

“Perfil de los pacientes en las consultas de alergología de España: Tendencias evolutivas en 20 años”.

Joaquín Sastre (1), Pedro Ojeda (2), Tomás Chivato (3), José María Olaguibel

1) Fundación Jiménez Díaz, Servicio de Alergología, Dpto. Medicina. Facultad Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

2) Clínica Ojeda, Madrid

3) Decano Ciencias de la Salud, Universidad San Pablo CEU, Madrid

4) Servicio Alergología, Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Contacto:

Joaquín Sastre · Av. Reyes Católicos 2 · 28040 Madrid · jsastre@fjd.es

Muestra general

Material y métodos

El objetivo principal del estudio fue obtener información sobre la práctica clínica en las consultas de alergología de centros públicos o privados en España. Los datos fueron recogidos de pacientes que consultan a un alergólogo por primera vez en el año 2014 y el primer trimestre de 2015, con el fin de determinar las variaciones en comparación con los datos notificados en los informes Alergológica 1992 y 2005 (1-3).

Los pacientes firmaron un consentimiento informado para que la información clínica se pudiera utilizar con fines de investigación científica.

Se invitó a participar a un total de 500 alergólogos miembros de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC). La distribución fue similar a la de la población española y de las subpoblaciones locales.

Se recogieron datos sobre en un CRF electrónico que incluía datos demográficos generales, sobre la calidad de vida y datos laborales, así como preguntas específicas para cada enfermedad alérgica presentada por el paciente. Los investigadores tenían el CRF abierto hasta completar el diagnóstico de todos los temas incluidos o hasta el final del período de reclutamiento.

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias relativas con su IC del 95%; las variables cuantitativas se expresaron como media (DE) o mediana (IQR) en el

caso de variables distribuidas de forma no normal. Las diferencias entre las variables cualitativas se evaluaron usando la prueba exacta de chi-cuadrado o de Fisher. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba t o la prueba de Mann-Whitney. Un análisis de varianza (o prueba de Kruskal-Wallis) para comparaciones múltiples, complementado con una prueba de Bonferroni o Tukey cuando fue necesario. La significación estadística se estableció en $P < 0,05$.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación Clínica del Hospital General de la Defensa, Madrid, España.

Resultados

Muestra General

Alergológica 2015 se basó en los datos de 2.914 pacientes, un 58% de los analizados en 2005 y el 73% de los analizados en 1992. Los pacientes nacidos en el extranjero representaron el 6,1% de la población (frente al 6,5% en 2005), y la mayoría eran de América Latina, seguidos de los países árabes y del norte de África y otros grupos minoritarios de población. El tiempo medio de residencia en España fue de 12,5 años, menos que en 2005 que fue de 16 años ($p=00032$). La edad media de la población del estudio (incluidos niños y adultos) fue de $33,6 \pm 18,9$ años, frente a $32,1 \pm 18,4$ en 2005 ($p < 0,001$) y $24,8 \pm 17,8$ en 1992 ($p < 0,0001$). La mayoría de los pacientes eran mujeres (58% frente al 42%), y la mayoría vivía en áreas urbanas (62%). En cuanto a las características socioeconómicas, la mayoría de los pacientes tenían un nivel medio bajo (48,8%) y un nivel medio alto (40,5%). Se observa un incremento en el número de sujetos con estudios superiores. Un poco más de la mitad de la población de estudio tenía antecedentes familiares de alergia (53%), cifra similar a las versiones anteriores de Alergológica.

Los pacientes de ≤ 14 años representaron el 17% de la población estudiada. La edad media de este grupo fue de $7,6 \pm 4,4$ (rango, 4 meses a 14 años), en comparación con $7,58 \pm 3,9$ años en 2005.

Es de destacar que el porcentaje de pacientes desempleados se duplicó entre 2005 y 2015 (3.1% vs 7.9%). El número de no fumadores ha ido aumentando a lo largo de los años (56% en 1992 a 70% en 2015). En esta versión parece que la disminución de fumadores ha sido mayor en los varones.

Los valores de prevalencia de los diferentes diagnósticos variaron entre 2015, 2005, y 1992. Hubo un mayor número de diagnósticos, con diferencias significativas ($p < 0,001$), para la rinitis / conjuntivitis, alergia a alimentos e hipersensibilidad a medicamentos en > 14 años. Sin embargo, hubo menos casos de asma bronquial en 2015 respecto al 2005 y 1992 (23%, 28%, 38% respectivamente, $p < 0,001$).

