

PREGUNTA AL ESPECIALISTA

ALERGIA ALIMENTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Dra. Ana Martínez-Cañavate

Jefa de sección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y responsable de la unidad de Alergia Pediátrica.

Presidenta de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y

Cómo orientar y derivar
pacientes con APLV,
tanto IgE como no IgE
mediada

Desensibilización oral
con alimentos:
indicaciones, técnica

Ante un paciente con
Alergia no mediada por
IgE: ¿cómo actuamos?

Actitud ante paciente
con Dermatitis atópica
(DA)

Anafilaxia: alergia a
frutos secos y
frutas. ¿Cuándo
indicar adrenalina?

Criterios de
derivación: APLV,
alergia a huevo,
frutos secos y frutas

Paciente con alergia a
huevo: dieta de exclusión
cómo enfocar la dieta
hacia una tolerancia
progresiva



Cómo orientar y derivar
pacientes con APLV,
tanto IgE como no IgE
mediada

Ante un paciente con
Alergia no mediada por
IgE: ¿cómo actuamos?

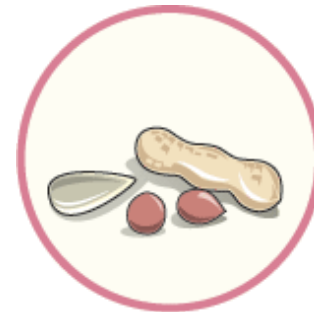
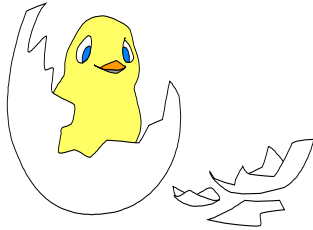
¿Cómo orientar y derivar pacientes con APLV? IgE como no IgE mediada



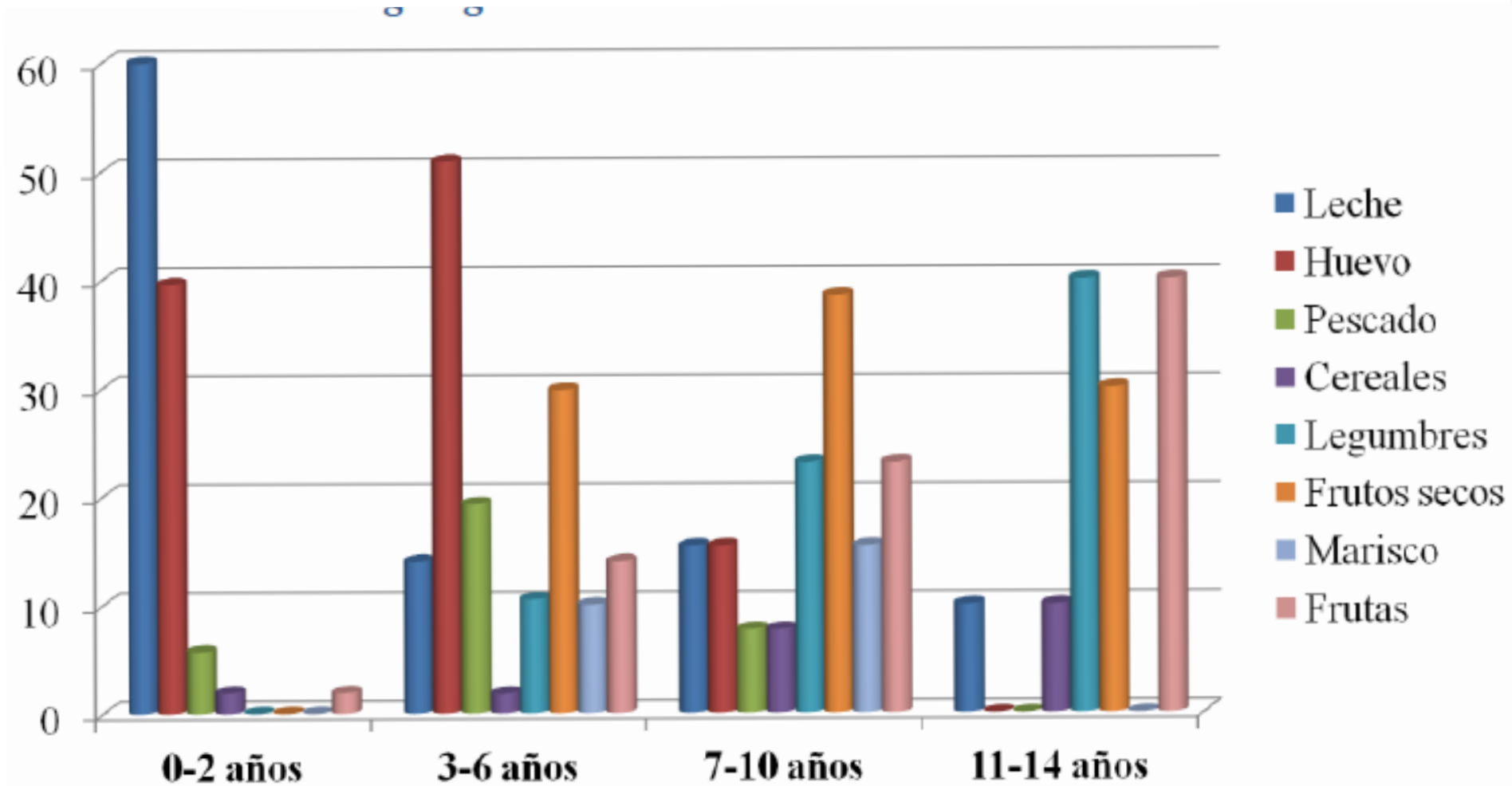
- Todos los alimentos pueden ser potencialmente sensibilizantes, pero la mayor parte de los pacientes reaccionan sólo a unos pocos alimentos.
- El predominio de reacciones adversas a alimentos específicos puede depender de la edad de los pacientes y de los hábitos alimenticios de una población concreta.



