

Alergia en la **Escuela**

Edición

Textos

Dra. Ana M^a Alonso Llamazares

Dra. M^a Teresa Belver González

Dra. Nieves Cabañes Higuero

Dr. Javier Contreras Porta

Dr. Francisco Feo Brito

Dra. M^a Concepción López Serrano

Dra. Pilar Mur Gimeno

Dra. Lydia Zapatero Remón

Especialistas en Alergología y miembros de la Sociedad
Madrid-Castilla-La Mancha de Alergología e Inmunología Clínica

Dirección WEB Sociedad Madrid-Castilla-La Mancha: www.smclm.com

Diseño y maquetación

Impresión y fotomecánica

Depósito legal

Quiero destacar, antes de nada, el carácter práctico de esta obra. Se trata de un documento que aporta vías de prevención y soluciones concretas ante un problema de salud que incide cada vez con más frecuencia en la población escolar: las enfermedades alérgicas. Son muchos los alumnos y alumnas que manifiestan alguna clase de intolerancia (a componentes alimentarios, al polen, a picaduras de insectos, etc.), y no podemos quedarnos quietos ante este hecho.

Si queremos dar a nuestro alumnado una formación integral de calidad, debemos garantizar unas condiciones adecuadas en nuestros centros educativos y estar preparados para saber qué hacer ante alguna posible urgencia médica, y para que nuestras aulas y nuestros patios de recreo sean entornos seguros.

Por ello, es necesaria la colaboración entre la escuela y los profesionales de la sanidad, que aportarán las vías de solución, y darán el necesario consejo y asesoramiento. Esta guía para el tratamiento de la alergia en los centros escolares es un excelente ejemplo de esa colaboración.

Deseo agradecer a sus autores, todos ellos expertos profesionales alergólogos, y a la Sociedad Madrid-Castilla-La Mancha de Alergología e Inmunología Clínica, de la que son miembros, su alto grado de implicación y su preocupación por la mejora de la salud de nuestros alumnos y alumnas. Y debo felicitarles porque han conseguido que una obra médica de notable calidad sea fácilmente entendible para un profano y de fácil uso cuando se presente la ocasión que lo requiera.

María Ángeles García Moreno
Consejera de Educación y Ciencia

La Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Madrid y Castilla-La Mancha (SMCLM) se fundó el día 6 de abril de 1991. En sus estatutos figura como uno de sus fines “la intervención en los problemas que puedan afectar a la especialidad, a la sanidad y a la salud pública” y entre sus competencias el “promover programas educativos para el público en general encaminados a dar a conocer las enfermedades inmunológicas, su prevención, tratamiento y cualquier actividad relacionada con este fin”.

Sobre estos fundamentos, en 1992 se celebra el primer campamento para niños asmáticos organizado por la SMCLM, donde participaron niños y niñas entre 8 y 12 años con asma moderado/severo de ambas comunidades, muchos de ellos con alergia alimentaria. La idea era convivir con los niños las 24 horas del día en un ambiente fuera del hospitalario, enseñándoles a conocer y a manejar su enfermedad mediante un programa de autocuidados, y a realizar las actividades propias de cualquier campamento para que posteriormente se pudieran incorporar a campamentos no monográficos. El resultado fue muy satisfactorio y desde entonces se han venido celebrando ininterrumpidamente hasta la actualidad, la última semana de junio de cada año, con una asistencia de 50 a 60 niños y niñas.

Para adaptarnos a la nueva legislación de sociedades y poder canalizar nuevos recursos que ampliaran los programas educativos, el 7 de marzo de 2005 se crea la Fundación de la Sociedad Madrid-Castilla-La Mancha de Alergología e Inmunología Clínica, siendo uno de sus objetivos “la aportación de los medios de que disponga para aquellas actividades de carácter educativo y social en relación con la alergología y la inmunología clínica”.

Este manual ha nacido como consecuencia de la demanda presentada por algunos colegios de la comunidad de Castilla-La Mancha, que contactaron con la SMCLM ante el problema que les suponía el tratar a un niño alérgico en el colegio.

Desde el comienzo de los Campamentos habíamos mantenido muy buenas relaciones con la Consejería de Salud y Bienestar Social, lo que nos animó a ponernos en relación con la Consejería de Educación y Ciencia para proceder a su edición.

Esperamos que esta publicación, realizada por alergólogos de la SMCLM sea de gran utilidad para la comunidad educativa y ayude a mejorar la actuación con estos escolares, cada vez más numerosos al ser la patología alérgica un problema creciente.

