

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**
GlaxoSmithKline





BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2^{ORAL} dosis

vacuna antirrotavirus, viva



Alergia alimentaria: back to basics

Irene Rubio Gómez. Unidad de Digestivo Infantil Hospital de Poniente
Curso online de actualización en pediatría (11 junio 2021)

OBJETIVOS

- a. Aclarar conceptos básicos y distinguir entre alergia y sensibilización a alimentos
- b. Conocer los principales alimentos implicados en las reacciones alérgicas en nuestro medio
- c. Distinguir las diversas formas clínicas de presentación de la alergia alimentaria
- d. Conocer los criterios para establecer un diagnóstico adecuado
- e. Saber cómo actuar ante un niño con sospecha de alergia alimentaria

El problema de la alergia alimentaria....





Indice

1. ¿Qué es la alergia alimentaria?
2. ¿Cuáles son los alimentos más implicados en nuestro medio?
3. ¿Cómo puedo sospechar que estoy ante un caso de alergia alimentaria?
4. ¿Qué información necesito saber?
5. Y ahora ¿qué hago?
6. ¿Qué tratamientos tenemos para las alergias alimentarias?
7. Otras preguntas frecuentes
8. Algoritmo actuación



1. ¿Qué es la alergia alimentaria (AA)?

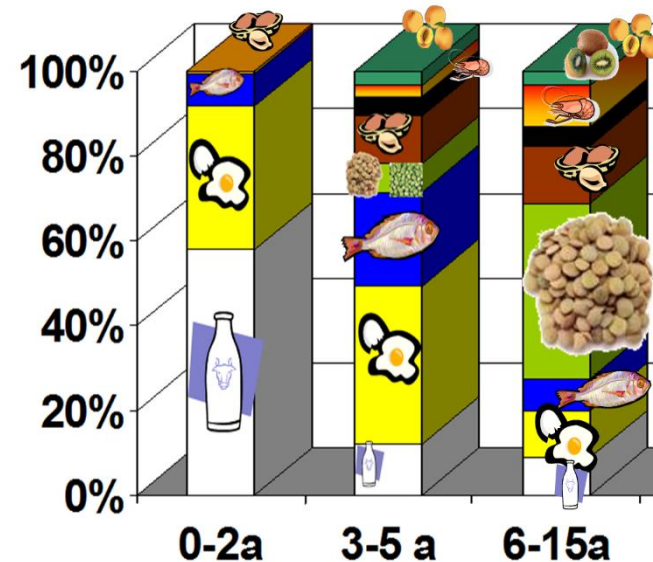
- Es una reacción adversa a un alimento que ocurre tras su ingesta, contacto o inhalación, debido a una respuesta **inmunitaria**, que revierte al suprimir el alimento de la dieta y puede reproducirse al volver a dar el alimento.
- Es distinto de otras reacciones adversas a alimentos (no mecanismo inmune) como las intolerancias alimentarias (tóxicas, enzimáticas, farmacológicas, otros)
- Sensibilización: presencia IgE elevada frente a uno o varios alimentos (in vitro o in vivo) sin que ello conlleve síntomas
- Alérgeno alimentario: componente específico del alimento (habitualmente, proteínas pero a veces pueden ser haptenos) que se reconoce por el sistema inmunitario y provoca, mediante reacción inmunológica, la clínica característica.
- Reactividad cruzada: es un fenómeno que ocurre cuando un anticuerpo (Ac) reacciona no solo con el alérgeno original, sino con otros similares. La reactividad cruzada es común entre alimentos de la misma familia, por ejemplo, distintos frutos secos o distintos mariscos.

SENSIBILIZACIÓN ≠ ALERGIA



2. ¿Cuáles son los alimentos más implicados?

- Área geográfica
- Edad
- Huevo (39%), Leche de vaca (32%), frutos secos (18%), frutas (12%), pescado (11%), leguminosas, trigo, soja



< 2 AÑOS: la alergia a la leche de vaca es la causa más frecuente de alergia alimentaria (51,2%)



3. ¿Cómo puedo sospechar que estoy ante un caso de AA?