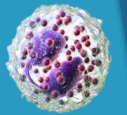
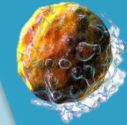
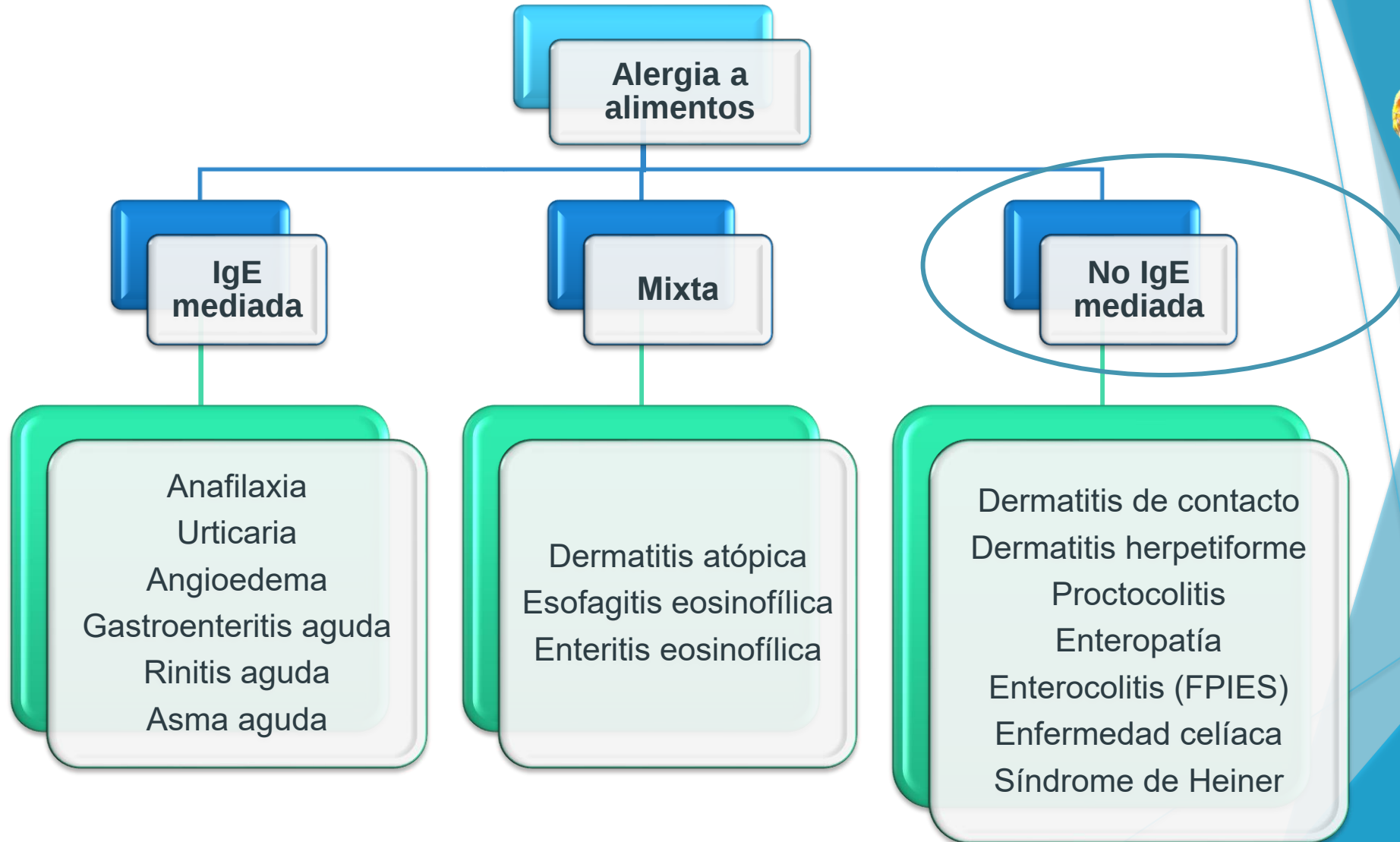
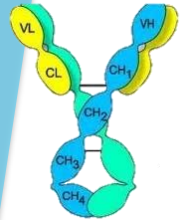
- Los alimentos implicados son los más consumidos, y las diferentes sensibilizaciones suelen aparecer en el mismo orden de incorporación de los alimentos a la dieta del niño.



Alimentos según la edades



Clínica



Orientar y derivación de pacientes



- ▶ Sospecha de enfermedad **alérgica no IgE mediada**:
 - ▶ Generalmente es diagnóstico clínico
 - ▶ Clínica insidiosa 1-2 semanas tras la introducción del alimento.
 - ▶ Síntomas generalmente digestivos:
 - ▶ Proctocolitis
 - ▶ FPIES: leve, crónico, **grave**
 - ▶ Celiaquía
- ▶ Si sospechas
 - ▶ Proctocolitis: retirar el alimento de la dieta durante 2 semana y reintroducir.
 - ▶ APLV: prescribir hidrolizado de caseína, seroproteínas, arroz, dieta de exclusión 3-4 meses.
 - ▶ Celiaquía: realizar screening y no retirar el gluten
 - ▶ FPIES agudo: si conocemos el alimento responsable retirarlo de la dieta

Derivación a consulta de Gastroenterología

Actitud ante APLV



- ▶ Primera causa de alergia alimentaria
- ▶ Las mediadas por IgE 54% y 46% las no mediadas.
- ▶ Las mediadas **no mediadas por IgE:**
 - ▶ Retirar lácteos a la madre
 - ▶ Si se precisa lácteos: hidrolizado extenso de caseína, seroproteínas, arroz
 - ▶ No introducir soja, reactividad cruzada.
 - ▶ En ocasiones pueden tolerar la leche de otros mamíferos: cabra u oveja.
 - ▶ La analítica específica no aporta el diagnóstico.



Puntos clave en APLV no IgE mediada

- Según la SEGHNH: “la **APLV-no IgE** es una reacción adversa que aparece tras el consumo de leche de vaca, en cantidades habitualmente toleradas por sujetos sanos, caracterizada por ser reproducible e implicar presuntamente en su desarrollo uno o varios mecanismos inmunológicos no mediados por anticuerpos de clase IgE”.
- La EAACI defiende que **la realización de una historia clínica detallada y la prueba de exclusión-provocación son las únicas herramientas disponibles para diagnosticar** este tipo de alergia no mediada por inmunoglobulinas.

SOSPECHA PROCTOCOLITIS ALÉRGICA

Historia clínica

- Antecedentes de atopia.
- Síntomas.
- Momento de inicio.
- Relación temporal con la ingesta.

Exploración física

- Antropometría.
- Datos de atopia.
- Exploración abdominal.
- Exploración perianal.

Diagnóstico diferencial

- Colitis infecciosa.
- Fisura anal.
- Dermatitis perianal.
- Sangre materna deglutida.
- Otras entidades de alergia gastrointestinal no IgE mediada.

Cuadro clínico compatible

Prueba de exclusión de PLV 2-4 semanas
NUNCA >6 semanas

No mejoría o mejoría parcial

Diagnóstico alternativo

Valorar, si LM exclusiva,
que la dieta de exclusión
sea correcta. Valorar
posibilidad de alergia a
otro alimento

No mejoría o mejoría parcial

Derivar a Atención
Especializada

Asintomático

Dudas de
mecanismo IgE

Sí

No

Prueba de
provocación en
domicilio

Empeora

PROCTOCOLITIS
ALÉRGICA

Duda o no
empeora



APLV no IgE mediada. Prueba de tolerancia oral escalonada en domicilio. Adecuar el tipo de productos a la edad del paciente



1ª semana

Productos horneados con trazas o pequeñas porciones de LV (elegir una opción)

- Galletas¹: empezar por 1/día y aumentar hasta 3-4/día
- Bollería, preferentemente casera, tipo bizcocho o tostas, magdalenas, ensaimadas: empezar por 1/4-1/2 porción, aumentando progresivamente a lo largo de la semana hasta 1 ración, mantener 2-3 veces/semana
- Pan que contenga leche: empezar por 1/2 cortada de tipo pan de molde y aumentar hasta 1-2 rebanadas/día

2ª semana

Yogur natural²

Empezar por 1-2 cucharaditas y aumentar progresivamente todos los días hasta llegar a 1 yogur diario (125 cc)

3ª semana

Quesos

Quesos frescos (tipo burgos) o petit-suisse: empezar por 1/4 ración, aumentando progresivamente hasta 1 ración (40-50 g). Posteriormente introducir quesos curados suaves, empezando por 10 g y aumentar progresivamente hasta 20-25 g