Madrid Junio 2008

M^a Concepción López Serrano

Presidenta de la Fundación y de la Sociedad de
Alergología e Inmunología Clínica de Madrid y Castilla-La Mancha



Índice



8 Introducción



12 Asma y deporte



20 Alergia a alimentos



40 Alergia al látex



42 Alergia a picaduras de insectos



47 Medicación de urgencia en reacciones alérgicas y cuándo administrarla



51 Anexos



55 Recomendaciones básicas para la seguridad



Introducción



El número de niños alérgicos es cada vez mayor en todos los países europeos. Unos 10 millones de españoles sufren de algún tipo de enfermedad alérgica, unos 400.000 en nuestra comunidad.

Una reacción alérgica es producto de varias circunstancias que ocurren dentro del sistema inmunológico.

EL SISTEMA INMUNOLÓGICO actúa como mecanismo de defensa del organismo contra las innumerables sustancias que respiramos, comemos y tocamos.

Alergeno es cualquier sustancia que pueda desencadenar una respuesta alérgica en determinados individuos genéticamente predispuestos denominados **atópicos**.

¿Qué es la alergia?: Un individuo alérgico reconoce como nocivas sustancias que son inofensivas para el resto de la población, como son los pólenes, hongos, alimentos, caspa de animales, etc.

Las personas con alergia tienen un anticuerpo llamado IgE o Inmunoglobulina E que se produce cuando los alérgenos entran por primera vez en el cuerpo de un atópico. Cada tipo de IgE tiene un "radar" específico para un tipo de alérgeno solamente. Después de la producción de IgE, estos anticuerpos viajan a unas células llamadas mastocitos, los cuales abundan particularmente en la nariz, los ojos, los pulmones y el sistema gastrointestinal. En adelante cada vez que el alérgico contacta de nuevo con el alérgeno se produce una pelea entre ambos, cuyo resultado es la reacción alérgica (R.A.).

La R.A. difiere de unos individuos a otros, dependiendo de las condiciones personales de cada uno y del órgano afectado. En ocasiones todo el organismo participa en esta "lucha" y puede producirse una reacción grave. En estos casos hablamos de anafilaxia ó shock anafiláctico.

Los antecedentes familiares de atopia son el factor primordial en la propensión a padecer una enfermedad alérgica. Si uno de los padres tiene una enfermedad alérgica, el riesgo del niño es del 48%; y si ambos son alérgicos, aumenta al 70%.

TIPOS DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Las principales alergias que se producen en la infancia son:

1. Rinoconjuntivitis alérgica.
2. Asma.
3. Dermatitis atópica.
4. Urticaria, angioedema (hinchazón) de labios y párpados.
5. Alergia a alimentos.
6. Alergia a picaduras de insectos.
7. Alergia a látex.
8. Alergia a medicamentos.

Algunas enfermedades alérgicas, como el asma o la urticaria, pueden manifestarse al practicar deporte. Sería conveniente que los profesores de Educación Física pudieran ser capaces de distinguir los primeros síntomas de alergia para poner al niño bajo control médico.



ALERGENOS EN LA CLASE

1. Ácaros del polvo: viven, se reproducen y mueren en las zonas y rincones calientes y con humedad. Sus principales enemigos son el sol y la buena ventilación. Especial atención en las colchonetas del gimnasio.
2. Hongos: deben eliminarse las manchas de moho en las paredes y las macetas con reservorio de agua.
3. Animales.
4. Productos irritantes, como los insecticidas y los productos de limpieza, pueden provocar crisis de asma.

El polvo de la tiza no suele producir problemas.

ALERGENOS FUERA DE LA CLASE

1. Pólenes.
2. Picaduras de insectos. Las de abeja y de avispa pueden ser muy peligrosas.

ALERGIA MEDICAMENTOSA

En la práctica el riesgo de accidentes por alergia medicamentosa en la escuela es mínimo.

En caso de niños alérgicos a medicamentos, el alergólogo entregará un informe donde conste el nombre del o de los medicamentos a los que el niño es alérgico; dicho informe se aportará a la escuela.

En los niños no es frecuente la intolerancia a aspirina, pero es importante conocer este dato por las reacciones con otros antiinflamatorios.

A young boy is shown in a grassy field, wearing a green polo shirt and a tan baseball cap. He is holding a tennis racket in his right hand and reaching up with his left hand towards the sky. The background consists of a dense line of green trees under a cloudy sky. A bright green circle is positioned on the left side of the image, partially overlapping the text.