Gran variedad de síntomas, no son específicos

- Piel: eritema, prurito, urticaria, erupción morbiliforme, angioedema.
- Oculares: prurito, eritema conjuntival, lagrimeo, edema periorbital.
- Aparato respiratorio superior: congestión nasal, prurito, rinorrea, estornudos, edema laríngeo, ronquera, tos seca.
- Aparato respiratorio inferior: tos, opresión torácica, disnea, sibilancias, retracción intercostal, uso de musculatura accesoria.
- Aparato gastrointestinal: angioedema labial, lingual o palatino, prurito oral, náuseas, dolor abdominal cólico, reflujo, vómitos, diarrea.
- Aparato cardiovascular: taquicardia (ocasionalmente bradicardia en anafilaxia), hipotensión, pérdida de consciencia.
- ...

Formas de presentación

INMEDIATAS (minutos-2h tras ingesta)

TARDÍAS
(varias horas- pocos días)

IgE mediadas

Mixto

Mecanismo inmune no mediado por IgE

Mecanismo: Bien definido
/ Anticuerpos Ig E

- Cutáneos: urticaria, angioedema, síndrome de alergia oral
- Vómitos, diarrea
- Rinoconjuntivitis, broncoespasmo
- Anafilaxia



Los síntomas y el tiempo que tardan en aparecer pueden orientar al mecanismo inmune involucrado

Mecanismo: No claro, celular?. No suele ser posible confirmar mecanismo inmunológico mediante pruebas complementarias. Clínica predominio digestivo

- RGE
- Diarrea
- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Eccema atópico

Formas clínicas no IgE mediadas

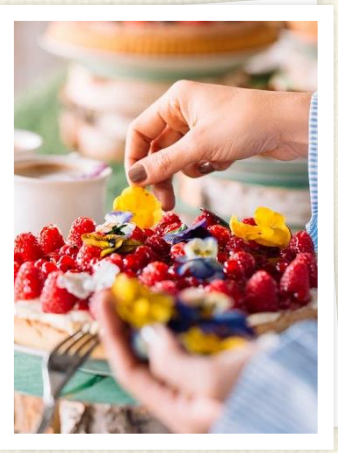
- Clínica retardada, más difícil establecer diagnóstico de sospecha
- Predominio clínica gastrointestinal
- Puede simular trastornos GI frecuentes: RGE, cólico del lactante o estreñimiento
- Entidades bien definidas:

Proctocolitis alérgica: <6 meses, la mayoría con L materna, sangre y moco deposiciones, sin afectación estado general ni fallo de medro. Pueden estar implicados otros alimentos (huevo, soja...)

Enteropatía ligada a proteínas alimentarias: síntomas digestivos, destaca diarrea y estancamiento ponderal

Enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos (FPIES):

- Agudo: Vómitos repetidos en torno 1-3 horas tras la ingestión + letargia, palidez, necesidad de atención en urgencias, líquidos iv, diarrea, hipotensión...
- Crónico: vómitos intermitentes y diarrea. Puede ocasionar cuadros graves con deshidratación



4. ¿Qué información necesito saber?

ANAMNESIS

- Edad de comienzo
- Cantidad y presentación del alimento
- Tiempo de latencia hasta la reacción
- Tiempo ingesta- síntomas
- Sintomatología (> frecuente): cutánea, gastrointestinal, respiratoria. Posibilidad de anafilaxia.
- Tratamiento requerido
- Antecedentes personales y familiares (atopia)

y para completar....EXPLORACIÓN FÍSICA





5. Y ahora ¿qué hago?

Ante sospecha de alergia...

1º Excluir alimento sospechoso de la alimentación y aquellos con reacción cruzada.

2º Explicar y prescribir tratamiento posibles reacciones adversas

3º Intentar confirmar el diagnóstico (pruebas de alergia, prueba de provocación....)