4ª semana

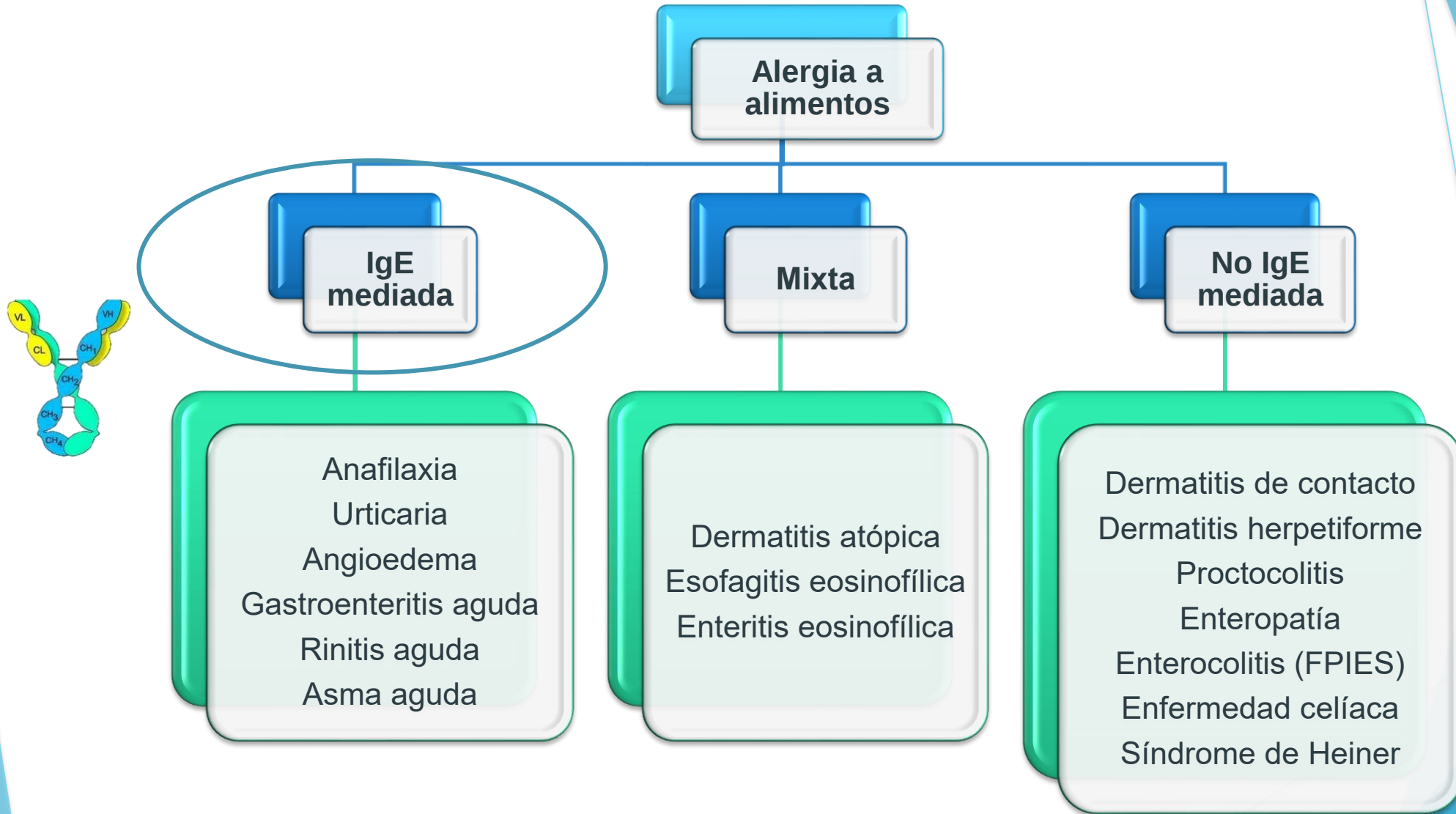
Leche³

- Lactantes con fórmulas especiales⁴ (< 24 meses): empezar por 60 cc de fórmula adaptada⁵ aumentando progresivamente a 90 cc, 120 cc, 150 cc, hasta 180-240 cc
- Niños ≥ 24 meses⁶: empezar por 100 cc de LV, aumentando progresivamente a 150 cc, 200 cc, 250 cc

Si tolera el producto introducido una semana, lo debe seguir tomando en las semanas sucesivas.

Si no ha tolerado un producto debe regresar al nivel anterior.

Clínica





Orientar y derivación de pacientes

- ▶ Sospecha de **enfermedad IgE mediada**:
 - ▶ Reacción rápida en < 2 horas de la ingestión del alimento
 - ▶ Generalmente con una clínica típica:
 - ▶ Urticaria, lesiones peri orales.
 - ▶ Angioedema.
 - ▶ Anafilaxia.
 - ▶ FPIES agudo > 2 horas, clínica importante
- ▶ Si sospechas
 - ▶ APLV: prescribir hidrolizado de caseína, seroproteínas, arroz.
- ▶ Derivar a consulta de Alergología Pediátrica

Actitud ante APLV



- ▶ Primera causa de alergia alimentaria
- ▶ Las mediadas por IgE 54% y 46% las no mediadas.
- ▶ Incluye la leche de otros mamíferos: cabra u oveja
- ▶ Las mediadas por IgE:
 - ▶ Resolución espontanea a los 5 años en el 80%
 - ▶ No retirar lácteos a la madre.
 - ▶ Si se precisa lácteos: hidrolizado extenso comprobar tolerancia.
 - ▶ No retrasar la introducción de la carne de ternera.
 - ▶ No solicita screening de alimentos.
 - ▶ Solicitar leche y fracciones y si no ha introducido huevo pedir: clara y ovomucoide

Screening alimentos fx5

	Huevo	
	Leche	
	Pescado (bacalao)	
	Trigo	
	Cacahuete	
	Soja	

To participate in our study on food ladders go to <https://bit.ly/2J4Tp7C> or access our survey by scanning the QR code with your mobile phone camera:



CANADIAN MILK LADDER

for cow's milk allergy

INSTRUCTIONS

- Start at Step 1 and work your way up to Step 4
- Give the food daily. May be taken with a meal
- Start with a grain or pea sized amount, and over several days or weeks gradually increase to an age appropriate amount
- Once at an age appropriate amount, spend a minimum of 1-3 months in each category, before advancing on to the next category
- If after advancing to the next category there are allergic symptoms, then go back to the lower category for a month before re-trying the higher category

Step
4.



Cheese



Yogurt



Ice Cream



Milk

Step
3.



Pizza



Boiled Milk
(bubbling on low for at least 3 minutes)

Step
2.



Waffle



Pancake or Crêpe

Step
1.

