

Pediatría de atención primaria



 Hospital General
Universitari d'Alacant

 **Servicio de
Pediatría**
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

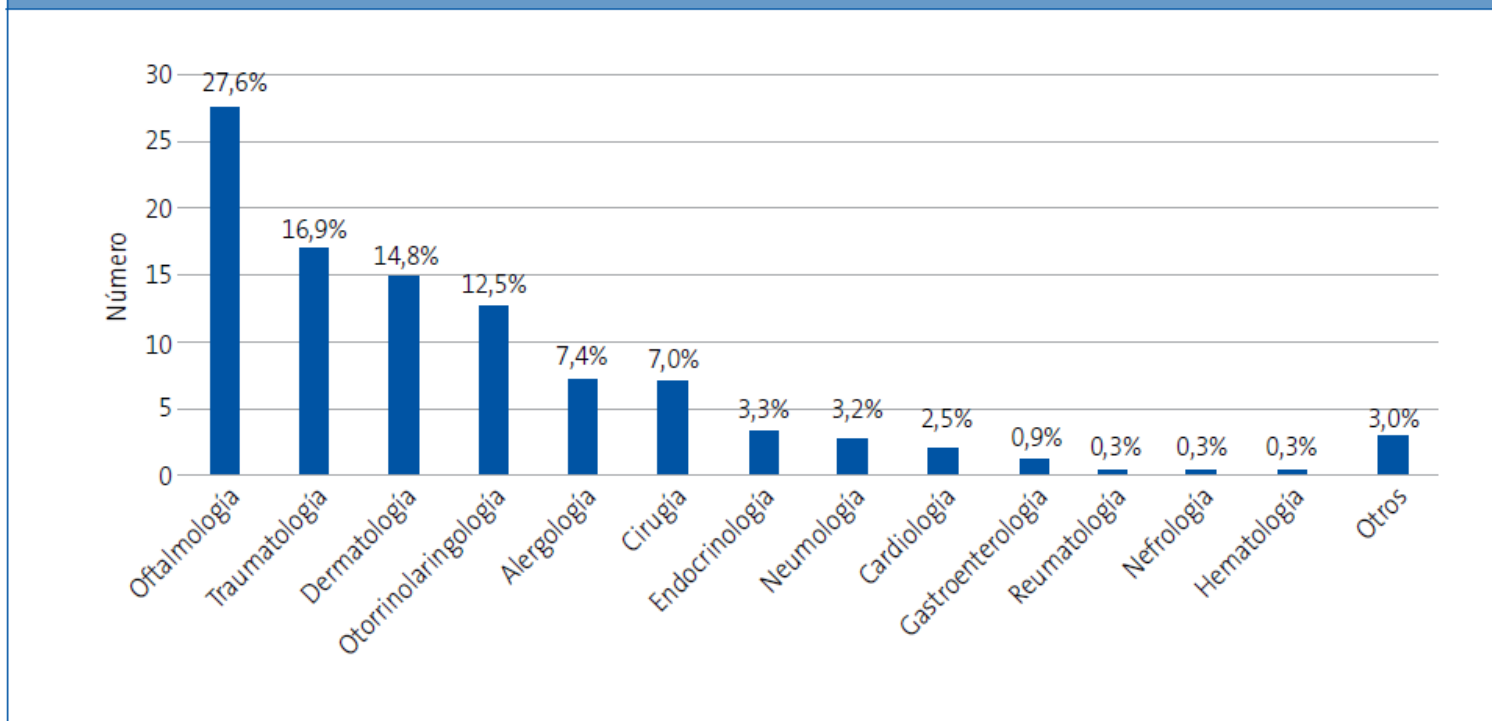
Unidad de neumología y alergología pediátrica

Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria

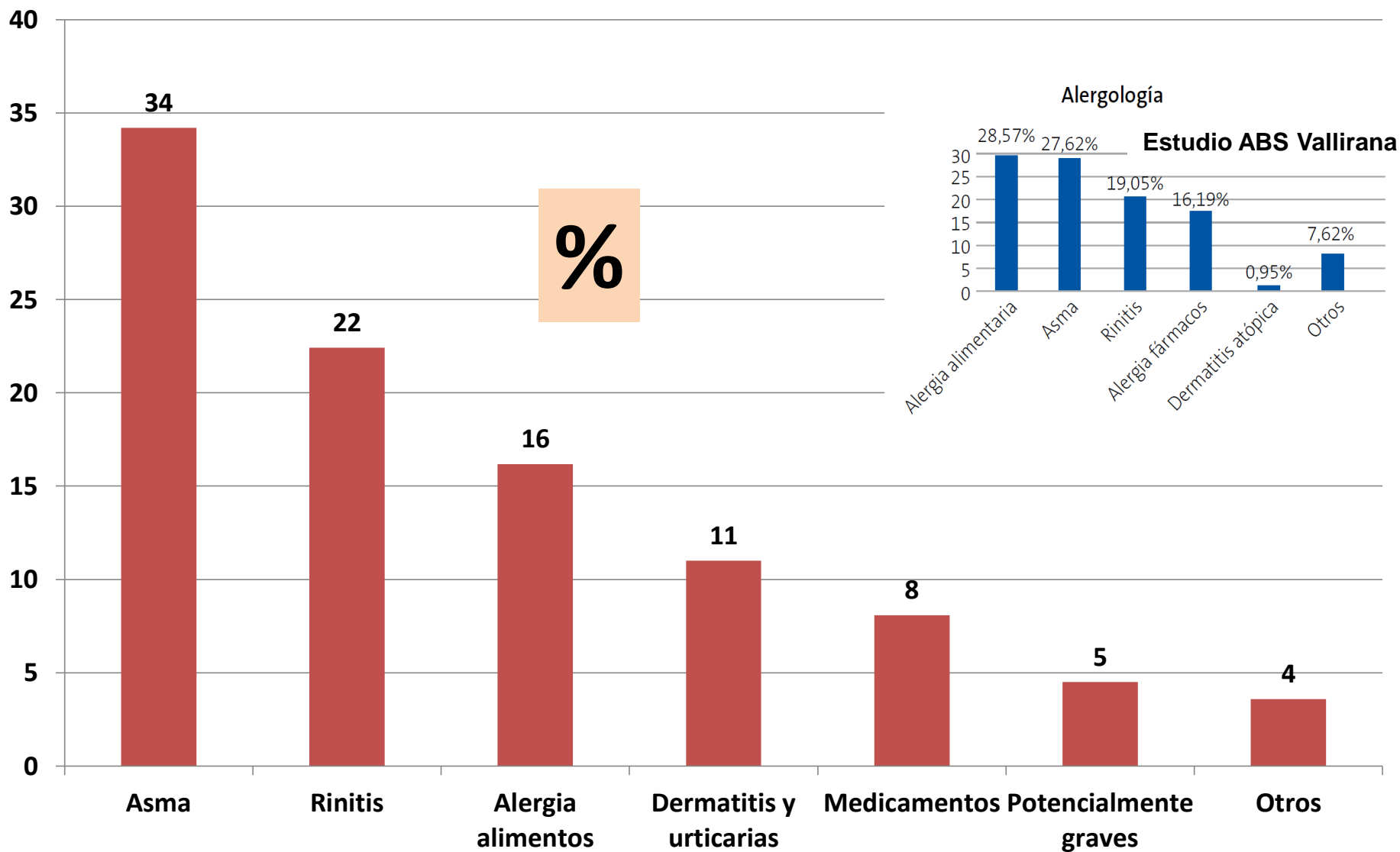
N. Contreras Balada^a, A. Gibert Agulló^a, J. M. Linares Muñoz^a, M. C. Ponce Villacreces^a,
N. Casamada Humet^b, M. Sauvalle Soler^b

^aPediatra. ABS Vallirana. Vallirana, Barcelona, España • ^bEnfermera de Pediatría. ABS Vallirana. Vallirana, Barcelona. España.

Figura 1. Distribución de las derivaciones por especialidad (número y proporción en relación al total de derivaciones)



Derivaciones del Departamento Alicante-Hospital General a la Unidad de Neumología y Alergología Pediátrica





Podemos ser amigos, pero no podemos sustituirnos

Casos clínicos

Reunión AP- Neumoalergia Infantil
HGUA- Junio 2015



Antonio....

- 10 meses
- Antecedentes personales:
 - RNT- AEG
 - Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
 - beikost sin incidencias hasta la fecha*
 - *HUEVO
 - Bronquiolitis leve a los 6 meses
 - Convive con gatos y perro
 - No AF de atopia
- Eccema atópico impetiginizado en mejillas (no en otras localizaciones) de 2 semanas de evolución



- Tratamiento:
 - corticoides tópicos + abt tópicos (Fucidine H)
 - anti- H1 (Atarax)
- Seguimiento clínico
- A los 3-4 días escasa mejoría:
 - abt oral (Augmentine)
 - corticoides orales (Estilsona ciclo corto)
 - Fucibet
- Mejoría parcial lenta
- **RECURRENTE Y PERSISTENTE (1 mes)**

¿Qué hacemos?

1. ¿derivamos a Dermatología?
2. ¿derivamos a Alergia?
3. ¿RAST?
4. ¿prueba terapéutica con HP?

