

EN PROFUNDIDAD

Tratamiento de la rinoconjuntivitis perenne

P. Ojeda

Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda. Madrid

La clasificación tradicional de la rinitis alérgica en estacional o perenne prácticamente se ha abandonado. Esta clasificación se basaba en el tipo de alérgeno causal relevante en el desencadenamiento de la rinitis. Así, se consideraba rinitis estacional aquella producida por los alérgenos de pólenes aerovagantes cuya presencia en el ambiente se limita a una estación climática, por lo general la primavera. La rinoconjuntivitis alérgica perenne (RCAP) estaría causada por alérgenos que se considera que están presentes a lo largo de todo el año: ácaros del polvo de las casas, hongos ambientales y epitelios de animales, fundamentalmente. En



© zegers06/stock/Thinkstock

2001, el grupo de expertos de la guía ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) propuso una nueva clasificación más práctica, basada en la duración y frecuencia de los síntomas (intermitente o

persistente) así como en su intensidad y en el impacto en la vida del paciente (leve o moderada-grave)^{1,2} (figura 1)³.

Sigue en la pág. 2

CASO CLÍNICO

Urticaria crónica

M. Lluncor Salazar, R. Cabañas Moreno

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Varón de 48 años de edad, remitido a la consulta de alergología desde atención primaria para el estudio de una urticaria/angioedema. Se realizó una anamnesis alergológica. Como antecedente de importancia presentaba una hipertensión arterial en tratamiento con lisinopril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg desde hace 6 meses. Refería haber presentado hace más de 10 años (durante un par de años) «ronchas con mucho picor» a diario, que trataba con an-

tihistamínicos. Con posterioridad ha permanecido varios años sin ningún episodio, o con 2 episodios al año de menos de 48 horas de duración, sin carácter estacional. En los 3 últimos meses la frecuencia se ha hecho casi diaria. Aportaba fotografías, en las que se apreciaban lesiones maculopapulosis grandes sobre un fondo eritematoso y un intenso edema de labios. El paciente indicaba que las lesiones habonosas son «como una picadura de mosqui-

to», con intenso picor, no dolorosas, y que la lesión individual desaparece en menos de 24 horas, aunque aparecen nuevas lesiones en otras localizaciones y no dejan lesión residual, acompañadas, en ocasiones o de forma aislada, de hinchazón labial caliente, eritematoso y pruriginoso. No había notado ninguna asociación inmediata con la ingesta de alimentos.

Sigue en la pág. 4



SUMARIO

EN PROFUNDIDAD

Tratamiento de la rinoconjuntivitis perenne

P. Ojeda

Págs. 1-3

CASO CLÍNICO

Urticaria crónica

M. Lluncor Salazar,
R. Cabañas Moreno

Págs. 1, 4 y 5

PRÁCTICA

Mitos sobre el control del asma en la vida real

A. Entrala, J. Domínguez-Ortega

Pág. 6

ACLAREMOS CONCEPTOS

Reacciones adversas por alimentos.

¿Qué diferencias hay entre alergia e intolerancia?

C. Blanco Guerra

Pág. 6

EN LA RED

Educación para la salud online. E-pacientes en alergia

F. Camarelles Guillem,
J. Contreras Porta

Pág. 7

PREGUNTAS AL EXPERTO

El 20% de las reacciones alérgicas ocurren en centros educativos

Francisca Capel Torres

Pág. 8

Director médico

Dr. Javier Contreras-Porta
Servicio de Alergia.
Hospital Universitario La Paz.
Madrid

Con el patrocinio de



Edita



www.edicionesmayo.es

Aribau, 168-170
08036 Barcelona
edmayo@edicionesmayo.es

López de Hoyos, 286
280343 Madrid
mayomad@edicionesmayo.es

Depósito legal: B-12860-2015
ISSN: 2462-389X

© Ediciones Mayo, S.A.
Reservados todos los derechos.
Queda prohibida la reproducción
total o parcial de los contenidos,
aun citando la procedencia, sin
la autorización del editor.

El contenido de este periódico es
responsabilidad exclusiva de los
autores.

EN PROFUNDIDAD

Tratamiento de la rinoconjuntivitis perenne

P. Ojeda

Clínica de Asma y Alergia Dres. Ojeda. Madrid

Al igual que para la rinoconjuntivitis estacional, revisada en un número anterior de esta serie⁴, el tratamiento de la RCAP asienta sobre cuatro pilares: 1) las medidas de desalergenización, 2) el tratamiento farmacológico, 3) la inmunoterapia y 4) la educación sanitaria del paciente.

Medidas de desalergenización

Se entiende por medidas de desalergenización aquellos métodos, acciones o productos encaminados a disminuir el grado de exposición del paciente a los alérgenos responsables de la RCAP (p. ej., ácaros del polvo de casa, epitelios de animales, hongos ambientales). Estas medidas consisten en acciones encaminadas a: 1) evitar la exposición, 2) reducir la carga ambiental de alérgeno y/o 3) crear un mecanismo de barrera que impida la llegada del alérgeno a las mucosas.

Con respecto a los ácaros, conviene recordar que una humedad relativa del aire superior al 50% y una temperatura ambiente de entre 20 y 25 °C son las condiciones climáticas ideales para su supervivencia y reproducción. Por ello, en los climas de litoral o tropicales, en los que prevalecen estas condiciones, el resto de medidas de desalergenización tendrán una efectividad limitada en el control de los síntomas alérgicos. En la

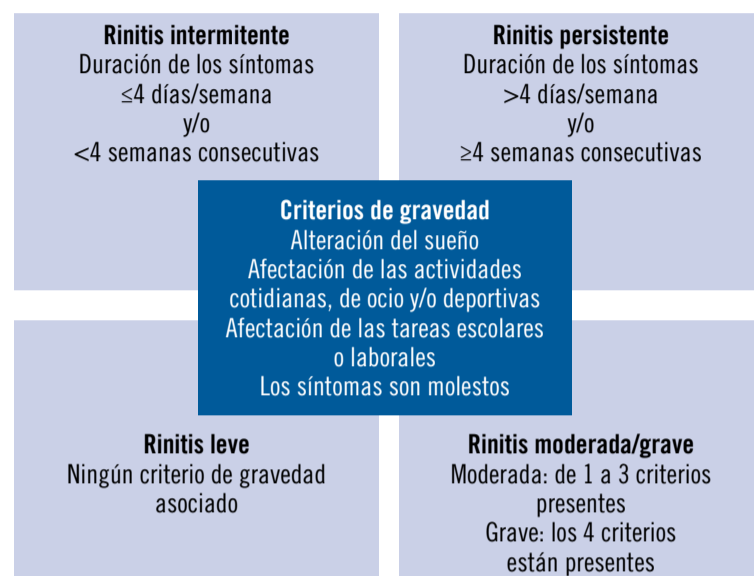


Figura 1. Clasificación de la rinitis alérgica. Modificada de: Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Guía Rinitis³

tabla 1 se proporcionan consejos útiles para pacientes alérgicos a los ácaros.

Igualmente, los hongos crecen mejor en microambientes húmedos. Por eso es fácil encontrarlos en casas húmedas o con filtraciones de agua, en zonas boscosas, en riberas de río, etc. Además, los hongos pueden liberar esporas (que son responsables de síntomas alérgicos por inhalación) en días ventosos, con nieblas o tormentos, lo cual puede causar exacerbaciones abruptas de los síntomas alérgicos en las personas sensibili-

zadas a hongos. En estos casos será importante controlar las humedades, no utilizar humidificadores dentro de la vivienda y, por lo general, evitar ambientes húmedos y la exposición al aire libre en las circunstancias climáticas citadas.

