

MANEJO COMPARTIDO AP-AE DE LA PATOLOGÍA ALÉRGICA MÁS FRECUENTE

AREAS DE SALUD VALLADOLID ESTE Y OESTE



Enero 2015

Elaborado	Grupo de trabajo Alergias / U. de Calidad	15/01/2015
Aprobado	Comisión de Dirección	

Participantes

Dra. Dolores Anaya Ruiz	Médico de Familia. GAP Valladolid Oeste
Dra. Alicia Armentia Medina	Jefe de Sección Alergología. HURH
D. Miguel Ángel Catalá Pindado	Jefe de Servicio Farmacia. HURH
Dña. Carmen Granja Garran	Enfermera AP. GAP Valladolid Oeste
Dra. Carmen Gómez Martin	Médico de Familia. GAP Valladolid Oeste
Dña. M ^a José Montero Alonso	Farmacéutica GAP Valladolid Oeste
Dña. Rosa María Pérez Bartolomé	Enfermera. HURH
Dra. M ^a Teresa Pérez Hernández	Médico de Familia. GAP Valladolid Este
Dña. M ^a Ana Prado Prieto	Farmacéutica becaria GAP Valladolid Este
Dra. Rosario Rodríguez Guerra	Médico de Familia. GAP Valladolid Este
Dr. Carlos Ruiz Labarga	Pediatra. GAP Valladolid Oeste
Dña. Ana María Ruiz San Pedro	Farmacéutica GAP Valladolid Este
Dra. Teresa Salado García	Médico de Familia
Dña. Ana Sierra Santos	Farmacéutica becaria GAP Valladolid Oeste
Dr. Alberto Vegas Miguel	Coordinador Calidad Valladolid Oeste

Unidad de Calidad

Área de Salud Valladolid Oeste

INTRODUCCION

Este documento pretende facilitar el abordaje del paciente alérgico, coordinando la asistencia en Atención Primaria (Valladolid Este y Oeste) y en la Sección de Alergia del Hospital U. Río Hortega (Hospital de referencia). Para obtener un buen resultado terapéutico en el paciente alérgico, es esencial la coordinación y colaboración entre los profesionales de A. Primaria (AP) y A. Especializada (AE). Con este documento se pretende conseguir un manejo homogéneo y sistematizado de estos pacientes, unificando pautas de actuación, criterios de derivación y seguimiento de la patología alérgica más frecuente.

Las patologías que se abordan en este documento son las siguientes:

1. Rinitis y conjuntivitis alérgica
2. Asma bronquial alérgico
3. Urticaria aguda/crónica
4. Angioedema
5. Reacción alérgica a medicamentos
6. Alergia a Anisakis
7. Reacción alérgica a picadura de insecto
8. Alergia al látex

En todos estos procesos clínicos se sigue un mismo esquema narrativo que se estructura en las siguientes fases:

- A. Manejo inicial en AP
- B. Criterios de derivación
- C. Manejo en la Sección de Alergia
- D. Manejo posterior en AP
- E. Cuando considerar una nueva derivación a AE
- F. Situaciones especiales

Se ha considerado adecuado incluir la información más extensa y específica en forma de anexos. Se han desarrollado los siguientes:

- Trámites para derivar a Alergología desde AP
- Manejo de la inmunoterapia
- Manejo terapéutico de la anafilaxia: adultos y niños
- Consejos para pacientes con alergia ambiental
- Consejos para pacientes alérgicos a insectos
- Información para pacientes alérgicos al látex
- Recomendaciones para pacientes con inmunoterapia
- Guía de anafilaxia para pacientes

El documento comienza con el **decálogo de la correcta derivación a Alergología** para aclarar los puntos más importantes de los temas que trata esta guía.

DECÁLOGO DE LA CORRECTA DERIVACIÓN A ALERGOLOGÍA

1. No derivar pacientes con lesiones activas de **urticaria aguda**: inicialmente poner tratamiento.
2. Se recomienda derivar al paciente cuando no esté en tratamiento con antihistamínicos, si es posible retirar el fármaco un mes antes de la valoración en Alergia.
3. En el caso de una **reacción alérgica a un fármaco** se recomienda enviar al paciente una vez transcurridos 45 días desde que presentó la reacción, para evitar diagnósticos falsamente negativos ni reevaluaciones. El informe de derivación a Alergología, debe reflejar el fármaco/s administrados, vía y dosis, periodo de latencia hasta la aparición del cuadro, así como una breve descripción del cuadro.
4. No derivar para reevaluación de **alergia a medicamentos** si las pruebas han sido realizadas en los últimos 10 años, excepto que exista necesidad imperativa de dicho tratamiento.
5. No está indicado remitir pacientes a Alergología para descartar **alergia a medicamentos** sin ninguna reacción previa (las pruebas sin una reacción previa no son predictivas de reacciones alérgicas). Los antecedentes familiares de alergia a fármacos no son un motivo de derivación.
6. Todos los pacientes que en su día fueron diagnosticados de **alergia al "grupo para"** pueden ser tratados con cualquier fármaco analgésico (incluido el paracetamol).
7. Cuando un paciente presente **alergia a anestésicos locales** (anestésicos tipo ester) se pueden usar anestésicos del tipo amida como lidocaína, mepivacaína, articaína,...
8. Ante la **sospecha de anafilaxia por alimentos**, aconsejar la retirada del alimento y derivar para la realización de estudio. En el caso de sospecha de alergia a Anisakis, aconsejar la retirada completa de pescado, marisco y cefalópodos y derivar para la realización de pruebas.
9. Los pacientes que precisen **pruebas de contacto** serán valorados en Alergología en meses no estivales, salvo que sean imprescindibles (pueden alterarse las pruebas con el calor y el sudor).
10. Citar al paciente para seguimiento de **inmunoterapia** cuando se encuentre en la mitad de la pauta de tratamiento (generalmente en el frasco nº 2), indicando siempre el nombre de su alergólogo (observar las indicaciones a este respecto en el informe de cada paciente).

Siempre que sea necesario volver a valorar al paciente en la Sección de Alergia, se derivará al especialista que le evaluó la primera vez (salvo negativa del paciente).

1. RINITIS Y CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

A. Manejo inicial en AP

La causa más frecuente de la rinoconjuntivitis es alérgica. El diagnóstico de sospecha de la rinitis alérgica se facilita por la presencia de conjuntivitis asociada. El diagnóstico diferencial de la rinitis alérgica, se debe realizar con otras formas de rinitis: idiopática, ocupacional no alérgica, hormonal, infecciosa, atrófica, irritativa, etc.

Si la rinitis alérgica se acompaña de clínica broncopulmonar, se recomienda realizar una espirometría en A. Primaria, para descartar un cuadro asmático asociado.



El tratamiento inicial en A. Primaria de la rinitis alérgica serán antihistamínicos y/o glucocorticoides nasales en función de la sintomatología (para más información consultar la Guía terapéutica Sacyl):

- ▶ Si **prurito** nasal se prescribirá un antihistamínico oral (Loratadina 10 mg/24h ó Cetirizina 10 mg/24h).
- ▶ Si **obstrucción nasal** es recomendable asociar un glucocorticoide intranasal [Budesonida 128 µg (2 aplic)/24h en cada fosa nasal ó 64 µg (1 aplic)/12h en cada fosa nasal. Dosis mantenimiento: 64 µg/24h en cada fosa nasal. Se recomendarán lavados nasales con suero salino antes de aplicar los corticoides.
- ▶ Si la rinitis se asocia a **conjuntivitis alérgica**, se recomienda añadir un antihistamínico ocular [Levocabastina oftálmica 0,05% col 1got/6-12 h. Si episodios frecuentes: Azelastina oftálmica 0,05% col: 1 gota/6-12 h.]. Se recomendará aplicar compresas frías varias veces al día y evitar la exposición al alérgeno.
- No están indicados inicialmente en el tratamiento de la rinitis alérgica los descongestionantes ni los antileucotrienos ni los estabilizadores de los mastocitos.
- En rinitis estacional se recomienda iniciar el tratamiento antes de la exposición al alérgeno (una o dos semanas antes del inicio de la sintomatología).
- Las dosis de fármacos recomendadas en **niños** son las siguientes:

Loratadina oral	> 2 años y ≤30 kg: 5 mg/24 h. Niños>30 kg: 10 mg/24 horas. Presentación solución 1 mg-1 ml.
Cetirizina oral	1-2 años ó <20 kg: 2,5 mg/24h; >2 años ó 20-30 kg: 5 mg/24h; >12 años ó >30 kg: 10 mg/24h Presentación gotas (10 gotas equivalen a 5 mg) y solución 1 mg-1 ml.
Budesonida nasal	Niños > 6 años. Misma dosis que adultos.
Levocabastina ocular 0,05%	Niños > 4 años. Misma dosis que adultos.

B. Criterios de derivación

- Se recomienda retirar el tratamiento antihistamínico al menos una semana antes de la derivación.
- Si el paciente precisa derivación a Alergia y se le ha realizado una espirometría en AP, ésta se adjuntará al informe de interconsulta.
- A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Rinitis/conjuntivitis en la que se sospeche un origen alérgico, tras varios episodios similares (una vez descartada etiología infecciosa, traumática o anatómica)
- Rinitis alérgica con mala respuesta tras 2 meses de tratamiento médico
- Rinitis alérgica asociada a asma
- Rinitis alérgica con probable relación laboral (VALORAR REMITIR A LA MUTUA)

Derivación preferente

- Rinitis alérgica de difícil control a pesar de tratamiento sintomático y medidas de prevención, con importante afectación de la calidad de vida del paciente (según criterio del facultativo)

C. Manejo en la Sección de Alergia

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), radiológicas o citológicas si las precisara y decidirá un tratamiento, manteniendo siempre que sea posible el indicado por su médico de AP. Se suele realizar una espirometría pues un 70% de rinitis alérgicas evolucionarán al asma. Si el alérgeno no es evitable se instaurará, si la clínica lo precisa, una inmunoterapia específica, que será administrada en su Centro de Salud (ver anexo).

