



**Protocolos del GVR  
(P-GVR-3)**

# Identificación de la Alergia

## El pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia

**Autor:**

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

**Redactores:**

Isabel Mora Gandarillas  
Juan José Morell Bernabé

**Revisión por pares:**

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Urueña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda Garcia Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Begoña Dominguez Aurecoetxea (Asturias), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), M<sup>a</sup> Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Xavier Pérez Porcuna (Cataluña), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Ana Giner Muñoz (Navarra)

**Fecha de publicación:**

1 de Diciembre de 2009

**Cómo citar este documento técnico:**

Mora Gandarillas I, Morell Bernabé JJ y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Identificación de la Alergia. El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-3) [consultado día/mes/año]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)

NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta. Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

## El Pediatra de Atención Primaria y la identificación de la alergia.

<b>Índice</b> .....	3
Introducción y justificación.....	4
Indicaciones para la realización de estudio alergológico en niños.....	5
Estudios complementarios en pacientes con sospecha de atopia.....	5
Pruebas cutáneas (Prick test).....	5
Inmunoglobulina E específica (IgE específica).....	7
Phadiatop® y Phadiatop Infant®.....	8
ImmunoCap® Rapid.....	8
Puntos clave.....	10
Bibliografía.....	11
Algoritmo-resumen .....	13

## Introducción y justificación

Las enfermedades alérgicas son uno de los principales problemas sanitarios actuales. En éste documento se revisan aspectos relacionados con el diagnóstico de la alergia en Pediatría de Atención Primaria, fundamentalmente en relación con la atención al niño y adolescente con asma.

Dentro de este amplio grupo de enfermedades, nos referiremos exclusivamente a la atopia, que es una condición, genéticamente determinada, por la que se desarrollan reacciones de hipersensibilidad tipo I, mediadas por IgE, ante sustancias inhaladas o ingeridas, denominadas alérgenos, que son inocuas para el resto de la población y que se manifiesta clínicamente como dermatitis atópica, asma, rinitis o rinoconjuntivitis y alergia alimentaria.

La prevalencia de las enfermedades alérgicas en la infancia ha aumentado considerablemente en los últimos 20-30 años, por lo que la necesidad de realizar estudios alergológicos se ha incrementado paralelamente. En algunos estudios poblacionales<sup>1</sup>, la prevalencia acumulada de enfermedades alérgicas en la niñez es del 25-30%, correspondiendo a la dermatitis atópica el 15-20%, al asma el 7-10% y a la rinitis y conjuntivitis alérgicas el 15-20%. Estas cifras de prevalencia son sólo orientativas y muy variables según el área geográfica<sup>2</sup>. En el conjunto de España<sup>3-4</sup>, los alérgenos inhalantes mas prevalentes responsables de la sensibilización y causantes de síntomas respiratorios son los ácaros, pólenes (gramíneas, olivo), epitelios de gato y perro y algunos hongos (alternaria).

De los múltiples estudios epidemiológicos<sup>5-6</sup> realizados en las últimas décadas se han obtenido algunas conclusiones de interés para la práctica clínica:

- Las enfermedades alérgicas están relacionadas entre sí y tienden a confluir en los mismos individuos.
- Tienen agrupación familiar
- La presencia de alergia mediada por IgE es el principal factor de riesgo para el desarrollo y persistencia del asma.
- La presencia de sensibilización alimentaria y/o eccema atópico en los primeros meses de vida predispone al desarrollo posterior de alergia a inhalantes, rinitis y asma.

En el proceso de evaluación inicial del niño con asma, se debe realizar una historia clínica detallada y una exploración física completa y disponer de las pruebas objetivas que permitan confirmar el diagnóstico de alergia en Atención Primaria, ya que la detección de sensibilización mediada por IgE tiene demostradas implicaciones en el pronóstico y el tratamiento y la identificación de los alérgenos desencadenantes permite adoptar de manera individualizada las medidas de evitación adecuadas.

## Indicaciones para la realización de estudio alergológico en niños

Las principales guías de referencia<sup>7-13</sup> y los programas de atención pediátrica al paciente con asma<sup>14-15</sup>, incluyen el estudio alérgico entre los que se deben realizar durante el proceso diagnóstico del paciente pediátrico con sospecha o asma confirmado.