Con respecto a los epitelios de animales, la mejor medida de desalergenización de la persona alérgica es evitar la exposición. La retirada del animal del domicilio del paciente puede condicionar una mejoría notable pero no inmediata de sus síntomas, dado que se ha demostrado la persistencia de alér-

Tabla 1 Consejos de desalergenización para pacientes alérgicos a ácaros

Control ambiental <ul style="list-style-type: none"> Mantener en la vivienda una temperatura inferior a 25 °C y una humedad relativa inferior al 50% Aspirar frecuentemente la casa (al menos una vez a la semana), usar preferiblemente un aspirador con filtro de alta eficiencia (HEPA) Evitar limpiar el polvo con un trapo seco o un plumero. Usar una bayeta húmeda Lavar la ropa de cama al menos una vez a la semana, a una temperatura superior a 60 °C No usar humidificadores y retirar de la habitación objetos que acumulen polvo (peluches, libros, alfombras, moquetas, cortinas gruesas, animales disecados, etc.) Los deshumidificadores deben utilizarse en los sistemas de ventilación central
Control biológico <ul style="list-style-type: none"> Utilizar fundas de colchón y almohada especiales antiácaros Cambiar los colchones viejos. Pueden ser recomendables los nuevos colchones de látex en personas no alérgicas al látex
Acaricidas <ul style="list-style-type: none"> Se usan en casos extremos, cuando los métodos anteriores no son suficientes Son preferibles los acaricidas que usan agentes químicos como principio activo

genos de animales en el polvo de la casa incluso 6 meses después de la retirada del animal. La experiencia clínica también está demostrando una pérdida de tolerancia inmunológica al alérgeno cuando cesa la exposición, con riesgo de que el paciente experimente síntomas más acentuados con las exposiciones puntuales posteriores. Por esto y por motivos emocionales, la

decisión de retirar el animal del domicilio de un paciente alérgico debe tomarse de forma individualizada. En la tabla 2 se muestran algunos consejos útiles.

Por otro lado, en los últimos años han aparecido en el mercado productos que aplicados tópicamente en las fosas nasales previamente a la exposición alérgica ejercen un efecto barrera, impidiendo –teóri-

Tabla 2
Consejos de desalergenización para pacientes alérgicos a epitelios de animales

<p>Medidas sencillas y con eficacia probada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No meter animales en la casa • Si existe un animal en la casa, buscarle otra vivienda • Si tras retirar al animal se quieren reducir más rápidamente los niveles de alérgeno, llevar a cabo una serie de medidas que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> – Retirar alfombras y/o moquetas, muebles tapizados y otros posibles reservorios – Limpieza concienzuda y repetida – Cambiar de colchón, o forrarlo con fundas especiales
<p>Medidas con eficacia limitada o no probada cuando persiste el animal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitar la actividad del animal a un área de la casa y prohibir su entrada en el dormitorio de la persona alérgica • Emplear purificadores de aire electrostáticos y con filtros de alta eficiencia (HEPA), especialmente en el dormitorio de la persona alérgica • Eliminar alfombras y/o moquetas, así como otros reservorios, especialmente en el dormitorio de la persona alérgica • Utilizar habitualmente fundas especiales de colchón y almohada en la cama de la persona alérgica • Lavado frecuente del animal con champús especiales, si bien esta medida tiene un efecto muy limitado en el tiempo y añade poco al control ambiental

Tabla 3
Efectos deseados y principales efectos secundarios de los tratamientos para la rinoconjuntivitis alérgica perenne

Tratamiento	Efectos deseados	Efectos adversos típicos*
Antihistamínicos tópicos nasales y oculares	Control de estornudos, prurito nasal u ocular, goteo nasal y lagrimeo	Escasos; mal sabor de garganta
Antihistamínicos orales	Los anteriores, con una acción combinada en nariz y ojos y en la piel (si síntomas cutáneos asociados)	Sedación (especialmente los de primera generación o algunos de segunda generación); sequedad de mucosas
Antileucotrienos (se asocian si hay asma)	Control de la inflamación; efecto preventivo	Escasos; alteraciones del sueño, molestias gástricas
Bromuro de ipratropio	Control de la hidrorrea nasal	Sequedad excesiva de la mucosa nasal
Corticoides tópicos nasales	Control de la inflamación	Escasos; sequedad nasal, epistaxis
Corticoides tópicos oculares	Control de la inflamación de moderada a grave	Aumento de la PIO; cataratas con uso crónico
Corticoides orales	Control de la inflamación aguda grave	Alteraciones del sueño, epigastralgia, alteración del metabolismo del azúcar A largo plazo: ganancia de peso, cataratas, osteoporosis
Cromonas tópicos nasales u oculares	Control de la inflamación; efecto preventivo	Prácticamente ninguno
Inmunoterapia inyectada con alérgenos	Modulación de la respuesta del sistema inmunitario hacia la tolerancia inmunológica del alérgeno; efecto a medio-largo plazo	Reacción local inflamatoria en el lugar de inyección; rara vez, reacción sistémica
Inmunoterapia sublingual con alérgenos	Modulación de la respuesta del sistema inmunitario hacia la tolerancia inmunológica del alérgeno; efecto a medio-largo plazo	Prurito sublingual u orofaríngeo; molestias gástricas; muy rara vez, reacción sistémica
Microemulsión lipídica tópica nasal	Efecto barrera; evitación de la penetración del alérgeno en la mucosa; efecto preventivo	Prácticamente ninguno
Vasoconstrictores tópicos nasales	Efecto descongestivo rápido	Efecto rebote; rinitis medicamentosa si uso abusivo
Vasoconstrictores tópicos orales	Efecto descongestivo	Nerviosismo, taquicardia, temblor, insomnio; rinitis medicamentosa si uso abusivo

*No se reseñan todos los efectos secundarios posibles (para ello consultar las fichas técnicas de cada medicamento) sino los más habituales. PIO: presión intraocular.

camente— la penetración del alérgeno en la mucosa nasal. A este respecto, una microemulsión lipídica con un efecto surfactante ha demostrado reducir los síntomas de la rinitis alérgica por ácaros del polvo de casa⁵.

Farmacoterapia

En el artículo sobre tratamiento de la rinoconjuntivitis estacional se hace una revisión adecuada de los diversos fármacos disponibles para la rinoconjuntivitis alérgica, por lo que se remite al lector a dicha publicación⁴. Conviene destacar que en la rinitis aguda, que es la presentación más típica de la rinitis intermitente, es frecuente que el paciente manifieste síntomas por liberación rápida de mediadores neuroinflamatorios (entre ellos la histamina), presentando prurito, estornudos en salvas, hidrorrea nasal y congestión, además de asociar conjuntivitis alérgica. Sin embargo, en la rinitis crónica, curso más habitual de la rinitis persistente, predomina el infiltrado inflamatorio de la mucosa, y la asociación de síntomas oculares es más inusual. Por tanto, en los síntomas agudos serán más efectivos los antihistamínicos, ya sean tópicos u orales, pues ejercerán una acción más rápida y el paciente encontrará escaso alivio inmediato con el empleo de los corticoides tópicos. Por contra, en las rinitis de evolución más crónica serán más eficaces los corticoides de uso tópico, o incluso orales en los casos más graves. En este sentido, es importante informar al paciente de que el efecto óptimo se obtendrá si el tratamiento se realiza de forma pautada y no a demanda. Sin embargo, hay estudios que demuestran que el uso continuado de rupatadina por vía oral ejerce no solamente un efecto antihistamínico sino, además, un efecto antiin-

flamatorio por su efecto bloqueador del PAF (factor activador plaquetario), que tiene un papel importante en la inflamación alérgica⁶. Por esto, y por su excelente perfil de tolerabilidad⁷, el empleo de rupatadina de forma pautada en la RCAP puede ser una opción mucho más adecuada, especialmente en pacientes con corticofobia o que hayan experimentado efectos adversos con los corticoides tópicos. En la guía ARIA se muestra el algoritmo de tratamiento actualmente aceptado para la rinoconjuntivitis alérgica⁸.

