

Algoritmo de identificación y derivación para pacientes con sospecha de alergia alimentaria

La **alergia alimentaria (AA)** es un importante problema de salud pública. Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas en los países industrializados. Estudios recientes, se estima que la alergia a alimentos **afecta al 3,5% de la población general**. Puede producir síntomas localizados o sistémicos como la anafilaxia, que puede ser de riesgo vital. Su tratamiento principal es la correcta identificación acompañado habitualmente de la evitación, para evitar síntomas en muchas ocasiones graves, así como ser lo más cuidadoso posible en el diagnóstico, para evitar restricciones alimentarias innecesarias que desencadenan una mala calidad de vida alimentaria y potencialmente déficits nutricionales. En algunos casos, se puede optar a otros tratamientos para modificar el curso de la enfermedad o evitar reacciones graves a ingestas inadvertidas, como son la inmunoterapia con alimentos o los procedimientos de desensibilización o inducción a tolerancia oral.

Los alimentos que producen AA con más frecuencia, dependen de los hábitos alimenticios de la población y, por tanto, de la edad y del área geográfica. En nuestro medio, en los adultos los desencadenantes más frecuentes son: proteínas de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, legumbres y frutos secos), marisco, pescado y anisakis.

Clasificación

Las reacciones adversas a alimentos se clasifican según su mecanismo patogénico y dependiendo del mecanismo implicado se derivará o no al especialista en Alergología. En resumen, se dividen en dos mecanismos:

- 1) **Inmunomediado**: Es subdividen en a) IgE mediado o alérgicas y b) No-IgE mediado.
 - a. IgE mediado o alérgicas, es el mecanismo clásico implicado en alergia, las manifestaciones **clínicas principales son: anafilaxia, anafilaxia inducida por cofactores (antiinflamatorios no esteroideos, estrés, ejercicio, alcohol, etc.), síndrome de alergia oral** (prurito en la cavidad oral y/o angioedema labial), **dermatitis atópica, dermatitis alérgica de contacto, urticaria de contacto**.

b. No-IgE mediado, también conocido como mediadas por células e implican enfermedades por ej. dermatitis de contacto, enfermedad celíaca, gastroenteropatías, esofagitis, proctocolitis y enteropatía inducida por proteínas, que habitualmente se derivan a otros especialistas como digestivo, medicina interna o atención primaria. En algunos casos complejos también se derivan a Alergología por la sospecha de mecanismo mixto implicando la IgE.

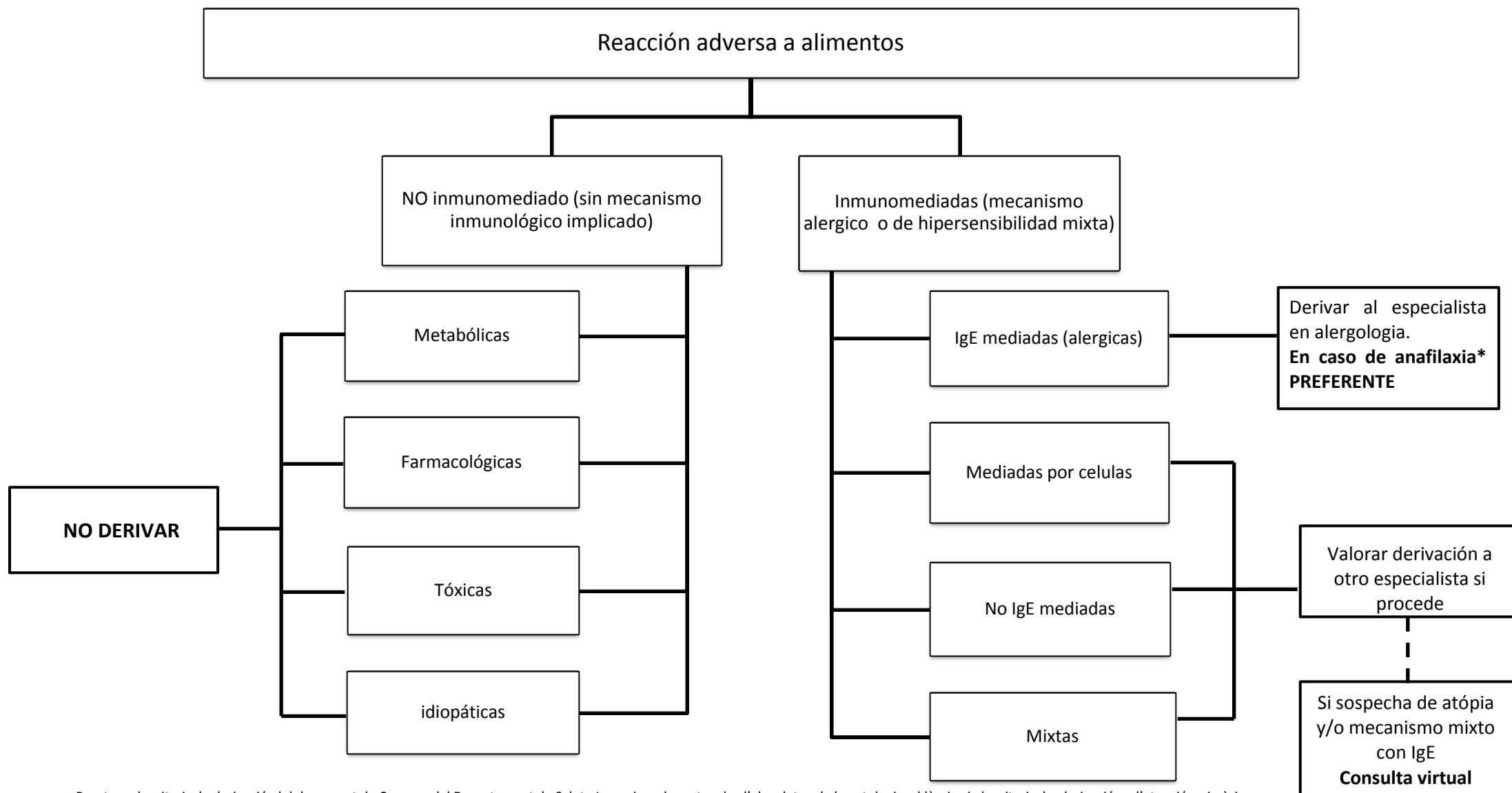
2) NO inmunomediado (sin mecanismo inmunológico implicado):

- a. Tóxicas ej. per pescado, marisco, hogos, lácteos, etc.
- b. Metabólicas ej. intolerancia a la lactosa, galactosa, fructosa.
- c. Farmacológicas ej. alimentos que contienen histamina o tiramina.
- d. Idiopáticas.

¿A quién derivar?

- NO derivar en caso de síntomas compatibles con reacciones adverses a alimentos NO inmunomediados.
- Hay que derivar a todos los **pacientes con sospecha de AA inmunomediado por IgE, en caso de anafilaxia, la derivación debe ser PREFERENTE**, y según criterio del médico derivador algunas No-IgE mediadas (en este casos valorar consulta virtual antes de la derivación).

Algoritmo de derivación al especialista en Al·lèrgologia



Basat en els criteris de derivació del document de Consens del Departament de Salut: Les guies, els protocols i d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació en l'atenció primària <http://salutweb.gencat.cat/>

* En la derivación se precisa: descripción de las manifestaciones clínicas, alimento sospechoso, número de episodios, factores asociados (alcohol, fármacos, ejercicio, etc.) en caso de anafilaxia siempre indicación de adrenalina autoinyectable (pluma) desde el nivel asistencial donde se haya identificado al paciente (primaria y / o urgencias).