La gran mayoría de los pacientes se vieron en el sector de salud pública (81,4%). Más de la mitad de los pacientes (60,2%) fueron derivados de atención primaria (frente al 52,6% en 2005). Solo el 15% fueron referidos de otras especialidades (frente al 43% en 1992), y la mayoría de estos fueron de ORL (22%).

Con respecto a la convivencia con animales en los domicilios se observa un aumento en el número de perros y roedores y una disminución de pájaros y gatos.

La lista de espera para la primera consulta ha ido disminuyendo a lo largo de los años (1986: 149 ±124 días; 1992: 95±144 días; 2005: 77±124 días; 2015: 57±83 días). Las comunidades con mayor lista de espera fueron Navarra (90 días), Canarias (85 días), Cantabria y Aragón (70 días).

De los tratamientos que habían recibido los pacientes destaca un aumento en anti-histamínicos y esteroides.

A lo largo de las distintas versiones ha ido disminuyendo las bajas laborales, los días perdidos por los padres y los días perdidos de clase por causa de su enfermedad alérgica.

En el Cuestionario de Productividad Laboral - Específico de Alergia (WPAI-EA)(4)-superan la media de la muestra general el asma bronquial, la urticaria, la dermatitis de contacto y la hipersensibilidad a insectos.

En el cuestionario EQ-5D-5L calidad de vida (5), el parámetro más afectado fue el dolor/malestar y las mujeres presentaron más afectación del dolor/malestar y ansiedad. Los datos del presente estudio no demuestran gran afectación en la calidad de vida de los pacientes alérgicos y si se extrapolan a los datos de anteriores ediciones la Calidad de Vida Relacionada con la Salud sigue siendo similar.

Rinoconjuntivitis

La rinoconjuntivitis fue el principal motivo de consulta en Alergológica 2015, el 52,5% de los casos, que fue levemente menor que en 2005 (55,5%) y 1992 (57,4%). Sin embargo, se estableció un diagnóstico final de rinoconjuntivitis en el 62% de los pacientes, en comparación con el 55,5% en Alergológica 2005. La frecuencia de la rinoconjuntivitis fue tres veces mayor que la del asma bronquial, 21% frente a 28% en 2005.

El 41,1% de los casos convivían con animales (44,6% en 2005), los perros eran claramente los más frecuentes (29%).

El otorrinolaringólogo fue el especialista que derivó al mayor número de pacientes con rinoconjuntivitis. Se registró un aumento en el porcentaje de pacientes que consultaron por un primer episodio, del 5% en 1992 al 14,9% en 2005 al 22% en 2015; estas diferencias fueron significativas.

Los pacientes tenían una historia de 5 años de rinoconjuntivitis. En el momento de la visita, el episodio actual había durado 1,2 meses. El diagnóstico definitivo fue la rinoconjuntivitis en el 60,7% de los casos, la rinitis sola en el 36,9% y la conjuntivitis sola

en el 2,4%. La etiología de la rinoconjuntivitis fue alérgica en el 79,3% de los pacientes (77,2% en 2005), siendo los alérgenos más comunes los mismos que en las ediciones anteriores de la encuesta. Sin embargo, en la presente edición, el polen fue el alérgeno más relevante (70,8% vs 51,9% en 2005), seguido de ácaros, epitelios y hongos. Dos tercios de los pacientes estaban sensibilizados a 1 grupo de alérgenos, 23,3% a 2 grupos y 10,1% a ≥ 3 grupos de alérgenos no relacionados. Es de destacar que aumenta claramente con respecto a ediciones anteriores la sensibilización a pólenes de gramíneas, olivo, arizónica, platanero y salsola. También suben los epitelios y permanecen estables los ácaros y hongos.

En términos de gravedad según ARIA (6), el 29,9% tuvo rinitis leve, el 59,7% la rinitis moderada y el 8,7% la rinitis severa. Con respecto a la conjuntivitis fue intermitente en el 50,6% de los pacientes y persistente en el 48,8%, leve en el 50%, moderada en el 47% y grave en el 1,6%.