Seguimiento en AE en el caso de instaurar inmunoterapia específica:

- Si se trata de alérgenos perennes (ácaros, hongos, profesionales), el Alergólogo citará al paciente para control cada 6 meses durante el primer año. Posteriormente el paciente será revisado anualmente en Alergia, acudiendo a su CS si empeora o precisa receta de mantenimiento de inmunoterapia.
- Si se trata de un caso de alergia al polen, el paciente será citado inicialmente cada año. Posteriormente el control en Alergología será bianual hasta la mejoría de la clínica.

D. Seguimiento en AP

- * Se recomienda mantener el antihistamínico oral y/o glucocorticoide nasal mientras permanezcan los síntomas.

- * Si hay mejoría del cuadro, continuar con el mismo tratamiento durante 1 mes más. En caso de tratamiento con glucocorticoides nasales reducir la dosis a la mínima eficaz.
- * Si no se ha modificado la clínica con el tratamiento prescrito, se debe:
 - Revisar el diagnóstico. Descartar infecciones u otras causas asociadas.
 - Revisar la adherencia terapéutica.
 - Valorar si cumple criterios para derivar a AE.
- * Si se ha prescrito inmunoterapia en la Sección de Alergia es necesario un buen control de la misma en enfermería (ver anexo).
- * Cuando el paciente llegue a la última dosis de inmunoterapia, se citará para revisión en su Centro de Salud, para que el médico de A. Primaria lo valore y recete la dosis de continuación (según la inmunoterapia pautada previamente en Alergología).

E. Cuando considerar una nueva valoración en la Sección de Alergia

- Cuando exista un nuevo problema clínico asociado (asma, agravamiento de la rinitis).
- Si existe mala respuesta o intolerancia al tratamiento.

Al derivar al paciente a Alergia, en el informe de interconsulta se indicará el nombre del facultativo de la Sección de Alergia que le evaluó la primera vez (salvo rechazo del paciente).

F. Situaciones especiales

❖ EMBARAZO/LACTANCIA

- No todos los antihistamínicos pueden ser usados durante el embarazo. Los antihistamínicos seguros en pacientes gestantes y durante la lactancia materna son cetirizina, loratadina o dexclorfeniramina.
- Es seguro el uso de budesonida nasal en el embarazo y lactancia.
- Los descongestionantes no deben usarse en mujeres embarazadas.
- Los estabilizadores de los mastocitos son muy seguros y pueden utilizarse en embarazadas.
- La inmunoterapia no debe comenzarse durante el embarazo. Si la mujer se queda embarazada cuando ya está en fase de mantenimiento y la tolerancia es buena, puede continuar con su administración.

Es importante recordar que durante el embarazo, puede aparecer una inflamación de la mucosa nasal sin infección ni causa alérgica. Los síntomas son similares a la rinitis alérgica y afectan a un 20-30 % de las embarazadas. Esta afección se conoce como *rinitis del embarazo*. Suele comenzar en el primer trimestre y cede con el parto o pocas semanas después.

2. ASMA BRONQUIAL ALÉRGICO

A. Manejo inicial en AP

El diagnóstico de sospecha de asma lo realiza el médico de AP basándose en la clínica (disnea, tos, sibilancias y opresión torácica). Ante la sospecha de asma está indicado realizar una espirometría para confirmar el diagnóstico.



La sospecha de asma bronquial plantea el diagnóstico diferencial con las enfermedades que cursan con una obstrucción de la vía aérea, ya sea localizada o difusa, como es la EPOC. Se tendrán en cuenta también otras enfermedades extrapulmonares (p. ej. insuficiencia cardiaca).

Se *sospechará un origen alérgico* del asma en los siguientes casos:

- Sintomatología tras exposición a un determinado alérgeno (relación clara).
- Clínica de conjuntivitis o rinitis asociada al asma.

En el asma de origen alérgico no son útiles las guías terapéuticas (GEMA o similares), ya que la gravedad del asma depende de la exposición a niveles variables del alérgeno desencadenante y no sigue un patrón escalonado.

La actitud terapéutica en AP del asma bronquial alérgico será:

- Evitar el alérgeno sospechoso.
- Controlar la rinitis alérgica, si existe.
- Tratamiento farmacológico (si sintomatología): de elección se utilizará la combinación de broncodilatadores y corticoides inhalados. Inicialmente no están indicados los antileucotrienos ni los corticoides orales.
- Es aconsejable que los enfermeros realicen una adecuada educación para la salud, enfatizando el papel del paciente en el propio manejo de la enfermedad.
- Fármacos empleados en el tratamiento de la crisis asmática (para más información consultar la Guía terapéutica Sacyl):
 - ▶ Salbutamol inhalado 200-400 µg inh (2-4 puff) / 15-20 min (si precisa) durante la 1ª h, después 200-600 µg inh (2-6 puff) / 3-4h (si precisa) o Terbutalina inhalada 500-1.500 µg inh (1-3 puff) a demanda (máx. 6.000 µg o 12 puff/d).
 - ▶ Oxígeno <40% (para mantener Sat O₂ >90%).
 - ▶ Bromuro de Ipratropio inhalado 80 µg (4 puff)/10 min hasta estabilización.
 - ▶ Fluticasona inhalada 500 µg/10-15 min inh durante 90 min o Budesonida inhalada 400 µg/10-15 min inh durante 90 min.
 - ▶ Metilprednisolona IV/IM. Dosis de 1 mg/kg.
 - ▶ Prednisona vo Dosis de 1 mg/kg. Al alta 1mg/kg/día en dosis descendente.

- Las dosis de fármacos recomendadas en la crisis asmática en niños son las siguientes:

Salbutamol inhalado	Nº de puff en función del peso del paciente: dosis peso/3. Mínimo 5 puff, en cámara espaciadora (con mascarilla en niños < 2-3 años). Se administra en tres tandas cada 20 minutos durante 1 hora. Posteriormente a demanda (cada 2-3-4 horas). Se puede emplear el Salbutamol nebulizado con SF: dosis 0,03 cc/ Kg (min 0,25 y máx. 1 cc). La terbutalina inhalada en sistema turbuhaler se emplea en pacientes > 6-7 años.
Bromuro de Ipratropio inhalado	20-40 microgramos (1-2 puff) cada 20 minutos tres tandas, o nebulizado: 250 microgramos <30 kg o 500 microgramos >30 kg.
Metilprednisolona IV/IM	1-2 mg/Kg/dosis (máx. 60 mg).
Prednisona vía oral	1-2 mg/Kg/día (en una o dos dosis) durante 3-5 días (en tratamientos de < 2 semanas no se utiliza pauta descendente).

B. Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Asma de probable etiología alérgica, de reciente inicio, una vez descartada causa infecciosa

Derivación preferente

- Asma bronquial de origen alérgico persistente, moderado-grave

C. Manejo en la Sección de Alergia

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), radiológicas o citológicas si las precisara y decidirá un tratamiento. Si se precisa, se realizarán pruebas espirométricas, otras pruebas funcionales (difusión, pletismografía, prueba de metacolina) y pruebas específicas (provocación inhalativa con alérgenos). Se solicitarán técnicas de radiodiagnóstico si la patología es más compleja. En caso de asma grave polisensibilizado se puede realizar un diagnóstico molecular por microarrays.

Una vez quede claro el/los alérgenos desencadenantes, se pautará inmunoterapia específica y un tratamiento sintomático asociado, reflejándolo en el informe médico que se entregará al paciente. En el caso de pautar una inmunoterapia específica se suele mantener un mínimo de 3 años (si la respuesta es satisfactoria).

Según el tipo de alérgeno detectado, se programarán las siguientes revisiones en Alergia:

- Si se trata de alérgenos perennes (ácaros, hongos, profesionales), el Alergólogo citará al paciente para control:
 - Primer año: cada 6 meses.
 - 2º, 3º y 4º año: anualmente.
- Si se trata de un caso de alergia al polen, el Alergólogo citará al paciente para control:
 - Primer y 2º año: anualmente.
 - Posteriormente bianual, hasta que desaparezca la clínica.

- Si el paciente precisa receta de mantenimiento de inmunoterapia o empeora su situación clínica, acudirá a su CS. Para realizar la receta de mantenimiento correctamente, el Médico de Familia, en el módulo de prescripción de Medora, marca el apartado "Fórmula magistral y otros", opción "extracto hiposensibilizante" y debe introducir la composición de la vacuna de inicio en el cuerpo de la prescripción. Esta receta precisa visado de Inspección Médica, por lo que al hacer la receta se debe rellenar el apartado "informe para el Área de Inspección" con la indicación realizada por el Alergólogo en la última consulta. Posteriormente esta receta sigue el mismo procedimiento que el resto de medicamentos que precisan visado.

D. Seguimiento en AP

- * Si se ha prescrito inmunoterapia en la Sección de Alergia es necesario un buen control de la misma en la consulta de enfermería (ver anexo).
- * Cuando el paciente llegue al segundo frasco de tratamiento, se citará para revisión en su Centro de Salud, para que el médico de A. Primaria lo valore y recete la dosis de continuación (según la inmunoterapia pautada previamente en Alergología).

E. Cuando se puede precisar una nueva valoración en la Sección de Alergia

- En caso de mala tolerancia a la inmunoterapia.
- Reacción local tras la administración de inmunoterapia.
- Mala evolución clínica.