1º DIETA DE EXCLUSIÓN I

- Excluir alimento sospechoso de la alimentación y sus derivados. Leer etiquetas de alimentos y medicamentos



Reglamento Europeo de Información Alimentaria al Consumidor 1169/2011

- Evitar otras vías de exposición: contacto con piel o inhalación.
- La información es fundamental para el buen control de la alergia. Dar normas evitación del alimento y posibles alimentos con reacción cruzada. Mejor por escrito.
www.seicap.es->profesionales->hojas de recomendaciones (leche de vaca y huevo)
https://www.seicap.es/es/hojas-de-recomendaciones_73528

1º DIETA DE EXCLUSIÓN II: leche de vaca

- Alergia a leche: evitar otras proteínas de leche animal (cabra, oveja...) y recomendar fórmula de sustitución si es necesario.

❖ Niños con LM: dieta de exclusión materna PLV . Suplementación calcio y vitamina D madre

❖ Niños con lactancia mixta y síntomas coincidentes con introducción de tomas de fórmula, mantener LM (+/- fórmula de sustitución) y en la mayoría no es necesario indicar dieta de exclusión en la madre.

❖ Fórmulas de sustitución

- Las fórmulas hipoalergénicas no son adecuadas en APLV
- De elección: **fórmulas extensamente hidrolizadas (FEH) con o sin lactosa**
- Alternativas: fórmula de arroz. Fórmula de soja en >6 meses
- Casos graves: enteropatía, anafilaxia, no respuesta...Fórmulas de aminoácidos



Proteína entera:
Reacción alérgica



Proteína
parcialmente
hidrolizada
(comúnmente conocidas como HA):
Reacción alérgica



Proteína
extensamente
hidrolizada:
Adecuada para el
tratamiento de APLV



Aminoácidos
Libres:
0% proteína

1º DIETA DE EXCLUSIÓN III



¿Cuánto tiempo hay que esperar para ver mejoría una vez instaurada la dieta de exclusión?

- 2-3 días en niños con reacciones clínicas inmediatas
- 1 a 2 semanas en reacciones clínicas tardías
- 2 a 4 semanas en reacciones gastrointestinales moderadas-graves (diarrea crónica, retraso crecimiento...).



Si no hay mejoría en los síntomas en estos plazos: APLV poco probable
(excepciones: 10% niños que no mejoran con FEH, otros alimentos implicados....)

2º TRATAMIENTO REACCIONES ADVERSAS

Alergias IgE mediadas

- Reacciones *LEVES*: antihistamínico H1 (dexclorfeniramina)
- Reacciones *MODERADAS*:
 - Si edema: + corticoides (prednisona 1-2 mg/kg)
 - Si sibilancias: + Salbutamol inhalado
- Reacciones *GRAVES*: Adrenalina 1/1000 → 0,01 mg/kg (máximo 0,5 mg) Autoinyectable: 0,15 mg <30 kg/ 0,30 mg >30 kg. Se puede repetir cada 5-10 min.



Mayor riesgo en
adolescentes y
asmáticos

https://www.seicap.es/es/hojas-de-recomendaciones_73528

- Administración adrenalina autoinyectable
- Protocolo actuación colegios



12. ANEXOS

ANEXO 2. PROTOCOLO ACTUACIÓN EN COLEGIOS / PLAN DE ACCIÓN POR ESCRITO

Alumno/a:	Padre/Madre/Representante:	FOTO
Edad:	Telefonia de aviso:	
Centro escolar:	Profesor/a tutor/a:	
Curso:	Lugar de medicación:	

Alérgico/a a: _____

Rmático/a: ☐ NO ☐ SI (Riesgo alto a reacciones graves)

1º PASO: EVALUAR Y TRATAR

El especialista debe rellenar esta hoja

VIGILAR		Rancho a habones en la cara, enrojecimiento, picor en boca o en labios.
		Hinchazón de: labios, párpados, manos u otra parte del cuerpo.
		Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarreas.
EMERGENCIA		Picor de ojos o de nariz, estornudos frecuentes, mucosidad abundante, ojos rojos o lagrimeo.
		Opresión en garganta, voz ronca o afónica, tos repetitiva.
		Respiración dificultosa, voz entrecortada, tos seca repetitiva, ahogo, pitos, piel o labios azulados.
		Palidez, pulso débil, pérdida de conocimiento, mareo, sensación de muerte inminente.