En el cuestionario de calidad de vida ESPRINT (7) la dimensión más afectada en pacientes con rinitis fueron los síntomas de rinitis (puntuación media 2,14), seguido por el sueño (puntuación media 1,75).

Los recursos más utilizados para el diagnóstico de la rinoconjuntivitis fueron la historia clínica y el examen físico (99,1%). Las pruebas cutáneas se utilizaron en el 97,5% de los pacientes, y la prueba más solicitada fue la determinación de IgE (total y específica) en el 46,3%.

En cuanto a la terapia, los antihistamínicos (principalmente orales) fueron los más prescritos (92,6%), seguidos por los corticosteroides nasales (70,6%). Se recomendó evitar el alérgeno en el 72,5% de los pacientes, y se indicó inmunoterapia específica en el 31,3% (subcutánea en el 85,8%).

Asma bronquial

Un total de 618 pacientes (21,2%) tenían asma bronquial. Esta prevalencia es considerablemente inferior a la de 1992 (35%) y 2005 (28%).

La edad media de los pacientes con asma fue de $29,5 \pm 17,2$ años, con picos para los niños de 5 a 15 años y los adultos de 35 a 40 años. Las mujeres representaron el 55% de los casos.

En el 42,3% de los casos (46,6% en 2005 y 41% en 1992) declararon convivir con animales, siendo los perros la mascota más frecuente (45,2%).

En general, los pacientes fueron derivados de atención primaria (74% frente a 50,9% en 2005), principalmente médicos de familia. Los especialistas que derivaron a los pacientes al alergólogo fueron los neumólogos (38,8% vs 21,3% en 2005), ORLs (19,4% vs 11,8% en 2005) y dermatólogos (10,5%). La mayoría de los pacientes con asma eran no fumadores y solo el 17,2% eran fumadores activos (14,4% en 2005).

La calidad de vida en general fue buena entre los pacientes con asma, y los hallazgos fueron mejores para la movilidad y el autocuidado que en la población general.

El asma fue intermitente en 38,3% de los casos y persistente en 57,5% (4,3% no respondió).

En relación con el control del asma, en el 35% de los pacientes se consideró controlado, parcial en el 31% y mal controlado en el 10% (8).

El asma fue considerada como extrínseca en el 82,2% de los pacientes e intrínseca en el 16,8%. Las mujeres representaron el 62,5% de los casos de asma intrínseca. La mayoría de los pacientes con asma extrínseca estaban sensibilizados al polen, seguidos de los ácaros del polvo doméstico y, a cierta distancia, de epitelios de animales y otros aeroalérgenos. La prevalencia de sensibilización al polen aumentó en un 50% entre 2005 y 2015 (frente a un 10% entre 2005 y 1992) -sobre todo a gramíneas y olivo-. El análisis de la frecuencia de sensibilización por región reveló 2 patrones claros: la sensibilización fue principalmente a los ácaros del polvo doméstico en las regiones costeras y las islas y al polen en el interior. Las peculiaridades geográficas y climáticas de algunas áreas (p. Ej., Andalucía y Navarra) arrojaron un patrón mixto, con altos porcentajes de sensibilización tanto al polen como a los ácaros. La sensibilización a epitelios de animales (perros y gatos) fue mayor en Madrid, La Rioja y las Islas Canarias, y la sensibilización a los hongos fue mayor en Murcia, Valencia, Extremadura y Castilla-La Mancha.

La prevalencia de asma ocupacional fue muy baja (1% frente a 1,2% en 2005).

Las principales pruebas utilizadas para diagnosticar el asma fueron la historia clínica y el examen físico (99,4%), bioquímica sanguínea y hemograma completo (38,9%), espirometría (87,3%), prueba broncodilatadora (62,6%), pruebas cutáneas (tipo 1, 77,1%), fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO, 21,8%), provocación bronquial (6,7%), IgE total (46,5%) e IgE específica (48,6%). Es de destacar que la frecuencia de uso de FeNO aumentó significativamente en comparación con 2005 (1,9%).