Inmunoterapia

La OMS dejó establecido que la inmunoterapia (vacunas con alérgenos) es el único tratamiento capaz de modificar el curso natural de la enfermedad alérgica respiratoria⁹. La inmunoterapia no debe considerarse como una alternativa a la farmacoterapia sino como una herramienta terapéutica adicional. La decisión de añadir inmunoterapia al plan de tratamiento de la RCAP viene condicionada, fundamentalmente, por tres aspectos: 1) el grado de control de los síntomas y la calidad de vida que el paciente esté obteniendo con el empleo de medidas de desalergenización y la farmacoterapia, 2) la progresión hacia asma o la concurrencia de ésta y 3) la disponibilidad de extractos alérgicos adecuadamente estandarizados para el alérgeno relevante del paciente. Así pues, siempre que se disponga de un extracto bien estandarizado se debería evaluar, desde el punto de vista alergológico, a todo paciente con rinoconjuntivitis de moderada a grave y con especial hincapié si existen indicios de asma asociada, ofreciéndole la posibilidad de tratarse con inmunoterapia, puesto que los estudios clínicos han demostrado una notable mejora de

la evolución, los síntomas, el consumo de medicación y la calidad de vida con las vacunas para ácaros, epitelio de gato y el hongo *Alternaria*. Para otros alérgenos perennes, la experiencia clínica muestra buenos resultados pero se carece de estudios controlados adecuados.

En el caso de la inmunoterapia con alérgenos perennes, se puede optar por la formulación inyectada o sublingual y su administración debe ser mantenida a lo largo de todo el año, en ciclos de entre 3 y 5 años, si se ha objetivado un beneficio terapéutico en el primer año de tratamiento. No existe una época del año más propicia para su inicio, pero se requiere que el paciente esté relativamente estable de su asma, si existiese esta comorbilidad.

Educación sanitaria del paciente

Es más probable que un paciente bien informado consiga mejores resultados clínicos. La educación del paciente con RCAP debe inci-

dir en: 1) la información sobre la ecología del alérgeno responsable de sus síntomas y las medidas más idóneas para su evitación¹⁰, 2) el efecto deseado de cada uno de los tratamientos prescritos y sus posibles efectos adversos más habituales y 3) el uso apropiado de los espráis nasales. ●

Bibliografía

1. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. J Allergy Clin Immunol. 2001; 108: 147S-333S.
2. Valero A, Ferrer S, Sastre J, Navarro AM, Monclús L, Martí-Guadano E, et al. A new criterion by which to discriminate between patients with moderate allergic rhinitis and patients with severe allergic rhinitis based on the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma severity items. J Allergy Clin Immunol. 2007; 129: 359-365.
3. Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Guía Rinitis. Tabla II. Chivato Pérez T, Antépara Ercoreca I (eds.). SEAIC. Madrid: Equalmás 5, 2010; 13.
4. Dordal Culla MT. Tratamiento de la rinoconjuntivitis polínica. En: Contreras J (ed.). Alergia al día. Actualizaciones en Alergología para Atención Primaria, n.º 1. Barcelona: Ediciones Mayo, 2015.
5. Andersson M, Greiff L, Wollmer P. Effects of a topical microemulsion in house dust mite allergic rhinitis. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2011; 108: 146-148.
6. Katiyar S, Prakash S. Pharmacological profile, efficacy and safety of rupatadine in allergic rhinitis. Prim Care Respir J. 2009; 18: 57-68.
7. Valero A, De la Torre F, Castillo JA, Rivas P, Del Cuvillo A, Antépara I, et al. Safety of rupatadine administered over a period of 1 year in the treatment of persistent allergic rhinitis. Drug Saf. 2009; 32: 33-42.
8. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. Allergy. 2008; 63: 8-160.
9. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. A WHO position paper. J Allergy Clin Immunol. 1998; 102(4 Pt 1): 558-562.
10. Zubledia JM, Baeza ML, Jáuregui I, Senent C (eds.). Libro de las enfermedades alérgicas. 1.ª ed. Bilbao: Fundación BBVA, 2012. Disponible en: <http://www.alergiafbva.es/>

CASO CLÍNICO

Urticaria crónica

M. Lluncor Salazar, R. Cabañas Moreno

Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital Universitario La Paz. Madrid

No toma habitualmente antiinflamatorios esteroideos (AINE) y la afección empeora en situaciones de estrés. No ha presentado disfagia, disfonía o dificultad respiratoria. Ha sido tratado en urgencias con hidrocortisona 200 mg i.v., 6-metilprednisolona 60 mg i.v. y dexclorfeniramina 5 mg i.v. con buena respuesta. En ocasiones ha realizado tratamiento con ebastina, con clara mejoría en 2 horas y completa en 24 horas, pero reaparecen las lesiones en torno a las 48 horas de suspender el tratamiento.

Pruebas complementarias

La batería de pruebas cutáneas en prick test con inhalantes y alimentos más alergénicos, panalérgenos alimentarios y *Anisakis* resultó negativa. El hemograma resultó normal, sin advertir la presencia de neutrofilia ni eosinofilia. En la bioquímica, los valores de inmunoglobulinas, proteinograma, TSH y T4 libre, velocidad de sedimentación globular, C3 y C4 resultaron normales. Los anticuerpos antinucleares fueron negativos, las cifras de anticuerpos antiperoxidasa fueron de 957,9, las de IgE total de 294 KU/L, las de IgE específica frente a *Anisakis* de 0,03 KU/L, CAP 0.

Diagnóstico

Urticaria crónica espontánea (UCE), probablemente autoinmune, exacerbada por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Autoinmunidad tiroidea con función normal.

Tratamiento

Se recomienda suspender el tratamiento con lisinopril y no utilizar IECA en el futuro, así como evitar el uso de AINE, por precaución, mientras persista la clínica de urticaria. Se inicia tratamiento con rupatadina 10 mg, 1 comprimido diario, y se cita al paciente para revisión 1 mes más tarde.

Revisión 1

Cuando acude a revisión, el paciente está mucho mejor. Únicamente ha presentado 2 episodios de urticaria y angioedema, uno 3 horas tras la toma de desketoprofeno 25 mg, debido a un dolor dental, y otro en el dorso del pie derecho, que cedió espontáneamente en menos de 1 hora. Ha notado que tras suspender el tratamiento con

IECA los episodios son menos intensos y ceden antes. Fue valorado por el servicio de endocrinología, y se le recomendó evitar sal yodada y realizar un periodo de seguimiento. No ha precisado utilizar corticoides sistémicos.

Tras su consentimiento informado, al paciente se le administran, en días distanciados más de 1 semana, etoricoxib 60 mg, paracetamol 1 g y meloxicam 15 mg, con buena tolerancia a todos estos fármacos.

Tratamiento

Se mantienen las recomendaciones anteriores. Se indica utilización de paracetamol, meloxicam o etoricoxib si precisara analgesia.