Baked Goods with Milk Ingredients



muffin or
cupcake



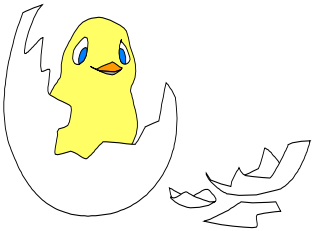
well-baked
cookie



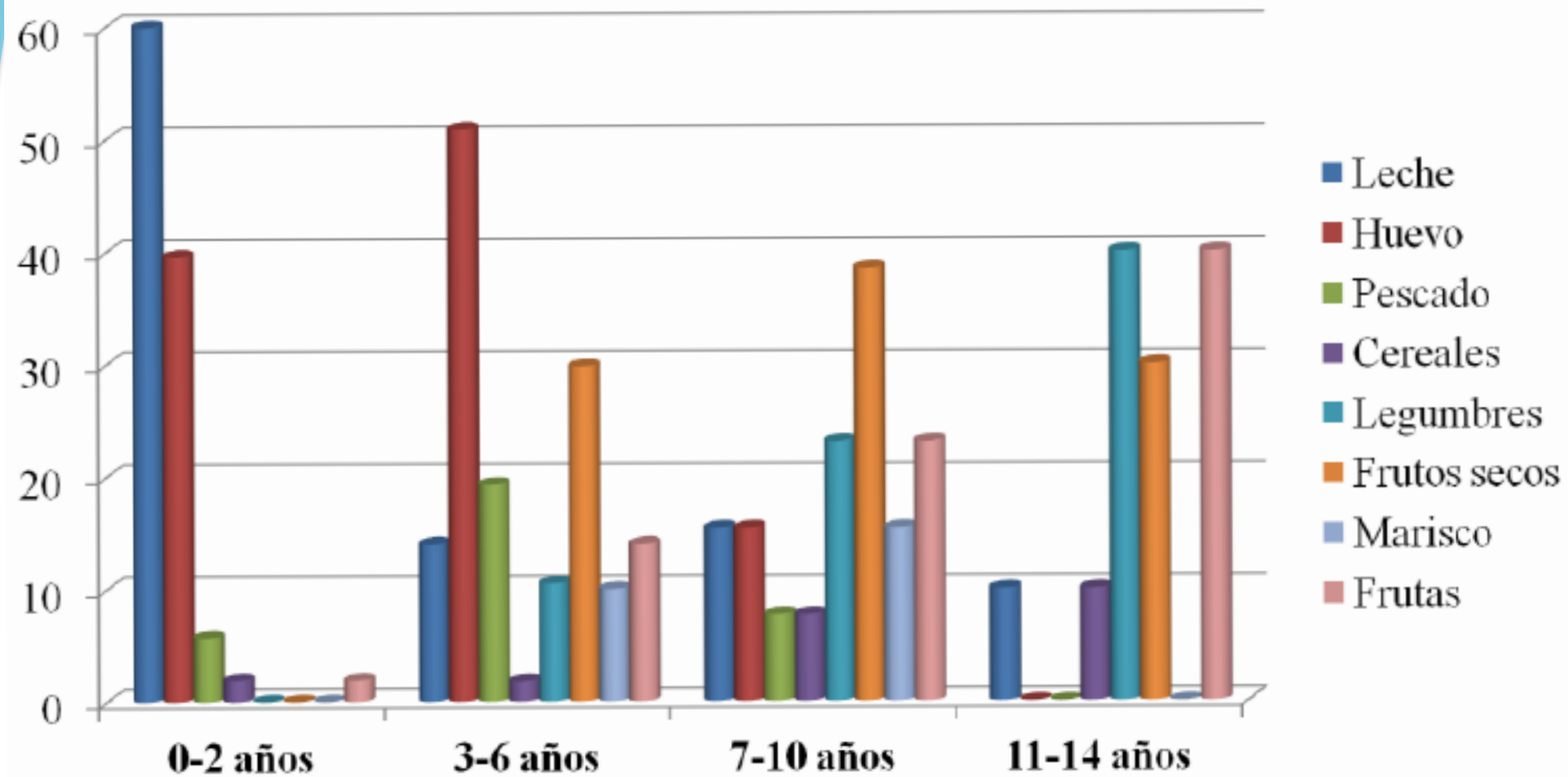
Fig. 2 Canadian milk ladder

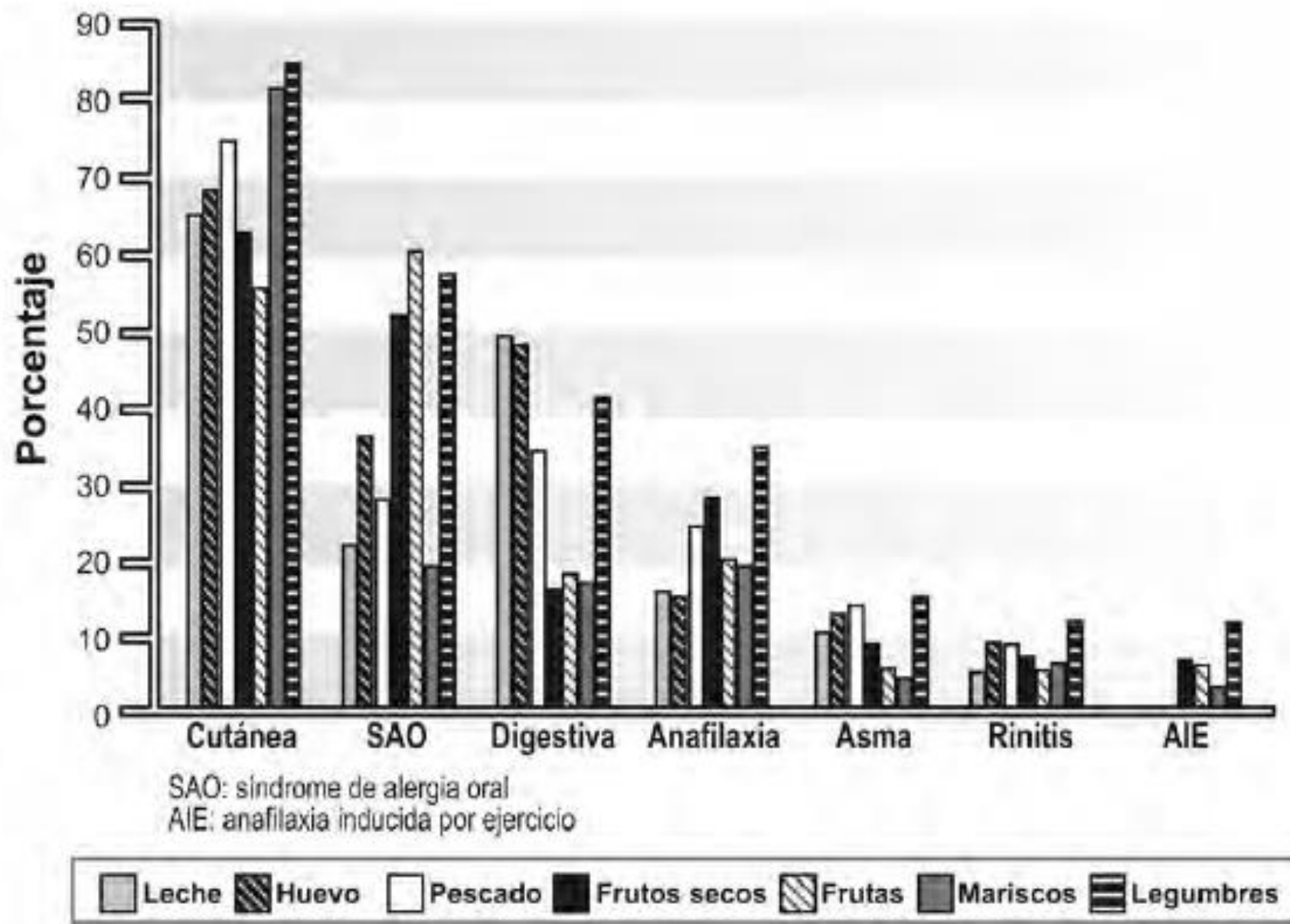
Criterios de
derivación: alergia a
huevo, frutos secos y
frutas

Criterios de derivación: huevo, frutos secos y frutas



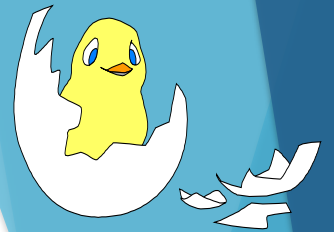
Alimentos según la edades



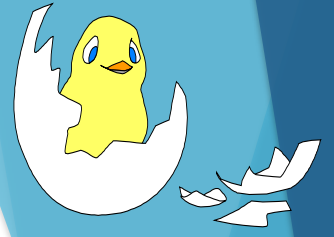


Huevo

- Primera causa de alergia alimentaria: 40% (2,4% niños entre 2-4 años)
- Generalmente es IgE mediada
- Reactividad cruzada entre los tipos de huevo: gallina, oca, codorniz.
- Resolución espontánea: 60% a los 5 años y 80% a los 10 años
- No reactividad cruzada con la carne de pollo
- Fracciones: ovoalbúmina (termolábil), ovomucoide (marcador de gravedad y de persistencia, termoestable)



Huevo



- ✓ Vacunas: triple vírica y gripe son seguras incluso en niños con anafilaxia. No hay que realizar pruebas y se deben administrar en su centro de vacunación.
- ✓ La vacuna de la fiebre amarilla debe evaluarse en consulta de alergia.
- ✓ La única contraindicación de vacunación y hay que realizar estudio previo es una reacción anafiláctica con dosis previas de vacunación.