En cuanto al tratamiento, el 91,3% de los pacientes declararon que habían recibido tratamiento durante el año anterior. Una vez que se realizó el estudio del asma y se confirmó el diagnóstico, los principales tratamientos prescritos fueron: evitar los alérgenos (73,3%), broncodilatadores inhalados (78,6%), corticosteroides tópicos solos (24,4%), corticosteroides combinados con agonistas β de acción prolongada (51,8%), inmunoterapia específica (27,7%), antihistamínicos (41,6%) y antileucotrienos (21,7%). Omalizumab se prescribió en el 0,7% de pacientes. En el 57,1% de los casos, el alergólogo realizó al menos 2 cambios en el tratamiento prescrito por el no especialista. Los principales cambios incluyeron la introducción de medidas de evitación, un aumento en el uso de inhaladores con la combinación de corticosteroides inhalados y agonistas β de acción prolongada (que se duplicaron), una mayor prescripción de antileucotrienos (más del doble) y la introducción de inmunoterapia específica en el 27,7% (30% en 2005).

Alergia a Alimentos

Una comparación de tendencias muestra que la alergia alimentaria ha ido aumentando, pasando del 3,6% en 1992 al 7,4% en 2005 y al 11,4% en 2015. La distribución por edades ha cambiado con respecto a Alergológica 2005 con una disminución en lactantes y niños pequeños y un aumento en adultos jóvenes.

Si consideramos el diagnóstico sospechoso (historia y examen) con respecto a la edición anterior, vemos que la alergia alimentaria ahora incluye una enfermedad emergente, como la esofagitis eosinofílica, que fue el diagnóstico de sospecha en el 0,62% de los pacientes que consultan por primera vez.

Los pacientes con alergia alimentaria tenían edades comprendidas entre 0 y 69 años (media $25,4 \pm 17,8$ años), y más de la mitad eran mujeres (56,4%).

Las principales causas de la alergia alimentaria fueron la fruta (44,7%), las nueces (28,4%) y los mariscos (14,8%). Dentro de la categoría de frutas, las Rosaceae fueron las responsables de las reacciones en el 59,4% de los pacientes. Dentro de la categoría de mariscos, el 93,6% de las reacciones fueron causadas por crustáceos. Cuando los alimentos involucrados en los diferentes grupos de edad se compararon entre las 3 encuestas (1992, 2005 y 2015), los porcentajes se mantuvieron sin cambios, al igual que el orden de frecuencia, pero hay una tendencia clara al aumento de los frutos secos y en el caso de los niños la sensibilización a éstos es más temprana.

El tipo más común de manifestación en pacientes alérgicos a alimentos fue cutáneo (56,8%), seguido por el síndrome de alergia oral (36,6%) y síntomas digestivos (18,7%). La anafilaxia se registró en el 12,1% de los pacientes (17,9% en 2005), el asma en el 3,6%, la rinitis en el 3,3% y la anafilaxia inducida por el ejercicio relacionada con la alergia alimentaria en el 1%. En 2015, el pescado fue el alimento que más frecuentemente produjo anafilaxia.

Las pruebas cutáneas se realizaron en 94,8% (95,9% en 2005) de los casos, sin variaciones significativas en su frecuencia de uso según el alimento. La IgE específica se determinó en el 67,8%. Se utilizó una dieta de evitación para fines de diagnósticos en 29,1%, y se aplicaron pruebas de provocación oral en solo el 15,6% (13% en 2005). El diagnóstico se basó en la historia clínica y la presencia de IgE específica en los alimentos demostrados en pruebas cutáneas (principalmente), suero o ambos en el 60,2% de los casos.

El enfoque terapéutico más frecuente fue la evitación de alimentos (97,3% frente a 93% en 2005). Se recomendaron antihistamínicos en 80,7% (35,2% en 2005) y corticosteroides en 45% (12,1% en 2005). Es de destacar que la inmunoterapia oral también comenzó a utilizarse, aunque en un porcentaje muy bajo (3%). Los autoinyectores de adrenalina se prescribieron en el 43,5% de los casos (datos no disponibles para ediciones anteriores).

Alergia a medicamentos

La alergia a medicamentos fue la tercera causa de consulta en 2015, un total de 544 pacientes consultados por posible alergia a medicamentos, es decir, el 18,7% de la población de estudio (14,7% en 2005). Este porcentaje es indicativo del aumento constante de este tipo de alergia desde 1992 (12,6%).

