

IV JORNADAS DE FORMACIÓN DEPARTAMENTAL PARA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Manejo de procesos alérgicos comunes.
Protocolos de derivación desde Atención
Primaria al Servicio de Alergología**

26 de Abril 2024, 3 de Mayo 2024 Salón de actos CHGUV

Dr. Juan Carlos Cerdá Mir.
Pediatra y Alergólogo. Servicio de Alergología. CHGUV.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

PROTOSCOLOS DERIVACIÓN al Servicio de Alergia

* PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN

- * Alergia a alimentos
- * Anafilaxia.
- * Alergia a picaduras de insectos.
- * Urticaria / Angioedema.
- * Dermatitis atópica
- * Asma
- * Rinitis/ Rinoconjuntivitis.
- * Alergia a medicamentos

ALERGIA A ALIMENTOS



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Reacción adversa a un alimento (RAA):

Cualquier respuesta clínicamente anormal que se pueda atribuir a la ingesta, contacto o inhalación de un alimento o a otras sustancias contenidas en el mismo

ALERGIA A ALIMENTOS

CLASIFICACION DE LAS REACCIONES ADVERSAS A ALIMENTOS

**HIPERSENSIBILIDAD
A
ALIMENTOS**

**ALERGIA
A
ALIMENTOS**

**HIPERSENSIBILIDAD
NO ALERGICA
A ALIMENTOS**

**Mediada
por IgE**

**No mediada
por IgE**

Enzimática

Farmacológica

Indeterminada

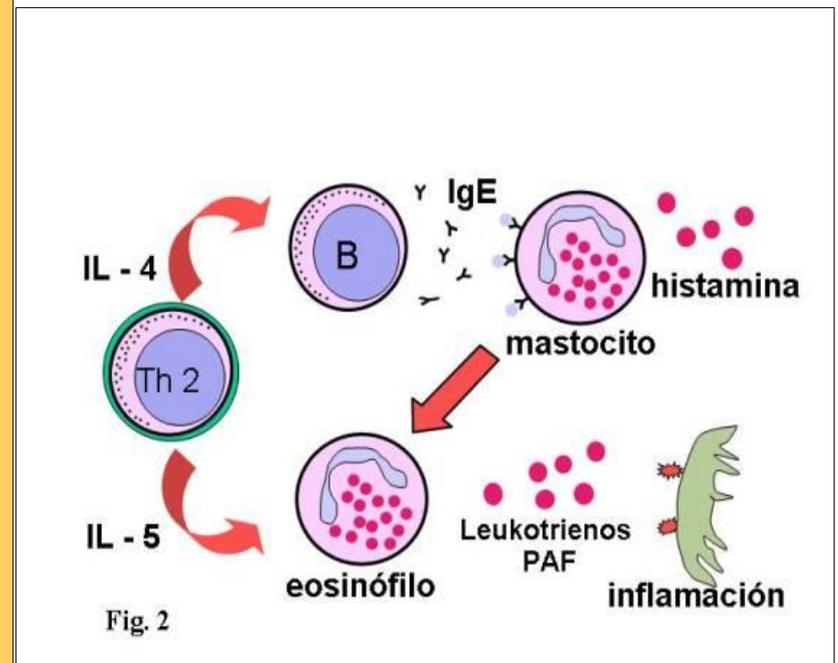
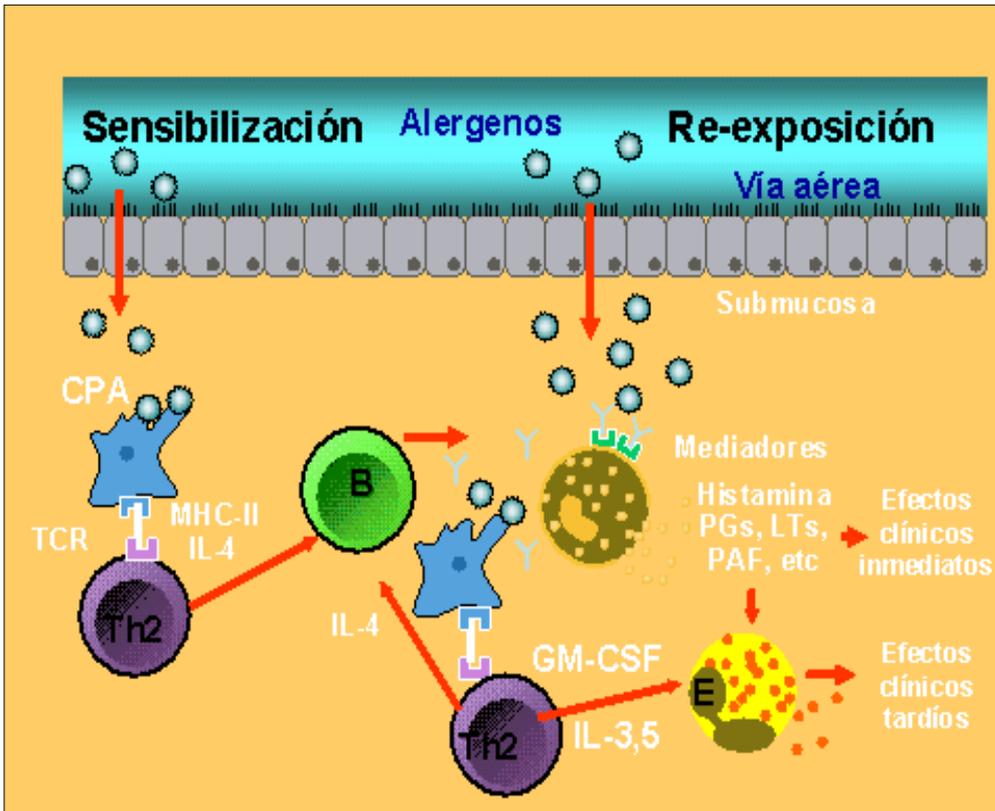
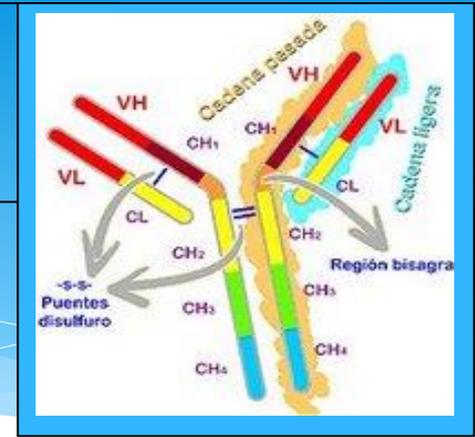


ALERGIA ALIMENTARIA

- **Presencia de una reacción inmunológica.**
 - **Que ocurre solo en algunos individuos**
 - **Después de la toma de muy pequeñas cantidades de alimento.**
 - **No relacionado con ningún efecto patogénico del propio alimento**
- 1.- **Mediadas por IgE (Hipersensibilidad tipo I).**
 - 2.- **No mediadas por IgE (Ac IgG, complejos inmunes o hipersensibilidad mediada por células).**



Reacción de Hipersensibilidad tipo I IgE mediada.



Conducta a seguir ante la sospecha

- * De reacción adversa frente a un ALIMENTO → evitar alimento implicado y aquellos con los que pueda tener reacción cruzada, hasta completar estudio etiológico:



- * Leche de vaca: evitar leche de cabra, oveja, y búfala (queso mozzarella)
- * Huevos de gallina: evitar huevos otras aves.
- * Frutos secos: inicialmente evitarlos todos (reacciones muy graves, incluso fatales. Pueden ocurrir tras la primera exposición)

* **Pescado**: Evitar todas las especies excepto aquellos bien tolerados después de última reacción. Puede tomar marisco salvo que haya presentado reacción previa.

* **Marisco**: Evitar todas las especies de marisco (crustáceos, moluscos y cefalopodos)

* Puede tomar pescado salvo que haya presentado reacción previa. Toleran Atun en conserva.

* **Leguminosas**: Evitar todas las legumbres incluidas el cacahuete, excepto aquellas bien toleradas después de la última reacción.

* **Frutas rosáceas**: Evitar todas las rosáceas (melocotón, albaricoque, ciruela, cereza, fresa, mora, manzana, pera, almendra), excepto aquellas bien toleradas después de la última reacción.



HISTORIA NATURAL

El 50% de los niños superan la alergia a proteínas de leche de vaca PLV antes de los 5 años.

Mal pronóstico: mantener la alergia PLV por encima de los 5 años.

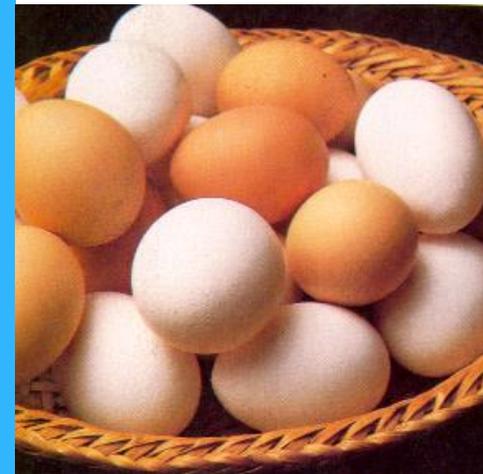
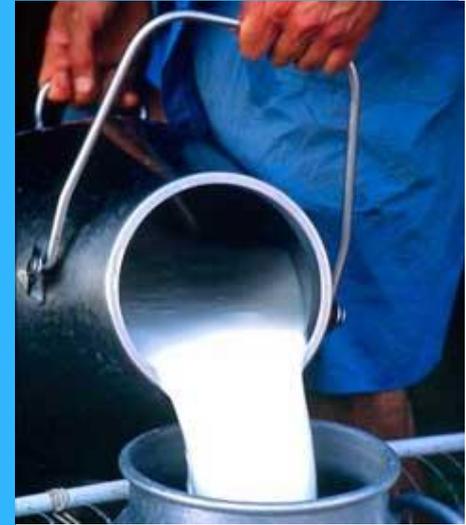
Riesgo de alergia a otros alimentos: 31-75%.