F. Situaciones especiales

❖ EMBARAZO

- En la paciente asmática embarazada se recomienda un control adecuado del asma, ya que el mal control puede ocasionar una crisis asmática grave y un aumento de la morbimortalidad materno-fetal.
- Las crisis asmáticas pueden producirse en cualquier momento, pero lo más frecuente es que ocurran entre las semanas 24 y 36.
- Por lo general el asma mejora durante el último mes de gestación.
- En general es preferible mantener durante la gestación un tratamiento antiasmático continuado que correr el riesgo de agudizaciones que produzcan una falta de oxígeno que comprometa la seguridad feto-materna.
- El tratamiento será el suyo habitual: un broncodilatador de acción prolongada y glucocorticoides inhalados.
- Los broncodilatadores de acción corta (salbutamol, terbutalina) pueden ser usados con seguridad durante el embarazo.
- Los corticosteroides inhalados son la medicación más efectiva para el control a largo plazo del asma. La beclometasona y la budesonida son los corticoides inhalados de elección.

3. URTICARIA AGUDA/CRÓNICA

A. Manejo inicial en AP

Un primer episodio de urticaria puede tratarse de una urticaria aguda o del debut de una urticaria crónica. Las lesiones de la urticaria aguda y la urticaria crónica son idénticas. La duración del episodio es la clave diagnóstica para diferenciarlas (duración >6 semanas indica una urticaria crónica).

El diagnóstico de la urticaria, tanto aguda como crónica, es clínico. Para orientar la causa de la urticaria es importante que el médico de AP realice una minuciosa exploración física y una anamnesis detallada:

- Antecedentes previos de urticaria.
- Alergias.
- Viajes recientes.
- Picaduras.
- Alimentos.
- Fármacos.
- Infecciones, síntomas asociados (fiebre, artralgias, cambios en peso corporal, dolor osteomuscular, etc).



Si la urticaria persiste más de 2 semanas o se sospecha una enfermedad sistémica, se solicitará un estudio analítico:

- Analítica sanguínea: hemograma, VSG, PCR, perfil de reconocimiento y función tiroidea.
- Análisis de orina: sistemático y sedimento.
- Análisis de heces: parásitos, huevos de helmintos, *blastocystis hominis*.

La actitud terapéutica en AP será: (para más información consultar la Guía terapéutica Sacyl)

- Se aconsejará evitar el rascado y aplicar en los habones paños fríos para aliviar el picor.
- **Si la urticaria es limitada sin síntomas sistémicos asociados** el tratamiento será loratadina 10 mg/24h ó cetirizina 10 mg/24h.
- **Si la urticaria es extensa o existen síntomas sistémicos/angioedema** se tratará con metilprednisolona 40-60 mg IM o IV (1-2 mg/kg) y dexclorfeniramina 5 mg IM.
- Si el paciente ha precisado corticoides es importante prescribir al alta una pauta descendente de glucocorticoides vía oral.
- Las dosis de fármacos recomendadas en niños son las siguientes:

Loratadina oral	> 2 años y ≤30 kg: 5 mg/24 h. Niños >30 kg: 10 mg/24 horas. Presentación solución 1 mg-1 ml.
Cetirizina oral	1-2 años ó <20 kg: 2,5 mg/24h; >2 años ó 20-30 kg: 5 mg/24h; >12 años ó >30 kg: 10 mg/24h Presentación gotas (10 gotas equivalen a 5 mg) y solución 1 mg-1 ml.
Metilprednisolona IV/IM	1-2 mg/Kg/dosis (máx. 60 mg).
Dexclorfeniramina	> 2 años: Dosis oral 0,15-0,3 mg/K/día Presentación jarabe (2mg/5 ml) ó comp. (2 y 6 mg)

B. Criterios de derivación

- Si existe un factor desencadenante de la urticaria y se sospecha una causa alérgica, está indicada la derivación a Alergia. Es **importante** que el paciente haya suspendido el tratamiento antihistamínico al menos 1 semana antes de la valoración en Alergología, para no alterar las pruebas alergológicas.
- Si existe un agente sospechoso (fármaco, preparado de herbolario o de medicina alternativa, alimento exótico, algún vegetal, etc), el paciente debe aportarlo a la consulta de Alergia. Si la reacción urticarial es tras una picadura de insecto, también se aportará, si se puede, el insecto causal a la consulta, ya que es muy útil para su clasificación entomológica y búsqueda de antígenos específicos (ver apartado alergia a insectos).
- A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Urticaria aguda con sospecha de alérgeno desencadenante fácilmente evidenciable o evitable (insecto, fármaco, alimento)
- Urticaria crónica, en la que se haya descartado causa infecciosa, parasitosis intestinal, enfermedades sistémicas (lupus y enfermedades tiroideas) y urticarias físicas

Derivación preferente

- Urticaria aguda grave con sospecha de causa alérgica no evidenciable
- Reacción sistémica urticarial por picadura de himenópteros (abeja, avispa...)
- Sospecha de urticaria grave de contacto por alérgeno profesional (látex en personal sanitario, harina de trigo en panadero, etc)
- Urticaria asociada a otros signos/síntomas de la piel (disnea, edemas leves)

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Pacientes con lesiones activas de urticaria aguda
- Si el brote de urticaria es limitado, no aparece recaída y no hay una relación clara causa-efecto con un alimento, picadura de insecto o fármaco

C. Manejo en la Sección de Alergia

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica), radiológicas o citológicas si las precisara. Si es necesario se realizarán pruebas de contacto, prueba del "cubito de hielo" u otras pruebas de exposición controlada con el fármaco o alimento sospechoso. En caso de picaduras de insecto se evaluarán los niveles de IgE específica a diferentes venenos disponibles (abeja, diferentes tipos de avispa, hormiga, tábano, mosquitos, etc.).

D. Seguimiento en AP

- Conviene tranquilizar al paciente en cuanto a la duración del proceso, sea la causa que sea, el cuadro es autolimitado.
- Se informará al paciente que pese al tratamiento oportuno y a la desaparición del prurito, es posible que tenga nuevos brotes, incluso de meses de duración (hasta consumir los mediadores liberados), pero que no requieren tratamiento urgente si no se acompañan de prurito.
- Si la reacción fue grave o anafilactoide, se recomienda enseñar al paciente la autoinoculación de adrenalina si se repitiera el cuadro (ver anexo).
 - En urticaria leve mantener el tratamiento con antihistamínicos durante 5-7 días para evitar recidivas. Si empeoran los síntomas, valorar tratamiento con prednisona vía oral a dosis 0,5mg/kg/día durante 4-10 días, con retirada progresiva para evitar recidivas.
 - En urticaria grave, por su duración, extensión o clínica asociada, mantener los antihistamínicos durante 10-15 días y valorar una pauta de corticoides descendente (prednisona oral 0,5 mg/kg/día).

E. Cuando se puede precisar una nueva valoración en la Sección de Alergia

- Mala evolución o empeoramiento de la clínica sin respuesta al tratamiento indicado.

F. Situaciones especiales

❖ **EMBARAZO**

- El tratamiento de elección son los antihistamínicos.
- Como se ha comentado anteriormente, los antihistamínicos que se consideran aceptablemente seguros para ser utilizados durante el embarazo y lactancia son cetirizina, loratadina o dexclorfeniramina.

4. ANGIOEDEMA

A. Manejo inicial en AP

Ante un episodio de angioedema el médico de AP debe saber:

- * Reconocer un cuadro clínico de angioedema.
- * Descartar lo antes posible afectación de la vía aérea.
- * Orientar su etiología para instaurar el tratamiento.

La etiología del angioedema es diversa. Las causas más frecuentes son:

- Idiopática.
- Alimentaria (huevos, leche, pescados, mariscos, frutos secos, frutas frescas).
- Farmacológica (principalmente AAS, AINE, IECA, antibióticos tipo penicilinas y sulfamidas).
- Ambiental (pólenes, insectos, látex).



Cuando el paciente presenta un cuadro de angioedema, inicialmente hay que descartar una causa no alérgica: insuficiencia cardiaca, nefropatía, hepatopatía, hipotiroidismo, linfedema, infecciones de partes blandas, traumatismos, picaduras.

- El tratamiento inicial en AP es el mismo que el de la urticaria.
- Si el paciente está en tratamiento con algún fármaco indicado anteriormente en la etiología, si es posible, se retirará o sustituirá el fármaco.
- Si se sospecha un angioedema hereditario, es necesario tratamiento hospitalario urgente.

B. Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Angioedema en zona sin riesgo (fuera de la cara y vías respiratorias), sin abdominalgia.

Derivación preferente

- Afectación laríngea sin dificultad para la respiración normal
- Antecedente traumático (extracción dentaria, traumatismo o parto)
- Antecedentes familiares de angioedema (puede deberse a un déficit de C1 inhibidor)

Derivación urgente

- Se derivará al paciente al Sº de Urgencias cuando exista afectación laríngea con dificultad para la respiración normal.
- Se derivará al paciente al Sº de Urgencias si antecedente de traumatismo, parto, extracción dental previa, ya que podría tratarse de un angioedema hereditario.

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Sin haber descartado previamente las causas no alérgicas descritas.
- Angioedema articular en paciente reumático.
- Angioedema en paciente en tratamiento con IECA o anticonceptivos sin una prueba de evitación de estos fármacos.

C. Manejo en la Sección de Alergia

En general el protocolo del manejo del angioedema es el mismo que el de la urticaria, pero se añade algún estudio más específico. En la Sección de Alergología se estudia y trata el *angioedema mediado por bradisinina*, caracterizado por episodios recurrentes y autolimitados de angioedema. Los órganos más frecuentemente afectados por este tipo de angioedema son la piel, orofaringe, tracto respiratorio y gastrointestinal. Debido a su baja frecuencia se considera una enfermedad rara. Para su estudio se cuantifican los niveles de C4, C1q, niveles antigénicos de C1-INH y niveles funcionales de C1-INH. Cuando los valores del complemento son normales y existe alta sospecha de angioedema mediado por bradisinina, se repite el estudio durante un episodio agudo. En algunas ocasiones se realiza un estudio genético para confirmar el diagnóstico.

D. Seguimiento en AP

En el caso de un angioedema evitable (p. ej. debido a IECA o anticonceptivos), el cuadro es autolimitado, aunque puede tardar meses en remitir totalmente (hasta consumir los mediadores liberados). El Médico de AP debe tranquilizar al paciente al respecto.

