

ABC de la Alergología en Atención Primaria

J.M. Negro Álvarez^{a,b}, J.C. Miralles López^c, R. Félix Toledo^a, C. Navarro Garrido^a, E. de Lara Chacón^a y T. Hurtado García^a

^aSección de Alergología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bProfesor Asociado de Alergología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. ^cSección de Alergología. Hospital General Universitario. Murcia.

RINITIS ALÉRGICA

Introducción

Éste es el primero de una serie de artículos dedicados a las patologías alérgicas más frecuentes en Atención Primaria, orientados a una gestión clínica de los procesos en su totalidad y que gire, por tanto, en torno al paciente.

Supuesto clínico

Mujer de 32 años que desde que comenzó el verano presenta episodios de estornudos en salvas, prurito nasal y faríngeo e hidrorrea moderada, por lo que inició tratamiento con un antihistamínico que le habían prescrito años atrás. Aunque mejoraba la sintomatología le producía somnolencia, lo cual interfería en su trabajo; por ello comienza a usar Utabon[®] (descongestionante tópico nasal), el cual debe utilizar cada vez con mayor frecuencia para poder controlar los síntomas. Como antecedentes cabe destacar que desde hace tres meses toma anticonceptivos. Acude a su médico de Atención Primaria para saber qué tratamiento le puede ayudar.

Preguntas que debemos incluir al realizar la historia clínica

¿Estamos ante una rinitis alérgica?

La rinitis alérgica se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- Prurito nasal, ocular, ótico, palatino o faríngeo.
- Estornudos en salvas, generalmente más de 20 al día.
- Hidrorrea de varios pañuelos al día.
- Obstrucción nasal. En el área mediterránea, es muy típica en los alérgicos al polen de parietaria judaica.
- Dura una hora o más al día, durante el período de presencia del alérgeno al que se es alérgico.

¿La clínica interfiere en el estudio, trabajo o sueño de la paciente?

En caso de una respuesta afirmativa es preciso valorar si se añade al tratamiento un antihistamínico de primera generación antes de acostarse.

Correspondencia:
J. M^a Negro Álvarez.
C/ Valle, 7.
30120 El Palmar. Murcia.
Correo electrónico: jnegroa@meditex.es

¿Interfiere en sus relaciones personales? ¿Cuál es la posible causa subyacente?

La alergia es una causa común de síntomas crónicos de rinitis. Si estos son estacionales, el polen (fiebre del heno) y esporas de hongos son las causas más probables; los síntomas perennes son típicamente debidos a los ácaros del polvo de casa o a animales de compañía. Los síntomas durante los periodos de máxima polinización se suelen acompañar de inflamación conjuntival, y en algunos pacientes de tos irritativa e incluso asma.

En el caso de que la paciente presente una rinitis sugestiva de etiología alérgica y no refiera una relación causa-efecto de fácil eliminación del alérgeno (por ejemplo, al estar en contacto con perros), debe de remitirse al alergólogo, para que identifique la etiología mediante pruebas cutáneas, y en casos puntuales, cuantificación de IgE sérica y/o provocaciones inhalativas e instaure el tratamiento con inmunoterapia específica.

¿La paciente tiene antecedentes familiares o personales de atopía?

Su presencia nos va a orientar hacia la patología alérgica, por lo que es preciso preguntar por antecedentes de rinitis y/o asma alérgicos y dermatitis atópica. Preguntar sobre el empleo de fármacos concomitantes con la aparición de los síntomas y sobre los empleados para el tratamiento de la rinitis, así como sobre la respuesta al tratamiento.

¿Los síntomas podrían ser debidos a efectos secundarios de otros fármacos?

Por ejemplo, el empleo prolongado de descongestionantes tópicos, causa de rebote del empeoramiento de los síntomas.

¿El efecto del tratamiento o el cumplimiento era pobre, y si es así esto ha sido relacionado con los efectos secundarios del tratamiento?

Por ejemplo, la taquicardia en relación con la ingesta de antihistamínicos asociados a pseudoefedrina hace que muchos pacientes abandonen el tratamiento.