2º PASO: SI SOSPECHA DE ANAFILAXIA, AVISE AL 061 O AL 112 Y SIGA INSTRUCCIONES

1. NO DEJE NUNCA SOLO AL NIÑO/ADOLESCENTE.
2. Llame a Urgencias (Tel: 061 o 112) y comunique que se trata de una anafilaxia.
3. Llame a los padres o a los tutores legales.
4. Aunque no pueda contactar con los padres o con el representante legal, no dude en administrarle la medicación (deber de socorro) siguiendo instrucciones del 061 o del 112.

1. Coge la pluma autoinyectable de adrenalina con la mano dominante (la que usa para escribir), el dedo gordo debe quedar cerrado al resto, y nunca apoyado en los extremos.	2. Con la otra mano, quite el tapón de seguridad (amarillo o azul según la adrenalina).	3. Coloque el extremo negro o naranja del inyector en la parte externa del muslo y sujételo en ángulo recto.
4. Presione el extremo negro o naranja del inyector energicamente hasta que note el clic que confirma que ha empezado la inyección. Manténgalo presionado 10 segundos.	5. Masajea la zona de inyección durante 10 segundos.	6. Llame al 061 o al 112, diga "anafilaxia", solicite atención médica inmediata.



FICHA TECNICA DEL ALUMNO/A CON ALERGIA A ALIMENTOS Y/O LÁTEX

Datos del Alumno/a

Nombre: _____

Curso: _____

Tutor(a) / Profesor(a): _____

Edad: _____

Peso: _____

Personas de contacto y teléfonos: _____



Alérgico a: _____

Dieta exenta de: _____

¿Asmático? SI ☐ ¡MAYOR RIESGO DE ANAFILAXIA!

¿Sabe administrarse la medicación? SI ☐ NO ☐

Medicamentos prescritos

TIPO	NOMBRE
Antihistamínico	
Corticoide	
Adrenalina	
Otro	

NOTA: No existe responsabilidad de ningún género si en el aplicación incorrecta del medicamento de rescate (Adrenali del alérgico

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

D./Dña. _____

con DNI _____, en calidad de padre, madre o tutor legal del alumno o

alumna _____

matriculado/a en el Centro _____

autorizo al personal del Centro para que, en caso de necesidad, ayude a mi hijo o hija para que reciba tratamiento con la medicación prescrita para su alergia. Asimismo, me comprometo a informar al Centro de cualquier modificación en los tratamientos. Ruego contacten conmigo, o con cualquiera de las personas de contacto que aparecen en esta ficha, en caso de que mi hijo o hija deba recibir tratamiento de urgencia o tenga síntomas de alergia en el Centro.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo: _____

Fdo

3º PRUEBAS DE ALERGIA

❖ IgE mediadas: detectar sensibilización

IgE sérica específica

- Ig E específica al alimento
- Leche de vaca: caseína, α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina
- Huevo: ovoalbumina, ovomucoide
- Niños dermatitis extensas o antihistamínicos
- Menos sensible

Pruebas cutáneas: prick

- $\uparrow$ S y menos E
- Introducir epidermis extracto alergénico sospechoso
- Prick-prick
- Interferencia medicamentos