Es muy importante realizar un diagnóstico precoz del angioedema mediado por bradisinina, para prevenir y tratar de forma adecuada los episodios de angioedema. Ante la sospecha de este tipo de angioedema, se recomienda derivar a la Sección de Alergología para su estudio.

E. Cuando se puede precisar una nueva valoración en la Sección de Alergia

Se recomienda derivar de nuevo al Alergólogo si el angioedema no lleva una remisión evidente o hay una afectación de las vías respiratorias. También ha de ser reevaluado el paciente cuando se sospecha de un nuevo agente desencadenante del angioedema.

5. REACCIÓN ALÉRGICA A MEDICAMENTOS

A. Manejo inicial en AP

Ante una reacción adversa a un fármaco es necesario valorar si este síntoma/signo no está encuadrado dentro de los posibles efectos secundarios especificados en su ficha técnica.

Es recomendable que el paciente guarde el fármaco que le ha desencadenado el cuadro y lo aporte a la consulta del Alergólogo, ya que se suele emplear en la fabricación de extractos para sus pruebas cutáneas.



La actitud terapéutica en AP será:

- Ante cualquier sospecha de alergia a medicamentos, si el fármaco no es imprescindible, debe ser retirado.
- Se reflejará en la historia clínica la dosis, el intervalo de tiempo desde la administración y la reacción alérgica, así como, la duración del tratamiento. Es muy útil saber si el paciente tolera otros fármacos de su grupo y todos los eventos coincidentes con la reacción alérgica (toma de alcohol, estrés, infección intercurrente, comidas, etc.). Es frecuente la alergia a Anisakis en pacientes que están en tratamiento con AINE, ya que se potencia.
- Todos los pacientes que en su día fueron diagnosticados de **alergia al "grupo para"** pueden ser tratados con cualquier fármaco analgésico (incluido el paracetamol).
- Cuando un paciente presente **alergia a anestésicos locales** (anestésicos tipo ester) se pueden usar anestésicos del tipo amida, como lidocaína, mepivacaína, articaína,...

B. Criterios de derivación

- Se recomienda derivar a la Sección de Alergología las reacciones a fármacos sugestivas de alergia o idiosincrasia. En la hoja de derivación se reflejará:
 - Descripción del cuadro.
 - Fármaco/s administrado.
 - Periodo de latencia hasta la aparición del cuadro.
 - Vía de administración y dosis.
 - Si ha existido tolerancia posterior a fármacos del mismo grupo.

MUY IMPORTANTE: Para evitar falsos negativos, debe de transcurrir al menos 45 días desde la clínica hasta la valoración en Alergia. Son **necesarios 45 días de latencia** desde la reacción alérgica, para que la IgE remonte y las pruebas sean fiables.

A continuación se exponen en una tabla los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Sospecha de alergia a medicamentos sin indicación de administración actual y con alternativa terapéutica.

Derivación preferente

- Sospecha de alergia a medicamentos con indicación de administración actual y sin alternativa terapéutica.
- Reacción alérgica inmediata, con **prurito palmoplantar**, disnea o hipotensión.

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Para descartar patología alérgica a medicamentos sin reacción previa.
- Para descartar patología alérgica a medicamentos en caso de antecedentes familiares con alergia a determinados fármacos.
- Para reevaluar las pruebas de alergia a medicamentos realizadas previamente en un periodo <10 años (excepto que exista necesidad imperativa de dicho tratamiento).
- Si la clínica existente está encuadrada dentro de los efectos adversos del fármaco.

C. Manejo en la Sección de Alergia

El manejo de los pacientes con sospecha de alergia a fármacos es laborioso y requiere varias visitas. Una vez realizadas las pruebas con las diferentes baterías de fármacos implicados en prick e intradermorreacción, o bien mediante pruebas de contacto, que requieren 3 visitas, se realizan pruebas serológicas para medir anticuerpos específicos. Si no se llega a una conclusión y el paciente lo admite, se realizarán en el Hospital de Día pruebas de provocación controlada. En anexo se definen las actividades que solemos realizar.

D. Seguimiento en AP

Cuando el paciente acude a la consulta del MAP con la confirmación de alergia a un determinado fármaco, el médico de AP deberá anotarlo en el apartado de "alergias" de Medora. Se indicará al paciente la conveniencia de llevar siempre consigo un documento que refleje sus alergias. Se aconsejará al paciente que prescinda de informes de alergias realizados con anterioridad. El último va a ser el definitivo. Una vez realizado un diagnóstico quedan excluidos los informes previos, que pueden confundir al paciente y al médico.

E. Cuando se puede precisar una nueva valoración en la Sección de Alergia

Se recomienda remitir al paciente al Alergólogo cuando aparezca un nuevo cuadro de alergia o intolerancia farmacológica que no haya sido estudiado.

6. ALERGIA A ANISAKIS

A. Manejo inicial en AP

La prevalencia de hipersensibilidad a *Anisakis* está aumentando a pesar de las medidas preventivas de congelado del pescado. Existen pacientes que sufren reacciones tras ingerir pescado congelado, por lo que esta medida no es siempre eficaz y puede inducir a que el paciente se sienta falsamente protegido.

En las larvas de *Anisakis* existen alérgenos resistentes al calentamiento y al congelado.



Es frecuente que los pacientes sensibles a Anisakis, cuando comen pescado y están en tratamiento con AINE por otros motivos, presenten síntomas de alergia más intensos.

B. Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Clínica de urticaria o angioedema tras la ingesta de un pescado, marisco, cefalópodos, latas, sopas o paellas.

Derivación urgente

- Presencia de algún síntoma sistémico (hipotensión, disnea, pérdida de conciencia, vómitos, epigastralgia, sensación de mareo) tras ingesta de alimentos de origen marino.

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Paciente que se opone a seguir una dieta exenta de pescado o que ha sufrido una reacción encuadrada en una escombroidosis por pescado en mal estado.

C. Manejo en la Sección de Alergia

El alergólogo realizará la anamnesis alergológica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica). Según el resultado del análisis molecular de los diferentes alérgenos del Anisakis, el alergólogo recomendará evitar el pescado, mariscos y cefalópodos o permitirá la ingesta de los mismos congelados (según el alérgeno sensibilizante) y decidirá un tratamiento antihistamínico de rescate, manteniendo siempre que sea posible el indicado por su médico de AP.

D. Seguimiento en AP

El médico de AP puede vigilar la dieta del paciente, recordando la importancia de evitar el pescado. En el caso de que se permita pescado congelado, evitar que el paciente tome AINE en el mismo día, pues potencia la alergenicidad del Anisakis.

Si la reacción alérgica es grave, se recomienda enseñar al paciente la técnica de autoinoculación de Adrenalina (ver anexo 8), por si se repite el episodio alérgico grave.

E. Cuando se puede precisar una nueva reevaluación en la Sección de Alergia

Si la clínica no lleva una remisión evidente o los síntomas afectan a las vías respiratorias. Cuando se sospecha de un nuevo agente desencadenante.

7. ALERGIA A INSECTOS

A. Manejo inicial en AP

Es importante reconocer que las lesiones son picaduras de un insecto y si el paciente lo ha podido capturar conservarlo en un tubo con alcohol para su reconocimiento en consulta. Si la reacción fue grave o anafilactoide enseñar la autoinoculación de adrenalina (ver anexo 8) para protección del paciente hasta que sea visto en Alergología.



B. Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Presencia de gran edema > 48 horas de duración en la zona de la picadura.

Derivación preferente

- Reacciones como las descritas si la picadura ha sido en primavera-verano.

Derivación urgente

- Presencia de algún síntoma sistémico (hipotensión, disnea, pérdida de conciencia, vómitos, epigastalgia, sensación de mareo) tras picadura de un insecto.

No se recomienda derivar a la Sección de Alergia:

- Si la picadura es de un himenóptero (abeja, avispa) y la lesión es local o si ésta, aunque sea grande, mejora en un tiempo menor a 48 horas.
- Picaduras que pueden reconocerse como picadura de pulga, araña, garrapata y sin clínica alérgica

C. Manejo en la Sección de Alergia

El manejo de alergia a insectos es laborioso y requiere varias visitas. Una vez realizadas las pruebas con las diferentes baterías de venenos implicados en prick e intradermoreacción, se realizan pruebas serológicas para medir anticuerpos específicos y si se llega a una conclusión y la seguridad del paciente lo requiere se decide inmunoterapia específica que se administrará en el Hospital de Día.

D. Cuando se puede precisar una nueva reevaluación en la Sección de Alergia

- Si la picadura no lleva una remisión evidente.
- Tras la picadura aparecen síntomas que afectan a las vías respiratorias.
- Cuando se sospecha de un nuevo agente desencadenante.

8. ALERGIA AL LÁTEX

A. Manejo inicial en AP

La hipersensibilidad mediada por IgE al látex es un problema sanitario de primer orden. La prevalencia en la población general es del 1%, pero aumenta en poblaciones de riesgo, siendo del 17% entre trabajadores sanitarios y más del 50% en pacientes multioperados y con espina bífida. Los pacientes que presenten una reacción al látex intraoperatoria o debida a catéteres, se derivarán de forma urgente al Alergólogo.



B. Criterios de derivación

A continuación se exponen los criterios de derivación según su prioridad:

Derivación ordinaria

- Reacciones alérgicas con aguacate, kiwi, plátano o castaña (con los que el látex puede tener reactividad cruzada).
- Si el paciente ha sufrido cualquier problema alérgico (dermatitis, rinitis, urticaria de contacto, asma, etc.) tras manipulación o aplicación de productos de látex.

Derivación preferente

- Si aparecen síntomas sugestivos en personal de riesgo (sanitarios, químicos, limpieza), en niños tras inflar globos o en el transcurso de intervenciones quirúrgicas o exploraciones digestivas o ginecológicas.