Frutos secos:



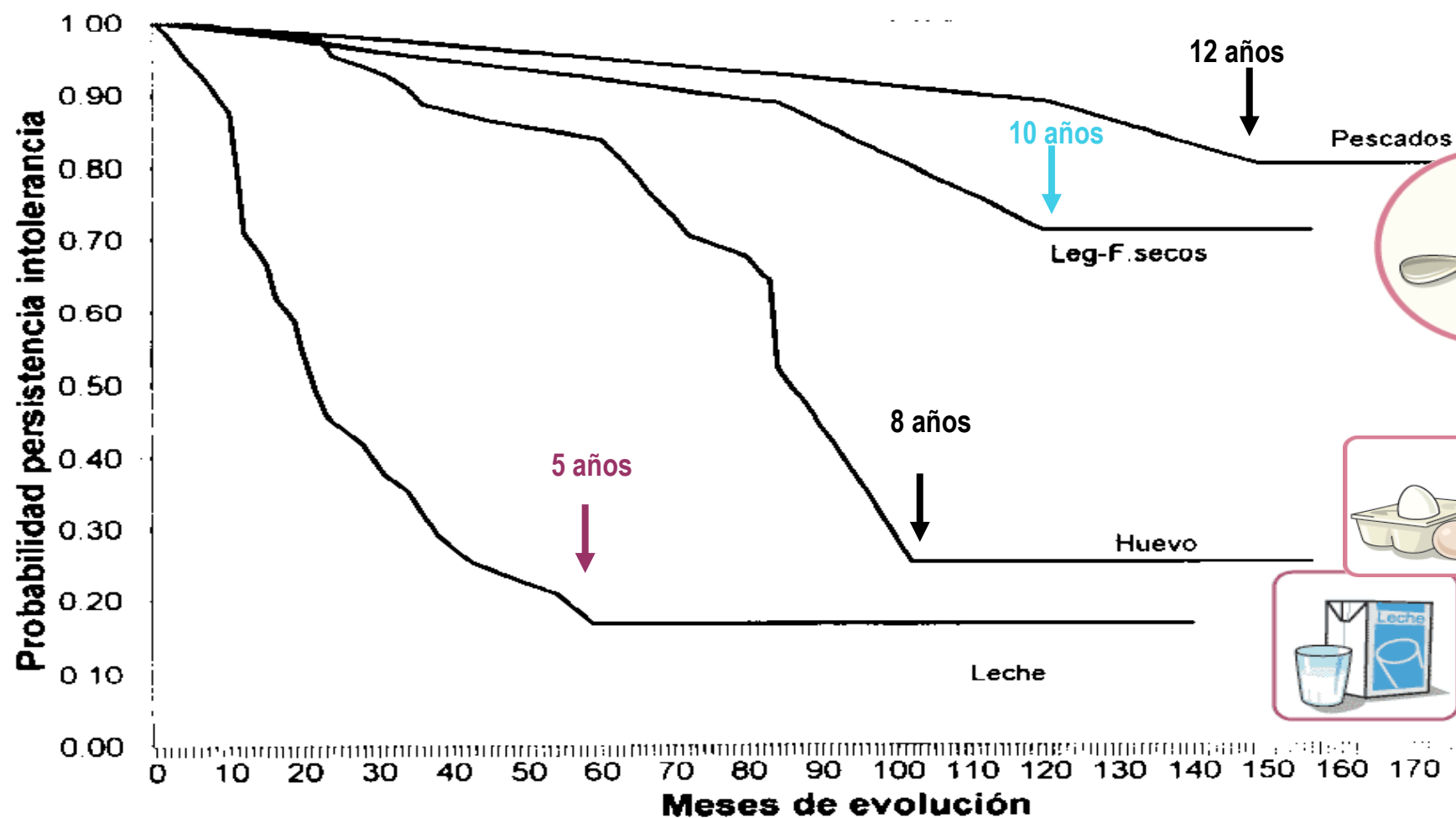
- Tercera causa de alergia alimentaria
- Los mas frecuentes en España: nuez y avellana
- Son causa frecuente de anafilaxia
- Reactividad cruzada: pistacho-anacardo; cacahuete-legumbres, nuez nogal-nuez pecana.
- Etiquetado: frutos secos, frutos de cáscara, cacahuete o semillas
- Presentes como alergenocultos: ensaladas, aceites.
- Es una indicación relativa para la prescripción de adrenalina, aunque no haya sufrido anafilaxia.

Frutas



- Principal causa de alergia en el adulto
- Rosáceas: melocotón, manzana, pera, membrillo, ciruela, cereza, fresa, zarzamora, frambuesa.....
- Mas alergénicas: Melocotón: albaricoque, nectarina, paraguaya; Plátano, Kiwi
- Fresa es poco alergénica, rara la alergia a cítricos
- Las formas de presentación generalmente son IgE:
 - Síndrome de alergia oral (SAO) por profilinas
 - Anafilaxia por alergia a la LTP (proteína transportadora de lípidos) urticaria.

Evolución de tolerancia a largo plazo



¿Que indicar en A.P.?

❑ Tratamiento ante posible reacción:

- Antihistamínico
- Corticoides orales

❑ Si podemos realizar analítica específica: PERFECTO

❑ Derivación a consulta de Alergia Pediátrica

Screening alimentos fx5

	Huevo	
	Leche	
	Pescado (bacalao)	
	Trigo	
	Cacahuete	
	Soja	

¿Por qué derivar?

- Anafilaxia, siempre.
- Orientación diagnóstica.
- Evitar dietas de exclusión innecesarias.
- Comprobar tolerancia y alternativas.
- Plantear la posibilidad de
 - ☐ Desensibilización
 - ☐ Vacuna

Desensibilización oral
con alimentos:
indicaciones, técnica

Desensibilización oral con alimentos: indicaciones, técnica

- ▶ Administración oral del alérgeno alimentario comenzando por cantidades mínimas y progresivamente crecientes hasta dosis normal para edad o máxima dosis umbral tolerada.
- ▶ ¿CÚALES SON LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA INMUNOTERAPIA ORAL CON ALIMENTOS?
- ▶ **Objetivo:** establecer tolerancia inmunológica, re-educando el complejo mecanismo celular y serológico para corregir una reacción inadecuada.

ITO

▶ Indicado en:

- ▶ Niños con alergia a la leche o al huevo, que no alcanzan la tolerancia espontánea.
- ▶ La inmunoterapia oral (ITO) es una opción terapéutica, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del niño y disminuir el riesgo de reacciones por ingestas accidentales.
- ▶ La ITO con alimentos consiste en la administración por vía oral de cantidades progresivamente crecientes del alimento al que se es alérgico, hasta alcanzar la tolerancia de una cantidad estipulada y adecuada para la edad del niño, cuya ingesta deberá mantenerse de forma regular con el fin de mantener la tolerancia adquirida.
- ▶ **Debe realizarse en Servicios de Alergología Pediátrica o Alergología con experiencia en este procedimiento terapéutico.**
- ▶ Aunque la ITO se puede llevar a cabo con diversos alimentos, la gran mayoría de estos tratamientos están focalizados en alimentos ubicuos cuya evitación es difícil, como son la leche, el huevo o, en el entorno angloamericano, el cacahuete.

No se consideran candidatos a ITO con leche de vaca y huevo

- Asma no controlada. Hay que conseguir su control antes de iniciar la ITO.
- Dermatitis atópica grave. Hay que conseguir su control antes de iniciar la ITO.
- Diagnóstico previo de esofagitis eosinofílica.
- Enfermedades o tratamientos que contraindiquen el uso de adrenalina. • Alergia a leche/huevo no mediada por IgE.
- Situación familiar, social o de comprensión de beneficios y riesgos que dificulte realizar un tratamiento de mantenimiento a largo plazo.
- Falta de medios humanos y materiales o de entrenamiento para abordar con seguridad este tratamiento.
- Incapacidad de los tutores para seguir las normas, identificar reacciones y administrar fármacos (adrenalina).