La alergia al huevo se supera antes de los 3 años en un 66%.

Dermatitis atópica: 50% de riesgo de alergia al huevo y el 80% desarrolla alergia respiratoria.

La alergia alimentaria en la infancia predice la marcha alérgica.

La alergia a frutas, vegetales, frutos secos, pescados y mariscos son persistentes en el tiempo.



MANIFESTACIONES CLINICAS

1. Síntomas cutáneos.
2. Síntomas digestivos.
3. Síntomas respiratorios.
4. **Anafilaxia**



Conducta a seguir ante la sospecha de alergia a alimentos



ANAFILAXIA



**Es la reacción alérgica
más grave que pueda
ocurrir**



Urticaria

ADAM



Causas de Anafilaxia

RIESGO

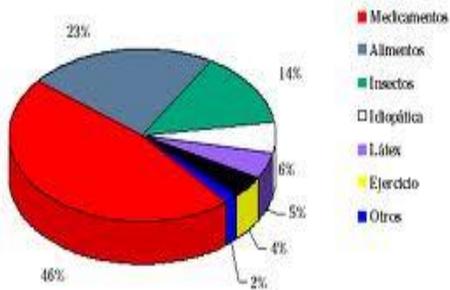
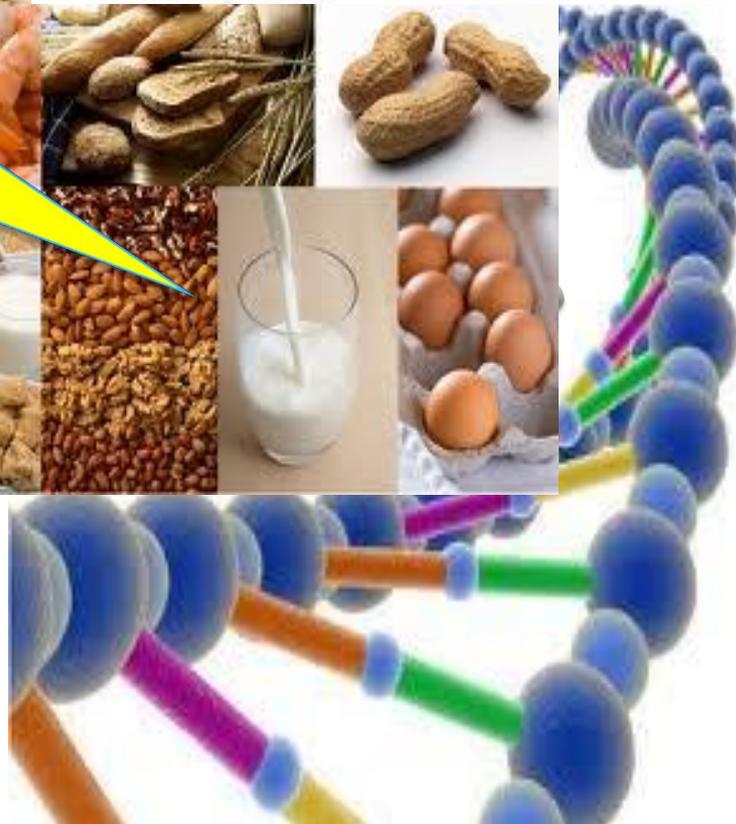


Figura 1. Factores etiológicos de la anafilaxia (datos propios de la Sección de Alergología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona).



ALGORITMO DE ACTUACION GENERAL EN ANAFILAXIA EN ATENCION PRIMARIA

Reconocimiento precoz de los síntomas:

- * Cutáneos (80%).
- * Respiratorios.
- * Gastrointestinales.
- * Cardiovasculares.
- * Neurológicos.

1

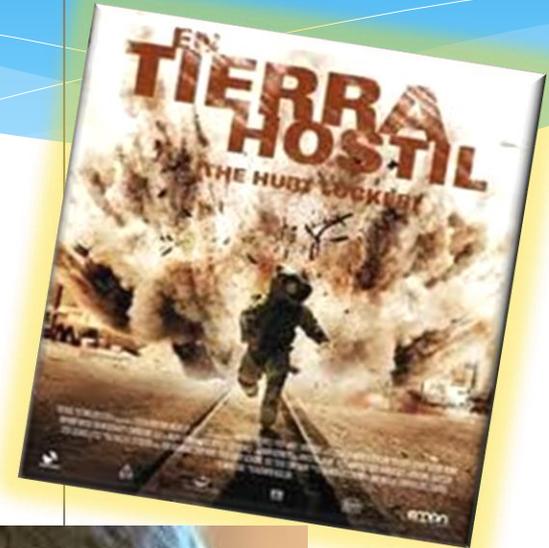


ALGORITMO DE ACTUACION GENERAL EN ANAFILAXIA EN ATENCION PRIMARIA

2

Vigilar signos de alarma.
Empeoramiento rápido de los síntomas.

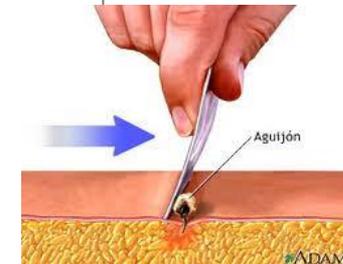
- * Urticaria generalizada.
- * Dificultad para respirar.
- * Afonía.
- * Dificultad para tragar.
- * Vómitos.
- * Mareo, somnolencia.



ALGORITMO DE ACTUACION GENERAL EN ANAFILAXIA EN ATENCION PRIMARIA

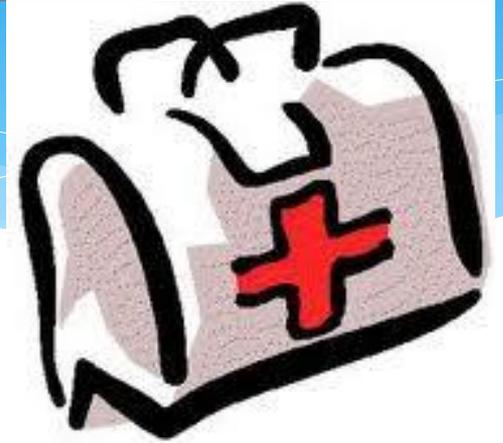
3

- * Solicitar ayuda llamando.
- * Eliminar la exposición al alèrgeno. (medicamento, alimento, picadura).
- * Poner al paciente acostado con los pies levantados.

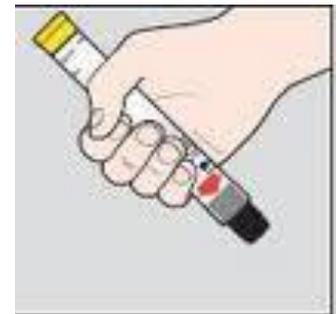


ALGORITMO DE ACTUACION GENERAL EN ANAFILAXIA EN ATENCION PRIMARIA

5



* Administrar adrenalina intramuscular.



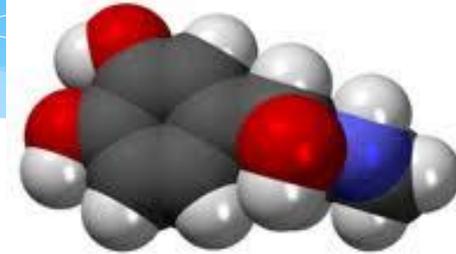
ALGORITMO DE ACTUACION GENERAL EN ANAFILAXIA EN ATENCION PRIMARIA

6

*Traslado al Hospital.



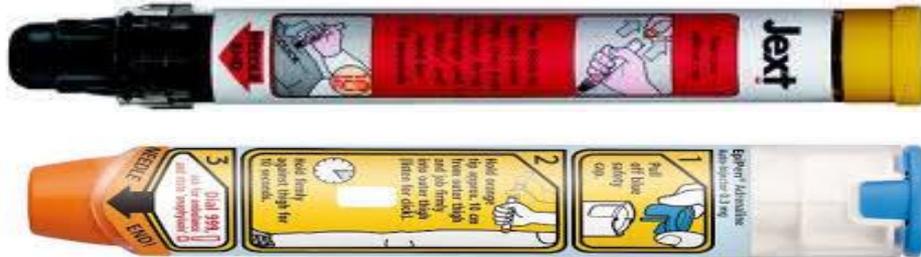
ADRENALINA



- * Es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia.
- * Es capaz de prevenir y de revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular.
- * Debe administrarse de forma precoz, ya que mejora la supervivencia.