C. Manejo en la Sección de Alergia

El alergólogo realizará la anamnesis alérgica, las pruebas cutáneas, pruebas in vitro (IgE específica). Explicará al paciente la autoinoculación de adrenalina en caso de anafilaxia (ver anexo). Para descartar un falso positivo por alergia a frutas utilizamos estudio molecular con alérgenos recombinantes de látex. Los alérgenos recombinantes son utilizados tanto para análisis en prueba cutánea como en técnicas de proteómica por método de microarrays.

D. Seguimiento en AP

Si el diagnóstico se efectuara con métodos más fiables, existiría facilidad para evitar la sensibilización (prevención primaria) y la aparición de síntomas en pacientes sensibilizados (prevención secundaria). Pero existe el problema de falsos diagnósticos positivos por la reactividad cruzada que existe entre el látex y ciertas frutas (kiwi, plátano castaña, aguacate). Mientras el diagnóstico no se haga de forma precisa, ante una intervención quirúrgica en un paciente con pruebas positivas a látex, será necesario un quirófano exento de látex. Es recomendable dar información a los pacientes sobre la alergia al látex (ver anexo 6).

ANEXOS

ANEXO 1. Trámites para derivar a Alergología desde AP

ANEXO 2. Manejo de la inmunoterapia.

ANEXO 3. Manejo terapéutico de la anafilaxia: adultos y niños.

ANEXO 4. Consejos para pacientes con alergia ambiental

ANEXO 5. Consejos para pacientes alérgicos a insectos

ANEXO 6. Información para pacientes alérgicos al látex

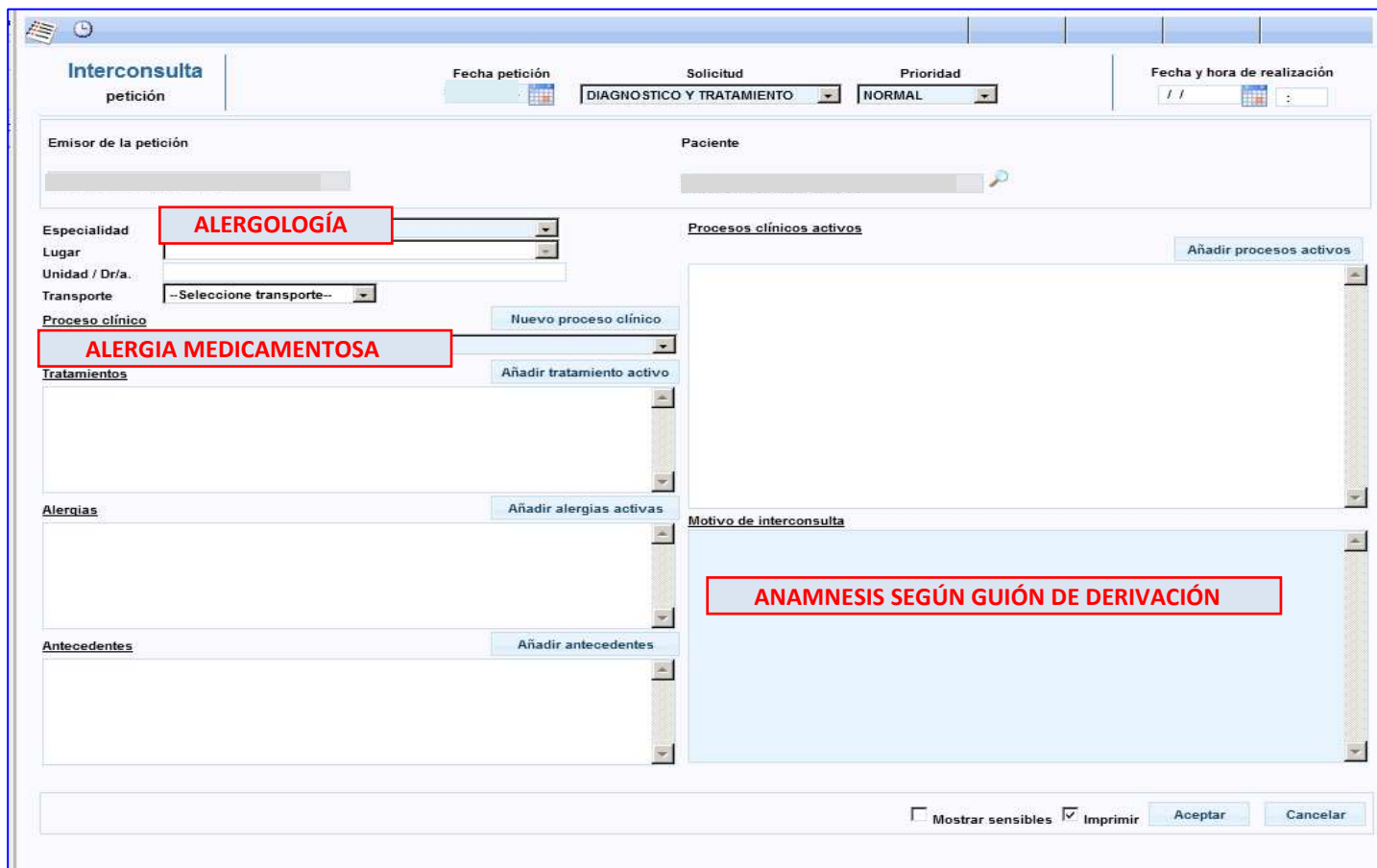
ANEXO 7. Recomendaciones para pacientes con inmunoterapia

ANEXO 8. Guía de anafilaxia para pacientes

ANEXO 1. TRÁMITES PARA DERIVAR A ALERGOLOGÍA DESDE AP

Cuando el Médico de Familia considere necesario derivar al paciente a la consulta de Alergología deberá realizar la hoja de petición de interconsulta en la aplicación de Medora, En la actualidad se está haciendo a través de un formulario en formato papel, con el inconveniente de que no queda reflejada la solicitud de interconsulta en la historia clínica electrónica.

Por tanto, consideramos interesante comenzar a realizar la interconsulta a Alergia a través de Medora. Es importante destacar en la solicitud cuando se trata de una alergia medicamentosa.



The screenshot shows the 'Interconsulta petición' form in the Medora application. The form is divided into several sections:

- Header:** Includes 'Fecha petición', 'Solicitud' (set to 'DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO'), 'Prioridad' (set to 'NORMAL'), and 'Fecha y hora de realización'.
- Emisor de la petición:** A text field for the issuer's name.
- Paciente:** A search field for the patient's name.
- Especialidad:** A dropdown menu set to 'ALERGOLOGÍA'.
- Lugar:** A dropdown menu.
- Unidad / Dr/a:** A dropdown menu.
- Transporte:** A dropdown menu set to '--Seleccione transporte--'.
- Proceso clínico:** A dropdown menu set to 'ALERGIA MEDICAMENTOSA'.
- Tratamientos:** A list of active treatments with an 'Añadir tratamiento activo' button.
- Alergias:** A list of active allergies with an 'Añadir alergias activas' button.
- Antecedentes:** A list of active antecedents with an 'Añadir antecedentes' button.
- Motivo de interconsulta:** A large text area set to 'ANAMNESIS SEGÚN GUIÓN DE DERIVACIÓN'.
- Footer:** Includes checkboxes for 'Mostrar sensibles' and 'Imprimir', and buttons for 'Aceptar' and 'Cancelar'.

A continuación se adjunta un guión para la derivación a Alergología que servirá de esquema a la hora de derivar al paciente alérgico.



GUIÓN PARA LA DERIVACIÓN A ALERGOLOGÍA

La derivación a Alergología se realizará a través de Medora. La finalidad de este documento es servir de ayuda para la derivación a la consulta de Alergia. Es aconsejable que el facultativo, en función del tipo de alergia sospechada, refleje en el motivo de interconsulta al menos los aspectos descritos en este guión.

Si el motivo de consulta es la sospecha de alergia a algún fármaco, se reflejará en la solicitud de interconsulta de manera visible "**SOSPECHA ALERGIA MEDICAMENTOS**" para que se tramite correctamente la consulta.

1. ALERGIA RESPIRATORIA

- Rinitis perenne ó estacional
- Conjuntivitis perenne ó estacional
- Asma perenne ó estacional
- Agente sospechoso
- ¿Tratamiento inicial prescrito? ¿respuesta al tratamiento?

2. ALERGIA A MEDICAMENTOS

- Tipo de reacción
- Fármaco sospechoso
- Nombre comercial
- Vía de administración y dosis
- Periodo de latencia hasta la aparición del cuadro
- ¿tolerancia posterior a fármacos del mismo grupo?
- ¿existen pruebas anteriores? (adjuntar informe)

3. ALERGIA ALIMENTARIA

- Alimento sospechoso
- Tipo de reacción
- Alergia/intolerancia a alimentos previa
- ¿estaba en tratamiento con algún fármaco?

4. ALERGIA A INSECTOS

- Insecto sospechoso
- Tipo de reacción
- Reacciones previas

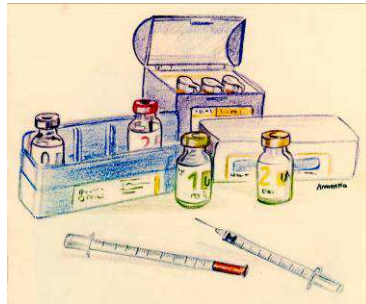
5. ALERGIA CUTÁNEA

- Tipo de reacción
- Agente sospechoso
- ¿Relación laboral?

6. INMUNOTERAPIA

- ¿Persisten los síntomas alérgicos?
- Reacciones locales/sistémicas tras la inmunoterapia. Descripción...