Revisión 2

El paciente es citado posteriormente a los 3 meses. No ha vuelto a presentar episodios de urticaria ni angioedema sin tomar AINE ni IECA, y sigue tratamiento con antihistamínico a diario. Se le indica que tome rupatadina 10 mg a días alternos.

Revisión 3

Tres meses más tarde, el paciente indica que, al encontrarse asintomático tomando el antihistamínico cada 48 horas, lo suspendió, y no lo toma desde hace 1 mes. Presenta un picor muy esporádico, y si se rasca aparece algún habón, que se resuelve espontáneamente en minutos.

Diagnóstico

UCE autoinmune exacerbada por AINE y IECA, actualmente controlada.

Tabla 1 Clasificación de la urticaria crónica

- Autoinmune (45%):
 - IgG frente a receptor IgE (35-40%)
 - IgG anti-IgE (5-10%)
 - Otros autoanticuerpos IgG anti-TPO (hasta el 33%)
- Idiopática (55%)
- Urticaria física:
 - Dermografismo sintomático
 - Urticaria por frío
 - Urticaria por presión retardada
 - Urticaria solar
 - Urticaria por calor
 - Angioedema vibratorio
- Urticaria colinérgica
- Urticaria por contacto
- Urticaria acuagénica

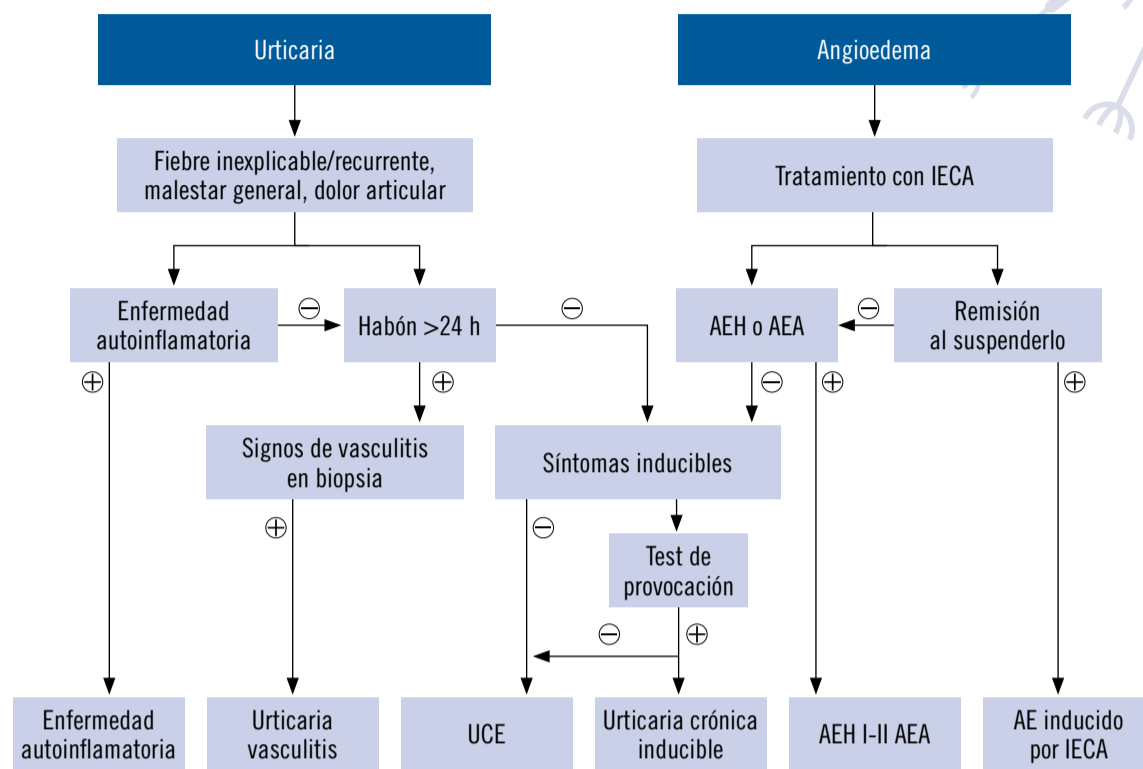


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la urticaria-angioedema. AEA: angioedema adquirido; AEH: angioedema hereditario; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; UCE: urticaria crónica espontánea

Discusión Puntos clave

- La urticaria es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de habones, angioedema, o ambos. La urticaria crónica (UC) se define por la presencia de síntomas diarios, o casi diarios, durante un periodo mayor de 6 semanas (véase clasificación en la tabla 1). Se denomina UCE si no está producida por ningún desencadenante físico. El 45% de las UCE son autoinmunes y se asocian con frecuencia a autoinmunidad tiroidea. Éste era el caso de nuestro paciente.
- Un habón es una lesión con centro edematoso y borde eritematoso, pruriginoso, evanescente, aparece de forma espontánea y suele desaparecer en 1-24 horas. Existe edema en la dermis superficial y media. El angioedema es una inflamación

localizada y transitoria del tejido celular subcutáneo o submucoso por incremento de la permeabilidad vascular. Puede ser bradikinérgico, si el mediador principal es la bradichina (como en el angioedema hereditario por déficit de inhibidor C1), o histaminérgico, si el mediador principal responsable es la histamina, como el angioedema asociado a urticaria, tal como sucedió en el caso referido.

- Los AINE son exacerbadores de la urticaria en un 30-40% de los casos, y depende también de la fase de control en que se encuentre la urticaria. Los IECA también pueden exacerbar la urticaria/angioedema. La guía británica 2015 de Powell et al. contraindican el uso de IECA en pacientes que hayan presentado angioedema.
- En el tratamiento de la UCE es fundamental el tratamiento con

antihistamínicos, así como la evitación de factores exacerbadores.

Algoritmo diagnóstico

Se debe realizar una cuidadosa y detallada historia clínica (figura 1), pilar fundamental en el diagnóstico, así como una exploración física. En ésta se prestará atención a las características de las lesiones, si existen lesiones residuales, si hay angioedema asociado, si éste es eritematoso o pruriginoso, así como su localización, si es facial, orofaríngeo, si afecta a los miembros, si es abdominal, etc. Será de gran ayuda si el paciente muestra fotografías de las lesiones cutáneas y su extensión, así como informes de urgencias que describan las características de las lesiones.

El interrogatorio (tabla 2) ayudará a establecer el tipo de urticaria y determinará la necesidad

Tabla 2 Anamnesis alergológica

- Historia familiar: antecedentes familiares de urticaria o atopia
- Antecedentes personales: enfermedades alérgicas previas, infecciones, enfermedades crónicas, enfermedades psiquiátricas
- Enfermedad actual:
 - Duración de los síntomas, frecuencia, variación diurna
 - Forma, tamaño, distribución y duración de los habones, si dejan lesión residual
 - Síntomas subjetivos asociados (dolor, picor, quemazón)
 - Relación temporal (fines de semana, viajes al extranjero)
 - Frecuencia y localización del angioedema
 - Síntomas sistémicos: dolor articular, fiebre, malestar general
 - Posibles desencadenantes: estímulos físicos (frío, calor, ejercicio, etc.), fármacos (AINE, IECA, estrógenos), alimentos, ciclo menstrual, estrés, tipo de trabajo, *hobbies*
- Tratamiento recibido: dosis, tiempo, mejoría

Tabla 3
Pruebas complementarias en la urticaria crónica espontánea

- Bioquímica, hemograma, velocidad de sedimentación globular
- T4 y TSH, anticuerpos antitiroideos
- ANA
- C3 y C4
- Inmunoglobulinas, proteinograma

T4: tiroxina; TSH: tiotropina; ANA: anticuerpos antinucleares; C3 y C4: proteínas mayores del complemento.