Otras causas de síntomas de rinitis incluyen la infección (viral o bacteriana), los problemas estructurales de la nariz y, menos comúnmente, problemas endocrinos (hipotiroidismo), iatrogenia (por ejemplo, la píldora combinada anticonceptiva), etc.

La poliposis nasal, el asma, y la hipersensibilidad frente a la aspirina en un pequeño porcentaje de pacientes coexisten.

La sinusitis y en ocasiones la otitis pueden ser complicaciones de la rinitis alérgica.

La presencia de obstrucción nasal unilateral y la descarga manchada de sangre nasal pueden sugerir la presencia de un carcinoma nasofaríngeo.

Conducta a seguir ante estos pacientes¹⁻² (figs. 1-4)

—Si presenta síntomas alarmantes, como por ejemplo sangre acompañando a la rinorrea, una vez descartada hipertensión arterial (HTA) y otras causas evidentes, debe remitirse el paciente al especialista.

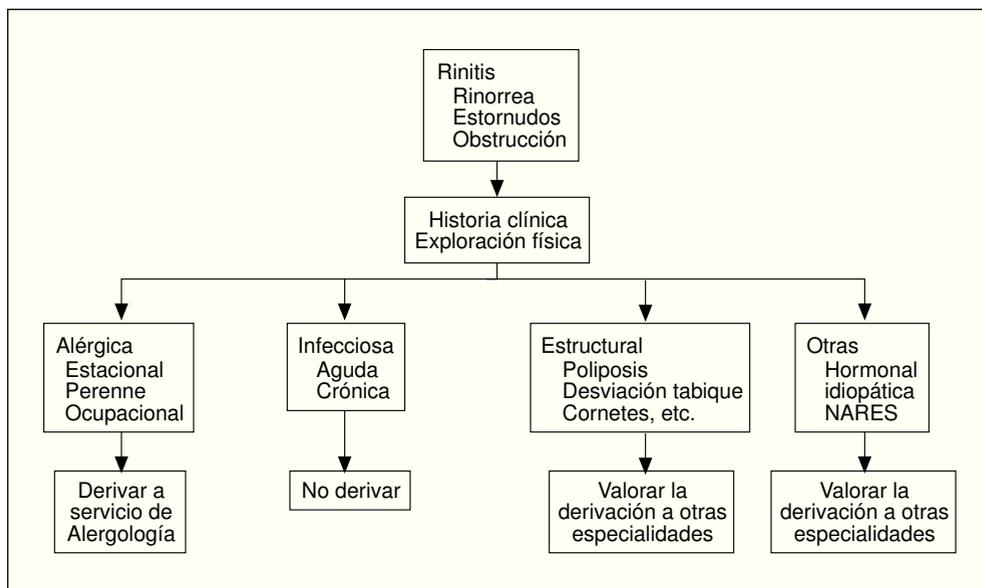


Figura 1. Protocolo de derivación de pacientes con rinitis a atención especializada.