Asma y Deporte



El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, afectando a uno de cada 10 niños, y presenta una clara tendencia al alza por su estrecha asociación con la alergia. Así, en el caso de los niños y jóvenes adolescentes, el 70 % de los diagnósticos de asma tienen una causa alérgica. La presentación de la enfermedad es muy variable; en algunos casos los síntomas son esporádicos, leves y con remisión espontánea. En otros pacientes, la evolución es más persistente, con sintomatología más intensa, a diario, y con notable limitación en la calidad de vida del niño asmático. Además, los episodios de asma pueden manifestarse a cualquier hora del día, en casa, en el colegio o durante su tiempo de ocio. Por este motivo, es importante establecer una buena comunicación entre padres, profesores y médicos, para conseguir un total control de la enfermedad. El niño asmático debe estar completamente integrado con sus compañeros, sin que la enfermedad suponga ninguna limitación para el desarrollo de cualquier actividad. Entre los desencadenantes de asma en el colegio, el más frecuente es el ejercicio físico (jugar, practicar deportes). Debemos centrar nuestra atención sobre las medidas a adoptar, para que ningún niño deje de realizar dichas prácticas por razón de su enfermedad.

ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO EN LA EDAD INFANTIL Y JUVENIL

El asma inducido por ejercicio (AIE) puede ser la única manifestación clínica de asma en los niños y puede afectar hasta el 50% de los niños con asma bronquial diagnosticada.

La sociedad actual destaca la importancia y el beneficio de la práctica de deporte para el desarrollo de los niños. A pesar de esto, en nuestro país el diagnóstico de asma en la infancia constituye un freno para incorporarse a la práctica deportiva.

En los Juegos Olímpicos de Barcelona 92 se hizo la primera estimación de asma en deportistas españoles. Se realizó un cuestionario a 495 deportistas seleccionados, encontrando una prevalencia de AIE del 4.4%. Este método de *screening* (cuestionario) detecta a la mayoría de los pacientes que no sufren de AIE, aunque diagnostica a menos de la mitad de los que sí lo padecen. Por ésto, además de utilizar técnicas diagnósticas sensibles, es importante que los padres y los profesores sepan reconocer los síntomas que presentan los pacientes con AIE: tos, ahogo, pitidos en el pecho (sibilancias) a los 5-15 minutos de empezar el ejercicio. No siempre se presentan todos los síntomas, en muchos casos solamente aparece la tos durante la práctica del ejercicio o después de finalizarlo. En niños es más difícil reconocer el AIE porque ellos no cuentan los síntomas, por lo que es importante observarles cuando realizan la actividad física.

Como se ha comentado previamente, el AIE puede afectar a sujetos que no padecen un asma bronquial de base, aunque en los niños es más frecuente que se desencadene porque su enfermedad asmática no está bien controlada. Esto puede ser por diferentes causas:

- Porque no reciben tratamiento para el asma.
- Porque éste tratamiento es insuficiente o no es el más correcto.
- Porque en ese momento se encuentran inestables debido a una recaída en su enfermedad: infecciones respiratorias, mayor exposición a alérgenos ambientales o a contaminantes, etc.

El AIE es más frecuente en deportes de resistencia: ciclismo, natación, carrera de larga distancia. Se desencadena con mayor facilidad cuando la práctica de ejercicio se realiza al aire libre: aire frío y seco, polución ambiental, exposición a alérgenos como ocurre en la primavera (pólenes), aunque también en gimnasios puede haber una mayor concentración de ácaros o de hongos.

Los contaminantes (polución, desinfectantes de piscinas, vestuarios, etc) favorecen el desencadenamiento de síntomas, generalmente por un mecanismo irritativo.



¿POR QUÉ SE PRODUCE EL ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO?

Hay diferentes teorías y condiciones que contribuyen a la aparición de asma durante la realización de ejercicio físico.

- Pérdida de calor y humedad de las vías respiratorias: las vías aéreas superiores realizan el calentamiento y humidificación del aire inspirado. Durante el ejercicio intenso se produce una hiperventilación, con lo que el aire frío y con menos cantidad de agua se desplaza más rápidamente hacia el árbol tráqueo-bronquial. Esto hace que se produzca un enfriamiento de la vía aérea y una mayor evaporación.
- Se produce un aumento en el número de células inflamatorias en la mucosa y en el esputo.
- Aumento de la circulación bronquial que podría engrosar la mucosa.

TRATAMIENTO

En los niños, la actividad física no es programada y además suele ser prolongada. Como se ha dicho anteriormente, es importante mantener la actividad física para su desarrollo.