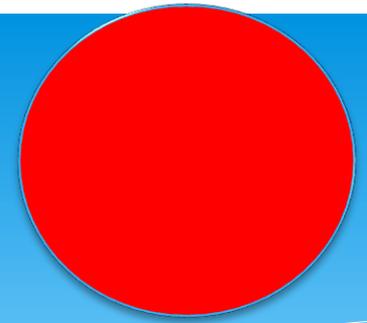
Efectos de la adrenalina



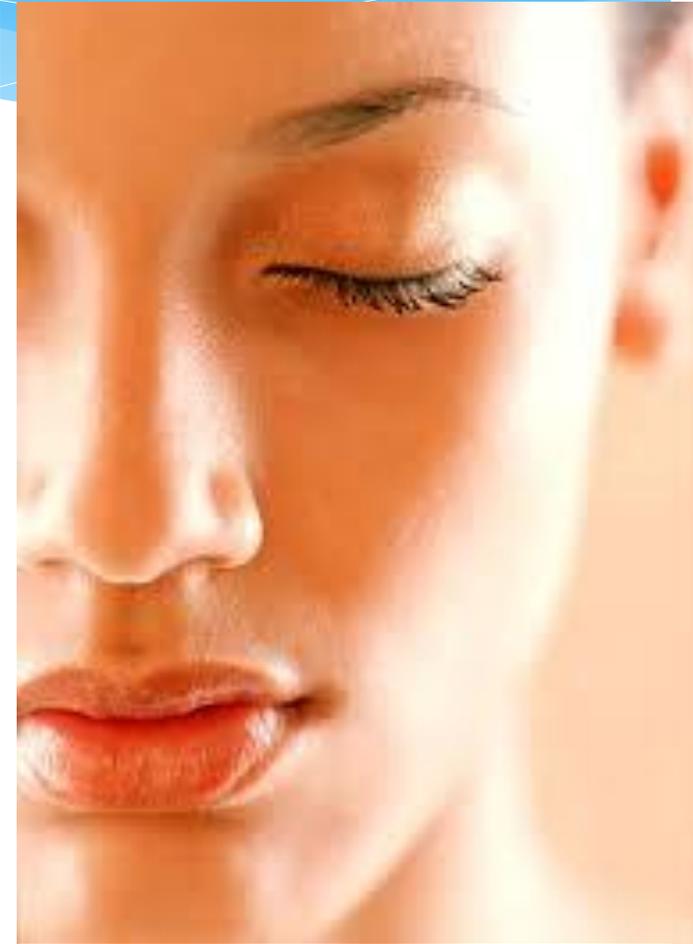
- * **Acción rápida, en pocos minutos y vida media corta 15-20 minutos.**
- * **Hace que las venas y arterias se contraigan, recuperando la presión sanguínea.**



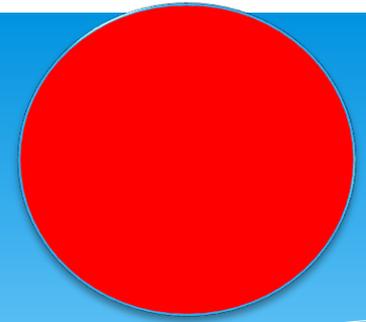
Efectos de la adrenalina



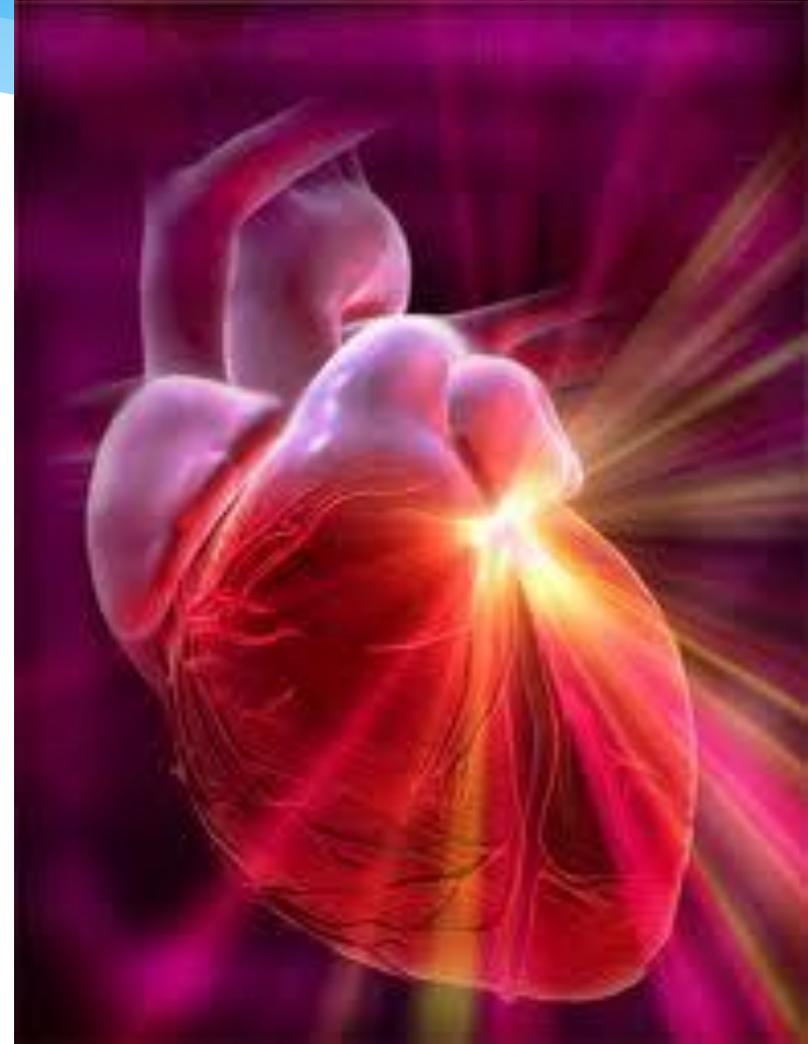
* **Disminuye la inflamación de los tejidos.**



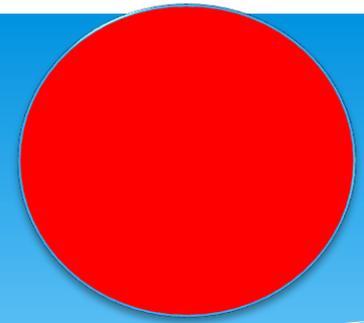
Efectos de la adrenalina



- * Mejora la actividad cardiaca, aumentando
- * la fuerza y frecuencia de sus contracciones



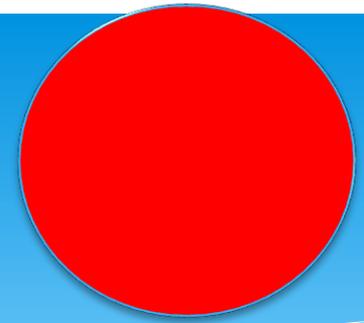
Efectos de la adrenalina



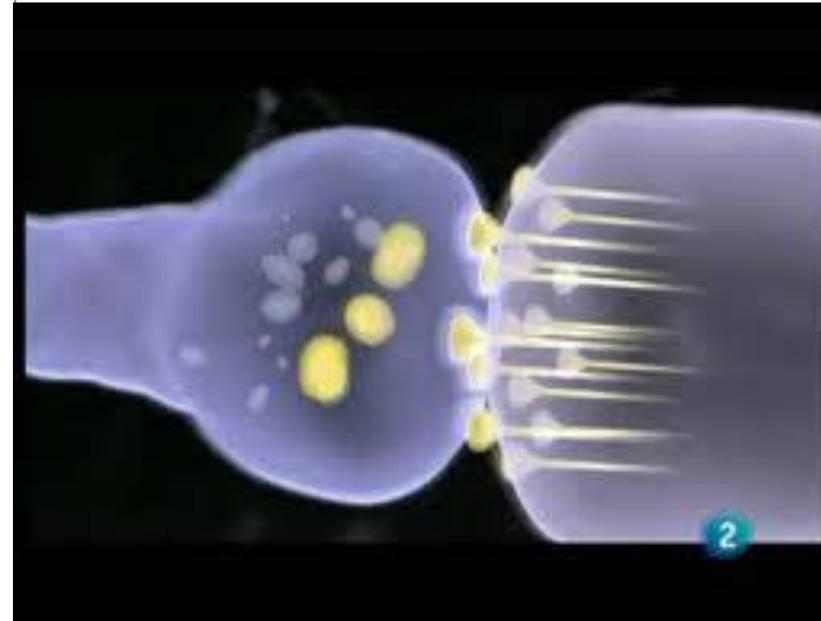
* **Aumenta el tamaño de los bronquios**



Efectos de la adrenalina



- * Disminuye la producción de sustancias vasoactivas inflamatorias por parte de algunas células de los tejidos del cuerpo humano.
- * (mastocitos y basófilos)



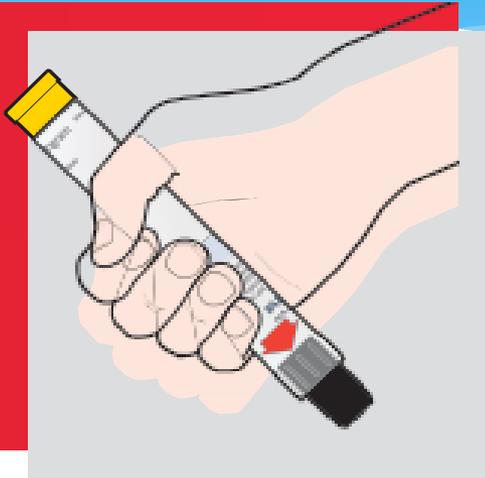
CONTRAINDICACIONES



*No hay ninguna
contraindicación
absoluta.