ANEXO 2. MANEJO DE LA INMUNOTERAPIA



A. ¿QUÉ ES LA INMUNOTERAPIA CON EXTRACTOS ALERGÉNICOS?

La inmunoterapia con extractos alérgicos (ITA) consiste en la administración de dosis progresivamente crecientes del material alérgico (extracto) al cual el paciente está sensibilizado, hasta alcanzar una dosis eficaz que controle los síntomas asociados con la exposición posterior al alérgeno causal. De esta forma se incrementa el umbral de tolerancia al alérgeno del paciente alérgico. La inmunoterapia es un complemento a las medidas de evitación del alérgeno y al tratamiento farmacológico. Los alérgenos de los que disponemos vacunas son: pólenes, ácaros, epitelio de animales, hongos, himenópteros y alérgenos ocupacionales como harina de trigo y látex.

El éxito de la ITA se asocia a tres factores:

- La correcta selección del candidato basada en el mejor diagnóstico disponible.
- Selección del extracto.
- Correcta administración.

B. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA INMUNOTERAPIA

La ITA, según las guías internacionales y el Comité de Inmunoterapia de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), está **indicada** en los siguientes cuadros clínicos:

- Rinoconjuntivitis alérgica.
- Asma bronquial alérgico.
- Anafilaxia por picadura de himenópteros.

La inmunoterapia se suele prescribir a pacientes de 5 a 50 años de edad. En pacientes con reacciones alérgicas sistémicas por picaduras de abeja o de avispa, la inmunoterapia se indica en cualquier rango de edad.

La inmunoterapia con veneno de himenópteros previene las reacciones potencialmente mortales y por lo tanto todas las contraindicaciones deben ser consideradas relativas, sopesando en cada caso los riesgos y los beneficios.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> - Asma grave/mal controlado (FEV1 <70% tras tratamiento farmacológico correcto). - Pacientes afectos de Inmunodeficiencias o enfermedades inmunológicas graves. - Enfermedades malignas. - Tratamiento con β-bloqueantes. - Trastornos psiquiátricos graves. - Contraindicaciones del uso de adrenalina (hipertiroidismo, HTA severa, enfermedades cardiovasculares, etc.). - Imposibilidad de mantener tratamiento regularmente al menos 3 años. - El paciente rechaza la inmunoterapia. - Ausencia de extractos estandarizados. - Mala adherencia al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Polisensibilización. - Dermatitis atópica. - Distancia del Centro de Salud o el Centro Hospitalario. - Edad del paciente < 5 años. - Reacciones sistémicas previas. - Embarazo (no se debe iniciar tratamiento ni aumentar las dosis. La lactancia materna no está contraindicada ni en el inicio ni en el mantenimiento de la inmunoterapia).

C. ADMINISTRACIÓN DE LA INMUNOTERAPIA

► Dónde aplicar las vacunas

La vacuna subcutánea se administrará siempre en un centro sanitario con capacidad para poder tratar las posibles reacciones adversas que pudieran aparecer. En ningún caso se administrará en el domicilio del paciente. En cambio la vacuna sublingual se puede administrar en el domicilio.

Así mismo, en pacientes con reacciones alérgicas sistémicas por picaduras de abeja/avispa, la inmunoterapia debe ser administrada en medio hospitalario.

La dotación del centro será:

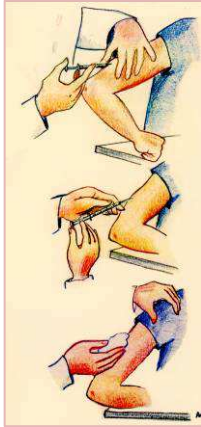
- Carro de paradas
- Medicación:
 - Adrenalina 1/1000
 - Anti-Histamínicos de 1ª generación (oral y parenteral)
 - Corticoides (vía parenteral)
 - Broncodilatadores de acción corta (parenteral e inhalador)
 - Sueroterapia
 - Bicarbonato
 - Oxígeno

► Pasos a realizar antes de la administración

1. En relación con el paciente comprobar:
 - * La estabilidad clínica.
 - * Los datos de dosis previa: fecha y tolerancia.
 - * La ausencia de contraindicaciones.
2. En relación con la vacuna comprobar:
 - * Que pertenece al paciente
 - * La fecha de caducidad.

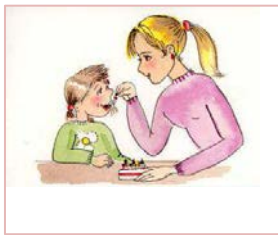
* El vial y la dosis.

▶ **Técnica de administración subcutánea (SC)** (la más utilizada)



- A. Limpiar la piel y el tapón del vial con un antiséptico.
- B. Inyectar la vacuna en la cara externa del brazo, a media distancia entre el codo y el hombro, en ángulo de 45 grados y con el bisel hacia arriba. También puede inyectarse en la parte dorsal del antebrazo.
- C. Alternar los brazos en las sucesivas visitas.
- D. Se administrará por **vía subcutánea**, evitando la vía intradérmica, intramuscular o intravenosa.
- E. Aspirar para asegurarnos que no estamos en un vaso.
- F. Introducir la dosis indicada y esperar 5 segundos antes de retirar la aguja.

▶ **Técnica de administración sublingual**



- 1º: Colocar las gotas prescritas de la vacuna debajo de la lengua.
- 2º: Esperar 1-2 minutos con las gotas sublinguales.
- 3º: Tragar saliva y vacuna restante.
- Se **suspenderá** la dosis si coincide con una extracción dentaria, amigdalitis o lesiones en la boca.

No deben administrarse dos vacunas alérgicas en el mismo día (interponer 48 horas entre las vacunas).

▶ **Pasos después de la administración SC del extracto**

- Anotar siempre la fecha de la dosis, cantidad administrada, brazo de aplicación y vial del que se ha extraído, en la cartilla de seguimiento. Esta cartilla viene dentro del envase de la vacuna y suele tener el siguiente formato:

VIAL	DOSIS (ml)	FECHA	BRAZO (DRCHO/IZDO)

- Indicar al paciente:
 - * Permanecer en el centro al menos 30 minutos e informar inmediatamente de cualquier síntoma que aparezca.
 - * Evitar el contacto con los alérgenos a los que es alérgico y el ejercicio físico intenso durante el día de la administración del extracto.
 - * Evitar baños con agua muy caliente o recibir saunas en las tres horas siguientes.
 - * Evitar el rascado de la piel en caso de reacciones locales.
- Tras esos 30 minutos, valorar de nuevo al paciente y anotar la presencia de alguna reacción adversa antes de que el paciente abandone el centro.

- Anotar la fecha y dosis próxima a administrar.
- Los niños deberán ser supervisados por un adulto durante las primeras horas.

D. EFECTOS ADVERSOS DE LA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA Y SU MANEJO

Algunos de los **factores de riesgo** que favorecen la aparición de reacciones adversas son:

- Utilización de viales nuevos.
- Errores en la administración de dosis.
- Administración en época de exacerbación de síntomas.
- Tipo de extracto.
- Paciente con asma sintomático.
- Alto grado de sensibilización.
- Uso de β bloqueantes.

Las reacciones adversas de la inmunoterapia pueden ser:

❖ **Reacciones locales:**

- Inmediatas (aparecen <30 min.): aparecen en los primeros 30-60 minutos tras la administración. Son las más frecuentes y consisten en eritema, prurito e inflamación en el lugar de la inyección, de más de 5 cm de diámetro. Hemos de tener en cuenta que la aparición de enrojecimiento, prurito e hinchazón local en el lugar de la inyección pueden considerarse normales, pero se considera reacción local cuando aparece induración. La aparición de nódulos subcutáneos también es frecuente y no precisa tratamiento.
- Tardías (aparecen >60 min.): tienen una presentación similar a las anteriores, pero aparecen pasada 1 hora o más tras la administración. No predisponen a reacciones sistémicas, pero a veces son muy molestas y obligan a interrumpir el tratamiento.

MANEJO DE LAS REACCIONES ADVERSAS LOCALES

FASE	INDURACIÓN	ACTITUD
INMEDIATAS	Diámetro mayor: < 5 cm (3 cm niños)	No precisa tratamiento Seguir misma pauta No reacción local valorable
	Diámetro mayor: > 5 cm (3 cm niños)	Aplicar frío local Antihistamínicos orales Esteroides orales
TARDÍAS	Diámetro mayor: < 10 cm (7 cm niños)	No precisa tratamiento Seguir misma pauta No reacción local valorable
	Diámetro mayor: > 10 cm (7 cm niños)	Repetir la última dosis tolerada Solo tratar si los síntomas ocasionan malestar

❖ **Reacciones sistémicas:**

Las reacciones sistémicas se caracterizan por signos y/o síntomas generalizados que se producen a distancia del lugar de la inyección y, habitualmente, comienzan en unos pocos minutos tras la inyección y más raramente después de los 30 minutos.

- Las más frecuentes son las reacciones inmediatas y éstas pueden ser:
 - * Inespecíficas (no IgE mediadas).
 - * Leves: rinitis o asma leve (PEF > 60% del esperado).
 - * Amenazantes para la vida (urticaria, angioedema o asma severa con PEF < 60% del esperado, y shock anafiláctico).
- Las reacciones tardías son menos graves y consisten, principalmente, en urticaria, rinitis, conjuntivitis, eccema o asma.

MANEJO DE LAS REACCIONES ADVERSAS SISTÉMICAS

El tratamiento de este tipo de reacciones ha de ser **inmediato**, en especial en pacientes asmáticos. Cuanto más tarde y tímido sea el tratamiento mayor posibilidad de evolución fatal. Las medidas a adoptar vienen explicadas en el anexo 3 de este documento.

E. SEGUIMIENTO DE LA INMUNOTERAPIA

Se recomienda una evaluación y revisión de los pacientes cada 6-12 meses mientras reciban la inmunoterapia.