Tabla 4
Diagnóstico diferencial entre el angioedema histaminérgico (AEH) y el angioedema bradicinérgico (AEB)

	AEH	AEB
Asociación a urticaria	Sí	No
Eritema	Sí	No
Prurito	Sí	No
Exacerbación por AINE	Sí	No
Localización exclusiva laríngea y gastrointestinal	Infrecuente	Frecuente
Respuesta a anti-H ₁ , glucocorticoides, adrenalina	Sí	No

de pruebas complementarias, que deben ser individualizadas. En la mayoría de los casos no se necesitará un estudio extenso, excepto cuando la historia sugiera una enfermedad subyacente. Se recomienda realizar las exploraciones básicas indicadas en la tabla 3.

Criterios de derivación

El paciente con sospecha de UC será remitido a las consultas especializadas de alergología o dermatología.

Diagnóstico diferencial

La UC no es una manifestación de alergia alimentaria, aunque la alergia a alérgenos muy presentes en la dieta puede producir una urticaria recurrente o simular una UC. Puede ocurrir también que un paciente con UCE presente alergia a un alimento en concreto. Se realizará una batería de pruebas cutá-

neas con aeroalérgenos y alimentos más alergénicos, panalérgenos vegetales, y con los alimentos que oriente la historia clínica. La visión de unas pruebas cutáneas negativas puede ayudar a tranquilizar al paciente convenciéndose de que no es alérgico.

Se debe excluir una alergia alimentaria mediada por IgE cuando los síntomas aparezcan dentro de los 60 minutos tras la exposición al alimento, y no a la mañana siguiente o varias horas después. Además, los síntomas no duran varios días y es común observar síntomas asociados (prurito orofaríngeo, vómitos...). Será importante también descartar la implicación del parásito del pescado, *Anisakis simplex*.

En el edema de úvula recurrente que responde a antihistamínicos y corticoides, se debe descartar siempre una enfermedad por reflujo gastroesofágico y un an-

gioedema vibratorio en sujetos roncadores.

Habrà que sospechar enfermedades sistémicas y síndromes autoinflamatorios si existe fiebre, malestar general, artralgias o hipocomplementemia. Estas patologías no suelen presentar el prurito característico de la UC. Por otro lado, si las lesiones son dolorosas, dejan una lesión residual y son de difícil control, habría que realizar una biopsia cutánea para descartar una urticaria por vasculitis (figura 1). El síndrome de Schnitzler, además de urticaria y síntomas sistémicos, cursa con gammapatía monoclonal IgG o IgM.

En cuanto al consumo de fármacos, se debe descartar la implicación de IECA y AINE, tanto como agentes desencadenantes en casos agudos o recurrentes como agravantes/exacerbadores en las formas crónicas.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre el angioedema histaminérgico y el angioedema por bradicinina (tabla 4), puesto que es fundamental para el tratamiento. El angioedema bradicinérgico va a responder al inhibidor C1 y al acetato de icatibant. Va a plantear dudas diagnósticas principalmente si el angioedema se presentara sin habones. El angioedema bradicinérgico engloba al hereditario, al adquirido y al inducido por IECA (figura 1).

Opciones terapéuticas: control de factores exacerbadores y tratamiento sintomático

- Se han de controlar los factores exacerbadores. Durante la fase aguda de la enfermedad se recomienda evitar los AINE y utilizar como analgésicos paracetamol e inhibidores selectivos de la Cox-2 (etoricoxib, celecoxib...) e inhibidores débiles de la Cox-1 (meloxicam, nabumetona), preferiblemente tras confirmar su tolerancia de forma controlada. El tratamiento con IECA debe evitarse si existe el antecedente de angioedema, tanto si está asociado a habones como si no. Otro factor exacerbador importante es el estrés psicológico, que puede desencadenar o agravar la urticaria. En ocasiones se precisará terapia psicológica adicional.
- El tratamiento sintomático de la urticaria aguda consiste en antihistamínicos y corticoides. Por vía parenteral sólo hay disponibles anti-H₁ de primera generación, como la dexclorfeniramina, cuya dosis es de 1 vial de 5 mg en adultos y 0,15-0,3 mg/kg en niños. Por vía oral, se pueden administrar anti-H1 de segunda generación, ya que son

Tabla 5
Utilización de antihistamínicos en la urticaria crónica espontánea, según Ferrer et al.

¿Uso continuo o a demanda?	Continuo
¿Uso de anti-H ₁ de segunda generación?	Sí
¿Uso de anti-H ₁ de primera generación (sedantes)?	No
¿Combinación de varios anti-H ₁ ?	No
¿Combinación de anti-H ₁ y anti-H ₂ ?	No
¿Cambio a otro anti-H ₁ en pacientes no respondedores?	Sí
¿Tiempo de reevaluación?	4 semanas

seguros y tienen menos efectos secundarios que los de primera generación. En cuanto a los corticoides, no existen estudios que demuestren las dosis óptimas ni la duración, pero se recomienda, en el caso de la hidrocortisona, una pauta de 200 mg en adultos y de 10-15 mg/kg en niños, y en el de metilprednisolona 1-2 mg/kg en adultos y en niños. Los corticoides utilizados en el episodio agudo son bien tolerados y tienen muy pocos efectos secundarios. La adrenalina se debe utilizar en el caso de anafilaxia y angioedema laríngeo, y si el angioedema sin habones no responde adecuadamente a los antihistamínicos y los corticoides, antes de concluir que no es histaminérgico y pasar a terapia asociada a angioedema bradicinérgico.

- La guía de 2013 para el diagnóstico y manejo de la UC, avalada por EAACI/GA2LEN/EDF/WAO, recomienda el siguiente algoritmo terapéutico (figura 2):
 - Primera línea de tratamiento. Los antihistamínicos de segunda generación en dosis autorizadas son el tratamiento de primera elección en el manejo de la UCE (tabla 5). Deben tomarse diariamente para prevenir la aparición de síntomas. El paciente debe evaluarse a las 4 semanas para valorar la respuesta terapéutica.
 - Segunda línea de tratamiento. En los pacientes que no responden se debe aumentar la dosis hasta un máximo de 4 veces la indicada en la ficha técnica du-

rante un periodo de 4 semanas. Se ha demostrado la seguridad del tratamiento a largo plazo.

- Tercera línea de tratamiento. Si no hay una respuesta adecuada, se debe añadir omalizumab (anti-IgE), ciclosporina A o montelukast (antileucotrieno). La guía del Consenso Español de la UCE (Ferrer, 2015) recomienda introducir omalizumab si el paciente no responde a la segunda línea de tratamiento, y reservar la ciclosporina para los casos refractarios a omalizumab. Se ha aprobado la indicación de omalizumab en ficha técnica para el tratamiento de la UC por la Agencia Europea de Medicamentos en febrero de 2014 en dosis de 300 mg cada 4 semanas.
- Las guías indican que pueden utilizarse corticoides sistémicos en tandas cortas (menos de 10 días) en todos los escalones de tratamiento para las exacerbaciones, aunque se desaconseja claramente su uso de forma prolongada por los riesgos que implica su uso crónico. ●

Bibliografía

- Ferrer M, Bartra J, Giménez-Arnau A, Jaurregui I, Labrador-Horrillo M, Ortiz de Frutos J, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. Clin Exp Allergy. 2015; 45: 731-743.
- Powell RJ, Leech SC, Till S, Huber PA, Nasser SM, Clark AT. BSACI guideline for the management of chronic urticaria angioedema. Clin Exp Allergy. 2015; 45: 547-565.
- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA (2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. Allergy. 2014; 69: 868-887.