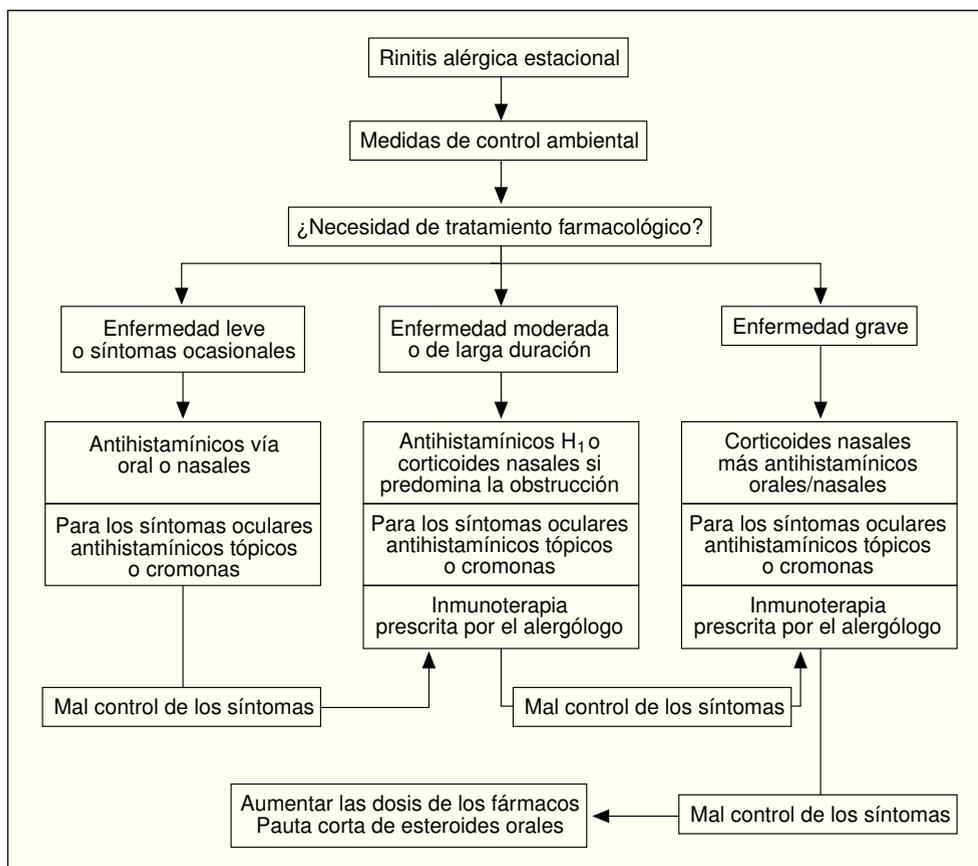


Figura 2. Control ambulatorio de pacientes con rinitis alérgica estacional.

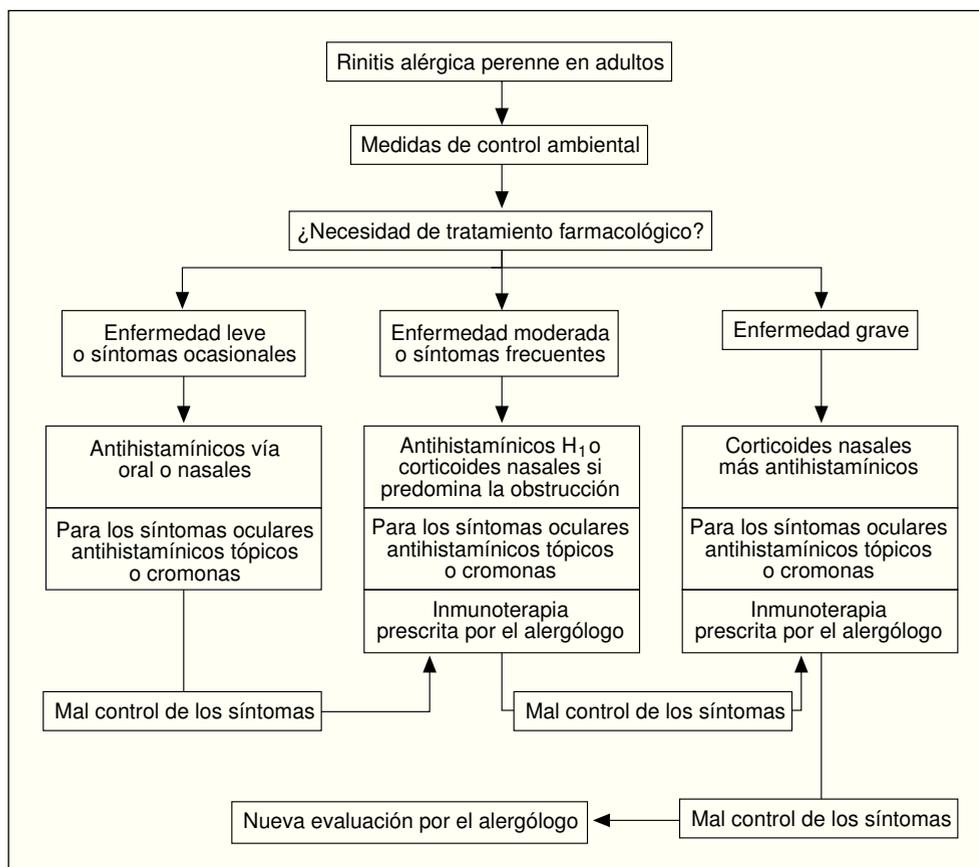


Figura 3. Control ambulatorio de la rinitis alérgica perenne.