► **Cuando modificar la dosis de inmunoterapia subcutánea**

- Presencia de síntomas bronquiales como tos, asma, etc. --- retrasar la dosis 1 semana.
- Enfermedades exantemáticas, enfermedad infecciosa febril o exacerbación grave de una dermatitis atópica --- retrasar la dosis 1 semana.
- Tratamiento con beta-bloqueantes --- retrasar la dosis hasta finalizar el tratamiento.
- Administración simultánea con vacunas preventivas en los últimos 10 días:
 - Vac. gérmenes vivos atenuados: posponer 1 semana desde su administración.
 - Vac. gérmenes muertos inactivados o de ingeniería genética: posponer 48 horas desde su administración.

F. CUANDO DERIVAR A ALERGIA

Derivación ordinaria

- Si la clínica no lleva una remisión evidente.
- Si el paciente tiene reacciones alérgicas leves (dermatitis, rinitis, urticaria de contacto, asma leve, etc.) tras aplicación de inmunoterapia.

Derivación preferente

- Si aparecen síntomas graves (reacción local intensa, anafilaxia, etc.) tras aplicación de inmunoterapia.

G. SITUACIONES ESPECIALES

EMBARAZO. **No se debe iniciar** tratamiento en pacientes embarazadas. Si se encuentra en dosis de mantenimiento puede continuar el tratamiento evitando aumentar las dosis. El inicio de la ITA durante el embarazo podría ser considerado para una situación de riesgo vital, como la anafilaxia por el veneno de himenópteros.

NIÑOS: Si se indica la inmunoterapia en niños < 5 años, el tratamiento deberá ser administrado bajo control del alergólogo.

ANEXO 3. MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ANAFILAXIA: ADULTOS Y NIÑOS

Lo más importante en el tratamiento de la anafilaxia es tener claro que **el tratamiento de primera elección es la adrenalina** (amp 1mg/ml; 1/1000 ó 0,1%) y que tanto el médico como el propio paciente no deben tener ninguna duda en su aplicación rápida. La mayor causa de muerte en la anafilaxia es el retraso de la administración de Adrenalina.

ACTITUD TERAPÉUTICA

- Supresión del agente causal si es evidente:
 - Inmunoterapia, suspenderla.
 - Fármaco intravenosos, cerrar vía.
 - Si es una picadura de abeja, quitar aguijón.
- Colocar al paciente acostado en Trendelemburg.
- Mantenimiento de la vía aérea. Intubar si el paciente presenta parada respiratoria o estridor.
- Medicación: a continuación se exponen los tratamientos farmacológicos de la anafilaxia en pacientes adultos y en niños.

Adultos:

- * ADRENALINA IM en la parte anterolateral del muslo (vasto externo). Dosis: 0,3-0,5mg. Repetir según necesidad a los 15 min (máx. 3-4 dosis).
- * En caso de no obtener respuesta a la adrenalina IM, administrar adrenalina IV (diluida 1/1000 en 10 ml de suero). Puede causar arritmias, por lo que se utilizará si hay paro cardiaco. Dosis inicial: 2-10 µg/min; (3 amp de adrenalina/250 cc SG5% a 5-50 ml/h).
- * SOPORTE HEMODINÁMICO: Acceso venoso (preferiblemente dos vías). Suero salino 0,9% para mantener una tensión arterial sistólica > 100 mmHg. En adultos 1-2 l de suero salino fisiológico a un ritmo de 5-10 ml/Kg los primeros 5 minutos. Si el paciente tiene insuficiencia cardiaca o renal prevenir sobrecarga de volumen.
- * Administrar oxígeno, sobre todo si recibían beta agonistas inhalados. Pulxioximetría continua para guiar la oxigenoterapia.
- * Si existe broncoespasmo tratar con B2 AGONISTA: nebulización de salbutamol.
- * ANTIHISTAMÍNICOS: dexclorfeniramina IM o IV lenta 5 mg, cada 4-6 h.
- * CORTICOIDES: metilprednisolona 1-2 mg/kg/día IM o IV; o hidrocortisona 3-5 mg/kg IV.
- * Si el paciente toma betabloqueantes administrar GLUCAGÓN 1-5 mg.
- * En caso de bradicardia grave administrar ATROPINA IV.

Niños:

- * El fármaco fundamental es también la ADRENALINA. La vía de administración IM es mejor que la SC. Dosis 0,01 mg/Kg (máx. 0,3-0,5 mg dosis), si no mejoría se repite la dosis cada 5-15 minutos. Si no hay respuesta, se administra la adrenalina IV diluida (1 ml + 9 ml de suero salino) a dosis de 0,1 ml/Kg, se pueden repetir cada 5-15 minutos si se precisa hasta mejoría.
- * FLUIDOTERAPIA IV: Si no respuesta a la adrenalina. Administrar SF a dosis 20 ml/Kg, a pasar en 5-15 minutos. Repetir hasta mejoría y normalización TA.
- * Si existe broncoespasmo: nebulización de SALBUTAMOL a dosis 0,03 ml/Kg/dosis (min 0,25 ml y máx. 1 ml).
- * ANTIHISTAMÍNICOS: dexclorfeniramina IM o IV (amp 5 mg/ml): 0,2 mg/Kg/dosis. Mantenimiento vía oral posterior: 0,15-0,3 mg/Kg/día cada 8 horas (presentación: jarabe 2mg/5 ml y comprimidos de 2 y 6 mg).
- * CORTICOIDES: Metilprednisolona IM o IV a dosis 1-2 mg/Kg/dosis. Mantenimiento posterior prednisona vía oral: 1-2 mg/Kg/día, en 1 o 2 dosis, 3-5 días sin pauta descendente.
- * GLUCAGÓN IV o IM: dosis 20-30 µg/Kg (máx. 1 mg). Puede repetirse cada 5-15 minutos.
- * ATROPINA IV: Dosis en niños: 0,02 mg/K.

ANEXO 4. CONSEJOS PARA PACIENTES CON ALERGIA AMBIENTAL

POLEN

Durante el tiempo de polinización de las plantas a cuyo polen es alérgico:

1. Se limitarán al máximo las salidas al campo. Los días de tiempo estable, soleado y los de viento son los peores.
2. Se evitará cortar el césped o cuidar el jardín.
3. En casa es conveniente cerrar las ventanas después de ventilarla a primera hora de la mañana y durante poco tiempo.
4. No viaje con las ventanillas del coche abiertas.
5. Utilice gafas de sol que evitarán el contacto del polen con sus ojos.
6. Durante la época de polinización, será más sensible a otros estímulos como: catarros, productos químicos irritantes (lacas, insecticidas, contaminación,...) y a esfuerzos físicos.
7. A la hora de programar excursiones, vacaciones, campamentos, etc. hay que tener en cuenta la temporada de polinización del sitio donde se va a ir. En el sur de la península la polinización se adelanta, mientras que en las zonas de montaña se retrasa otro tanto respecto a las mesetas.
8. En Internet pueden encontrar información sobre el nivel de los pólenes más alergénicos de las distintas zonas de España, en la siguiente dirección: www.polenes.com

Existe un díptico elaborado por la Consejería de Sanidad, con diferentes recomendaciones para entregar a los pacientes alérgicos al polen:



ÁCAROS DEL POLVO

Los ácaros son pequeños artrópodos (de tamaño menor a 0,5 mm), de los que existen una gran variedad de especies, algunas de las cuales se encuentran en los hogares y son la principal causa de alergia al polvo. Se encuentran de forma natural en todos los tejidos, sobre todo en los colchones y almohadas, así como en tapicerías y alfombras. Las medidas de control en el hogar incluyen:

1. Limpieza frecuente y con aspirador.
2. Ventilación frecuente, evitar humedades (los alérgicos lo ideal es que duerman en las habitaciones más soleadas, no poner humidificadores...).
3. Evitar, especialmente en el dormitorio: moquetas, tapices, moquetas, estanterías con libros, paredes empapeladas.
4. Lavar las sábanas semanalmente con agua caliente (al menos a 60°C).
5. Es preferible que los colchones sean de espuma, fibra sintética (poliuretano), nunca de lana o plumas.
6. En los meses de más humedad una vez por semana se puede usar un acaricida en colchones, sofás, alfombras ...
7. Puede ser útil colocar fundas especiales en colchones y almohadas.

HONGOS

En el exterior de las viviendas se debe evitar:

1. La vegetación en estado de descomposición.
2. Remover las hojas caídas.
3. Acúmulos de restos orgánicos (basureros, estercoleros, silos, etc.)
4. Acudir a zonas de recolección de cosechas.

En el interior de las viviendas deberemos:

1. Evitar la humedad, sobre todo en la habitación, baño y cocina.
2. Evitar plantas de interior y flores secas de adorno.
3. Ventilar con frecuencia las zonas oscuras y húmedas de la casa, y utilizar en ellas pinturas antimohos.
4. Limpiar con frecuencia los filtros de los aparatos de aire acondicionado y deshumidificadores con soluciones antifúngicas.
5. Secar bien la ropa y el calzado antes de guardarlo.

ANEXO 5. CONSEJOS PARA PACIENTES ALÉRGICOS A INSECTOS

MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO A LAS PICADURAS DE INSECTOS:

- 1.** Tener en cuenta que el riesgo de picaduras aumenta en verano.
- 2.** Evitar estar cerca de contenedores de basura, flores, plantas y frutas, evitar los trabajos de jardinería sobre todo si existen partes del cuerpo al descubierto (manga corta, sandalias, etc.).
- 3.** Evitar movimientos bruscos alrededor de insectos. La mayor parte de los insectos no pica si no son provocados.
- 4.** Los vestidos con colores llamativos y los perfumes atraen a los insectos. No llevar ropas anchas que permitan entrar a los insectos. Llevar siempre zapatos al salir de casa.
- 5.** No comer ni beber al aire libre, revisar la zona para evitar estar cercanos de colmenas y hormigueros. Los nidos y las colmenas de alrededor de la casa no tienen que ser eliminados por el mismo paciente.
- 6.** En viajes en coche comprobar siempre que no entren insectos en el vehículo; durante el viaje mantener las ventanas cerradas.
- 7.** Los repelentes de insectos puede ser que no protejan del todo. La inmunoterapia no anula las otras medidas de prevención.
- 8.** Llevar siempre un brazalete identificador si ha sido diagnosticado de alergia a himenópteros (abejas y avispas).
- 9.** Llevar siempre el tratamiento de emergencia que ha indicado el médico (especialmente si el riesgo es importante). Enseñar a los familiares y a los compañeros a utilizarlo. Controlar la fecha de caducidad.
- 10.** Ir a un servicio médico inmediatamente después de la administración del tratamiento de emergencia.