La edad media fue de $42,3 \pm 20,1$ años ($41,4 \pm 19,4$ en 2005). El porcentaje de niños que consultaron por alergia a medicamentos en 1992 fue del 12,5%, 9,8% en 2005 y 9% en 2015. La alergia a los medicamentos fue más prevalente en las mujeres (proporción 2: 1).

El tiempo medio entre la primera reacción y la visita fue de 6,5 (0-600) meses, 20 (6-60) en 2005). El tiempo medio entre la última reacción y la visita fue de 40 (20-100) días (90 [30-365] en 2005).

El diagnóstico de alergia a medicamentos se confirmó en el 16% (26,6% en 2005) y se descartó en el 29% (37,2% en 2005). El mecanismo de hipersensibilidad fue inmediato en el 55,2%, diferido en el 3,8%, retardado en el 30% y otro en el 11%. En los niños, la reacción fue inmediata en casi la mitad de los casos. Los síntomas fueron principalmente cutáneos (81,6% frente a 75% en 2005), aunque también se describe anafilaxia (8,1%), asma (3,9%) y otros.

En 2015, el 45,7% de las reacciones fueron a 1 medicamento (82% en 2005), 44,2% a 2 (14% en 2005) y 10,2% a 3 o más medicamentos (4% en 2005). Al igual que en las ediciones anteriores de la encuesta, los betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos fueron los fármacos más frecuentemente implicados. La amoxicilina fue el fármaco culpable en casi un tercio de las reacciones. Destaca un aumento de los contrastes iodados y otros medicamentos y disminución de las pirazolonas.

El diagnóstico fue por pruebas cutáneas en prick (75,9%), intradérmicas (54,0%), parche (8,6%), prueba de provocación (62,5%), determinación de IgE (22,2%) y otras pruebas de laboratorio (no especificadas) (0,4) %. Se realizó una prueba de provocación en el 70,2% de los pacientes pediátricos.

Diez pacientes fueron sometidos a desensibilización (3 en 2005). Sin embargo, no hay datos sobre el fármaco utilizado para la desensibilización.

Urticaria y Angioedema

De todos los pacientes atendidos en 2015, un total de 336 (11,5%) fueron diagnosticados con urticaria/angioedema. Este hallazgo fue similar al de 2005 (11%).

La edad media de los pacientes con urticaria/angioedema fue de 36,8±19,6 años, que fue similar a la registrada en 2005 (35,75±18,9 años). El número de mujeres afectadas (64%) fue significativamente mayor que el número de hombres.

El impacto en la calidad de vida de los pacientes evaluado mediante el cuestionario EQ-5D-5L que reveló que, en comparación con la población general, los pacientes con urticaria/angioedema se vieron más afectados en las dimensiones de actividades cotidianas, dolor / malestar y ansiedad / depresión.

La urticaria se clasificó según su duración, frecuencia y causa. El tipo más común fue la urticaria aguda (57,7% de todos los pacientes que consultaron por este motivo), con una duración de <6 semanas; el resto (42,3%) se consideró urticaria crónica. En el caso de los pacientes con urticaria crónica, el 56,9% tuvo brotes recurrentes. No se detectaron diferencias significativas con respecto a los datos obtenidos en 2005. La urticaria fue la única presentación en el 58,9% de los pacientes (56,8% en 2005), y el angioedema fue la única presentación en el 14,4% (12,3% en 2005).

En la gran mayoría de los casos, la urticaria se diagnosticó utilizando la historia clínica y el examen físico (90%), así como pruebas cutáneas con alérgenos alimentarios (69%) y aeroalérgenos (59%). Se usaron varios tipos de análisis de sangre en aproximadamente la mitad de los pacientes. Estos hallazgos difieren de los descritos para el diagnóstico de urticaria en 2005. Sin embargo, en el caso de pacientes con urticaria crónica, el estudio se realizó en base a un estudio inmunológico (casi 70% -67,7% en 2005-) y pruebas cutáneas con alérgenos alimentarios (70,4% -70,2%-) y aeroalérgenos (62% -62,5%-). Estos hallazgos fueron similares a los de 2005.