❖ No IgE mediadas ¿? $\rightarrow$ prueba de provocación

SENSIBILIZACIÓN $\neq$ ALERGIA

Ku/L	Clase	Niveles de IgE específica
<0,35	0	Ausente o indetectable
0,35-0,7	1	Bajo
0,7-3,5	2	Moderado
3,5-17,5	3	Alto
17,5-50	4	Elevado
50-100	5	Muy elevado
>100	6	Muy elevado



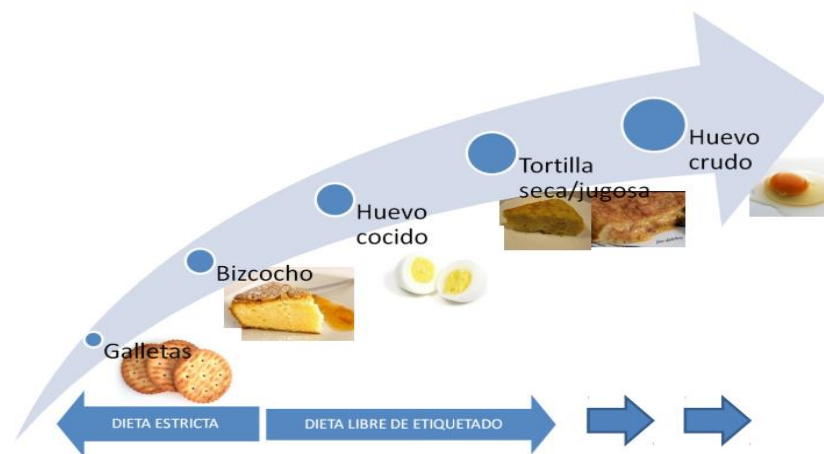
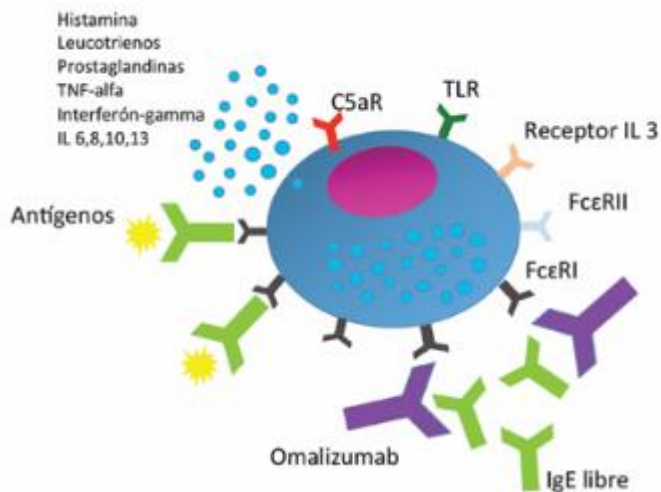
Prueba de exposición controlada o prueba de provocación

- Método de referencia para la **confirmación** de la alergia alimentaria.
- En casos de **alergia no IgE mediada** (proctocolitis, RGE, cólico, estreñimiento, trastornos digestivos leves... → Domicilio bajo supervisión del pediatra, antes de 4-6 semanas
- En casos con **sintomatología inmediata**, dermatitis atópica grave, **FPIES**, enteropatías **moderadas/graves** o cuando se sospeche un **mecanismo mediado por IgE** → Si fuese necesaria: Hospital
- No necesaria en caso de alergia IgE mediada, si episodio reciente, claramente compatible y con demostración de IgE positiva
- Contraindicada en casos con reacción anafiláctica grave



6. ¿Qué tratamientos tenemos para las alergias alimentarias?