De acuerdo con esta recomendación y teniendo en cuenta la prevalencia del problema y el modelo de atención pediátrica, el pediatra de Atención Primaria estudiará desde el punto de vista alergológico a todos aquellos niños, independientemente de su edad, en los que existan datos clínicos sospechosos de asma, con síntomas graves, persistentes o recurrentes o que precisen tratamiento preventivo continuo, asociados con frecuencia a antecedentes personales y/o familiares de atopia. También a aquellos niños con síntomas de larga duración, durante el juego o el sueño, y a los que presenten neumonías frecuentes de causa no aclarada<sup>13</sup>. En estos casos se profundizará en la anamnesis, orientándola hacia los posibles desencadenantes compatibles o probables para cada paciente concreto, se analizará la estacionalidad, el hábitat del niño y las circunstancias en las que se desencadenan los síntomas. Es imprescindible conocer los alérgenos prevalentes localmente en cada área geográfica y, en el caso de los pólenes, los periodos de polinización y niveles de los mismos<sup>16</sup>. Una vez sospechado un determinado desencadenante mediante una anamnesis y exploración clínica bien orientadas, se confirmará mediante pruebas complementarias la etiología alérgica y, a ser posible, el o los factores desencadenantes implicados en cada paciente concreto. Finalmente, el diagnóstico de alergia se demuestra si existe correlación entre sensibilización y manifestaciones clínicas.

Solo en aquellos casos en los que la gravedad del cuadro o la complejidad del diagnóstico lo aconsejen, se derivará al paciente al servicio de referencia correspondiente. También se derivaran todos aquellos pacientes en los que esté indicado tratamiento con inmunoterapia.

## Estudios complementarios en pacientes con sospecha de atopia

### *Pruebas cutáneas (Prick test)*

- **Características**

La prueba de punción cutánea o Prick-test (PT) es un método de diagnóstico in vivo, que detecta IgE específica ligada a los receptores celulares de la superficie de los mastocitos, tras provocar una reacción antígeno-anticuerpo con la punción sobre la piel de una selección de alérgenos.

Por su elevada sensibilidad y especificidad, sencillez de realización, amplio perfil de seguridad, inmediatez en los resultados y bajo coste es considerada la prueba de elección en el diagnóstico de la atopia.

No existen contraindicaciones absolutas para su realización, pero debe desaconsejarse en caso de reacción grave previa a un Prick, situación clínica inestable (por la posibilidad de presentar una reacción grave) y en caso de urticaria activa o dermatografismo grave por el riesgo de obtener un resultado falso positivo. La administración de medicamentos, especialmente antihistamínicos y corticoides tópicos interfiere con los resultados, por lo

que estos deben suspenderse entre 4 y 15 días antes de realizar el PT. Si no es posible, se deben realizar pruebas in vitro.

No hay descritas en la literatura reacciones mortales originadas por esta prueba y las reacciones sistémicas son muy infrecuentes. Estudios retrospectivos con series amplias<sup>17</sup>, sitúan la probabilidad de reacción tras PT con alérgenos inhalantes entre un 0,01-0,02%, ninguna de ellas severa. En una serie pediátrica<sup>18</sup> todas las reacciones aparecieron tras la realización de PT con alimentos frescos, en lactantes menores de 6 meses con antecedentes personales de eczema atópico y antecedentes familiares de alergia. Todos los casos descritos se resolvieron en menos de 1 hora con medidas de reanimación.

- **Indicaciones**

El estudio de los pacientes con asma de cualquier intensidad o cuando existe discordancia entre la clínica y el resultado de una cuantificación inicial de IgE específica. Puede realizarse a cualquier edad.

Es una herramienta que debe estar a disposición del primer nivel asistencial, tras formación previa del profesional sanitario en la ejecución de la prueba y la interpretación de los resultados<sup>19-21</sup>.