El tratamiento depende de la frecuencia y de la duración de ésta actividad.

- Tratamiento de base en pacientes asmáticos.
- Evitar el ejercicio SOLAMENTE en períodos inestables.
- Evitar las condiciones ambientales desfavorables: aire frío y seco, polución ambiental, ejercicio en exterior en días con mayores concentraciones de pólenes (en las olimpiadas de Atenas 2004 se hicieron recuentos diarios de pólenes).



- Precaentamiento adecuado: es útil para usar el período refractario, que es el tiempo en el que la respuesta de broncoconstricción que se produce al realizar ejercicio está ausente. Por ello, tenemos la posibilidad de utilizarlo para evitar crisis de asma.

Se alcanza realizando un calentamiento intenso (alcanzando 70-80% de la frecuencia cardiaca máxima) durante un tiempo > 10 minutos.

Hay que iniciar la actividad en < 1 hora (mejor 30 minutos). El medio ideal es en un ambiente caliente y húmedo (piscina, mascarilla).

El problema que tiene es que no es práctico en la mayoría de los niños.

Hay que vigilar la toma de antiinflamatorios (AINEs) y eliminarla si es posible, ya que lo inhiben.

- Tratamiento farmacológico preventivo:
 - * Los fármacos más utilizados son los broncodilatadores, que pueden ser de acción inmediata –terbutalina (Terbasmin®)-, bien administrados 15 minutos antes de comenzar el ejercicio –salbutamol (Ventolín®), o de acción prolongada, como el formoterol o salmeterol.
 - * Cromonas: nedocromil (poco utilizado actualmente).
 - * Antileucotrienos: montelukast (Singulair®). Fármaco administrado diariamente por vía oral por las noches. Ha demostrado ser muy eficaz para el tratamiento de AIE en niños.

A modo de resumen, y esquematizando las recomendaciones para mejorar la calidad de vida del niño/joven asmático en el colegio, debemos tener siempre presente que:

- Hacer deporte y jugar es algo esencial en el niño.
- Ningún niño debe ser privado de lo anterior por causa del asma.
- Hay que poner los medios necesarios para cumplirlo.
- Las medicinas para el asma no son doping.
- ¡¡ No olvidar que muchos campeones tienen o han tenido asma!!

Por otra parte, se debe disponer de los medios necesarios para controlar adecuadamente las crisis de asma que puedan producirse en el colegio. Para ello se recomienda:

- Mantener disponibles las medicaciones de alivio de síntomas y revisar su caducidad adecuadamente.
- Designar un profesor (o si hay disponible un enfermero) encargado de tratar las crisis de asma.
- Los niños con asma deben estar identificados y aportar un plan escrito de Tratamiento por su médico al colegio.
- No esperar para comenzar el tratamiento.

A close-up photograph of a young boy with light skin and green eyes, wearing a white collared shirt. He is holding a blue inhaler to his mouth and appears to be using it. The background is plain white. A large, semi-transparent white circle is overlaid on the bottom half of the image, containing text. To the left of this circle, there is a solid green circle.

decálogo de un colegio saludable para el asma

1. El colegio está libre de tabaco.
2. Existe en el colegio algún encargado de atender cuando se presenta una crisis de asma.
3. El botiquín del colegio incluye medicación para el rescate de la crisis.
4. Pueden llevar al colegio las medicinas indicadas por el médico.
5. Los niños-adolescentes con asma están previamente identificados.
6. Existe un plan de atención en el caso de una crisis de asma.
7. El colegio mantiene un nivel de higiene correcto.
8. Los profesores de Educación Física conocen bien qué es la enfermedad asmática.
9. Las aulas minimizan la cantidad de alérgenos ambientales.
10. En las épocas de polinización: se controla la carga polínica dentro del colegio.

A close-up photograph of a meal. In the foreground, a white plate holds several sandwiches made with whole-grain, textured bread. The sandwiches are filled with melted cheese, green leafy vegetables, and sliced cucumbers. In the background, a clear glass is filled with white milk, and a bright green apple is visible. The lighting is soft and natural, highlighting the textures of the food.