- Dieta estricta del alimento implicado
- Tratamiento reacciones adversas por ingesta accidental
- Inmunoterapia oral (ITO) alérgeno-específica (huevo, leche)
- Anticuerpos monoclonales humanizados anti-IgE (omalizumab)



7. Otras preguntas frecuentes I

- **¿Cuándo podemos introducir alimentos en un lactante ya diagnosticado de alergia a algún alimento?** No hay evidencia de que el retraso en la introducción de alimentos potencialmente alergénicos reduzca la incidencia de alergia en niños atópico.
- **¿Los niños con alergia a proteínas de leche de vaca pueden comer ternera?** En general es bien tolerada por la mayoría de los niños
- **¿Qué hacemos si encontramos que un niño tiene IgE elevada a un alimento previamente tolerado?** realizar historia clínica y valorar si hay relación causal de los síntomas con ese alimento, ser muy cautos antes de retirar, en caso de dudas retira unos pocos días y si no relación reintroducir.
- **Si un niño es alérgico a un alimento, ¿lo es a todos los de ese grupo?** Depende del tipo de alimento. Sí en el caso de leche y huevo. Pescado: a veces reaccionan a muchos (parvalbúmina). Tener en cuenta que pescados y mariscos son familias distintas y dentro de los mariscos: moluscos, cefalópodos y crustáceos (muy distintos). Frecuentes reactividades cruzadas en alimentos vegetales y frutos secos (profilina y LTP)
- **¿La dermatitis atópica puede ser causada por alergia a algún alimento?** En dermatitis atópica moderada-grave se puede plantear la posibilidad de alergia a algún alimento. Realizar estudio alergológico. Más frecuente: huevo y proteínas de leche de vaca. Exclusión-provocación

7. Otras preguntas frecuentes II



- **¿Son seguras las vacunas en niños con alergia a huevo?** Recomendaciones de la SEICAP:

TRIPLE VÍRICA:

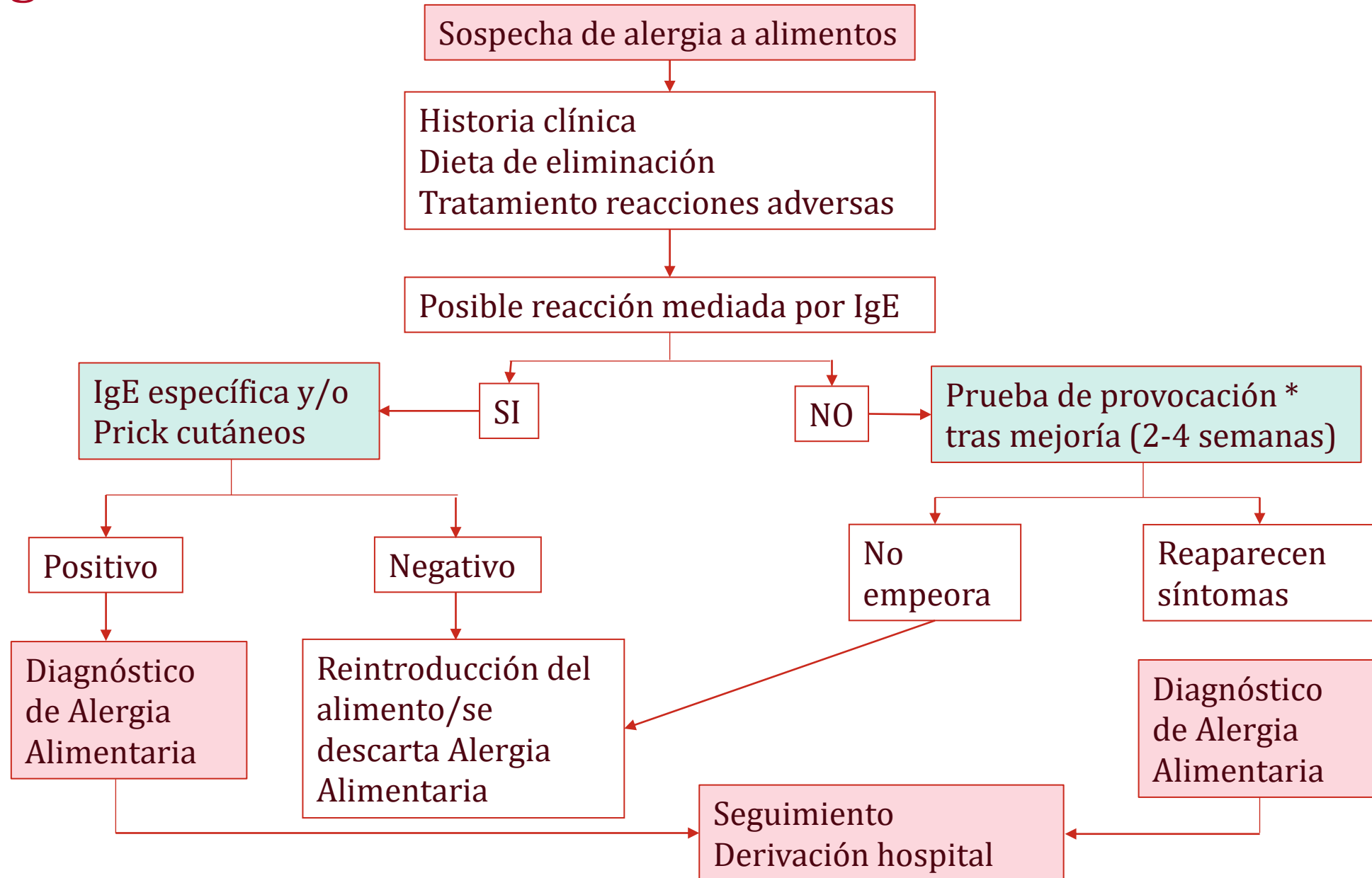
- Se debe administrar a todos los niños con alergia a huevo, incluso con clínica de anafilaxia tras la ingesta de huevo, en su centro de vacunación habitual.
- En el caso de aquellos niños que hayan tenido una reacción con una dosis previa de vacuna triple vírica, se administrará bajo supervisión de un pediatra alergólogo en un Centro Hospitalario.