Técnica de administración de la adrenalina

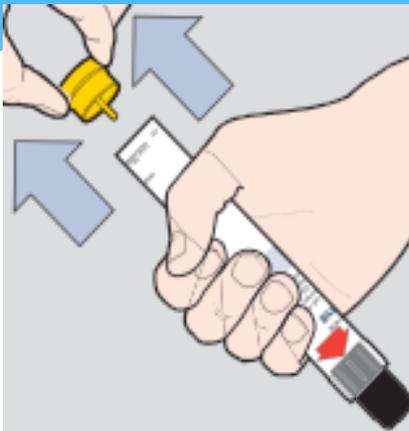


1

Agarre su autoinyector precargado de adrenalina con su mano dominante (la que usa para escribir), con el pulgar al lado de la tapa.



Técnica de administración de la adrenalina



2

Con la otra mano quite la tapa de seguridad.



Técnica de administración de la adrenalina

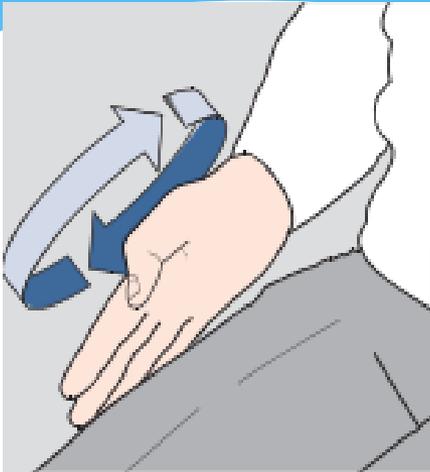


3

nérgicamente en la
Después
pretado en esa
ndos (*cuente*
go retírelo.
opa.



Técnica de administración de la adrenalina



4

De un pequeño masaje en la zona de inyección durante 10 segundos.



Técnica de administración de la adrenalina



5

Llame al **112** y solicite atención médica inmediata.

“Recuerde que el uso del autoinyector no sustituye a la atención médica urgente”.



Anafilaxia

Conducta a seguir ante la sospecha de Anafilaxia

EVITAR NUEVOS CONTACTOS
CON EL AGENTE ETIOLÓGICO
SOSPECHOSO



INDICAR EL TRATAMIENTO
ANTE UNA NUEVA REACCIÓN
ANAFILÁCTICA



Remitir a
UNIDAD DE ALERGOLOGÍA
Para estudio etiológico
con carácter preferente

Anafilaxia

Recomendaciones para el paciente:

- * Ante la aparición de síntomas de urticaria/angioedema:

Administración por vía oral un antihistamínico más un corticosteroide.

Hidroxicina jarabe 1 mg./ Kg.

Ebastel forte flas comprimidos: un comprimido
(10-20 mg.)

Metil prednisolona PAIDOCORT o ESTILSONA
GOTAS 1 mg./Kg

Anafilaxia

Recomendaciones para el paciente:

- * En caso de aparecer dificultad al tragar o al respirar se administrará ADRENALINA IM con
 - * JEXT 300 / ALTELLUS 0,3 mg autoinyectable.
 - * Una dosis. Vía: intramuscular que se puede repetir a los 15 min.
 - * Punto de administración: A nivel del vasto externo (región lateral del muslo)

Anafilaxia

Recomendaciones para el paciente:

- * Acudir lo antes posible a un **Servicio Médico de Urgencias** para su valoración y completar el tratamiento si fuera necesario.
- * *El paciente debe **llevar siempre consigo** esta medicación en los desplazamientos fuera del domicilio.*
- * *Debe **instruirse al paciente** en la forma de administración de la medicación indicada.*

Hipersensibilidad a veneno de insectos. Indicación de inmunoterapia.

Taller interactivo, casos clínicos.

Dr. Juan Carlos Cerdá Mir
Servicio de Alergia CHGU Valencia.



2 y 3 de octubre de 2020

**XLIV CONGRESO
SEICAP**

Sociedad Española de Inmunología Clínica,
Alergología y Asma Pediátrica

EDICIÓN VIRTUAL



¿Qué son los himenópteros?





HIMENÓPTEROS

- * De entre todos los insectos, son los más importantes, por la frecuencia de picadura e intensidad de la reacción.
- * Dentro del orden de los himenópteros (Tabla I) existen dos grandes superfamilias, **Apoidea** y **Vespoidea**, conocidas vulgarmente como abejas y avispas.
- * En España las que más nos interesan desde el punto de vista alergológico son las **abejas** (*Apis mellifera*), la **avispa común** (*Vespula sp*), la **avispa papelera** (*Polistes sp*), el **avispón** (*Vespa crabro*), *Dolichovespula* y el **abejorro** (*Bombus terrestris*).





Género Velutina



- * La *Vespa velutina nigritorax* es una avispa originaria del sudeste asiático, donde se encuentra desde China hasta el norte de la India, en las zonas donde el clima es similar al del oeste de Europa.
- * Desde el año 2010 se encuentra en nuestro País. Se ha adaptado a la zona de Galicia, País Vasco, Navarra, Barcelona y Gerona, encontrándose en la actualidad en fase de expansión.
- * Es una avispa diurna, con un tórax enteramente castaño-negro y segmentos abdominales de color castaño ribeteado con una fina franja amarilla, excepto en el cuarto segmento del abdomen, que es amarillo junto con el extremo de las patas. Las alas son de color oscuro. La reina puede llegar a medir hasta 3,2 cm, y alcanzar un año de vida.

2 y 3 de octubre de 2020

**XLIV CONGRESO
SEICAP**

Sociedad Española de Inmunología Clínica,
Alergología y Asma Pediátrica

EDICIÓN VIRTUAL



Epidemiología de la alergia a venenos de himenópteros e Historia natural.





EPIDEMIOLOGÍA



- * **La prevalencia** de las reacciones sistémicas en adultos es baja, y varía desde el **0.8% hasta el 3.3%** según diferentes estudios.
- * **En los niños** es aún menor, y varían desde 0,15% hasta 0,8%.
- * **La incidencia de mortalidad** por las picaduras de insectos debida a reacciones de anafilaxia, aunque baja, no es insignificante, y oscila entre **0,03-0,48 de muertes por millón de habitantes, cada año.**
- * **En España ocurren entre 4 y 20 muertes al año** por este motivo, y la mitad de los fallecidos no tiene historia de reacciones anafilácticas previas.





EPIDEMIOLOGÍA



- * En contra de lo que podría pensarse, **la presencia de atopia no parece ser un factor predisponente en la aparición de reacciones sistémicas, pero sí es más frecuente en esta población IgE específica positiva.**
- * **En la población general se estima que el 15-25% está sensibilizada al veneno de himenópteros, como se demuestra bien en test cutáneos o en test serológicos, sin que estas personas hayan sufrido ninguna reacción al ser picadas. El porcentaje aumenta hasta un 36% cuando se determina IgE específica en grupos expuestos, como son los apicultores, y es aún mayor en individuos que han sufrido una picadura reciente, llegando hasta el 30-40%**
- * **La sensibilización asintomática es más común cuando se producen picaduras repetidas en cortos intervalos de tiempo, desapareciendo espontáneamente en un período de 2-3 años en la mitad de los casos.**



Riesgo de reacciones tras nuevas picaduras

- * El riesgo de reacciones tras nuevas picaduras depende de:
 - * los síntomas presentados por el paciente en episodios previos.
 - * el grado de exposición.
 - * la edad del paciente.

- * **Los niños con alergia a himenópteros tienen mejor pronóstico que los adultos. Aquéllos que han sufrido reacciones sistémicas débiles, en un 10% la volverán a padecer, pero ésta será de menor intensidad.**





Riesgo de reacciones tras nuevas picaduras

- * Los pacientes que han sufrido una **reacción local Intensa**, en sucesivas picaduras volverán a presentar la misma reacción. Se estima que, en estos casos, el riesgo de una reacción sistémica es del **5% al 10%**.
- * En los pacientes que han sufrido una **reacción sistémica leve**, y que han experimentado solo síntomas cutáneos como prurito, eritema o urticaria, se estima que el riesgo de estos pacientes de sufrir una nueva reacción sistémica es aproximadamente del **20%**.
- * Los pacientes que sufrieron una **reacción sistémica grave**, hasta en el **60%** de los casos volverán a sufrir una reacción similar. Este riesgo aumenta si el intervalo de tiempo entre las picaduras es de semanas o meses.