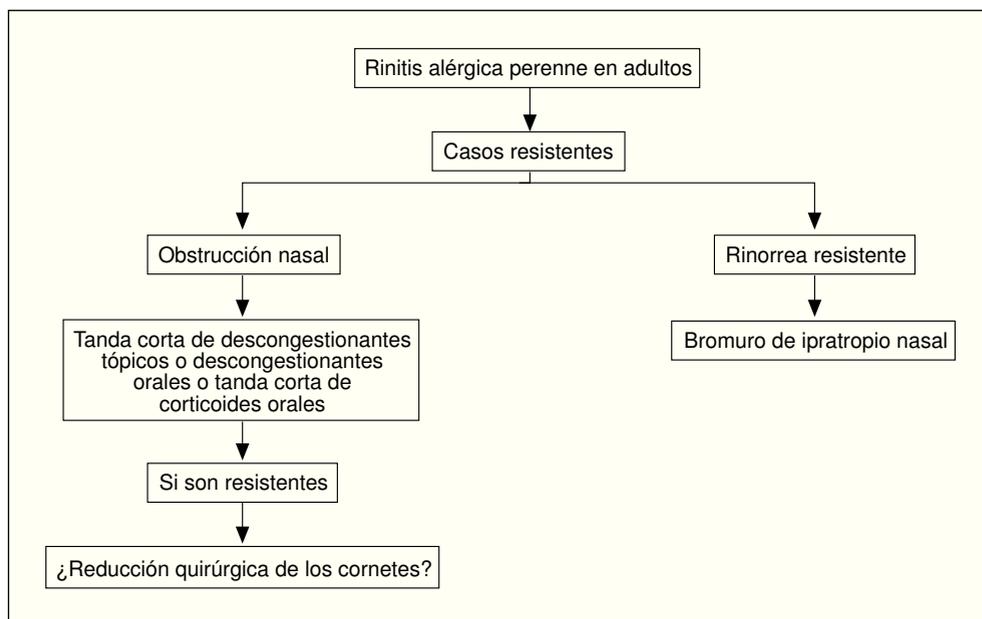


Figura 4. Control ambulatorio de la rinitis alérgica perenne resistente.

—Tratar la causa subyacente si es posible; infecciones víricas y bacterianas, evitación del alérgeno, etc.

—Los problemas estructurales nasales por lo general requerirán la opinión de un especialista.

—Tratamiento sintomático de acuerdo con la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000;55:2:116-34.
2. Negro JM, Periago J, Navarro C, López Sánchez JD, Pagán JA, García Sellés FJ. Guía de actuación ante una rinitis alérgica en atención primaria. *ORLIPDIPS* 2001;28:4:190-99.

SHOCK ANAFILÁCTICO

Introducción

Se conoce como shock anafiláctico a un cuadro clínico multisistémico, dramático, ocasionalmente fatal, producido por una reacción de hipersensibilidad tipo I frente a un antígeno. Se produce la liberación intensa de mediadores, que al actuar sobre los órganos diana ocasionan la sintomatología que afecta a diversos órganos y aparatos.

Supuesto clínico

Paciente de 19 años sin antecedentes personales de interés excepto una rinitis alérgica y un asma bronquial primario por sensibilización a pólenes, que estando en la consulta de enfermería del centro de salud, presenta a los 10 minutos de la administración subcutánea de una vacuna con la que trata su alergia, un cuadro de mareo intenso, visión borrosa, palidez, hipotensión y pérdida de conocimiento.

Preguntas que debemos incluir al realizar la historia clínica

Interrogar exhaustivamente sobre la posible relación causa-efecto con las principales etiologías (tabla 1).