Alergia a alimentos



La alergia a alimentos en la población general está entre el 1 y el 3% pero en niños menores de 3 años la frecuencia aumenta llegando al 8% según datos de recientes estudios poblacionales. Si nos fijamos en los datos de Alergológica 2005 (estudio clínico epidemiológico realizado en las consultas de Alergia de nuestro país por iniciativa de la Sociedad Española de Alergología), la prevalencia de alergia a alimentos entre los pacientes vistos por primera vez en las consultas de alergología es de 7,4% y si nos centramos en los datos de Castilla-La Mancha la prevalencia obtenida es de 5,4%. Si desglosamos los datos por edad encontramos que en menores de 2 años la prevalencia se eleva a 47%, en el grupo de 3 a 5 años alcanza el 21% y en mayores de 5 años se sitúa entre el 3 y 8%. Esta elevada prevalencia en la infancia hace que la alergia a alimentos sea un problema importante a conocer en el medio escolar.

Si comparamos estos datos con los obtenidos en un estudio similar realizado en el año 92 (Alergológica 92) observamos que la alergia a alimentos en nuestro país se ha duplicado durante estos años, pasando del 3,6% en 1992 al 7,4% en el 2005, tendencia similar a la encontrada en la mayoría de los estudios publicados en los últimos años.

Cualquier alimento puede desencadenar una reacción alérgica, pero son la leche de vaca y el huevo los más frecuentemente implicados en los primeros 5 años de vida y especialmente en los 2 primeros, disminuyendo su prevalencia con la edad por el desarrollo de tolerancia. Las reacciones a pescado y legumbres suelen comenzar en torno a los 2 años y se mantienen en niños mayores por ser una alergia más persistente. La alergia a frutas y frutos secos suele tener un inicio más tardío (aparece sobre todo en la adolescencia) y son los más frecuentemente implicados en la alergia alimentaria en adultos; no obstante en los últimos años se observa un inicio más precoz de la alergia a frutos secos por inicio más temprano en el consumo y ser un alimento cada vez más presente en nuestras vidas. Los cuadros suelen ser graves en los más pequeños.

Una vez desarrollada la respuesta alérgica, ésta se pondrá en marcha cada vez que entremos en contacto con el alimento, de ahí la importancia de realizar correctamente una dieta de evitación, que en el momento actual es el único tratamiento eficaz. Por esto, resulta fundamental al inicio del curso tener identificados los niños que tienen alguna alergia alimentaria, aunque no debemos olvidar que la primera reacción que el niño sufre puede aparecer en la escuela. Si la primera reacción aparece en el colegio, será de gran ayuda para el diagnóstico que desde el centro se facilite a los padres información lo más completa posible sobre los alimentos ingeridos previo a la reacción (hasta una hora antes). Para los niños ya alérgicos, junto al formulario que facilitan los centros antes del inicio del curso, debería solicitarse informe médico con el diagnóstico (ésto nos dará idea de los síntomas que podemos esperar en una eventual reacción) y el tratamiento recomendado por su médico para tratar la reacción si ésta aparece. Esta información deberá ser conocida por todos los profesores con los que esté el niño y por supuesto por el personal que atiende el comedor y la cocina.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Suelen aparecer antes de una hora tras la ingesta, son raras las reacciones tardías:

1. SÍNTOMAS CUTÁNEOS: son los más frecuentes, según datos de Alergológica 2005 suponen el 65,3%. Dentro de éstos, lo más frecuente es la urticaria-angioedema que se define como la aparición de habones "ronchas" en cualquier localización. En ocasiones pueden iniciarse alrededor de la boca por contacto directo con el alimento pero no siempre. No es una urgencia vital salvo que el edema afecte a las vías respiratorias y produzca dificultad para respirar.



Otras manifestaciones cutáneas son la urticaria de contacto y la dermatitis atópica (lesiones eritematoscamativas).



2. SÍNDROME DE ALERGIA ORAL (SAO): es difícil de valorar en niños aunque es una manifestación frecuente en adultos, especialmente para algunos alimentos como las frutas. Consiste en la aparición de prurito peribucal y/o faríngeo a veces con edema a ese nivel, sin ninguna otra afectación.
3. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: rinitis (salvas de estornudos, congestión nasal, moqueo), y/o asma (tos, dificultad respiratoria, escucha de “pitos” o sibilancias).
4. SÍNTOMAS DIGESTIVOS: vómitos, diarrea, dolor abdominal.
5. ANAFILAXIA: reacción multisistémica que asocia clínica cutánea, digestiva, respiratoria e incluso alteración hemodinámica, pudiendo llegar al shock y la muerte si no se actúa de forma rápida; no obstante los síntomas cutáneos pueden estar ausentes. Nunca hay que olvidar esto antes de descartar una reacción alérgica en un niño que se encuentra mal tras ingerir un alimento, especialmente si es alérgico, la primera manifestación de una anafilaxia puede ser el shock.
6. ANAFILAXIA POR EJERCICIO DEPENDIENTE DE ALIMENTOS: la clínica es la misma que la anterior, pero además de la ingesta debe estar presente la realización de ejercicio para que se desencadene la reacción, tolerando ambos estímulos por separado; en estos niños resulta fundamental el no realizar ejercicio durante, al menos, las cuatro horas siguientes a la comida.
7. Por último es importante señalar que en ocasiones el RECHAZO SISTEMÁTICO DE UN ALIMENTO puede ser el único síntoma de alergia alimentaria, por lo que no debemos obligar a comer un alimento a un niño que siempre lo rechaza: debe hacerse estudio que confirme/descarte la existencia de una alergia alimentaria.