Picadura de insectos

INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO ANTE REACCIÓN POR PICADURA DE HIMENÓPTERO

- * **REACCIÓN LOCAL:**
 - * Anti H1 Hidroxicina 1 mg./Kg o Ebastina, desloratadina más tratamiento topico Fucibet pomada cada 8 horas hasta mejoría.
- * **REACCIÓN GENERALIZADA/SISTÉMICA:** urticaria/angioedema y/o dificultad para respirar
 - * Administración oral de antihistamínico Hidroxicina 1 mg./Kg + corticosteroide oral Metil prednisolona 1 mg.(Kg (Estilsona gotas , Paidocort)
- * **JUNTO CON Administración de ADRENALINA IM con JEXT o ALTELLUS autoinyectable.**
 - * Una dosis. Vía: intramuscular. Punto de administración: Vasto externo
 - * Precauciones: pacientes con edad >50 años; cardiópatas; HTA. (150 o 0,15).
- * Acudir lo antes posible a un Servicio Médico de Urgencias para su valoración y completar el tratamiento si fuera necesario.
- * *Debe instruirse al paciente en la forma de administración de la medicación indicada y debe llevar siempre consigo esta medicación.*

Picadura de insectos

Conducta a seguir ante la sospecha de alergia



Picadura de insectos

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

INDICAR EL TRATAMIENTO ANTE
UNA NUEVA PICADURA

SEGÚN TIPO DE REACCIÓN

Local

Generalizada
Urticaria/Angioedema

Reacción
Anafiláctica

Tratamiento
Sintomático

Valoración Indicación
Inmunoterapia

INMUNOTERAPIA



**“NO Todo lo que
pica es Alergia”**

**IV JORNADA
VIRTUAL EN
PEDIATRIA:
PREGUNTAS Y
RESPUESTAS**

**"SOMOS LO QUE
APRENDEMOS"**

Dr. Juan Carlos Cerdá Mir

Consortio Hospital General Universitario
de Valencia

DEFINICION Urticaria Crónica

- * Presencia espontánea de elementos habonosos, angioedema o ambos,
- * Los elementos maculopapulosos pueden ser de forma y tamaño variable en ocasiones rodeadas de eritema fijo.
- * Fugaces, evanescentes que desaparecen sin dejar lesión residual.
- * Asociados a prurito intenso/ardor.
- * Con una duración mayor de seis semanas.



Clasificación Urticaria Crónica

URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (antes: Urticaria crónica idiopática).

- * Posibles factores desencadenantes: Infecciosos, parasitarios, genéticos, medicamentos AAS, AINE_s, IECA_s, E. Tiroidea autoinmune.
- * El 50% son de etiología desconocida.

URTICARIA CRÓNICA INDUCIBLE (Urticaria física):

- * Factores desencadenantes físicos, estrés y medicamentos antiinflamatorios.



URTICARIAS FISICAS

Criourticaria. Colinérgica.
Localizada por calor

calor, frío

roce, presión,
vibración

Dermografismo. Retardada
por presión. Angioedema vibratorio

Urticaria aquagénica

agua

luz solar

Urticaria solar

LIBERACION
MEDIADORES
- Histamina

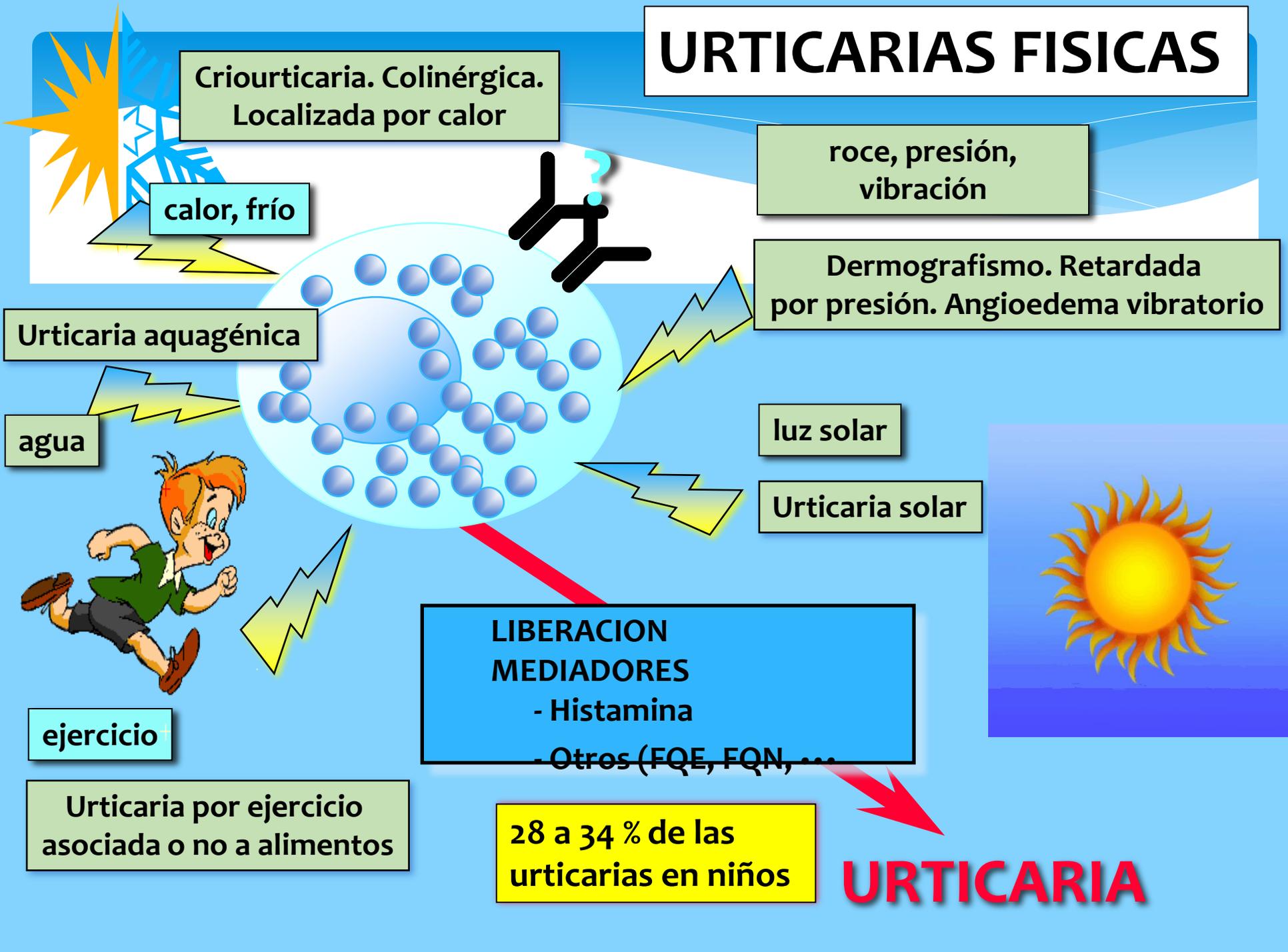
- Otros (FQE, FQN, ...)

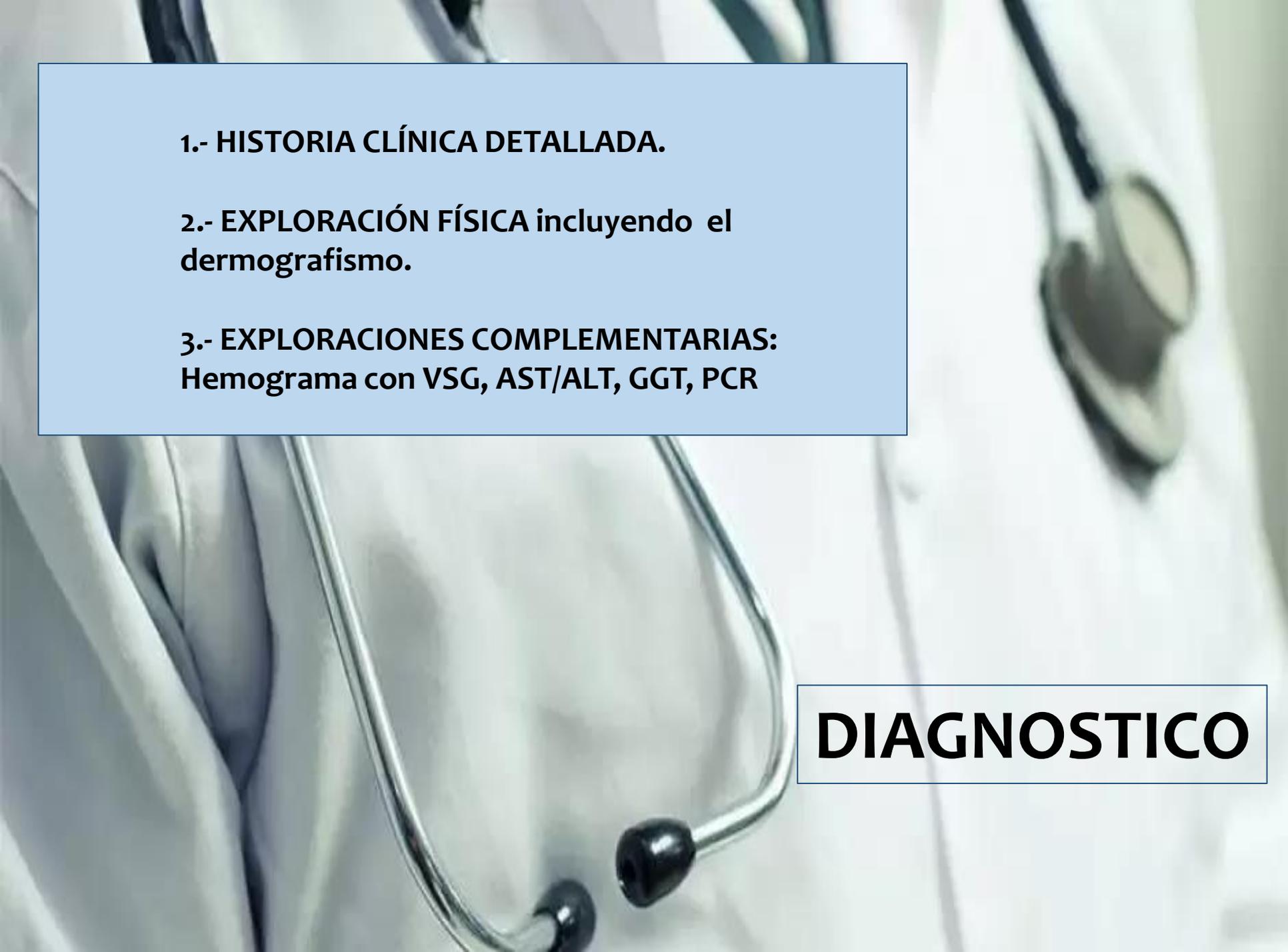
ejercicio

Urticaria por ejercicio
asociada o no a alimentos

28 a 34 % de las
urticarias en niños

URTICARIA





1.- HISTORIA CLÍNICA DETALLADA.