- **Resumen de la técnica**

1. Preparación previa: informar a la familia y al niño, realizar en consulta programada, preparar todo el material necesario, disponer de equipo de reanimación
2. Realizar la técnica:
  - Limpiar la piel de cara anterior del antebrazo con alcohol y dejar secar por evaporación
  - Identificar la zona de piel donde se colocará cada alérgeno
  - Depositar las gotas con los extractos de manera ordenada y separada por unos 3 cm., empezando por el control negativo y terminando con el control positivo (histamina)
  - Puncionar la piel atravesando cada gota con una lanceta estandarizada para PT, de manera perpendicular a la piel, sin inducir sangrado
  - Retirar 1-3 minutos después los restos del extracto por absorción, sin fricción
  - Leer el resultado a los 15-20 minutos, midiendo con una regla milimetrada el habón y expresando el resultado del diámetro mayor y su perpendicular, en mm.
  - Registrar el resultado

### 3. Interpretación

La presencia de un habón de tamaño superior a 3 mm indica sensibilización a dicho alérgeno, pero hay que correlacionar el resultado con la historia clínica para interpretar correctamente su relación con la sintomatología.

- Alérgenos a testar

Según proponen un estudio multicéntrico europeo<sup>22</sup> y la guía española para el manejo del asma<sup>10</sup>, la batería habitual debe contener 13-18 alérgenos e incluir ácaros, pólenes y/o mezclas de pólenes de gramíneas, árboles y malezas, variables en función de la localización geográfica, epitelios de perro y gato, cucarachas y hongos. La selección de alérgenos dependerá en cada caso de los datos aportados por la historia clínica y el mapa alérgico de la zona.

#### *Inmunoglobulina E específica (IgE específica)*

- Características

La determinación cuantitativa del nivel de IgE específica frente a alérgenos individuales se considera el patrón oro o método de referencia en el diagnóstico de la alergia, por su elevada sensibilidad y especificidad y porque permite cuantificar la respuesta y conocer el grado de sensibilización según el nivel de anticuerpos<sup>23</sup>.

La técnica habitualmente utilizada es UniCAP<sup>®</sup>, que está estandarizada y sometida a controles de calidad. El rango de detección de anticuerpos es de 0,1-100 kU/L y el punto de corte habitual para considerar el resultado positivo es 0.35kU/L. Aunque la titulación no guarda relación con la gravedad, existe mayor probabilidad de que los síntomas sean persistentes con niveles de IgE específica elevados a lo largo del tiempo<sup>24</sup>.

En pacientes con una historia clínica compatible, la presencia de IgE específica es suficiente para llegar al diagnóstico de enfermedad alérgica, en cualquiera de sus variantes clínicas.

Otras ventajas de ésta determinación sérica son la ausencia de riesgo para el paciente, que no se ve interferida por fármacos y que solo requiere una pequeña muestra de suero. El inconveniente principal es su coste elevado, la necesidad de realizar una extracción y el retraso en los resultados.

- Indicaciones

Es útil en el diagnóstico de la alergia a cualquier edad. Es de elección cuando no pueden realizarse el PT ni otras técnicas in vitro de diagnóstico rápido (ImmunoCap<sup>®</sup> Rapid), por contraindicación o falta de disponibilidad. Finalmente, se practicará siempre que exista discordancia entre la clínica y el resultado de otras pruebas<sup>19-21</sup>. Puede utilizarse como segundo paso tras una prueba de cribado positiva, o inicialmente cuando ésta no está disponible.

En el asma del lactante y preescolar y en general en el niño menor de 5 años con clínica compatible, se deben solicitar alérgenos alimentarios (leche, huevo) además de inhalantes: la presencia y cuantificación de IgE específicas tiene valor pronóstico para el asma persistente y en los lactantes y niños pequeños en los que se sospecha una marcha atópica.

### *Phadiatop® y Phadiatop Infant®*

- **Características**

Es una técnica in vitro, cualitativa, de cribado inicial, que confirma o excluye la presencia de sensibilización mediada por IgE ante determinados alérgenos, en una muestra de sangre venosa. En una segunda fase, si la prueba ha sido positiva, el laboratorio cuantificará la IgE específica frente a los alérgenos que contiene Phadiatop®, en la misma muestra de sangre inicial. Si el resultado es negativo, no son necesarias más determinaciones, ya que la probabilidad de alergia es muy baja<sup>21</sup>. Con esta estrategia mejora el coste-beneficio de la determinación de IgE específicas y permite obtener información objetiva sobre la presencia de sensibilización en niños con sospecha clínica de enfermedad alérgica.