TRATAMIENTO

1. Exclusión del alimento de la dieta, es la única medida eficaz.
2. Si aparece reacción:
 - a. Adrenalina en la anafilaxia.
 - b. Antihistamínicos y corticoides en los síntomas cutáneos y digestivos.
 - c. Broncodilatadores de acción rápida si aparece asma.

Manejo de las reacciones graves por alimentos

- Todos los pacientes alérgicos a alimentos deben conocer los síntomas que pueden presentar y cómo deben tratarlos, fundamentalmente la actuación ante una reacción grave. En el caso de los niños deben ser sus padres o cuidadores.
- Los pacientes o sus cuidadores deben ser instruidos en la administración de adrenalina.

- Los pacientes deberían llevar una identificación con el diagnóstico.
- Los pacientes y en el caso de los niños, sus padres o cuidadores, deben estar informados sobre los diferentes tipos de alimentos que deben evitar y los distintos vocablos que pueden emplearse en las listas de ingredientes de los etiquetados para poder identificarlo.
- Se debe tener especial precaución en las comidas realizadas fuera de casa.
- Se debe conseguir un etiquetado correcto de los alimentos y que todos sus componentes, aunque estén presentes en pequeñas cantidades, puedan ser identificados.
- Se debe trabajar, desde todos los sectores implicados, para conseguir alimentos seguros, completamente exentos de determinados ingredientes.



Factores de riesgo para sufrir reacciones graves o fatales por alimentos

- Edad joven, adolescencia.
- Sensibilización a múltiples alimentos.
- Asma no controlado.
- Historia previa de reacciones graves.
- Retraso en la administración de tratamiento, tratamiento inadecuado.
- No disponibilidad de adrenalina.
- Incapacidad para reconocer los síntomas.
- Comidas fuera del hogar.
- Ingestión inadvertida de alérgenos ocultos.
- Mastocitosis sistémica.

ALIMENTOS OCULTOS. PRECAUCIONES EN LA ESCUELA

La sensibilización a alimentos puede producirse por distintas vías: ingestión, inhalación y contacto. No siempre el alimento causante de la reacción queda claro ya que en ocasiones los síntomas leves pueden aparecer tiempo después de la ingestión y no se establece una relación clara.

La mayoría de las reacciones alérgicas a alimentos están causadas por:

- Leche de vaca.
- Huevo.
- Pescado.
- Marisco.
- Legumbres.
- Frutos secos.
- Harinas / cereales.
- Frutas y verduras.

Problemas de la dieta de eliminación

El único tratamiento eficaz comprobado de la alergia alimentaria, independientemente de su patogenia, es evitar el contacto y la ingestión del alimento responsable mediante una dieta de eliminación lo más estricta posible.

Uno de los grandes problemas que conlleva una dieta de eliminación es su correcto cumplimiento, ya que es necesaria la colaboración del paciente, sus padres y el entorno social en el que vive el niño / adolescente; ésto exige una educación sanitaria en todos los niveles y apoyo continuo.

Para llevar a cabo correctamente una dieta de eliminación hay que tener en cuenta diversos puntos:

- Información correcta al niño y sus padres / tutores. En dicha información se debe abordar la enfermedad y los síntomas que pueden presentarse de acuerdo con la sensibilización del paciente, así como el tratamiento que deben utilizar. La información será adecuada a la edad del paciente, al nivel sociocultural de los padres y a la demanda que soliciten.
- Se debe informar de manera clara y concisa sobre los alimentos que deben evitar y la existencia de reactividades cruzadas con otros alimentos.
- Se debe indicar la necesidad de aprender a leer e interpretar correctamente el etiquetado de los productos envasados, evitando los alimentos cuya composición no esté claramente reflejada. Este control debe ser permanente, incluso para alimentos consumidos habitualmente, ya que los ingredientes de muchos productos pueden cambiar a lo largo del tiempo.
- Información sobre la existencia de **fuentes ocultas**, es decir, alimentos empleados como ingredientes o aditivos de otros (proteínas lácteas, soja, harinas de legumbres, derivados de huevo etc.).