Conducta a seguir ante estos pacientes

—Tratar el cuadro clínico del paciente (tabla 2). La adrenalina puede administrarse subcutánea o intramuscular, pero no debe de ser administrada vía intravenosa, excepto en determinadas circunstancias con el paciente monitorizado.

Tabla 1. Causas más frecuentes de shock anafiláctico

Medicamentos
Vacunas antialérgicas
Picaduras de himenópteros
Alimentos, frutas y frutos secos
Látex
Rotura espontánea de un quiste hidatídico
Idiopático

Tabla 2. Tratamiento de urgencia de una reacción anafiláctica

Solución de clorhidrato de adrenalina al 1/1000. Adrenalina Llorente®
Media ampolla (0,5 ml) subcutánea en el lugar de la inyección del medicamento y la otra media subcutánea o intramuscular, que puede repetirse pasados 15-20 minutos
En niños: 0,1 ml por cada 10k de peso
Torniquete por encima del lugar de la administración
Acostar al enfermo y mantener elevadas las extremidades inferiores
Conservar la permeabilidad de las vías aéreas, bien con respiración boca a boca, cánula de Mayo o intubación. En casos extremos puede ser necesario clavar una aguja gruesa en la membrana cricoides, o realizar una traqueotomía
Oxigenoterapia continua
Mantener la presión sanguínea con suero salino o glucosado en perfusión rápida
Antihistamínicos intramusculares o intravenosos Polaramine®amp
Corticoides hidrosolubles intramusculares o intravenosos (poco útiles si tenemos en cuenta la rapidez y gravedad con que se instaura el cuadro clínico)

—Prohibir la administración por cualquier vía de preparados medicamentosos que contengan en su composición los fármacos responsables del cuadro clínico y sus derivados.

—En el caso de haber sido producido por frutas, frutos secos o alimentos, prohibir su ingesta, así como la de los que los contengan.

—En el caso de que el paciente sea alérgico a venenos de himenópteros (abeja y/o avispa), deberá siempre llevar consigo un pequeño botiquín (tabla 3). Actualmente, la adrenalina también está comercializada pre-dosificada en dos presentaciones para su autoadministración intramuscular (fig. 1): EpiPen® Auto-Injector (0,3 mg) (etiqueta amarilla) para adultos; EpiPen® Jr. Auto-Injector (0,15 mg) (etiqueta blanca) para niños; Adrenalina precargada Level®. Las dos primeras comercializadas en España como Adrejet® (Laboratorios ALK-Abelló).

En el caso de una nueva picadura, el paciente o la persona que le acompañe actuará de la siguiente manera:

—Si la picadura ha sido en una extremidad (brazo o pierna) se pondrá inmediatamente el torniquete de goma bien apretado por encima de la zona que le ha picado el insecto (por ejemplo, si ha sido en una mano, aplicarlo en la muñeca de la mano picada).

—Inyectarse inmediatamente una ampolla de adrenalina por vía subcutánea (debajo de la piel) en la zona más próxima a la picadura o, al menos, en un muslo o brazo. En caso de no mostrar clara mejoría repetir otra media ampolla de adrenalina a los 15 ó 20 minutos.

—Tráguese inmediatamente los dos comprimidos juntos de Zyrtec® (o un trago de las gotas).

—Finalmente, si es posible, inyectarse por vía intramuscular los 40 mg de urbasón soluble®.

Tabla 3. Botiquín de urgencias que siempre debe de llevar un paciente alérgico a picadura de himenópteros (abeja y/o avispa)

Dos ampollas de adrenalina autoinyectable Level®
Un anmguito o torniquete de goma
Dos comprimidos de Zyrtec® (en caso de niños pequeños, sustituir por un frasco de gotas)
Un vial de Urbason soluble® de 40mg
Aguja y jeringuilla estériles



Figura 1. Adrenalina predispensada.

—Acudir lo antes posible al médico, centro de salud u hospital más cercano.

—Mantenerlo en observación durante las siguientes 4-6 horas, ante la posibilidad de aparición de reacciones retardadas.

—Estos pacientes deben de ser derivados a una unidad de Alergología de forma preferente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Ewan PW. ABC of Allergies: Anaphylaxis. *BMJ* 1998;316:1442-6.