Phadiatop® contiene una mezcla de alérgenos inhalantes prevalentes, variables según el entorno geográfico entre los que se incluyen ácaros, pólenes, epitelios de perro y gato y hongos responsables de más del 90% de sensibilizaciones en niños mayores de 5 años. Phadiatop® Infant contiene además de alérgenos inhalantes, una selección de alérgenos alimentarios (leche, huevo, cacahuete, soja y gamba) que suponen, en conjunto, más del 98% de los antígenos responsables de la sensibilización alérgica en niños menores de 4 años.

El estudio multicéntrico APIA<sup>4</sup>, realizado por el GVR, ha demostrado la utilidad de éste método como prueba de cribado en niños con dermatitis atópica, sibilancias recurrentes y asma, superando a la IgE total (que debe ser evitada como prueba de cribado inicial) para detectar correctamente a los pacientes sensibilizados.

- **Indicaciones**

Las mismas que la determinación de IgE específica

### *ImmunoCap® Rapid*

- **Características**

Es una técnica de diagnóstico in vitro, comercializada en España en 2005, que permite la detección rápida de sensibilización IgE mediada frente a determinados alérgenos, a partir de una muestra de sangre capilar obtenida por punción del pulpejo del dedo.

Para niños, está disponible el perfil sibilancias/rinitis que incluye 10 alérgenos: 8 neumoaérgenos (gato, perro, abedul, olivo, artemisia, parietaria, hierba timotea, ácaro) y 2 alérgenos alimentarios (huevo y leche).

Es una técnica cualitativa, que informa de un resultado positivo o negativo de forma individualizada frente a cada alérgeno del panel, y también semicuantitativa, ya que varía la intensidad de la coloración según la cantidad de IgE presente frente a cada alérgeno.

La ventaja principal es la sencillez de realización y la rapidez en la obtención de resultados, ya que en 20 minutos se conoce la respuesta, en la propia consulta.

- **Indicaciones**

Aunque se precisan series más amplias para determinar claramente su papel en el diagnóstico de la alergia, los estudios publicados hasta ahora hacen que sea una técnica especialmente interesante para el diagnóstico de la alergia en Atención Primaria<sup>25-26</sup>.

Está indicada en el estudio inicial de los pacientes con asma o dermatitis atópica en Atención Primaria. Como incluye alérgenos de huevo y leche, resulta de interés en niños menores de 4 años, en los que la sensibilización a alimentos actúa como marcador pronóstico de un posible fenómeno de marcha atópica. Ante un resultado negativo, no concordante con la clínica, es necesario realizar otras pruebas.

- **Resumen de la técnica del ImmunoCap® Rapid**

1. Preparación previa: informar a la familia y al niño, realizar en consulta programada, preparar todo el material necesario.
2. Realizar la técnica:
  - Abrir un dispositivo
  - Calentar el dedo y obtener por punción del pulpejo 110 µl de sangre capilar
  - Depositar la sangre en el pocillo del dispositivo destinado al efecto. A los 5 minutos, añadir solución de desarrollo en el pocillo inferior
  - Leer el resultado en el dispositivo 15 minutos después: se considera el resultado positivo ante cualquier línea coloreada frente a cada uno de los 10 alérgenos, variando de rosa pálido a rojo intenso y es negativo ante la ausencia de color.
  - Registrar el resultado

En la Tabla I se resumen las técnicas indicadas para el estudio de la alergia en Atención Primaria.

## PUNTOS CLAVE

La prevalencia de enfermedades alérgicas en la niñez es elevada en nuestro entorno geográfico

Ante una historia clínica compatible con alergia, el pediatra de Atención Primaria realizará los estudios pertinentes para demostrar sensibilización mediada por IgE a cualquier edad

En los niños menores de 5 años debe descartarse siempre sensibilización a alimentos y alérgenos inhalantes. En los mayores de esa edad se investigarán principalmente, neumoalergenos

La cuantificación de IgE específica, el prick test o ImmunoCap® Rapid son técnicas necesarias para confirmar una alergia clínicamente sospechada, y deben estar disponibles para su uso en pediatría de Atención Primaria