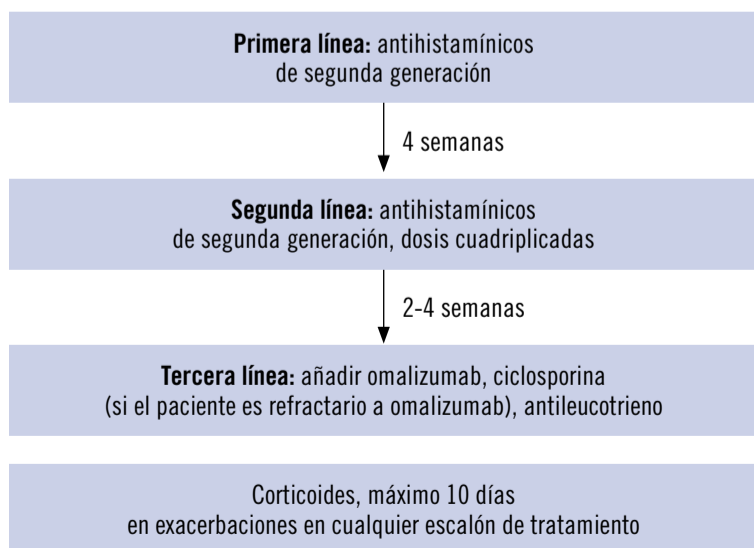


Figura 2. Algoritmo de tratamiento

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

- La urticaria es un motivo de consulta muy frecuente. En un paciente con UC es necesario realizar una correcta historia clínica y una adecuada exploración física.
- Los AINE y los IECA son factores exacerbadores frecuentes.
- Los antihistamínicos de segunda generación son el tratamiento de elección.
- La UC no obedece a una causa alérgica.
- El curso clínico de la UC es impredecible, con remisiones y recaídas espontáneas.

PRÁCTICA

Mitos sobre el control del asma en la vida real

A. Entrala^a, J. Domínguez-Ortega^{a,b}

^aDepartamento de Alergia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

^bInstitute for Health Research. Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid

El asma es un síndrome que incluye enfermedades de etiología diferente y manifestaciones clínicas similares. Trescientos millones de personas en el mundo la padecen. Afecta al 5% de los españoles, aumentando en la población infantil. El concepto de asma como enfermedad inflamatoria crónica ha permitido el acercamiento terapéutico basado en los corticoides inhalados (CI) como pilar fundamental. La combinación de estos últimos con LABA y dispositivos de diseño avanzado permite una menor mortalidad por asma. Por el contrario, puesto que el asma es muy variable, alcanzar y mantener el control se ha convertido hoy en el objetivo del tratamiento.

El control traduce el grado en que las manifestaciones del asma están ausentes o reducidas al

máximo por las intervenciones terapéuticas. El término incluye las características clínicas (síntomas y exacerbaciones) y la función pulmonar. No obstante, a pesar de un buen control de los síntomas y la función pulmonar, un paciente puede tener exacerbaciones frecuentes. Por ello, con la menor medicación posible, se buscará alcanzar el control actual pero también de las consecuencias futuras (riesgo futuro), incluyendo la ausencia de exacerbaciones graves. No hay que olvidar que entre las causas demostradas de muerte por asma están la incorrecta utilización de la medicación (61%), el cumplimiento insuficiente (54%) y la infravaloración de la gravedad de las crisis (75%). Además, un mejor control implica menores costes (509 euros por paciente y

año, frente a los 2.281 euros de uno no controlado).

Un porcentaje significativo de asmáticos no tiene su enfermedad controlada en la vida real. Cerca del 30% de los pacientes del estudio GOAL no lograron alcanzar un control «óptimo» a pesar de la terapia mantenida con dosis máximas de CI/LABA durante 1 año. Además, el 59% de los asmáticos seguidos en atención primaria no están controlados, como tampoco lo están la mayoría de los que reciben terapia de mantenimiento de forma regular.

Influyen en la ausencia de control: la presencia de comorbilidades; la exposición a desencadenantes del asma como alérgenos, virus o contaminantes; el mal cumplimiento terapéutico; el uso inadecuado de los dispositivos de inhalación; una mala comprensión de las características de la enfermedad y/o del tratamiento, y distintos factores socioeconómicos.

Médicos y pacientes tienden a sobreestimar el nivel de control. En el estudio AIRE, el 50% de las asmas persistentes graves y sintomáticas se declaraban completa o parcialmente controladas. Además, la valoración del médico tiende a basarse en la percepción clínica reciente que, a su vez, depende de la

información clínica que proporciona el paciente. Incluso la respuesta al tratamiento puede depender de factores del propio sujeto (situación basal, comorbilidades, fenotipo, etc.), del mecanismo de acción, de la dosis o del tiempo de tratamiento. Por ello, en la evaluación del control, la focalización en pocas variables puede conducir a sobrevalorar el nivel de control y a un mayor riesgo de infratratamiento. Se aconseja utilizar una combinación de variables que incluiría aspectos como «días libres de síntomas», valores de pre y post-VEMS, calidad de vida, efectos derivados del tratamiento, cuestionarios de control (ACT o ACQ) y presencia de exacerbaciones. Estos datos deben hacer referencia al momento de la visita y a un tiempo relativamente actual, que por consenso se ha situado entre la semana previa y las 4 semanas anteriores a la visita. La anamnesis dirigida se completará en cada visita con una exploración física detallada.

La adhesión al tratamiento es un factor crítico para alcanzar y mantener el control. Por tanto, se aconseja determinar el grado de adhesión en cada paciente, no sólo mediante la anamnesis (que puede sobreestimar) sino también con cuestionarios validados. Los más

conocidos son el test de Morisky-Green y la escala MARS-A, aunque en España ha sido validado recientemente el TAI (test de adhesión de inhaladores). Este último es específico para inhaladores y permite definir perfiles de incumplimiento: errático si se olvida tomar la medicación, deliberado si se es consciente de no tomarla, e inconsciente cuando no recuerda adecuadamente la pauta o tiene errores en la técnica. El TAI detecta un 20% de asmáticos con incumplimiento por este motivo. La no utilización correcta de los dispositivos condiciona una falta de eficacia terapéutica y un control insuficiente de la enfermedad. En España, sólo el 14,2% de los médicos que atienden a pacientes con asma conocen adecuadamente la terapia inhalada, lo que obliga a realizar medidas educacionales en dicho colectivo, a fin de que repercutan en mejorar el conocimiento de la técnica inhalatoria por parte de los pacientes.

En resumen, el control del asma representa el objetivo final de la intervención médica y es necesario esforzarse para alcanzarlo. El hecho de que no se alcance en algunos pacientes destaca la necesidad de mejorar las estrategias de manejo de la enfermedad. ●

ACLAREMOS CONCEPTOS

Reacciones adversas por alimentos. ¿Qué diferencias hay entre alergia e intolerancia?

C. Blanco Guerra

Servicio de Alergología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Se define como reacción adversa a alimentos cualquier reacción anómala producida por su ingestión. Se trata de un problema frecuente, potencialmente grave y que puede condicionar mucho la calidad de vida de los pacientes y sus familias, por lo que suele ser motivo de consulta en atención primaria.

Existe confusión en relación con la nomenclatura de las reacciones adversas a alimentos. De forma tradicional, dichas reacciones se clasifican en alérgicas, no alérgicas (o de intolerancia) y tóxicas (o intoxicaciones). Las reacciones alérgicas son aquellas en que subyace un mecanismo inmunológico, es decir, una respuesta específica del sistema inmunitario contra componentes del alimento, mientras que las reacciones no alérgicas se deben a otros mecanismos.