McGrath KG. Anaphylaxis. En: *Allergic Disease. Diagnosis and management*. Patterson R, Grammer LC, Greenberger PA, editores. 5ª Edición. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven, 1997. p.439-58.

Sadana A, O'Donnell C, Gavalas M. Managing acute anaphylaxis. *BMJ* 2000;320:937-8.

ALERGIA A MEDICAMENTOS

Introducción

Siguiendo con la serie de artículos dedicados a las patologías alérgicas más frecuentes en Atención Primaria que recientemente comenzamos (rinitis alérgica), orientados a una gestión clínica de los procesos en su totalidad y que gire, por tanto, en torno al paciente, presentamos ahora el manejo de una paciente que acude a la consulta por una reacción adversa a medicamentos (RAM).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una RAM como cualquier efecto perjudicial o no deseado que ocurre tras la administración de una dosis normalmente utilizada en la especie humana como profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, o para la modificación de una función biológica.

Supuesto clínico

Mujer de 32 años que acude a la consulta por presentar desde hace dos días odinofagia y fiebre alta termometrada (39,2 °C). A la exploración presenta placas purulentas en ambas amígdalas y adenopatías en cadenas laterales de cuello. Como antecedentes cabe destacar que hace dos o tres años, inmediatamente después de tomar un antibiótico y un analgésico por un proceso inflamatorio dental, cuyos nombres no recuerda, presentó a los 5-10 minutos una urticaria aguda, por lo que llamó al 061. El cuadro cedió tras suprimir el antibiótico y después de una semana de tratamiento con antihistamínicos. Desde entonces no ha tomado antibióticos, y como analgésico utiliza Gelocatil® (paracetamol), que en numerosas ocasiones no es eficaz. Dado que frecuentemente presenta cefaleas y éstas no responden al tratamiento con paracetamol, quiere conocer qué analgésicos podría utilizar además del actual.

Preguntas que debemos incluir al realizar la historia clínica

Existe la opinión bastante generalizada de que el diagnóstico de alergia a medicamentos se basa siempre en la realización de unas pruebas cutáneas. Sin embargo, esto es un gran error, ya que la realización de las mismas puede tener consecuencias imprevisibles.

Al actuar la mayoría de fármacos como haptenos o antígenos incompletos, debiendo unirse a proteínas del paciente para producir un antígeno completo, es fácil comprender que al hacer las pruebas cutáneas obtendremos, generalmente, resultados negativos sin que por ello se pueda afirmar que el paciente no sea alérgico a esa droga; además la reacción puede estar causada por un metabolito del fármaco en cuestión, con lo cual las pruebas cutáneas también darían un resultado negativo. Por todo esto, en la mayoría de las ocasiones hay que recurrir a las pruebas de provocación controlada para poder diagnosticar la alergia a fármacos.

En alergia a medicamentos la historia clínica es fundamental, y nos debe orientar en los siguientes puntos:

—Identificación de la reacción como presuntamente alérgica, descartando aquellas que se deban a otros mecanismos (tablas 1 y 2).

—¿Cuánto tiempo ha transcurrido y cuál es el número de dosis administradas hasta que ha aparecido la reacción? Suele haber una relación de temporalidad entre la administración del medicamento y la reacción; las de tipo I aparecen en pocos minutos y las tipo IV lo hacen más tardía-

Tabla 1. Clasificación de las reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Reacciones adversas previsibles que pueden ocurrir en sujetos normales

- Sobredosis: por ejemplo por sobredosis de antihipertensivos
- Efectos colaterales: por ejemplo somnolencia de algunos antihistamínicos
- Efectos secundarios o indirectos: por ejemplo candidiasis orales en pacientes tratados con esteroides inhalados
- interacciones entre fármacos: por ejemplo teofilinas asociadas a macrólidos

Reacciones adversas imprevisibles

- Intolerancia: por ejemplo una pequeña dosis del fármaco produce un excesivo efecto farmacológico
- Idiosincrasia: por ejemplo anemia hemolítica por primaquina
- Alergia o hipersensibilidad: sólo el 5%-10% de las RAM son por este mecanismo