**2.- EXPLORACIÓN FÍSICA incluyendo el
dermografismo.**

**3.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:
Hemograma con VSG, AST/ALT, GGT, PCR**

DIAGNOSTICO

Exploraciones complementarias ampliadas (según sospecha en H^a Clínica):



1.- EDUCACIÓN SANITARIA. CONCEPTOS A EXPLICAR



2.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de elección para el control de los síntomas son los antihistamínicos H1 de segunda generación

Una vez alcanzado el control, se debe establecer la duración del tratamiento.

- De 3 a 6 meses en la mayoría de pacientes.
- De 6 a 12 meses si la historia es de larga evolución o se asocia a angioedema, con descenso gradual en semanas.
- A demanda en pacientes con síntomas intermitentes o profilácticamente ante situaciones que puedan desencadenar los síntomas (ej antes de ejercicio,..)



Tratamiento Escalonado en niños EAACI/WAO

1° Anti H1 de 2ª generación. A dosis normales 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

2° Anti H1 de 2ª generación. Aumentar dosis hasta 4 veces 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

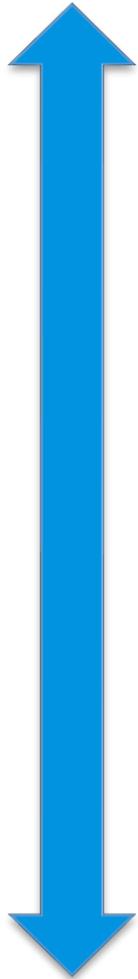
3° OMALIZUMAB. 150mg/300/mes (>12 años) + Anti H1 de 2ª generación 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

4° CICLOSPORINA 1-2/3-5 mg/Kg/día + Anti H1 de 2ª generación. 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

Otros: Metotrexate, IgG humana, Fe Vit.D, LTRA



Tratamiento Escalonado en niños AAAAI/ACAAI

1° Anti H1 de 2ª generación. A dosis normales 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

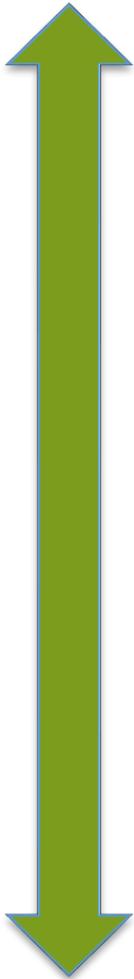
2° Anti H1 de 2ª . Aumentar dosis o añadir otro Anti H1 de 2ª diferente o añadir Antagonista H2 (ranitidina, famotidina, cimetidina), o agregar LTRA (montelukast, Zafirlukast) o añadir un Anti H1 de 1ª generación por la noche (Hidroxicina, Ciproheptadina) 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

3° Anti H1 de 2ª generación aumentando dosis de los utilizados en el paso 2° 2-4 semanas

Si no mejora UAS < 6

4° Agregar OMALIZUMAB. 150mg/300/mes (>12 años) o CICLOSPORINA 1-2/3-5 mg/Kg/dia. Inmunosupresores o productos biológicos: Metotrexate, IgG humana, Fe Vit.D, Dapsona, Ac Traxenamico, Hidroxicloroquina, Rituximab ioLligelizumab en estudio



TRATAMIENTO ESCALONADO

El punto de inicio y la progresión entre escalones depende de la severidad clínica y de la respuesta. Se debe bajar de escalón cuando se alcance el control de los síntomas. Se recomienda reducir gradualmente los antihistamínicos, antes que suspenderlos de golpe.

Escala de actividad de la urticaria UAS-7

En las **exacerbaciones** pueden usarse pautas cortas de corticoides (p.ej.)

Metil-Prednisolona: **1 mg/kg** hasta 40 mg/día durante 3-5 días.



ANTI H1 2ª generación EN EL NIÑO

MOLÉCULA	INDICACIÓN TERAPÉUTICA EN URTICARIA CÓNICA (*)	INDICACIÓN PEDIÁTRICA (años)
CETIRIZINA jarabe y comp.	SÍ	> 2 años 2,5 mg./5 mg./10 mg
LEVOCETIRIZINA jarabe y comp.	SI	> 2 años 2,5 mg./5 mg.
LORATADINA jarabe y comp.	SÍ	> 2 años 5mg./10 mg
DES Loratadina jarabe comp.	SÍ	> 1 año 1,25 mg/2,5 mg./5 mg.
TERFENADINA y ASTEMIZOL	RETIRADOS	Arritmias
FEXOFENADINA comp	SÍ	> 12 años EE.UU. > 6 meses
RUPATADINA comp	SÍ	> 6 años
MIZOLASTINA comp	SI	> 12 años
EBASTINA jarabe comp	SI	> 2 años 2,5 mg/ 5 mg./10 mg
BILASTINA jarabe, comp.	SI	> 6 años 10 mg./ 20 mg

Rinitis-Rinoconjuntivitis

CONJUNTIVITIS AISLADA



Control y tratamiento por
MÉDICO Pediatra



Valorar



Remitir a
OFTALMOLOGÍA

Rinitis-Rinoconjuntivitis

RINITIS



RINITIS SOSPECHOSA DE ALÉRGICA QUE PRECISA ESTUDIO ETIOLÓGICO:

- Prurito nasal
- Estornudos en salvas
- Hidrorrea
- Obstrucción nasal
- Prurito faríngeo, ótico o palatino
- Puede asociar:
 - Conjuntivitis bilateral
 - Asma



Rinitis-Rinoconjuntivitis

ALGORITMO A SEGUIR ANTE LA SOSPECHA

OTRAS CAUSAS
DE RINITIS

RINITIS
INFECCIOSA

RINITIS SOSPECHOSA
DE ALÉRGICA

Valorar

Remitir a
OTORRINO

Control y tratamiento por
MÉDICO PEDIATRA

Remitir a
UNIDAD DE ALERGOLOGÍA
Para estudio etiológico

Etiología
ALÉRGICA

Control y tratamiento por
MÉDICO PEDIATRA
y
UNIDAD DE ALERGOLOGÍA

NO

SI

NO

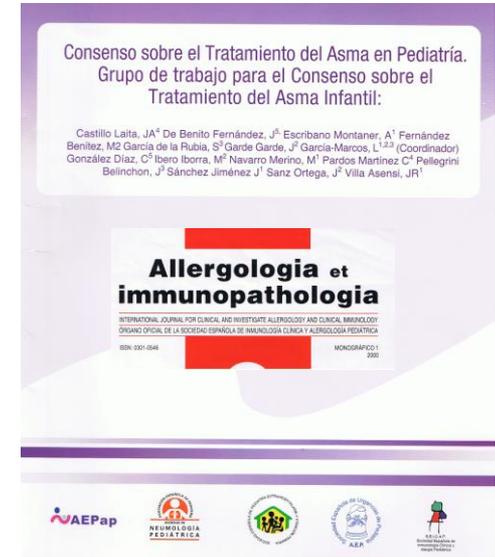
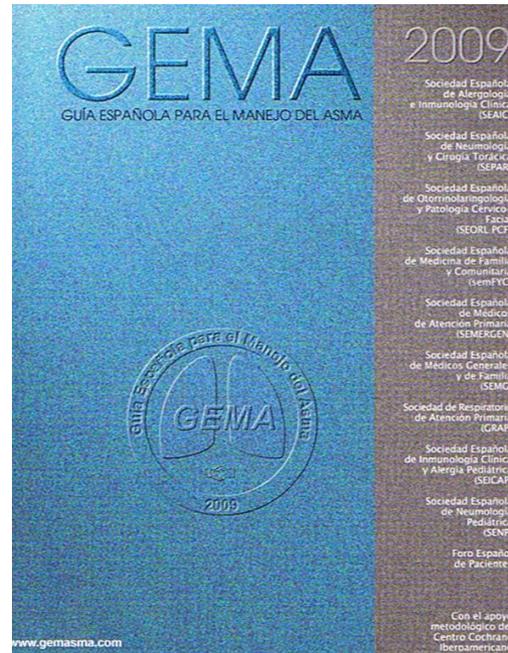
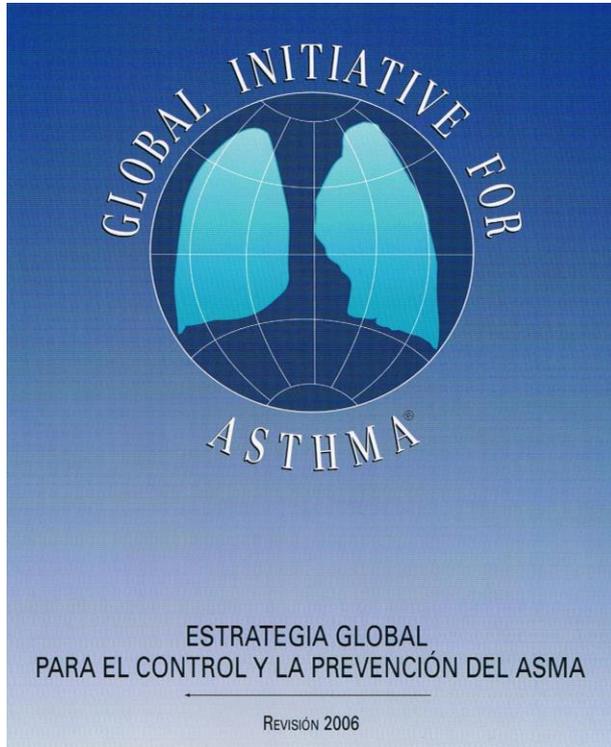
SI