- Alertar sobre **contaminaciones** o **contactos indirectos**, ya que es la causa más frecuente de reacciones en los pacientes alérgicos a alimentos.
- Problemas psicosociales: el paciente con alergia alimentaria necesita una educación y apoyo continuado para sobrellevar su situación, sobre todo cuando los alimentos implicados son múltiples y cuando los síntomas son graves (asma, anafilaxia).

ALERGENOS OCULTOS

Se considera “alergeno oculto” a aquella sustancia no reconocida en un alimento o comida, o no declarada en la etiqueta de un producto envasado.



Los alérgenos ocultos en los alimentos representan un gran problema de salud para las personas alérgicas y pueden producir una amplia variedad de reacciones de hipersensibilidad. Es un problema emergente en el mundo actual debido a causas diversas como el cambio en los hábitos alimentarios, nuevas tecnologías aplicadas a la industria de la alimentación y en general a la globalización que se ha impuesto en la forma de vida actual, con lo que la variedad de alimentos disponibles ha aumentado de manera considerable al mismo tiempo que los riesgos para los pacientes alérgicos.



La omisión de un alérgeno en la etiqueta de un producto no es siempre intencionada y hay muchas maneras de que esto ocurra:

- Etiquetados mal interpretados.
- Contaminaciones de diversos tipos.
- Utilización de terminología poco común.
- Cambio de ingredientes no notificados.
- Terminología ambigua.
- Etiquetados incompletos, en malas condiciones o pobremente diseñados.
- Manipulaciones químicas o genéticas.
- Descuidos del paciente.

Contaminación de los alimentos

La contaminación es la causa más frecuente de exposición a alérgenos ocultos. En la mayoría de los casos se produce de manera no intencionada y puede tener varios orígenes:

- Durante el proceso de fabricación de alimentos procesados en la misma maquinaria sin haber sido limpiada a fondo previamente.
- Utilización de los mismos aceites para cocinar diferentes alimentos.
- Contaminación a través de utensilios de cocina.
- Restos de alimento en mesas o superficies no suficientemente limpias.
- Utilización de la misma plancha sin limpiar correctamente.
- Trazas de alimentos no especificadas correctamente.
- Comidas en restaurantes o lugares públicos.

Determinados alimentos como los pescados o mariscos pueden producir reacciones por vía inhalatoria a través de los humos y vapores de cocción. En ocasiones ocurre lo mismo con las legumbres, por lo que es imprescindible dar una correcta información a los pacientes de los riesgos potenciales y de las distintas vías de exposición.





Alergenos vehiculizados por alimentos

- Ácaros que parasitan harinas de cereales.
- Ácaros de depósito que pueden contaminar el jamón.
- Hongos utilizados en la elaboración de algunos quesos y embutidos como el fuet.
- El anisakis, gusano que parasita numerosos pescados.
- Alimentos manipulados con guantes de Látex, que pueden vehicular partículas y producir síntomas en los pacientes alérgicos.
- Enzimas utilizados en algunos alimentos: amilasa, lactasa, papaína.
- Especies: paprika, orégano, etc.

NORMATIVA PARA EL ETIQUETADO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS ENVASADOS

El correcto etiquetado de los alimentos envasados es esencial para cumplir las pautas de evitación, por lo que es imprescindible la implantación de una directiva de etiquetado que garantice el modo correcto y homogéneo del mismo.

La importancia social que en los últimos años ha adquirido la alergia a alimentos ha hecho necesaria la emisión de diversas normativas sobre el etiquetado de los productos y de los componentes alergénicos en los alimentos envasados.

Los productos alimenticios envasados cumplen normas armonizadas obligatorias sobre el etiquetado y la publicidad. Entre los datos obligatorios que deben figurar en el etiquetado se hallan:

- La denominación de venta del producto.
- La lista y la cantidad de los ingredientes.
- Los posibles alérgenos (sustancias que pueden provocar alergia).
- La duración mínima del producto.
- Las condiciones de conservación.