- RAST:

- sensibilización a PLV y al huevo:

- Ig E específica PLV = 0.88 kU/l

- Ig E específica clara huevo = 0.73 kU/l

- negativo para caspa gato (0.17) y perro (0.05)

- Prueba con HP

- Se deriva a Alergia Infantil

- Tras retirada de PLV:

- RESOLUCIÓN COMPLETA

- NO RECURRENCIAS

Al reintroducir leche de vaca no hubo empeoramiento

DA y alergia alimentaria

- ¿rentabilidad del phadiatop en AP?
- ¿rentabilidad del RAST en AP?
- Sensibilización de alimentos que toleran bien:
NO quitar (correlación clínica)
- Sensibilización de alimentos nunca ingeridos:
evitación y/o provocación

Situaciones	Prick / RAST	Estrategia	Reintroducción
Alergia inmediata	Si	Evitar alimento	Provocación
Sospecha reacción retardada	Si / No	Retirar 2-3 sem: - Mejora → Provocación solo si + exclusión - No mejora.	- Reintroducir con cuidado pasado un tiempo. - Reintroducir.
Sensibilización "asintomática"		Rehistoriar y si sospecha retirar	Provocación si retirado durante periodo largo.
Sensibilización alimento nunca ingerido	Si	Provocación o evitación según niveles	Provocación
DA severa y alimento nunca ingerido	Si	Negativas → introducir Positivas → Provocación o evitación	Provocación

Sospecha de alergia alimento → quitar y derivar a Alergia para provocación oral

Isabel...

- 2 años
- AP sin interés
- Fiebre de 39°C de 4 días de evolución + tos + mucosidad
- EF: faringe hiperémica, timpanos abombados
- Dx: Otitis Media Aguda
- Tto: Amoxicilina (80 mg/kg/día) durante 7 días

- A los 6 días: erupción cutánea generalizada





¿Qué hacemos?

- continuamos ABT? *Probablemente viral*
- Suspendemos ABT?
- Solicitamos RAST a amoxicilina?
- Derivamos a Alergia?

Marina....

- 6 años
- AP sin interés
- Fiebre de 39°C, odinofagia, tos y mucosidad
- EF: beg. Faringe hiperémica con exudados amigdalares pultáceos
- Tto: amoxicilina (50mg/kg/día) durante 10 días
- 2ª exposición
- A los 3 días: erupción cutánea en tronco



¿Qué hacemos?

- continuamos ABT? *Probablemente viral*
- Suspendemos ABT?
- Solicitamos RAST a amoxicilina?
- Derivamos a Alergia?

Iván.....



RN sano sin AP ni AF de interés

- 5 meses: Bronquiolitis leve asociada catarro → β_2 inhalado
- 6 meses: 2º bronquitis leve asociado catarro → β_2 inhalado

¿ iniciamos tratamiento base?

¿esperamos?

7 meses: 2 bronquitis leve-moderado → β_2 inhalado + ciclo de corticoides orales 3 días y observación hospitalaria

¿ iniciamos tratamiento base ?

¿esperamos?

¿remitimos?

Asma episódica frecuente

- ¿CSI a dosis habituales?
- ¿Montelukast?
- ¿CSI + montelukast?



- Evaluamos 6 semanas
- Buen control: dejamos? Cuánto tiempo? → 2-3 meses
- Mal control:
 - ↑ dosis CSI
 - + montelukast
 - evaluamos 6 semanas → buen control → 2-3 meses?
- ¿iniciamos el invierno siguiente?

Carlos....



- 8 años
- Antecedentes Personales:
 - Prematuro de 32 sg
 - Bronquitis de repetición asociados a catarros
 - CSI + Montelukast
 - buen control
 - alta sin tto a los 5 años
- Dermatitis atópica leve
- AF de asma y Rinoconjuntivitis alérgica en la madre

- **Reagudización en último año:**
 - 8-9 bronquitis leves asociados a catarro
 - β_2 inhalado acción corta a demanda
- **Últimos meses:**
 - Síntomas nocturnos (tos y pitos) casi diarios
 - Necesidad salbutamol 3 veces por semana
 - Baja tolerancia al ejercicio
 - Rinitis alérgica en contacto con polvo doméstico, peluches y perro

Asma persistente

¿qué hacemos?

¿pedimos RAST?

¿iniciamos tratamiento?

¿remitimos a Alergia?

- Medidas de evitación alérgenos sospechosos
- anti-H₁ de 2^a generación y corticoides intranasales

+ montelukast?

+ CSI ?

+ CSI + montelukast?

+ CSI + β_2 acción prolongada?

- Se remite a Neumoalergia

Tratamiento:

- CSI + montelukast (dispositivo/cámara adecuada)
- Terbasmin turbuhaler 500 mcg/inhal dosis polvo
- ¿inmunoterapia?



No mejoría
RECAÍDAS frecuentes

- Asociamos algún tratamiento más?
- Remitimos de nuevo a Alergia?

Adherencia al tratamiento
Adiestramiento técnica
Mala técnica inhalatoria

Rinoconjuntivitis alérgica

- ¿rentabilidad estudio de alergia?
- ¿cuándo derivar?
- Si buen control= no necesario
- Si mal control= siempre:
 - rinitis persistente
 - rinitis asociada a asma en época estacional