GRIPE: cantidades residuales de ovoalbúmina.

- En caso de reacciones no graves tras ingesta de huevo, puede administrarse en su centro de salud, no es necesario fraccionar, observación 30 min.
- En caso de reacciones anafilácticas tras ingesta de huevo puede administrarse en su centro habitual supervisado por personal sanitario con capacidad de reconocer y tratar reacciones alérgicas graves. Valoración por alergólogo

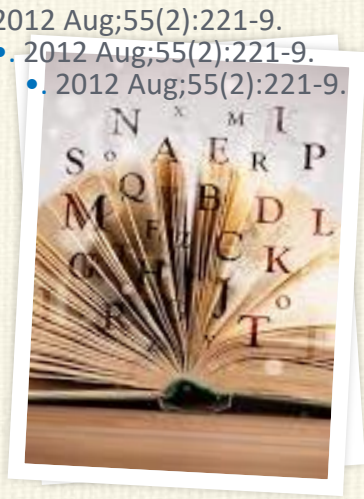
FIEBRE AMARILLA: si no reacción anafiláctica a huevo, puede administrarse. En caso de anafilaxia a huevo valorar riesgo/beneficio

8. Algoritmo de actuación



* Excepto casos graves

- 2012 Aug;55(2):221-9.
- 2012 Aug;55(2):221-9.
- 2012 Aug;55(2):221-9.



REFERENCIAS

- *Fiocchi A et al.* Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. *World Allergy Organ J* 2016;9:35.doi:10.1186/s40413-016-0125-0.
- Koletzko S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55:221-9
- Nowak-Wegrzyn A et al. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:1114-1124.
- Espín B et al. Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE: documento de 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 Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP). *An Pediatr (Barc)*. 2019;90:193.e1-11
- Plaza- Martín AM. Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. *An Pediatr (Barc)* 2016;85(1):50.e1-50.e5
- García Mérida MJ, Vegas Álvarez AM, Ruiz Chércoles E. Alergia alimentaria 2015;8(3)
- <https://www.seicap.es/es>



BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2 **ORAL** dosis

vacuna antirrotavirus, viva