Se han identificado varios marcadores de riesgo:

- ▶ IgE leche ≥ 50 KU/L
- ▶ Prueba cutánea leche ≥ 9 mm
- ▶ Reacciones grado 2,3 y 4 (Sampson) en la PEC
- ▶ IgE ovomucoide $\geq 8,8$ kU/l

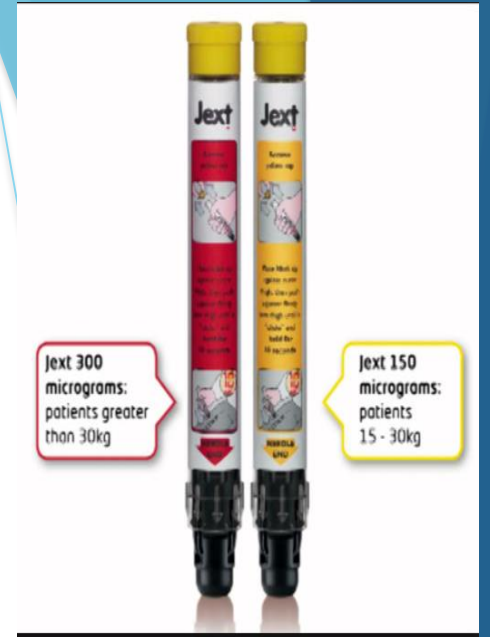
La combinación de 2 ó 3 de estos: RR
2.26-6.06 de reacciones recurrentes

Los niveles de IgE a LV pre-ITO son mayores en los niños en los que fracasa

La mala adherencia al tratamiento y el asma no controlada son factores de riesgo para que se produzcan reacciones graves que pueden comprometer la vida del paciente

Plan de seguridad

- ▶ Instrucciones sobre la administración de las dosis de leche de vaca/huevo.
- ▶ Plan de actuación por escrito ante una reacción alérgica en el domicilio
- ▶ Medicación de rescate para tratar una reacción alérgica
 - ▶ Uso de adrenalina
- ▶ Hagan la toma con estomago lleno
- ▶ No tomen ibuprofeno
- ▶ No hacer ejercicio después de las tomas.
- ▶ En caso de proceso viral disminuir la dosis
- ▶ Etc.....



Mantenimiento

- ▶ Una vez alcanzada la dosis final en la ITO, se debe mantener una ingestión regular y mantenida del alimento en esa cantidad.
- ▶ En el momento en que la toma de esa dosis de mantenimiento alcanzada se interrumpe, el efecto protector adquirido puede perderse o disminuir de forma significativa.
- ▶ En la gran mayoría de los casos, la ITO induce una *desensibilización*, lo que quiere decir que la persona tolerará el alimento siempre y cuando mantenga una ingestión habitual.

Paciente con alergia a
huevo: dieta de exclusión
cómo enfocar la dieta
hacia una tolerancia
progresiva

Paciente con alergia a huevo:

dieta de exclusión cómo enfocar la dieta
hacia una tolerancia progresiva

Huevo

To participate in our study on food ladders go to <https://bit.ly/2J4To7C> or access our survey by scanning the QR code with your mobile phone camera:



CANADIAN EGG LADDER for hen's egg allergy

INSTRUCTIONS

- Start at Step 1 and work your way up to Step 4
- Give the food daily. May be taken with a meal
- Start with a grain or pea sized amount, and over several days or weeks gradually increase to an age appropriate amount
- Once at an age appropriate amount, spend a minimum of 1-3 months in each category, before advancing on to the next category
- If after advancing to the next category there are allergic symptoms, then go back to the lower category for a month before re-trying the higher category

Step 4.
(OPTIONAL)



Sunny Side Up, Soft Boiled, or Lightly Scrambled Egg



Raw Egg
(e.g. ice cream, meringue, buttercream, cookie dough, mayonnaise)

Step 3.



Hard Boiled or Steamed Egg



Well-Cooked Scrambled Egg



French Toast

Step 2.



Pancake or Crêpe



Waffle



Fresh Egg Noodles/ Pasta



Egg as a Binder
(e.g. hamburger patty, dumplings)

Step 1.



muffin or cupcake

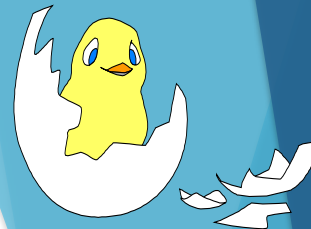


well-baked cookie



Dried Egg Noodles/ Pasta

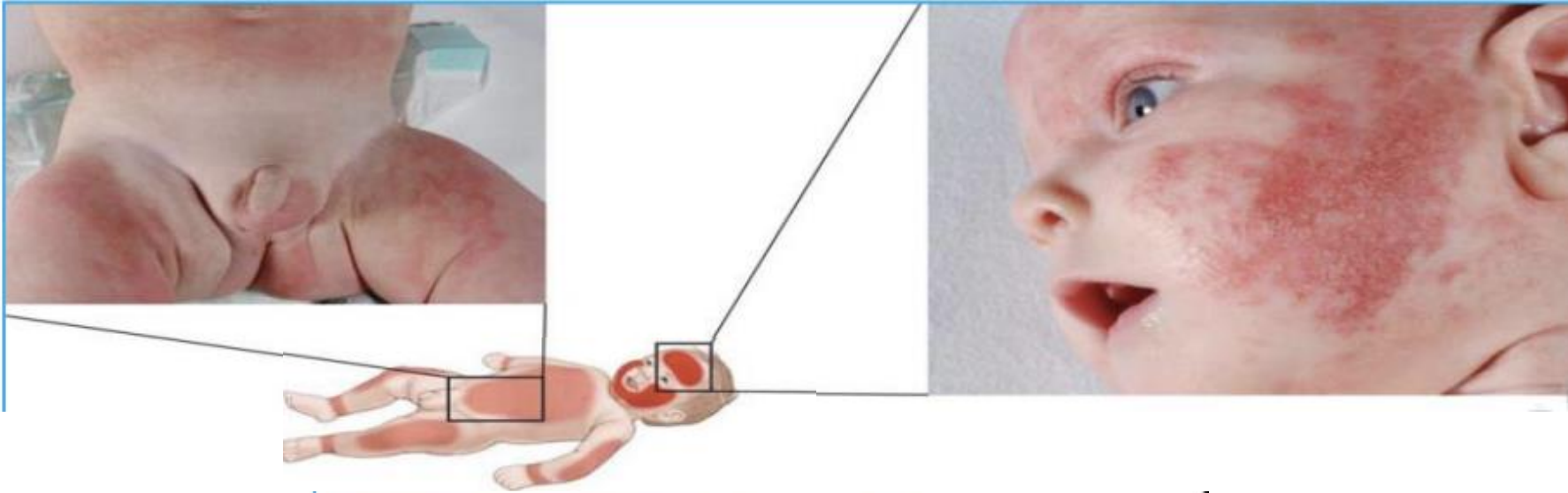
Fig. 1 Canadian egg ladder



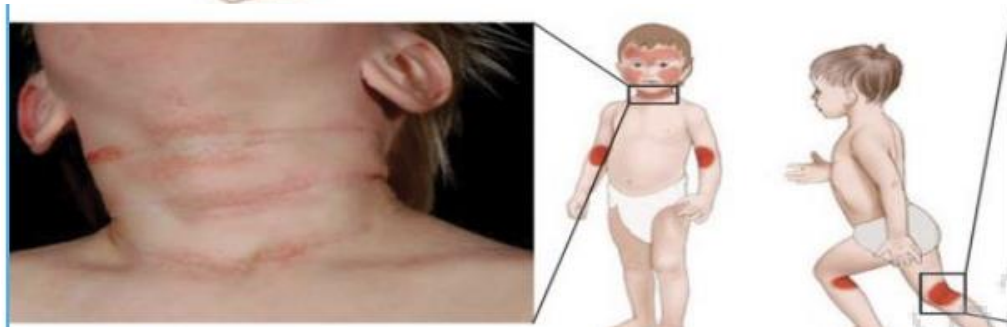
Actitud ante paciente con
Dermatitis atópica (DA)