Tabla 2. Criterios clínicos para establecer la naturaleza alérgica de una reacción a medicamentos

- Que ocurra solamente en una minoría de los pacientes que reciben el fármaco
- Que las manifestaciones observadas no se parezcan en nada a su acción propiamente farmacológica
- Que la reacción sea semejante a cualquier otro cuadro aceptado generalmente como alérgico
- Que exista un período de inducción, comúnmente entre 7 y 10 días después de la primera exposición
- Que se pueda reproducir al volver a administrar pequeñas dosis del mismo medicamento
- Que también pueda reproducirse con otros fármacos de similar estructura química y que poseen reacción cruzada con la droga
- Puede observarse, en ocasiones, eosinofilia sanguínea y/o tisular acompañante
- La reacción debe de resolverse una vez suspendida la administración del medicamento responsable

mente. Las reacciones más frecuentes, urticaria aguda y/o angioedema y shock anafiláctico ocurren generalmente en unos minutos tras la administración del fármaco, en pacientes previamente sensibilizados.

—¿Cuál fue el proceso por el que se prescribió el fármaco? Nos va a orientar hacia el grupo farmacológico supuestamente responsable del cuadro clínico.

—Relación detallada de todas las drogas que tomaba el paciente en el momento de iniciarse el cuadro clínico.

—¿Tipo de cuadro clínico? Deberán ser manifestaciones clínicas compatibles con patología alérgica (tabla 3).

—¿Desaparecieron los síntomas una vez suspendida la administración del fármaco? La persistencia de una urticaria tras varias semanas de suspender la administración del fármaco sospechoso nos debe hacer pensar en otras posibles etiologías.

—¿Qué medicamentos ha tolerado el enfermo con posterioridad a la reacción presuntamente alérgica? Sobre todo los de estructura química similar, o que presentan sensibilidad cruzada con el fármaco sospechoso. Es importante que el paciente guarde el envase del medicamento presunto responsable de la reacción.

Conducta a seguir ante estos pacientes

—Resolver el problema clínico actual de la paciente con fármacos que raramente producen reacciones alérgicas, al desconocer cuál fue el medicamento presuntamente implicado (tablas 4-9).

—Derivar al paciente hacia la consulta de Alergología del área de sanitaria para completar el estudio. En 1997 se firmó en la Dirección General del INSALUD el Consenso de actuación entre Atención Primaria y atención es-

pecializada en Alergología por el que se establecían las pautas de derivación en las enfermedades de etiología alérgica. Dicho acuerdo fue rubricado por los representantes de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria. El algoritmo de derivación correspondiente a la alergia a medicamentos se detalla en la figura 1.

Para facilitar el estudio alergológico es conveniente recoger en la hoja de interconsulta una serie de datos: identificación de la reacción como presuntamente alérgica; relación detallada de todas las drogas prescritas al paciente en

Tabla 3. Manifestaciones clínicas de la alergia a medicamentos

De tipo I:

Shock anafiláctico
Urticaria y/o angioedema

De tipo II:

Anemia hemolítica

De tipo III:

Enfermedad del suero
Artritis
Vasculitis alérgicas
Fiebre

De tipo IV:

Dermatitis alérgica

Mecanismo no bien esclarecido:

Rash
Erupciones exantemáticas
Dermatitis exfoliativa
Síndrome de Stevens-Johnson, etc.

Tabla 4. Antibióticos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

Eritromicina	Rifampicina
Espiramicina	Fosfomicina
Lincomicina	Colimicina
Clindamicina	Ácido fusídico

Tabla 5. Quimioterápicos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

Ácido nalidixico	Ácido oxonílico
Furantoínas	Hidracidas

Tabla 6. Analgésicos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

Buprenorfina
Codeína y dihidrocodeína
Dextropropoxifeno (clorhidrato o napsilato)
Divimino
Fentanilo
Metadona
Morfina
Paracetamol
Pentazocina oral
Petidina
Salicilamina
Tilidina
Tramadol