Las reacciones alérgicas a alimentos más frecuentes y mejor conocidas son mediadas por anticuerpos de tipo inmunoglobulina E (IgE). Se caracterizan por lo siguiente:

- Los síntomas suelen ser inmediatos (de segundos a minutos) tras ingerir el alimento.
- Cursan con manifestaciones típicas, que pueden variar desde síntomas leves (picor y enrojecimiento peribucal) hasta graves (la temida reacción anafiláctica), y suelen acompañarse de síntomas cutáneos (urticaria, angioedema), respiratorios (rinitis y/o asma bronquial) y, más raramente, digestivos.
- Una mínima dosis del alimento en cuestión puede causar una reacción grave, por lo que es fundamental seguir una dieta estricta.
- Se dispone de métodos diagnósticos para confirmar la sensibilización IgE a alimentos, como pruebas cutáneas o determinación de IgE sérica. Sin embargo, en muchas ocasiones hay que recurrir a las pruebas de provocación, para comprobar la posible alergia a un alimento concreto. Por su complejidad y riesgo, estos estudios han de ser realizados por parte de especialistas en alergología.

- Si bien la alergia a alimentos se suele manejar con dieta exenta del alimento causante, en determinados casos, como en ciertos niños con alergia a proteínas de leche de vaca, es posible inducir tolerancia mediante protocolos específicos, que han de llevarse a cabo en centros especializados.

Por el contrario, hablamos de reacciones no alérgicas (o de intolerancia) a alimentos cuando no hay un mecanismo inmunológico subyacente. Por ejemplo, pueden ocurrir por un déficit de ciertas enzimas digestivas o por efectos farmacológicos de determinados componentes de los alimentos. Por lo general:

- Las manifestaciones clínicas suelen ser más tardías, y pueden producirse entre minutos y horas tras la ingestión del alimento.
- Con frecuencia predominan los síntomas digestivos, como dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos o diarreas; no se ocasionan reacciones anafilácticas.
- La intensidad de las manifestaciones dependerá de la dosis del alimento ingerida, de tal forma que pequeñas cantidades suelen ser bien toleradas.
- Los métodos diagnósticos varían según el tipo específico de reac-

ción de que se trate. En todo caso, las pruebas cutáneas y la determinación de IgE sérica serán negativas al alimento en cuestión.

- Si bien el manejo puede incluir la dieta exenta en determinados alimentos, pequeñas transgresiones no tendrán consecuencias graves y no se utilizan protocolos específicos para inducir su tolerancia.

- Ejemplo característico de este tipo de trastornos es la intolerancia a la lactosa o azúcar de la leche, debida al déficit de lactasa (enzima que digiere la lactosa). Este trastorno es muy frecuente en los individuos adultos, que sufren molestias digestivas al ingerir lácteos, cuya intensidad dependerá de la cantidad ingerida, y no ocasiona reacciones graves. La dieta sin lactosa previene las molestias. ●

PUNTOS CLAVE

- Las reacciones alérgicas a alimentos están causadas por mecanismos inmunológicos; las más frecuentes son las mediadas por anticuerpos IgE.
- En caso de alergia a alimentos, una mínima transgresión dietética puede tener consecuencias graves para el paciente, por lo que es fundamental hacer una dieta estricta, exenta de los alimentos causantes.
- Mientras tanto, en las reacciones no alérgicas a alimentos o de intolerancia, subyacen otro tipo de mecanismos, como el déficit de enzimas digestivas, lo que confiere características que las diferencian claramente de las alergias alimentarias.
- Ante la sospecha de una alergia a alimentos, hay que remitir al paciente al especialista en alergología, quien realizará el estudio correspondiente.

EN LA RED

F. Camarellles Guillem^a, J. Contreras Porta^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. ^bServicio de Alergia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en nuestro país¹. Dejar de fumar es, probablemente, lo más importante que un fumador puede hacer por su salud, y es beneficioso tanto individualmente como para el entorno del fumador².

Por otra parte, la asociación de asma y consumo de tabaco es una realidad que modifica sustancialmente los mecanismos patogénicos, produce una clínica más florida y mayor resistencia a los tratamientos habituales del asma. El consumo de tabaco agrava el asma en los adultos, y se ha relacionado con la incidencia de asma en adolescentes y adultos. Además, la exposición al humo (llamado tabaquismo pasivo o indirecto) es un desencadenante de ataques de asma en niños y adultos³.

Tanto cuando ayudamos a un paciente fumador a dejar de fumar como cuando damos un consejo breve de salud para que abandone el tabaco, es importante entregar material informativo-educativo⁴. Este material puede basarse en páginas web y/o recursos de internet enfocados específicamente a ayudar a dejar de fumar. Básicamente tenemos a nuestra disposición dos tipos de web: unas con enfoque informativo motivacional, y otras dirigidas específicamente a ayudar a dejar de fumar. Además, disponemos en internet de guías elaboradas para ayudar al paciente fumador a abandonar el tabaco:

Smoke free en español

Página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, visualmente muy atractiva y completa. La información se estructura según se quiera dejar de fumar hoy, se esté preparando, se quiera saber más, o se quiera ayudar a dejar de fumar. Cabe destacar la ayuda directa que se oferta al fumador en forma de suscripción a un programa de mensajería de texto para teléfonos móviles (que provee recomendaciones y ánimos para ayudar a dejar de fumar), o a través de una Quit Line, un servicio disponible a través de un teléfono gratuito. Resulta muy útil la sección de preparación de un plan para dejar de fumar.

<http://espanol.smokefree.gov/>



Estilos de vida saludables

Nueva web de estilos de vida saludables, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Una de las secciones de esta web trata sobre la prevención del tabaquismo. Es una página web muy completa, orientada más a proporcionar información, aunque también incluye ayudas concretas para dejar de fumar y enlaces útiles con una selección de aplicaciones para móvil en español. Está estructurada en diferentes secciones, entre las que se incluyen las razones para dejar de fumar, los falsos mitos, la relación del



consumo de tabaco con distintas circunstancias (embarazo, niños, salud mental y otros), ayuda para dejar de fumar y ejemplos de fumadores con éxito en el intento.

<http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/tabaco/home.htm>

Deja de fumar con ayuda

Página patrocinada por Pfizer, enfocada principalmente a ayudar en el intento de abandono del tabaco. Tiene una sección de consejos muy amplia que pueden resultar muy útiles al fumador cuando está dejando de fumar, desde comprarse una hucha para ir guardando el dinero ahorrado hasta la búsqueda de alternativas al consumo de tabaco.

<https://www.dejadefumarconayuda.es/consejos-para-dejar-de-fumar>



Los ex fumadores son imparables

Se trata de una campaña de la Comisión Europea dirigida a fumadores y empresas, que usa las redes sociales, como Facebook, y dispone de un novedoso sistema para ayudar a dejar de fumar, llamado «Deja de fumar con I coach».

<http://www.exsmokers.eu/es-es/index.html>



También puede ser útil proporcionar a los fumadores enlaces a guías para dejar de fumar. Cabe destacar la guía «Usted puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo», del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo CNPT (disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/GuiaO5.pdf), y la guía de la Asociación Española Contra el Cáncer «Esfúmate del tabaco».

https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Guia_dejar_fumar.pdf

Bibliografía

1. Camarellles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogue MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Madrid. Med Clin (Barc). 2013; 140(6): 272.e1-272.e12.
2. Córdoba R, Cabezas C, Camarellles F, Gómez J, Díaz D, López A, et al. Recomendaciones estilos de vida. Programa Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), Actualización 2012. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1: 16-22.
3. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Las consecuencias del tabaquismo en la salud: 50 años de progreso. Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de Estados Unidos. Resumen ejecutivo, 2014. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf. (última visita 4-2-16).
4. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf. (última visita 4-2-16).