Actitud ante un paciente con Dermatitis Atópica

Lactante



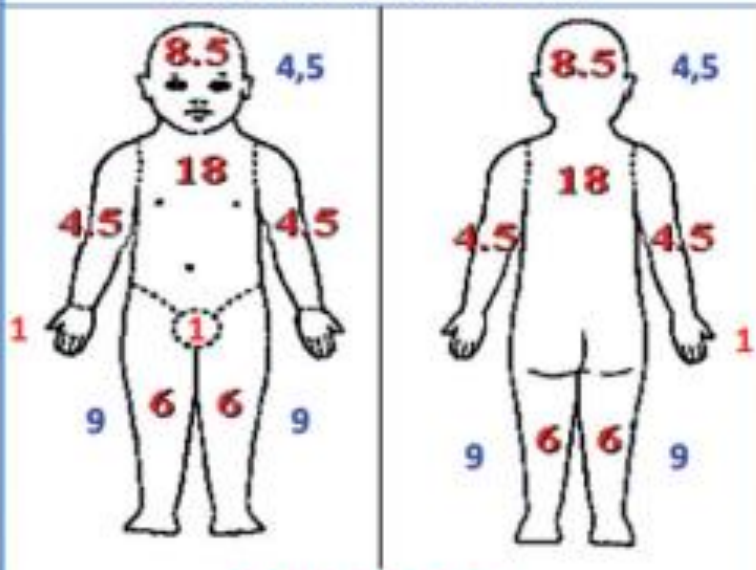
Fase infantil



Adolescente y adulto

Índice SCORAD

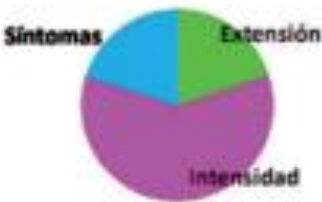
Extensión: Regla de los 9
% de Sup. corporal afectada



Color rojo: <2 años
Color azul: ≥2 años

Leve: 0-25
Moderado: 25-50
Grave: > 50

Valor máximo posible: 103



A: Extensión, indicar % superficie afectada

B: Intensidad

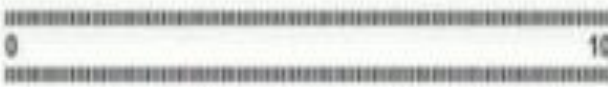
Criterio	Puntos	Promedio del área evaluada
Eritema		0: Ausencia
Pápulas-edema		1: Leve
Exudación, costras		2: Moderado
Excoriación rascado		3: Intenso
Engrosamiento		Se valora la piel no afectada
Sequedad		

C: Síntomas
Prurito y pérdida de sueño

Indice SCORAD
 $A/5 + 7B/2 + C$

Escala VISUAL
Promedio 3
últimos días

Prurito: 0 a 10
Pérdida de
sueño: 0 a 10



Superficie corporal afectada: __/100

(Las áreas de sequedad sin eritema no se contabilizan. Redondear al valor más próximo múltiplo de 5, excepto si la extensión es inferior al 5 %)

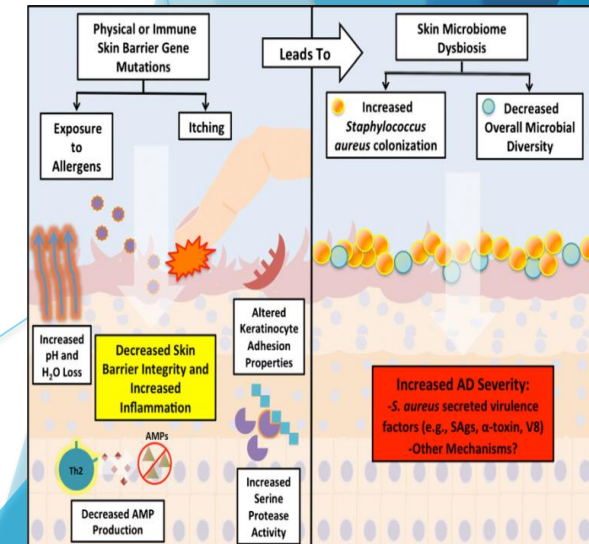
D.A.

- ▶ Inicio antes del 1º año de vida (45 % antes de 6 m).
- ▶ Comienza a partir de las 6-8 semanas de vida
- ▶ El diagnóstico es clínico.
- ▶ Sospecha ante una dermatitis pruriginosa persistente o recurrente de más de 6 semanas de duración
- ▶ El 70 % tienen antecedentes personales familiares de patología atópica.
(Aumento del riesgo de 2-3 veces si 1 padre atópico y 3-5 veces los 2 padres atópicos)

D.A.

Cuidado de la piel

- ▶ Restauración de la barrera epidérmica.
- ▶ Hidratación: Emolientes que disminuyan la sequedad cutánea.
- ▶ Aporte de lípidos exógenos que reduzcan la pérdida de agua.
- ▶ Evitación de desencadenantes : sudor, fibra, detergentes, suavizantes, geles.
- ▶ Se debe recomendar a los pacientes que utilicen productos no irritantes, jabones index.
- ▶ No se recomiendan toallitas.
- ▶ Los emolientes se aplicarán directamente después de un baño o una ducha aprovechando que la piel todavía está ligeramente húmeda.
- ▶ **Humectar todo el cuerpo sin brote y medicar áreas activas de eczema.**



Tipos de emolientes

- **Glicol gliceril estearato:** lubrica la piel
- **Vaselina dimeticona:** retarda evaporación de agua
- **Glicerol ácido láctico:** ocluye la piel y retienen agua (humectantes)
- **Ácidos grasos esenciales** linoleico y oleico: favorecen la expresión de la filagrina y potencian el metabolismo lipídico
- **Urea:** mantiene la humedad de la piel, puede causar prurito. No recomendado en menores de 5 años
- **Emolientes plus:** se añaden sustancias antiinflamatorias (flavonoides, saponinas....), lisados bacterianos

Moisturizers versus Current and Next-Generation Barrier Repair Therapy for the Management of Atopic Dermatitis

Peter M. Elias · Joan S. Wakefield · Mao-Qiang Man

Department of Dermatology, UC San Francisco, and Dermatology Service, VA Medical Center, San Francisco, CA, USA

Cómo aplicarte la crema hidratante



¿Cómo usar el emoliente?

- ✓ Con las manos limpias
- ✓ Cantidad suficiente
- ✓ Calentarlo previamente frotándolo entre las manos
- ✓ Dando un masaje suave mediante movimientos circulares: mejora de la flexibilidad cutánea
- ✓ Efecto relajante

Tratamiento según el estado de la piel

Fase aguda: eritema, exudación

- Si lesiones exudativas: baños astringente o baños con lejía
- Hidratación en forma de solución
- Corticoides de baja potencia y en loción

Fase crónica: liquenificación, xerosis intensa y escamas

- Hidratación en cremas o pomadas
- Realizar vendajes húmedos y añadir corticoides
- Corticoides tópicos en pomada o ungüentos
- Inmunomoduladores en crema o pomada
- Añadir urea como queratolítico en zonas liquenificadas

Fase subaguda

- Hidratación en forma de cremas o lociones
- Corticoides de media potencia en crema
- Inmunomoduladores tópicos en crema



DERMATITIS ATÓPICA

Primera manifestación de marcha alérgica

Dermatitis moderada-grave persistente



35% alergia a alimentos
Niños leche y huevo
Adultos cacahuete

Diferenciar alergia a alimento y sensibilización

Anafilaxia: alergia a
frutos secos y
frutas. ¿Cuándo
indicar adrenalina?

Anafilaxia:

APLV, huevo alergia a frutos secos y frutas.

¿Cuándo indicar adrenalina?

Indicaciones absolutas

- Reacciones previas cardiovasculares o respiratorias con alimentos, picaduras de insectos.
- Anafilaxia inducida por ejercicio
- Anafilaxia idiopática
- Alergia alimentaria y asma grave ó inestable

DECÁLOGO DE LA ANAFILAXIA PEDIÁTRICA

1

La anafilaxia es la reacción alérgica más grave que puede producirse, se instaura rápidamente y puede ser mortal.

2

La prevalencia de anafilaxia en niños está aumentando considerablemente.

3

Los desencadenantes más importantes de anafilaxia en niños son los alimentos (leche, huevo, frutos secos y pescados), picaduras de himenópteros (avispa y abeja) y fármacos (beta-lactámicos).

4

Los síntomas aparecen generalmente en las primeras dos horas tras la exposición al alérgeno. Los síntomas cutáneos son los que aparecen con mayor frecuencia, pero siempre debe haber dos o más órganos afectados.

5

El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio (triptasa).

Indicaciones relativas

- Reacciones importantes ante pequeñas cantidades de alimento
- Reacciones a cacahuete y frutos secos
- Domicilio lejano de los servicios médicos
- Alergia alimentaria en un adolescente

DECÁLOGO DE LA ANAFILAXIA PEDIÁTRICA

6

El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular a dosis de 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg) y debe administrarse en la parte lateral muslo, lo más precozmente posible.