Tabla 7. Espasmolíticos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

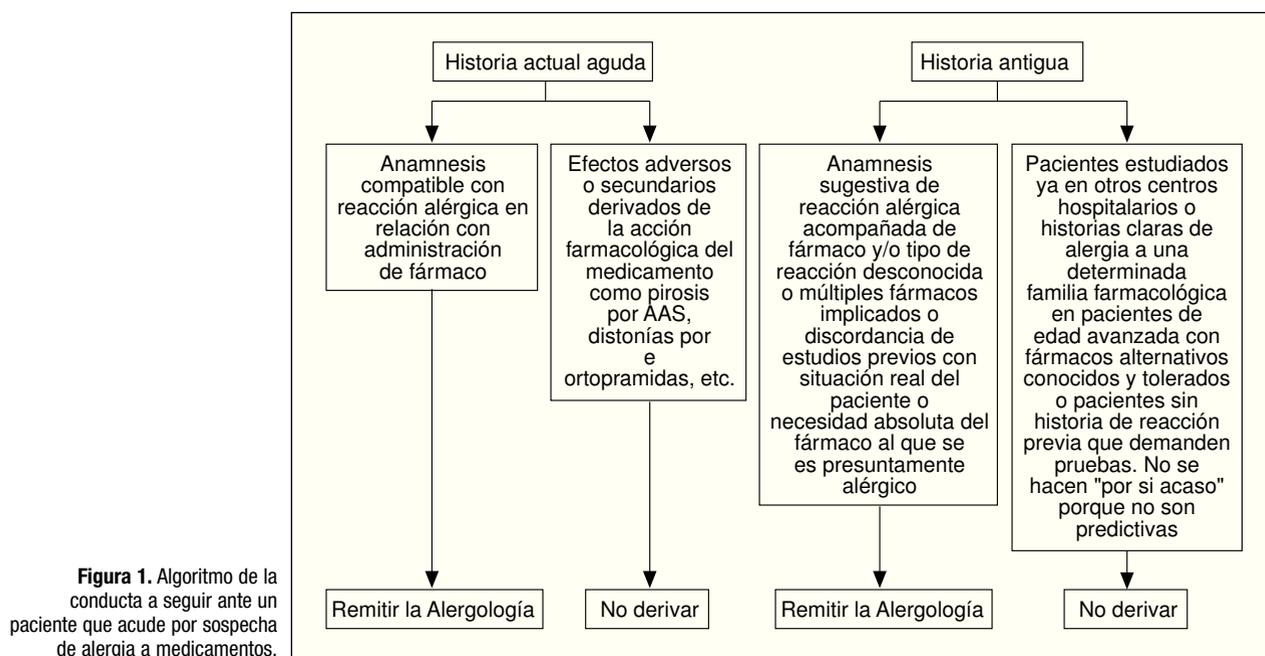
Bromuro de hioscina
Bromuro de prifinio
Sulfato de magnesio-papaverina
Pramiverina

Tabla 8. Antitérmicos, antiinflamatorios no esteroideos y antimigrañosos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

Antitérmicos: paracetamol
Antiinflamatorios: benzidamina
Antimigrañosos: ergotamina tartrato

Tabla 9. Tranquilizantes y anestésicos raramente responsables de reacciones alérgicas a medicamentos

Tranquilizantes: benzodicepinas, hidroxicina
Anestésicos locales: xilocaína
Anestésicos generales: cualquiera, excepto barbitúricos



el momento de iniciarse las manifestaciones clínicas; concienciar al paciente de la importancia que tiene conservar celosamente los cartones/prospectos con los nombres comerciales de los fármacos implicados; relación de fármacos que el paciente ha tolerado con posterioridad a la reacción, sobre todo los de estructura química similar o que puedan presentar reactividad cruzada con el sospechoso.

Bibliografía recomendada

- Evidence-Based Commentary (Disease Management of drug hypersensitivity: a practice parameter: Articles). *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999;83:1-39.
- Hernández García J. Manual práctico de alergia a medicamentos. Madrid: Grupo Jarpyo; 1988.
- Vervloet D, Durham S. ABC of allergies. Adverse reactions to drugs. *BMJ* 1998;316:1511-4.