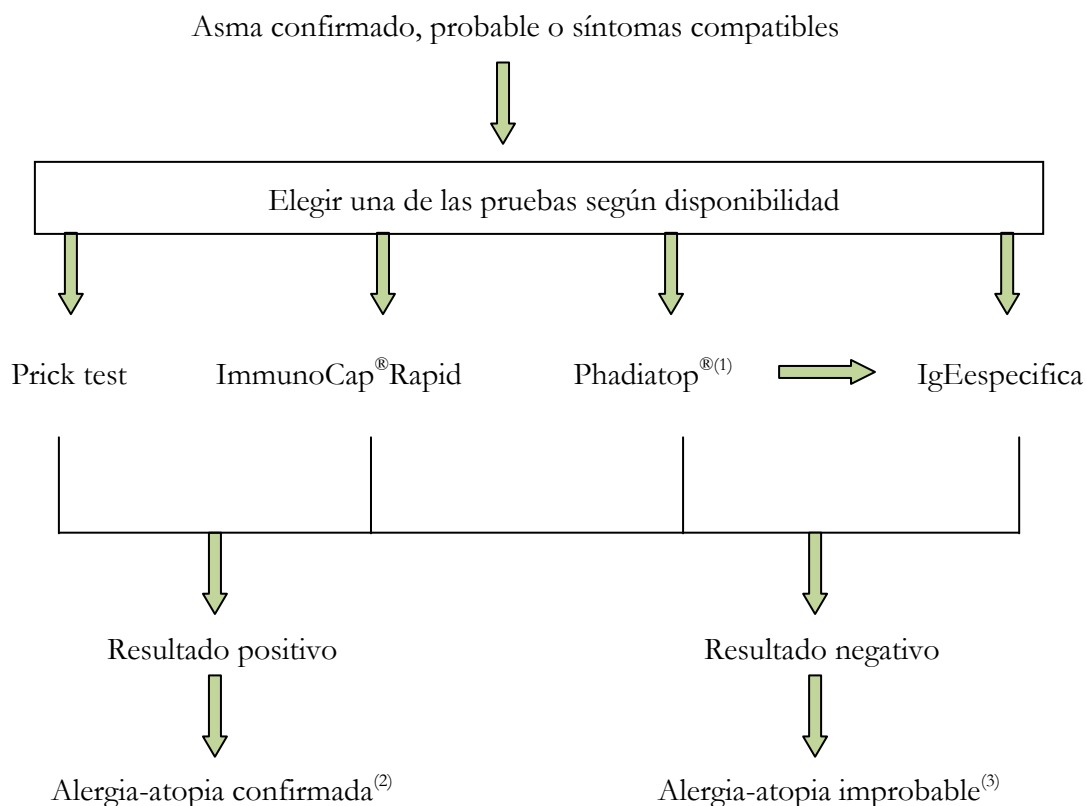
Phadiatop Infant® es una prueba de cribado inicial que permite el estudio de alergia alimentaria y/o neumoalergenos prevalentes en niños menores de 4 años con sibilancias y/o dermatitis atópica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia. (Estudio ISAAC). [Fecha de acceso: 2 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.respirar.org/isaac/index.htm>
2. Carvajal I, García L, Busquets R, Morales M, García N, Batlles J et al. Geographic variation in the prevalence of asthma symptoms in Spanish children and adolescents. International Study of Asthma and Allergies in childhood (ISAAC) phase 3, Spain. Arch Bronconeumol 2005;41:659-66.
3. Garde J, Ibañez MD. Alergia en menores de 14 años. En: Alergológica 2005. SEIAC. Madrid, Luzán Ed 2006: 323-387.
4. Carvajal I, Díaz C, Cano A, Torregrosa MJ, Barahona A, Aguilar M et al. Spanish map of allergic sensitisation in 0-5 year old children presenting wheezing and/or eczema. Allergy 2007;62(Suppl.83):83.
5. Lau S, Nickel R, Niggemann B, Gruber C, Sommerfeld C, Illi S, et al. MAS Group. The development of childhood asthma: lessons from the German Multicentre Allergy Study (MAS). Paediatr Respir Rev 2002 Sep; 3(3): 265-272.
6. Illi S, Von Mutius E, Lau S, Nickel R, Niggemann B, Sommerfeld C et al. Multicenter Allergy Study Group. The pattern of atopic sensitization is associated with the development of asthma in childhood. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 709-714
7. Bacharier LB, Boner A, Carlsen H, Eigenmann PA, Frischer T, Götz M, Helms PJ et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Allergy 2008; 63:5-34.
8. British Guideline on the Management of Asthma. 2008. [Fecha de acceso: 2 de septiembre de 2009]. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html>
9. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2008. [Fecha de acceso: 10 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
10. Guía Española para el manejo del asma. GEMA. 2009. [Fecha de acceso: 3 de septiembre de 2009]. Disponible en: [www.gemasma.com](http://www.gemasma.com)
11. Castillo JA, De Benito J, Escribano A, Fernández M, García S, Garde J et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc) 2007;67:253-73.
12. Guía de Práctica clínica sobre asma. Servicio Vasco de Salud .2005. [Fecha de acceso: 1 de septiembre de 2009]. Disponible en [http://www.respirar.org/iniciativas/gpc\\_paisvasco.htm](http://www.respirar.org/iniciativas/gpc_paisvasco.htm)