7

Todo niño que ha sufrido una anafilaxia debe ser remitido al Hospital y permanecer durante unas horas en observación. Al alta será derivado a una Unidad de Alergia Pediátrica de modo preferente para poder ser evaluado.

8

Tras sufrir una anafilaxia el pediatra deberá prescribir al niño al menos dos autoinyectores de adrenalina y enseñarle su manejo. El niño y/o su familia lo deberán llevar siempre consigo.

9

El Pediatra le indicará por escrito las medidas necesarias dirigidas a prevenir el riesgo de anafilaxia, y le dará un protocolo de actuación en caso de que se produzca una reacción, tanto para el paciente y su familia como para el colegio.

10

El niño alérgico deberá estar siempre identificado y controlado en el colegio y su entorno, debiendo estar adiestrados los profesores en el manejo del autoinyector de adrenalina. Es recomendable llevar una placa o pulsera con código QR identificando las alergias.

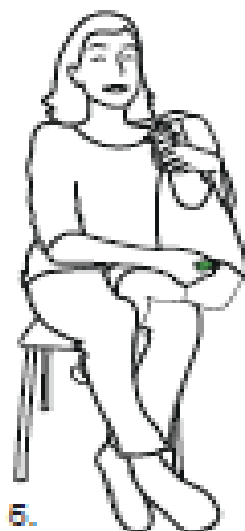
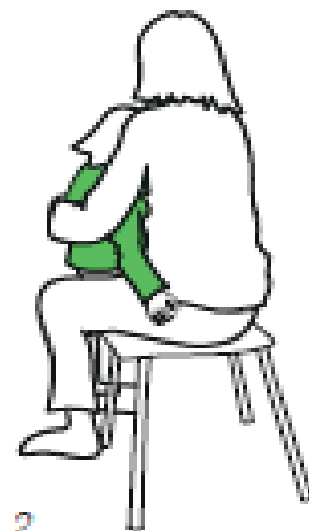
Autoinyectores



An Pediatr (Barc). 2020;92:388-9



Administración en lactante y niño pequeño



9

El Pediatra le indicará por escrito las medidas necesarias dirigidas a prevenir el riesgo de anafilaxia, y le dará un protocolo de actuación en caso de que se produzca una reacción, tanto para el paciente y su familia como para el colegio.

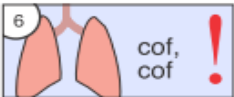
ALERGIA Y ESCUELA

FICHA TÉCNICA DEL ALUMNO O ALUMNA CON ALERGIA:

NOMBRE				FOTO DEL ALUMNO O ALUMNA
APELLIDOS				
FECHA NACIMIENTO		EDA D	☐ ☐	
ALÉRGICO A				
ASMÁTICO	NO reacciones graves)	SÍ ! (Riesgo mayor para		
Nº TARJETA AIRE				
CENTRO EDUCATIVO		CURS O		
PROFESOR/A TUTOR/A				
Tlfn. CONTACTOS MADRE/PADRE/TUTOR				LUGAR DE MEDICACIÓN:
MÉDICO/A EOE				

10

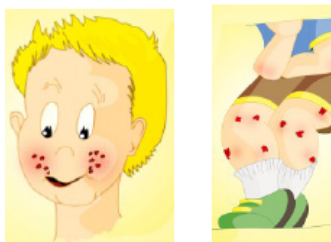
El niño alérgico deberá estar siempre identificado y controlado en el colegio y su entorno, debiendo estar adiestrados los profesores en el manejo del autoinyector de adrenalina. Es recomendable llevar una placa o pulsera con código QR identificando las alergias.

SÍNTOMAS	ADMINISTRAR (A rellenar Alergólogo/Pediatra)
1 2 3 4	AVISAR A LA FAMILIA Y VIC (no dejar nunca al niño sólo) ☐
5 6 7	ADRENALINA AUTOINYECT 0,15/0,30 Y AVISAR AL: 061 ó 11. (no dejar nunca al niño sólo) ☐

Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas presentes no sean graves (los recogidos en las viñetas recomienda administrar adrenalina autoinyectable (0,15/0,30) precozmente para evitar la progresión a una reacción grave (recogidos en las viñetas 5, 6, y 7)

AUTORIZACIÓN DEL ESPECIALISTA Y DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

1. Picazón en boca, leve sarpul
2. Urticaria, ronchas, sarpullido del cuerpo
3. Náuseas, dolores abdominal
4. Picor de ojos, ojos rojos, l moqueo abundante.



El Dr./Drª. _____
Colegiado nº: _____ por el colegio de médicos de _____
como alergólogo/pediatra he revisado el protocolo de actuación y prescrito la mediación específica.

Lugar, fecha y firma:

Yo _____ como padre/madre/tutor legal del alumno/a: _____,

AUTORIZO al personal del centro educativo para que suministre los medicamentos prescritos a mi hijo/a por parte del médico correspondiente (se adjunta prescripción médica), los cuales me comprometo a facilitar y a reponer cuando caduquen, relevándole de toda responsabilidad en cuanto a los efectos de su aplicación.

Lugar, fecha y firma:

5. Garganta cerrada, ronquera hinchados.
6. Respiración entrecortada, t azulada.
7. Pulso débil, presión arterial azulada



** "De conformidad con el artículo 195 del Código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas a socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del C.P. Indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.*

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorro se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del "alérgico".

Ante reacciones rápidamente progres recomienda administrar adrenalina au en las viñetas 5, 6, y 7)

) se
idos

Bibliografía

1. Martorell Aragonés A, Alonso E, SEICAP. Oral immunotherapy for food allergy: A Spanish guideline. Immunotherapy egg and milk Spanish guide. Part 1: cow milk and egg oral immunotherapy: introduction, methodology, rationale, current state, indications, contraindications and oral immunotherapy build-up phase. Allergol Immunopathol (Madr). 2017; 45: 393-404.
2. Cuomo B, Indirli GC, Bianchi A, Arasi S, Caimmi D, Dondi A, et al. Specific IgE and skin prick tests to diagnose allergy to fresh and baked cow's milk according to age: a systematic review. Ital J Pediatr. 2017; 43: 93.
3. Valdesorio Navarrete L , Bone Calvo J , Plaza Martín AM. Alergia IgE mediada a proteínas de Leche de vaca. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:207-15 .
4. Espin B , Diaz JJ , Blesa LC, Claver A, Hernández A, García JI , et al. Alergia a Proteínas de Leche Vaca no mediada por IgE: documento consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Población Pediátrica Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP). An Peadiatr (Bar). 2019;90 (3) 193.e1-193.e11.
5. Martorell-Aragonés A, Echeverría-Zudaire L, Alonso-Lebrero E, Boné-Calvo J, Martín-Muñoz MF, Nevot-Falcó S, et al. Food allergy committee of SEICAP (Spanish Society of Pediatric Allergy, Asthma and Clinical Immunology). Position document: IgE-mediated cow's milk allergy. Allergol Immunopathol (Madr). 2015 Sep-Oct;43(5):507-26. doi: 10.1016/j.aller.2015.01.003. Epub 2015 Mar 20. PMID: 25800671.

Bibliografía

6. Domínguez Ortega G, Tutau Gómez C, Espín Jaime B. Reacciones adversas a alimentos. En: Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de la Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). 5ª ed. Madrid: Ergon; 2021.p. 1-18.
7. Blesa Baviera LC, García Mérida MJ. Manejo diagnóstico y terapéutico de la alergia a proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. AEPap. <https://algoritmos.aepap.org/>
8. *Guia Galaxia 2022*
9. *Manual de anafilaxia en pediatrias. SEICAP. 2017*
10. Elena Alonso Lebrero, Mercedes Escarrer Jaume, Ángel Mazón Ramos. Protocolos diagnósticos Alergología e Inmunología clínica AEP- 2020

Muchas gracias

