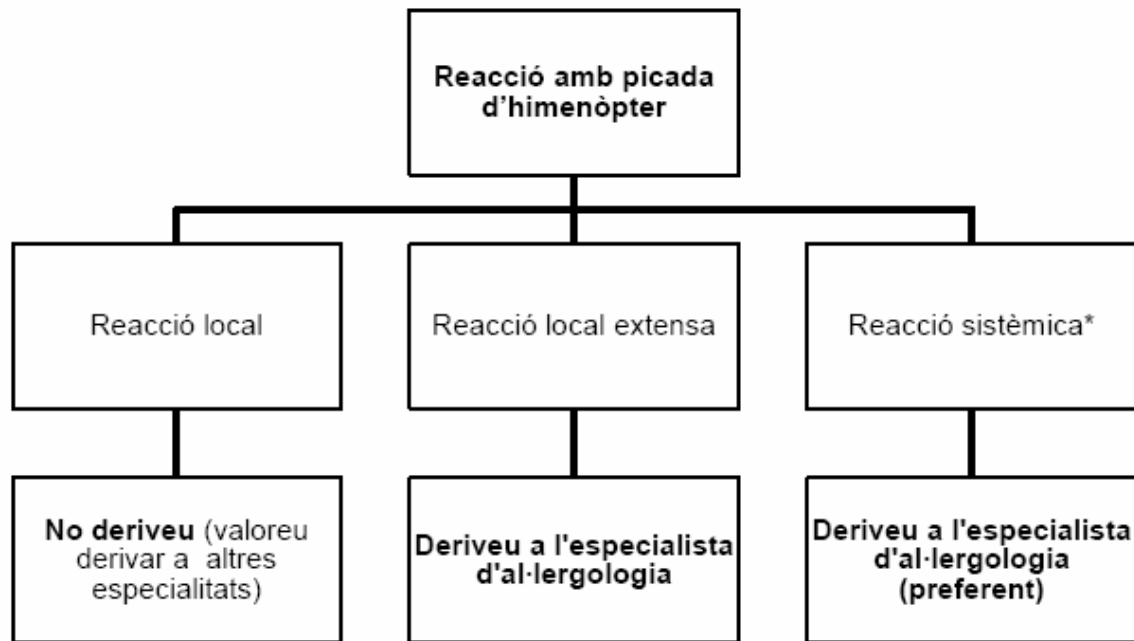
- Tractament etiològic, vital i insubstituïble.
- Indicada en reaccions anafilàctiques
- Administració subcutània de dosis creixents de verí fins 100µg/4-8 setmanes/3 a 5 anys.
- Cochrane 2012:
 - We found venom immunotherapy to be an effective therapy for preventing further allergic reactions to insect stings, which can improve quality of life.
 - The treatment carries a small but significant risk of systemic adverse reaction.



Cas

- IgEesp abella 67ku/L
- Inicia immunoteràpia
- Abans de tornar a les arnes: repicada intrahospitalaria, que tolera
- Es reincopora a la feina
- Mantindra vacuna mentre treballi com apicultor





* Aconsellen adrenalina autoinjectable des del nivell assistencial on s'hagi atès el pacient (primària, urgències)

Es derivarà:

- **Qualsevol pacient que hagi presentat una reacció sistèmica, després de la picada d'un himenòpter.** La derivació es farà amb caràcter "preferent". L'objectiu serà identificar l'insecte i el mecanisme responsable, indicar les mesures de prevenció i tractament específic en cas de nova picada, i valorar la indicació d'immunoteràpia específica.
- **Pacients que hagin presentat reaccions locals extenses.** En aquests pacients l'al·lèrgòleg valorarà si procedeix o no l'estudi, tenint en compte determinades circumstàncies associades: grau d'exposició, ansietat per part del pacient, alteració de la qualitat de vida, apicultors, etc. En general, però, no seran tributàries d'immunoteràpia específica.



L' al·lèrgia a himenòpters és una malaltia potencialment mortal que podem diagnosticar fàcilment i tractar amb gran eficiència.



Recursos:

- www.alergiaabejasyavispas.com