ANEXO 6. INFORMACIÓN PARA PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX

El látex es una sustancia que procede del árbol tropical *Hevea brasiliensis*. Procesada convenientemente da lugar a un producto de gran elasticidad, flexibilidad y resistencia que se utiliza para fabricar diversos objetos: guantes, globos y preservativos, entre otros.

La alergia es una reacción del sistema defensivo humano frente a sustancias que son aceptadas normalmente por la mayoría de las personas pero que causan problemas importantes a los sujetos alérgicos. Si usted es alérgico al látex significa que su organismo reacciona de forma exagerada ante:

- el contacto directo con el material de látex
- la inhalación de las proteínas alergénicas procedentes del látex
- el contacto o ingestión de material o alimentos que, sin contener látex, hayan estado previamente en contacto con artículos con látex, tales como productos alimenticios manipulados antes con guantes de látex

Las reacciones pueden dar lugar a síntomas como el picor, las ronchas, otras erupciones en la piel, los estornudos, la irritación nasal, el lagrimeo, el enrojecimiento de los ojos, la tos, los ruidos o pitidos en el pecho, el dolor abdominal, la diarrea, los vómitos o incluso otras más graves como la dificultad respiratoria, la hipotensión, la opresión torácica, las palpitaciones, el mareo o la pérdida de conocimiento.

El mejor tratamiento es la prevención: no exponerse al látex.

Por lo que recomendamos:

- 1.** Identifique los objetos que puedan tener látex, evite el contacto con ellos y sustitúyalos por otros con una composición diferente. El látex también puede aparecer etiquetado con el nombre químico "cis-1.4. poliisopreno".
- 2.** Identifique los ambientes en los que puede existir látex en suspensión.
 - Centros sanitarios
 - Talleres de neumáticos
 - Zapaterías
 - Tiendas de deportes
 - Fiestas o centros comerciales decorados con globos
- 3.** Ciertos alimentos también pueden dar lugar a reacciones alérgicas en algunos pacientes alérgicos al látex. Esto puede deberse a que los alimentos se hayan manipulado con guantes de látex, pero también a que algunos alimentos poseen de forma natural proteínas muy parecidas a las del látex, como las castañas, los plátanos, el aguacate, el kiwi y otros. Téngalo en cuenta y consulte a su médico. No consuma alimentos que hayan podido ser manipulados con guantes de látex. Téngalo en cuenta cuando compre o consuma alimentos fuera del hogar.
- 4.** Lleve en todo momento una identificación en una chapa, tarjeta sanitaria o informe médico que diga que es alérgico al látex.

- 5.** Advierta siempre previamente de su alergia al látex al profesional sanitario ante cualquier exploración médica, quirúrgica, visita al dentista o cura de enfermería.
- 6.** Unirse a una asociación de pacientes o grupo de afectados le servirá para intercambio de información y apoyo.

Para más información consultar la "Guía de atención sanitaria en alergia al látex" de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (disponible en la web de la Junta de Castilla y León)

ANEXO 7. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMUNOTERAPIA

Las recomendaciones de la Sociedad Castellano-Leonesa de Alergología e Inmunología Clínica (SCLAIC) para los pacientes que están en tratamiento con inmunoterapia son las siguientes:

- A.** La vacuna o inmunoterapia es el único tratamiento específico capaz de modificar el curso natural de la enfermedad consiguiendo que su enfermedad desaparezca o mejorando una vez suspendido el tratamiento. En general, suele precisar también tratamiento de apoyo con otros medicamentos, que no debe suspender sin indicación de su médico.
- B.** La administración de extractos alérgicos no está totalmente exenta de riesgos, como ocurre con otros medicamentos. Puede producir reacciones locales alrededor de la zona de la inyección y más raramente reacciones generales.
- C.** La vacuna debe administrarse en un centro sanitario: ambulatorio, centro de salud, hospital, consultorio del especialista, etc. Nunca en el domicilio del paciente.
- D.** Es importante respetar los periodos entre cada inyección señalados en la cartilla de seguimiento. Si por cualquier causa se demora su administración, indíquelo por si fuese necesario variar la dosis.
- E.** La vacuna debe conservarse en la nevera (preferiblemente en la puerta de la nevera). No congelar.
- F.** Debe retrasarse el extracto si padece:
 - Crisis asmática, infección de vías respiratorias (catarro),
 - Fiebre, afección cutánea severa
 - Hepatitis, tuberculosis activa u otro proceso infeccioso similar.
 - Si ha recibido vacuna con virus vivos (triple vírica) en los 10 últimos días.
- G.** Si por otra enfermedad le prescriben otro medicamento, indíquelo, pues existen fármacos con los que está contraindicado poner la vacuna, especialmente medicinas para la tensión arterial, corazón, tiroides y glaucoma.
- H.** Tras la administración del extracto, el paciente permanecerá en el centro, al menos 30 minutos, no realizando ejercicio físico violento, ni tomará baños con agua caliente o saunas en las 3 horas siguientes a la aplicación del mismo (sí puede ducharse).

ANEXO 8. GUÍA DE ANAFILAXIA PARA PACIENTES

Se adjunta díptico para entregar a los pacientes con información sobre la actitud ante una posible anafilaxia, elaborado por la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias y la Sociedad Española de Urgencias en Pediatría.

¿Qué puedo hacer ante un cuadro de ANAFILAXIA?

Usted deberá ser instruido en identificar los signos que sugieren que está iniciando una anafilaxia para poner en marcha un plan de actuación que consistirá en:

Informar a un acompañante de su situación (si es posible)



Plantear si debe auto-administrarse la adrenalina auto-inyectable, y si es así, hacerlo inmediatamente.



Llamar al teléfono de emergencias (112) o localizar el Servicio de Urgencias más cercano.



El paciente debe mantenerse tumbado.



Si ha sufrido una anafilaxia, debe valorarse la necesidad de indicar una placa o brazalete de alerta médica sobre su alergia.

¿Dónde puedo ampliar los conocimientos sobre ANAFILAXIA?

Guía Galaxia:
 Guía de Actuación en Anafilaxia para pacientes
www.seaic.org
www.infoallergy.com
www.worldallergy.org
www.life-saver.org
www.oepnao.org
www.seicap.es/familiares.asp
www.inmunosvera.org
www.elkalte.org/



Si usted ha sufrido un episodio de anafilaxia debe ser evaluado por un alergólogo de forma preferente.

Material divulgativo realizado por el grupo GALAXIA con la colaboración de ALK-Abelló. GALAXIA es un comité de expertos con representantes de SEAC, SEICAP, SEMES y SEUP.




Guía de Anafilaxia para pacientes







¿Qué es la ANAFILAXIA?

La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y que puede llegar a ser mortal.

Toda sustancia que pueda ocasionar una anafilaxia se conoce con el nombre de **ALÉRGENO**



Las causas más frecuentes de anafilaxia son alimentos, fármacos y picaduras de insectos himenópteros (abejas, avispas)

Quando existe afectación de los vasos sanguíneos con presión arterial disminuida y pulso débil se habla de **SHOCK ANAFILÁCTICO**.

ES UNA SITUACIÓN DE MÁXIMA GRAVEDAD.

¿Cómo se reconoce la ANAFILAXIA?

Se trata de un cuadro clínico complejo con síntomas sugestivos como:

Síntomas a nivel cutáneo:
 Enrojecimiento, picor generalizado, hinchazón, urticaria y/o hinchazón, y/o mucosas (bocas, genitales).



Síntomas en otros órganos:

Respiratorios:



Añojo, sibilancias en el pecho (pitos), sensación de hinchazón en la garganta.

Digestivos:



Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea.

Circulatorios:



Palpitaciones, mareo, bajada de tensión arterial.

En casos extremos puede llegar a la pérdida del conocimiento.

¿Cómo se trata la ANAFILAXIA?

Adrenalina (epinefrina)

La adrenalina es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia. La vía intramuscular (IM) en la cara antero lateral del muslo es la vía de elección.



En la actualidad, hay disponibles dispositivos auto-inyectables de adrenalina con dos dosificaciones:

- 0,3 miligramos o 300 microgramos (corresponden a la misma cantidad)
- 0,15 miligramos o 150 microgramos (también son dosis equivalentes)

Para niños de 10 a 25 kg es razonable la prescripción de la dosis de 0,15 mg o 150 mcg y para mayores de 25 kg y adultos, la de 0,3 mg o 300 mcg.

- Antihistamínicos y esteroides son una medicación siempre complementaria
- Debe utilizar broncodilatadores tipo salbutamol siempre que usted presente añojo y pitos durante una anafilaxia. Inicialmente se usarán administrados vía inhalada con un spray y cámara (4 inhalaciones cada 10 minutos).

Siempre debe acudir a un centro de urgencias médicas, tras la utilización de un autoinyector de adrenalina. El autoinyector de adrenalina no sustituye a la atención médica urgente.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de atención sanitaria en alergia al látex. Gerencia Regional de Salud CyL
- Guía Terapéutica Sacyl. Capítulo Conjuntivitis alérgica, 2013.
- Guía Terapéutica Sacyl. Capítulo Rinitis alérgica, 2013.
- Varios documentos de la página web de la Sociedad Castellano-leonesa de Alergia e Inmunología Clínica (www.sclaic.es) [consultado diciembre 2014]
- Varios documentos de la página web de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (<http://www.seaic.org>) [consultado diciembre 2014]
- Documentos clínicos Semergen; área Alergología.