Rinitis-Rinoconjuntivitis

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA

- * Completar el diagnóstico de rinitis o rinoconjuntivitis
 - * Exploración funcional nasal: Rinomanometría
- * Diagnóstico etiológico
 - * Pruebas cutáneas con alérgenos
 - * Determinación de IgE sérica específica con alérgenos
 - * Prueba de provocación nasal específica con alérgenos
 - * Prueba de provocación ocular específica con alérgenos
- * Estudio de inflamación nasal
 - * Eosinofilia nasal
- * Instauración y control de la inmunoterapia
- * Educación sanitaria: Medidas de control ambiental
- * Seguimiento y control del paciente en colaboración con el Pediatra.

GUÍAS PARA EL MANEJO DEL ASMA



Review article

Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report

Allergy 2008; 63: 5–34

Asthma is the leading chronic disease among children in most industrialized countries. However, the evidence base on specific aspects of pediatric asthma, including therapeutic strategies, is limited and no recent international guidelines have focused exclusively on pediatric asthma. As a result, the European Academy of Allergy and Clinical Immunology and the American Academy of Allergy, Immunology and Rheumatology found a consensus to serve as a guide for pediatric asthma management in North America. This

L. B. Bacharier¹, A. Boner²,
K.-H. Carlsen³, P. A. Eigenmann⁴,
T. Frischer⁵, M. Götz⁶, P. J. Helms⁷,
J. Hunt⁸, A. Liu⁹, N. Papadopoulos¹⁰,
T. Platts-Mills¹¹, P. Pohunek¹²,
F. E. R. Simons¹³, E. Valovirta¹⁴,
U. Wahn¹⁵, J. Wildhaber¹⁶, The
European Pediatric Asthma Group*

Asma

CLÍNICA DE ASMA, ESPIROMETRÍA , TEST BD (+)

SI

NO

Sospecha etiología alérgica:

- Historia familiar de asma o atopia
- Rinitis en intercrisis
- Sospecha de asma ocupacional
- Desencadenantes conocidos: pólenes, ácaros, animales etc

Considerar otra patología

SI

NO

Remitir a **SERVICIO DE ALERGOLOGÍA**
Para estudio etiológico

Control y tratamiento por MÉDICO PEDIATRA
Valorar remitir a NEUMOLOGÍA si:
- Asma Grave
- Diagnóstico Incierto

Asma

CLÍNICA SOSPECHOSA DE ASMA
Tos, disnea, sibilantes, tórax rígido, mejoría tras Beta-2



Espirometría + Test Broncodilatador



Otras medicas objetivas:
Variabilidad diurna de PEF > 20% 3 / 2 sem.
↓ FEV₁ ≥ 10 % tras 6 min de ejercicio



FEV₁ ≥ 12% (+ 200 ml)

Asma

CLÍNICA SOSPECHOSA DE ASMA

Tos, disnea, sibilantes, tórax rígido, mejoría tras Beta-2

Espirometría + Test Broncodilatador

$FEV_1 \geq 12\% (+ 200 \text{ ml})$

SI

Sospecha
Etiología
Alérgica

NO

Considerar
otra
patología

Otras medicas objetivas:

Variabilidad diurna de PEF > 20% 3 / 2 sem.

↓ $FEV_1 \geq 15\%$ tras 6 min de ejercicio

- EPOC
- Enfermedad cardíaca
- Tumor Laríngeo, Traqueal, Pulmonar
- Bronquiectasias
- Cuerpo extraño
- Enf. Pulmonar intersticial
- Embolismo pulmonar
- Aspiración
- Reflujo Gastro-Esofágico
- Disfunción cuerdas vocales
- Hiperventilación
- Efectos secundarios de fármacos

Asma

ATENCIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

* Confirmar la clínica de asma con:

- * Espirometría basal y prueba de broncodilatación, considerándose positivo un aumento del 12 % en el FEV1 respecto al valor basal a los 15 minutos de la inhalación de 400 microgramos de salbutamol o equivalente.
- * En casos dudosos se puede plantear estudio de la variabilidad del flujo espiratorio máximo (PEF) mediante medidor de flujos domiciliario, considerándose altamente sugestivo de asma la variabilidad el PEF > 20 % respecto al máximo basal del paciente, en tres determinaciones a lo largo de dos semanas.

Asma

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA (I)

* Completar el estudio de asma

- * Exploración funcional respiratoria basal y prueba de broncodilatación
- * Prueba de ejercicio
- * Prueba de provocación bronquial inespecífica con metacolina

* Diagnóstico etiológico

- * Pruebas cutáneas con alérgenos
- * Determinación de IgE sérica específica con alérgenos
- * Prueba de provocación bronquial específica con alérgenos

* Estudio de la inflamación bronquial:

- * Niveles de óxido nítrico en aire espirado

Asma

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA (II)

- * Instauración y control de la inmunoterapia
- * Educación sanitaria:
 - * Aprendizaje de las técnicas de inhalación
 - * Sesiones de educación sanitaria para informar acerca del asma y su tratamiento con el objetivo de facilitar el autocontrol y el manejo de la enfermedad por el propio paciente.
- * Seguimiento y control del paciente en colaboración con el Pediatra.

Determinación de IgE sérica específica en el estudio del paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria.

La determinación de IgE sérica específica debe ser indicada y valorada por el Especialista en Alergología en el contexto del estudio alérgico para valorar adecuadamente la relevancia clínica de las sensibilizaciones observadas y evitar errores en la información al paciente.

Determinación de IgE sérica específica en el estudio del paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria.

Si se considera necesario para el estudio de un paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria, se dispone del

- Con esta estrategia**
- mejora el coste-beneficio de la determinación de IgE específicas
 - permite obtener información objetiva sobre la presencia de sensibilización a aero-alergenos en pacientes con sospecha clínica de enfermedad alérgica respiratoria
- Indicada por IgE** ante una muestra de sangre.

Determinación de IgE sérica específica en el estudio del paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria.

Phadiatop®

- Contiene una **mezcla de neumoaergenos** prevalentes (ácaros, pólenes, epitelios de perro y gato, hongos) responsables de más del **90% de sensibilizaciones** en niños mayores de 5 años y adultos
- El resultado de Phadiatop es **cualitativo**, de tal modo que nos dice si está o no sensibilizado a alguno de los alergenosen que contiene.

Determinación de IgE sérica específica en el estudio del paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria.

Phadiatop®

- Sensibilidad del 85 % (95% CI 82.2–87.8%)
- Especificidad 85.5% (95%CI 82.7–88.3%)
- Valor predictivo positivo 72.7% (95%CI 69.0–76.1%)
- Valor predictivo negativo 92.7% (95%CI 90.6–94.7%)
- Eficacia 85.3% (95%CI 82.3–88.0%)

Determinación de IgE sérica específica en el estudio del paciente con sospecha de patología alérgica respiratoria en Atención Primaria.

Phadiatop®

- Un Phadiatop **no** **probabiliza**

Si el Phadiatop es negativo y existe un alto grado de sospecha clínica el paciente debe remitirse a la Unidad de Alergología para confirmar la ausencia de etiología alérgica.

Un Phadiatop positivo indica una sensibilización. Y como recomendación de la Unidad de Alergología para los casos de diagnóstico alérgico y determinar los alérgenos a los que está sensibilizado el paciente y su **relevancia clínica**.