PUNTOS CLAVE

- Dejar de fumar es, probablemente, lo más importante que un fumador puede hacer por su salud, y es beneficioso tanto individualmente como para el entorno del fumador, especialmente en los pacientes alérgicos y/o asmáticos.
- Tanto cuando ayudamos a un paciente fumador a dejar de fumar como cuando damos un consejo breve de salud para que abandone el tabaco, es importante entregar material informativo-educativo.
- Proporcionar a tu paciente fumador enlaces a páginas web con contenidos informativos y de ayuda para dejar de fumar puede ser una muy buena opción o complemento a tu intervención.



Preguntas al experto

Francisca Capel Torres

Vicepresidenta de la Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex (AEPNAA)

«El 20% de las reacciones alérgicas ocurren en centros educativos»

En España la alergia alimentaria tiene actualmente una prevalencia estimada del 3%, lo que se traduce en más de 1,3 millones de españoles afectados. En el caso de los niños la prevalencia es aún mayor, del 7,5%, y además las estadísticas destacan que todos estos datos se han duplicado en los últimos diez años. Se trata, por tanto, de un problema cada vez más frecuente en las consultas de atención primaria y que requiere un enfoque integral, ya que comprende muchos aspectos físicos, psíquicos, emocionales y sociales, tanto para quienes padecen la alergia como para su entorno más cercano. La escolarización segura del alumnado con alergia a alimentos y látex es, como indica Francisca Capel Torres, pedagoga y vicepresidenta de la Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex (AEPNAA), una de las múltiples facetas que abordar en el caso de las unidades pediátricas y «un propósito que los propios sanitarios deberán promover también desde sus consultas, cerrando el círculo de apoyo al paciente».

– La alergia a alimentos es un problema creciente. Desde el punto de vista del paciente, sea niño o adulto, ¿qué se espera de la atención primaria en su centro de salud?

– Ésta es una pregunta clave, ya que el problema de la alergia implica muchos elementos que deben tenerse en cuenta, y el médico de atención primaria será la figura que centralice, asesore y oriente en muchos ámbitos de la vida cotidiana del paciente.

En primer lugar, creemos que el paciente y su entorno familiar buscan en su médico el mayor conocimiento y concienciación posible sobre este tema. Esto incluye aspectos que van desde el diagnóstico temprano, y la derivación del paciente al especialista, hasta los distintos tratamientos. Se necesita, por ejemplo, un mayor conocimiento sobre los procesos de inducción oral de tolerancia y tomar conciencia de la necesidad de prescribir autoinyectores de epinefrina en caso de pacientes con mayor riesgo de reacciones graves y de su administración sin demora como tratamiento de elección en caso de anafilaxia. También hay que ser consciente de la posible presencia de alérgenos alimentarios en

la composición de medicamentos y productos sanitarios.

Otro requisito fundamental para el paciente es que la problemática social entre dentro de la consulta de atención primaria, es decir, que el facultativo se implique en lo que supone esta enfermedad para realizar todo tipo de actividades (comer fuera de casa, practicar deporte, viajar, coste de productos especiales, necesidad de medicación de rescate, etc.), ofreciendo informes detallados cuando se precisen para poder llevar a cabo estas actividades con mayor seguridad.

Otro objetivo fundamental por el que deben velar los facultativos en el caso de la población infantil es la escolarización segura. Según los últimos estudios, el 20% de las reacciones alérgicas ocurren en centros educativos. Además, dos tercios de las escuelas tienen al menos un niño con riesgo de anafilaxia. Por ello, es capital la tarea de que el propio pediatra, conociendo la realidad educativa y cómo afecta la alergia al niño en su vida diaria, facilite el «Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela» y ayude a que la escolarización se realice en las mejores condiciones: garanti-

zando un adecuado desarrollo, tanto físico como emocional, en un ambiente escolar lo más normalizado posible. El pediatra también puede informar acerca de los alérgenos que evitar, las vías de reacción, los efectos secundarios de la medicación administrada sobre la atención y el comportamiento (somnia, nerviosismo), el malestar físico o emocional que pueden provocar la urticaria, la rinoconjuntivitis, el angioedema, etc.

– ¿Por qué es tan importante que el médico tenga en cuenta esos aspectos emocionales del paciente?

– Los estudios apuntan a que el estrés y la frustración, provocados por la necesidad constante de mantenerse pendiente y en estado de alerta, son algunas de las emociones que persiguen a los pacientes con alergia a alimentos y látex. Pensemos, por ejemplo, en el juego emocional de los padres de los niños y adolescentes con alergia, que han de negociar a diario lo que sus hijos pueden o no pueden hacer, y en la presión que sienten los propios niños, así como los jóvenes y adultos con alergia, que desde edades tem-

pranas han de sobrellevar la preocupación constante de vivir en un mundo donde el riesgo cero no existe, y donde la sombra de una reacción alérgica por una exposición accidental siempre está presente.

Por todo esto, es esencial observar el desarrollo de la personalidad en el caso de niños y adolescentes y velar en general por que los pacientes con alergia proyecten una imagen positiva de sí mismos, un factor más dentro del alcance y orientación del facultativo. Es cierto que las asociaciones de pacientes desempeñamos un papel fundamental en el apoyo emocional al paciente; por eso mismo existe la necesidad de que sean los propios médicos de cabecera y pediatras los que insistan al paciente en la importancia de asociarse.

– ¿Qué aportan concretamente las asociaciones de pacientes con alergia alimentaria, como la AEPNAA, en el panorama sanitario actual?

– Por una parte, contamos con pacientes expertos que ayudan a otros pacientes en el manejo de la alergia, formándolos en autocuidados. Ofrecemos información de calidad gracias al respaldo de nuestro comité científico. Esto posibilita que haya menos reacciones alérgicas y un menor uso de los servicios sanitarios de urgencias, más adherencia a los tratamientos, menos bajas laborales y menos gasto farmacéutico. Es, a todas luces, una cadena de beneficios para todas las partes implicadas.

Por otra parte, mantenemos relación con las sociedades médicas

implicadas, lo que revierte en favorecer medidas para lograr una mejor atención y administración sanitaria acorde con nuestra problemática.

– Por último, ¿cómo considera usted que se puede concienciar más a la sociedad y al sistema sanitario de la importancia creciente de la alergia alimentaria?

– Es esencial la adopción y seguimiento de normativas, inspecciones, etc. El nuevo Reglamento europeo de información alimentaria al consumidor o la Ley de seguridad alimentaria, aunque siempre son mejorables, son piezas esenciales para que se asuma la magnitud del problema por parte de toda la sociedad, y que nos dan una mayor visibilidad. Hay que velar por el cumplimiento efectivo de esta normativa, que debe acompañar esta realidad y ser clara en los aspectos esenciales que garantizan en todo momento la seguridad de la persona con alergia. Pensemos en que en España se sirven al día miles de comidas para personas con alergia fuera del ámbito domiciliario (comedores escolares, hospitales, restaurantes, máquinas de vending...).

Por último, las campañas informativas y la difusión que hagamos desde las propias asociaciones serán sin duda una vía más de concienciación, pero es preciso que las Administraciones públicas se impliquen también en ello, con información, formación y legislación en favor de la protección e integración social del colectivo. ●