La urticaria crónica se clasificó como idiopática en el 60% de los casos. Cuando se conoció la causa, se identificó como física (incluida la urticaria colinérgica) en el 68,4% de los pacientes. El porcentaje de pacientes con exacerbación con AINEs fue del 20,83% en urticaria aguda y 19,3% en urticaria crónica. En cuanto al tratamiento, el 83,3% de los pacientes recibió antihistamínicos (73,3% en 2005). De estos, el 72,6% fueron de segunda generación o no sedantes. Es de destacar que casi el 10% de los pacientes (el 17% en 2005) hizo algún ajuste en su dieta, y casi el 20% (9,1% en 2005) recibieron corticosteroides y un 0,6% recibieron omalizumab.

Dermatitis atópica

En la presente encuesta, un total de 98 pacientes (56,5% mujeres y 43,5% hombres, 60% niños, 40% adultos) consultaron por dermatitis atópica, es decir, solo el 3,4% de la población total del estudio, como fue el caso en 2005 (3,4%). Los pacientes de 0 a 5 años representaron el 28,6% de los afectados, los pacientes de 6 a 15 años el 31,9% y los pacientes de más de 15 años el 39,6%. La prevalencia fue del 7,5% entre los pacientes nacidos en el extranjero y del 3,1% entre los pacientes españoles. El inicio fue antes de los 2 años en el 47% de la muestra y antes de los 7 años en el 74%; sin embargo, la edad promedio en la primera visita al alergólogo fue de 17,8 años.

Casi tres cuartas partes de los pacientes con dermatitis atópica (74,5%) tenían antecedentes familiares de atopia y el 58,2% tenían antecedentes personales de atopia. Las enfermedades asociadas fueron rinitis en 17,4%, conjuntivitis en 12,2% y asma bronquial en 11,2%.

Las principales pruebas diagnósticas utilizadas fueron la prueba de punción (72,9%), seguida de la determinación de IgE sérica total (30%) e IgE específica (29%). La prueba de parches con aeroalérgenos y alimentos fue una novedad en 2005 en comparación con 1992. En la presente encuesta se utilizaron en un pequeño porcentaje de pacientes (2,1%). La prueba de provocación oral se utilizó en el 5,2% de los pacientes con dermatitis atópica.

La dermatitis atópica se clasificó como idiopática en el 62% de los casos (es decir, equivalente a la forma no atópica de la dermatitis), y en el 38% de los casos se asoció con alérgenos (es decir, la forma atópica). Estos porcentajes fueron similares a los registrados en 2005 (idiopática, 58%; alérgenos, 42% -2005) y 1992 (idiopática, 57% y alérgenos, 43%). La dermatitis atópica se consideró idiopática en el 91% de los pacientes que solo presentaban dermatitis.

El tratamiento de la dermatitis atópica se realizó principalmente con agentes hidratantes (93,8%), seguidos por antihistamínicos (62,5%) y corticosteroides tópicos (61,4%). Los inhibidores tópicos de calcineurina se prescribieron en el 11,5% de los pacientes (31,0% en Alergológica 2005) y los corticosteroides sistémicos en 5,1% (4,1% Alergológica 2015).

Dermatitis de contacto

Se diagnosticaron un total de 124 casos de dermatitis de contacto, es decir, el 4,3% de la muestra total. Este porcentaje fue similar al de 2005 (4,2%) y superior al de 1992 (2,4%). La edad media fue de 44,4 años (42,6 en 2005). La dermatitis por contacto fue dos veces más prevalente en las mujeres que en los hombres.

El origen se consideró alérgico en el 54% de los casos e irritante en el 31,3%. La fotoalergia o la fototoxicidad fueron menos frecuentes (3%), al igual que la dermatitis causada por un agente aerotransportado (4%) o medicamentos (9%). El origen fue ocupacional en solo el 11% de los casos.

Las pruebas de parche se realizaron con una serie estándar en el 91% de los casos y con alérgenos de contacto adicionales en el 40%. La prueba del parche fue positiva en el 52,7% de los pacientes evaluados (69,3% en 2005). Las principales causas de dermatitis de contacto alérgica fueron sulfato de níquel (50,0%), dicromato de potasio (18,8%), metilcloroisotiazolinona + metilisotiazolinona (MCI / MC o Kathon CG) (11,4%), cloruro de cobalto (9,1%), parafenilendiamina (PPDA) (6,8%), formaldehído (4,5%), quaternium 15 (4,5%) y fragancias (mezcla de fragancias I y II) (2,3%). Sin embargo, el 20% de los casos fueron causados por sustancias no incluidas en las series comercialmente disponibles. Con respecto a versiones anteriores destaca el aumento de metilisotiazolinona.