13. Host A, Andrae S, Charkin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy* 2003; 58: 559-569.
14. Alba F, Buñuel C, Fos E, Moreno A, Oms M, Puig M, Ridaó M, Sanz L. Asma Infantil. Barcelona: Institut Catalá de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica i material docent, num 13. [Fecha de acceso: 2 de septiembre de 2009]. Disponible en: [http://gencat.net/ics/professionalsguies/asma\\_infantil.htm](http://gencat.net/ics/professionalsguies/asma_infantil.htm).
15. Atención al niño asmático. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. 2004. [Fecha de acceso: 1 de septiembre de 2009]. Disponible en <http://www.respirar.org/sanitaria/aragon.htm>.
16. Red Española de Aerobiología. [Fecha de acceso: 26 de Octubre de 2009]. Disponible en: [http://www.uco.es/rea/enlaces/aero\\_espa.html](http://www.uco.es/rea/enlaces/aero_espa.html)
17. Valyasevi M, Maddox DE, Li J. Systemic reactions to allergy skin test. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999;83:132-6
18. Devenney I, Falth-Magnusson K. Skin prick test may give generalized allergic reactions in infants. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000;85:457-60.
19. Díaz CA. Taller de diagnóstico de la alergia en el asma. [Fecha de acceso: 1 de Octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.respirar.org/tal/index.htm>.
20. Castillo JA. La exploración del niño alérgico. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2009;2 (1):42-49.
21. Morell JJ, Bamonde L, Mora I, Pascual J. Diagnóstico etiopatogénico del asma. En: Cano A, Díaz C, Montón JL. (eds). *Asma en el niño y adolescente*, 2ª ed. Madrid: Editorial Ergón 2004.
22. Bousquet J, Burbach G, Heinzerling LM, Edenharter G, Bachert C, Bindslv-Jensen C et al. GA2LEN skin test study III: Minimum battery of test inhalent allergens needed in epidemiological studies in patients. *Allergy* 2009;64:1656-1662.
23. Toral T, Moral L. Interpretación de las pruebas alérgicas: pruebas cutáneas e Inmunoglobulina E específica. *An Pediatr Contin* 2004;2(4):230-3
24. Simpson A, Soderstrom L, Ahlstedt S, Murray CS, Woodcock A, Custovic A. IgE antibody quantification and the probability of wheeze in preschool children. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116: 744-749
25. Díaz C, Torregrosa MJ, Carvajal I, Cano A, Fos E, García A et al. Accuracy of ImmunoCap™ Rapid in the diagnosis of allergic sensitization in children between 1 and 14 years with recurrent wheezing: the Irene study. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20: 601-609
26. Mora I, Díaz CA. Nuevas herramientas diagnósticas de la alergia: utilidades en Atención Primaria. *Anales de Pediatría Continuada* 2008;6 (1):30-3.

Tabla I. Algoritmo – resumen para el estudio alérgico en Atención Primaria



(1)- Elegir Phadiatop®Infant en menores de 4 años. Si la prueba es positiva, se individualizan y cuantifican las IgE específicas, según la historia clínica y el mapa alérgico de la zona geográfica

(2)- Correlacionar el resultado con la clínica.

(3)- Si hay discordancia con la clínica realizar otra prueba de alergia no solicitada inicialmente, descartar otros diagnósticos alternativos y si el problema persiste repetir el estudio pasado un año.