Alergia a medicamentos

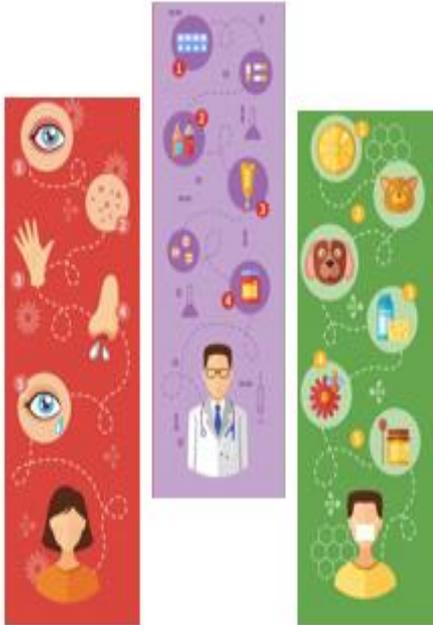
HISTORIA CLÍNICA, EN LA QUE SE HARÁ CONSTAR:

- * Fecha de la reacción adversa
- * Nombre comercial del medicamento implicado
- * Principio activo
- * Dosis
- * Días que llevaba de tratamiento
- * Tiempo transcurrido entre la última dosis administrada y la aparición de los primeros síntomas (< o > 1 hora)
- * Características de la reacción adversa: Urticaria-angioedema, Urticaria, Exantema, Anafilaxia, Otros.
- * Tratamiento administrado para resolver la reacción
- * Tiempo que ha tardado en resolverse la reacción
- * ¿Le había sido administrado con anterioridad? En caso afirmativo, informar de su tolerancia.

Alergia a medicamentos

Recomendaciones para remitir a los pacientes con reacciones adversas a FÁRMACOS

- * Evitar medicamento implicado y los del mismo grupo farmacológico hasta finalizar estudio alergológico.
- * Remitir con una breve historia clínica.



DERMATITIS ATÓPICA. CUANDO LA PIEL SE CONVIERTE EN UNA PESADILLA.

Valencia, 24 y 25 de octubre de 2019

SEDE DEL CURSO

Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES),
C/ Juan de Garay 21, Valencia.

OBJETIVOS

Mejorar y actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios que atienden al niño y adolescente con asma y alergia alimentaria.

DESTINATARIOS

Pediatras, médicos de familia, diplomados en enfermería y todo profesional sanitario que tenga relación con el

Dr. Juan Carlos Juliá
Benito. Pediatra.
Dr.



Definición

- Enfermedad cutánea inflamatoria crónica
- Se caracteriza por:
 - ✓ eccema
 - ✓ prurito
 - ✓ cursa por brotes.
- Puede comenzar a partir de las 6-8 semanas de vida



→ Eccema



← Liquenificación



→ Prurito

Epidemiología

- Afecta hasta un 15-20% de la población infantil
- Se inicia en primer año de vida en un 65% de los casos
- En 85% antes de los 2 años
- Prevalencia disminuye con la edad, adultos un 3 %
- Aumentando en países en vías de desarrollo

Distribución de las lesiones



Fase LACTANTE

Fase INFANTIL

**Fase
ADOLESCENTE O
ADULTA**

Características de las lesiones

Fase del lactante

Agudas: pápulas eritematosas y vesículas que se erosionan y acompañan de costra y exudación.

Distribución: cara (frente, mejillas, barbilla), pabellones auriculares, cuero cabelludo respetando habitualmente los pliegues y surcos nasogenianos; pueden afectar a zonas extensión de las extremidades.



Características de las lesiones

Fase infantil

Subagudas: Menos exudativas, pápulas aisladas o placas eritematosas con descamación seca, tendencia a la cronicidad y liquenificación.

Distribución: zonas de flexión (hueco poplíteo y antecubital), manos, pies, perioral y periocular.



Características de las lesiones

Fase adolescente y adulto

Crónicas: pápulas excoriadas/erosionadas, placas liquenificadas, lesiones hipo o hiperpigmentadas.

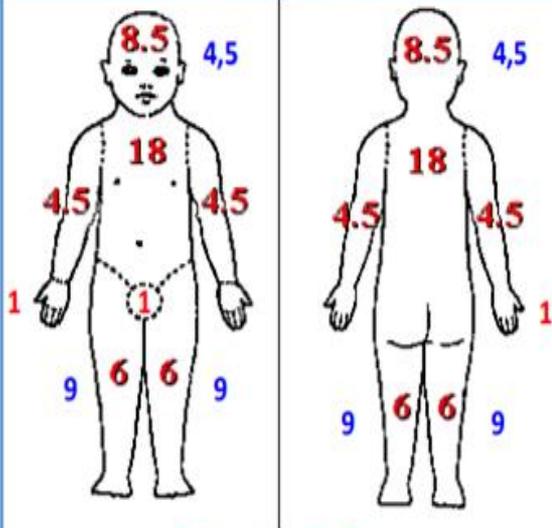
Distribución: Más extensa y generalizada.



Valoración de la gravedad: SCORAD

Indice SCORAD

Extensión: Regla de los 9
% de Sup. corporal afectada



Color rojo: <2 años

Color azul: ≥2 años

Leve: 0-25
Moderado: 25-50
Grave: > 50

Valor máximo posible: 103



A: Extensión, indicar % superficie afectada

B: Intensidad

C: Síntomas

Prurito y pérdida de sueño

Criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Excoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

Indice SCORAD

$$A/5 + 7B/2 + C$$

Escala VISUAL

Prurito: 0 a 10

Promedio 3 últimos días

Pérdida de sueño: 0 a 10



Superficie corporal afectada: __/100

(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

Cálculo SCORAD:

$$a/5 + 7b/2 + c$$

< 25 Leve

25-50

Moderada

>50 Grave

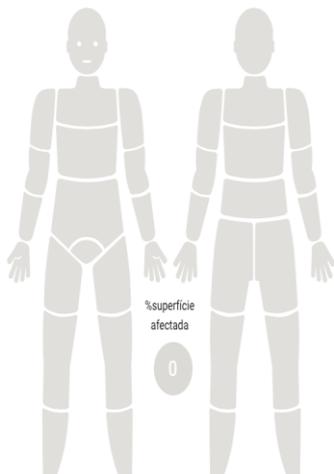
CALCULADORA SCORAD

Scorad

Resultado (0 - 103)

Calcular

Seleccione las partes del cuerpo afectadas en las imágenes inferiores y a continuación los diferentes casos de intensidad y síntomas detectados en el/la paciente.



Intensidad

Eritema



Edema



Exudación/Costras



Excoriación



Liquenificación



Xerosis



Síntomas

Prurito

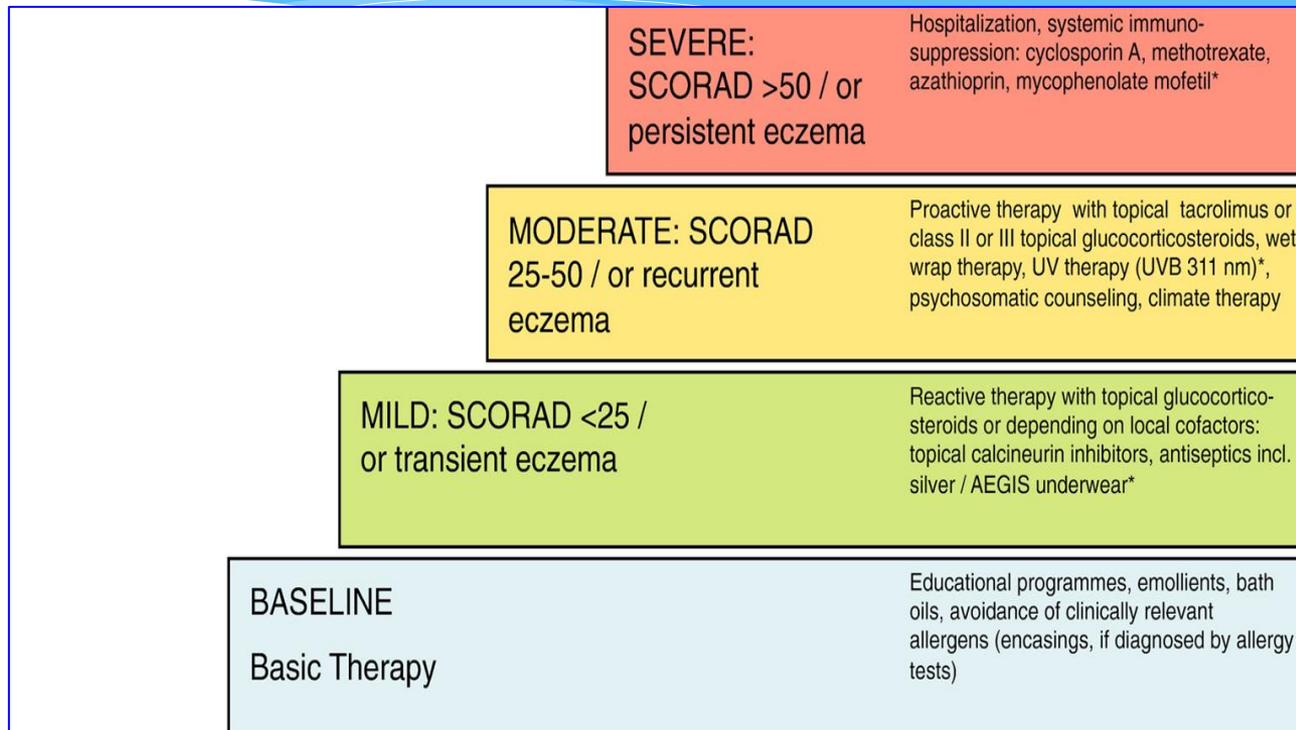
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Trastorno del sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<https://www.tododermatitisatopica.es/calculadora-easi-scorad/calculadora-scorad>

Algoritmo de actuación



Eczema Task Force 2015 Position paper on diagnosis and treatment of Atopic Dermatitis in adult and paediatrics patients.
JEADV 2016. 30,729-747



MUCHAS GRACIAS