La recomendación más frecuente para el tratamiento fue evitar el alérgeno en el 75% de los casos, seguido de corticosteroides tópicos en el 48%. Los inhibidores de calcineurina se recomendaron solo en el 7% de los pacientes.

Alergia al veneno de los himenópteros

Un total de 73 pacientes (2,5%) fueron alérgicos a las picaduras de insectos frente a un 1,5% en 2005. La mayoría de los pacientes eran hombres de entre 20 y 50 años. El área de residencia fue rural en 23,9% (33,3% en 2005) y 45,7% vivía en una casa (45,3% en 2005).

Más de la mitad de los pacientes (57,5% vs 73,5% en 2005) visitó el servicio de urgencias durante el año anterior en comparación con el 27,8% de la muestra general ($P < 0,001$).

Los insectos involucrados fueron la abeja en el 31% (45% en 2005), vespulas en el 29% (27% en 2005) y polistes en el 36% (23% en 2005). Once pacientes (14,7%) tenían una asociación con la apicultura (18,7% en 2005). Ninguno de los once eran profesionales (4 en 2005), 8 eran apicultores aficionados (5 en 2005) y 2 eran familiares o amigos de apicultores.

En 2015, la mayoría de las reacciones fueron reacciones locales, mientras que en 2005, la mayoría fueron reacciones sistémicas (grados I y II [22,4% y 44,9%]) y reacciones

anafilácticas (grados III y IV [16,3% frente a 16,3%]). En poco más de un tercio de los casos (38,4%), las reacciones ocurrieron en verano; en 31,5%, ocurrieron en primavera. Las reacciones a las picaduras de insectos ya se habían registrado en el 79.5% de los pacientes (65,8% en comparación con 13,7% en general).

El diagnóstico se basó en la historia clínica (97,1%), pruebas cutáneas (61,4%) y determinación de IgE (total [76,8%], específica (96,4%), diagnóstico molecular (50%) y triptasa (80%). La prueba de picadura controlada no se usó en ningún caso como método de diagnóstico.

La epinefrina fue el tratamiento administrado después de la picadura en 16 de los 70 casos (22,9%) para los cuales había datos disponibles. Además, el 93.8% recibió anti-histamínicos y 15 (93,8%) recibieron corticosteroides. Se recomendó adrenalina en 42,9% de los casos (55,8% en 2005) y se recomendó inmunoterapia en 35,7% (49,4% en 2005).

Bibliografía:

1. Alergológica 2015. SEaic 2017. Depósito Legal: M-17641-2017. ISBN. 978-84-88014-41-284-88014-41-2
2. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Alergológica 2005. Factores epidemiológicos, clínicos y epidemiológicos de las enfermedades alérgicas en España 2005. Madrid: Egraf SL; 2006.
3. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Alergológica. Factores epidemiológicos, clínicos y epidemiológicos de las enfermedades alérgicas en España. Madrid: Nilo Industria Gráfica; 1995
4. Bousquet J, VandenPlas O, Bewick M, Arnavielhe S, Bedbrook A, Murray R, et al. The Work Productivity and Activity Impairment Allergic Specific (WPAI-AS) Questionnaire Using Mobile Technology: The MASK Study. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2018;28(1):42-44
5. Garcia-Gordillo MA, Adsuar JC, Olivares PR. Normative values of EQ-5D-5L: in a Spanish representative population sample from Spanish Health Survey, 2011. *Qual Life Res*. 2016 25:1313-21.
6. Valero A, Ferrer M, Sastre J, Navarro AM, Monclús L, Martí-Guadaño E, Herdman M, Dávila I, Del Cuvillo A, Colás C, Baró E, Antépara I, Alonso J, Mullol J. 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 Aug;120(2):359-65
7. ESPRINT Study group and Investigators, Valero A, Alonso J, Antépara I, Baró E, Colás C, et al. Development and validation of a new Spanish instrument to measure health-related quality of life in patients with allergic rhinitis: the ESPRINT Questionnaire. *Value Health*. 2007; 10:466-77.
8. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Grupo Español para el Manejo del Asma. Barcelona: Ediciones Mayo; 2003.