La Dirección General de Sanidad y Protección de los consumidores publicó, con carácter orientativo, directrices sobre la indicación obligatoria de los ingredientes que podrían causar reacciones adversas a personas sensibles (incluidos en el anexo III bis, introducido por la Directiva 2003/89/CE y modificado por la Directiva 2006/142/CE)



Alergenos alimentarios que deben figurar obligatoriamente en el etiquetado de los alimentos. (Directiva Europea 2003/89/CE, modificada por la Directiva Europea 2006/142/CE)

- Cereales que contienen Gluten y productos derivados.
- Huevos y productos derivados.
- Crustáceos y productos derivados.
- Pescados y productos derivados.
- Cacahuets y productos derivados.
- Soja y productos derivados.
- Frutos secos y productos derivados.
- Leche y productos derivados (incluyendo lactosa).
- Apio y productos derivados.
- Mostaza y productos derivados.
- Sésamo y productos derivados.
- Dióxido de azufre y sulfitos en concentraciones superiores a 10 mg/K o 10 mg/l expresados en SO₂.

Según la nueva normativa se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Las sustancias de potencial alergénico deben ser listadas sin excepción y con clara referencia a su nombre común, por ejemplo: huevo.
2. La lista de sustancias de potencial alergénico se actualizará basándose en nuevas pruebas científicas.
3. Se establecen limitaciones en cuanto a la flexibilidad de etiquetado de los productos de bajo contenido.
4. Se limitan las excepciones.



Aunque la mayoría de las reacciones alérgicas descritas están producidas por los alérgenos detallados en la TABLA cualquier sustancia puede actuar en un momento dado como alérgeno oculto y en muchas ocasiones su identificación supone una investigación minuciosa.

Valores umbral de las fuentes alérgicas

Las instalaciones industriales se utilizan para la elaboración de múltiples productos, por lo que puede existir el riesgo de contaminaciones cruzadas de alérgenos.

Se deben implantar valores umbral y desarrollar las metodologías analíticas necesarias para evitar el riesgo de que todos los alimentos envasados sean etiquetados como potencialmente portadores de trazas de alérgenos, lo que supone una gran disminución en la calidad de vida del paciente alérgico.



PRECAUCIONES CON EL NIÑO ALÉRGICO A ALIMENTOS EN EL COLEGIO

1. Precauciones en el aula

- Desde el comienzo de curso los padres / tutores del niño deben informar al profesor de la enfermedad que padece, de los alimentos que **no puede** comer, de los síntomas que puede presentar en caso de contacto inadvertido y del tratamiento que es necesario administrar, haciendo especial hincapié si el niño ha presentado anafilaxia.
- Sería muy conveniente que el profesor tuviera una ficha con los datos anteriormente referidos de forma clara y el tratamiento especificado.
- Puede ser conveniente que los compañeros tengan información sobre la alergia del niño y así poder evitar algunas situaciones de riesgo.

2. Precauciones en el comedor

- Los niños alérgicos a alimentos deben estar correctamente identificados.
- Es conveniente colocarlos en mesas separadas para evitar riesgos y contactos inadvertidos.
- Las fichas con el diagnóstico y tratamiento del niño, debería tenerla también el profesor / cuidador del comedor.
En caso de reacción el niño nunca debe dejarse solo.
- Se le debe administrar el tratamiento y avisar a los padres.
- Se "debería saber" cuándo acudir a un centro médico.

3. Precauciones en determinadas actividades

- Excursiones o salidas fuera del colegio.
- Cumpleaños.
- Actividades que supongan manipulación de alimentos.
- Manipulación de frutos secos o asado de castañas en el otoño.

ASOCIACIONES DE PACIENTES

En la alergia a alimentos como en otras patologías, son fundamentales las asociaciones de pacientes. En este caso existe en nuestro país la Asociación Española de Padres y Niños Alérgicos a Alimentos (AEPNAA. www.aepnaa.org).

Las asociaciones de pacientes cumplen numerosos aspectos:

- Cubrir el aspecto social no resuelto por el sistema sanitario.
- Intercambio de información con otros pacientes / familiares.
- Promover la formación en alergia a alimentos.
- Apoyo psicológico a pacientes y familiares.
- Entrenamiento en el conocimiento de alimentos preparados.
- Entrenamiento en la lectura de ETIQUETADOS.

CALIDAD DE VIDA

La alergia a alimentos, puede producir reacciones graves y en algunos casos fatales, limitando de alguna manera la calidad de vida de los pacientes y su familia.

Por ello es necesaria la colaboración de todos los implicados:

- Pacientes y familiares.
- Alergólogos y Pediatras.
- Escuela.
- Asociaciones de pacientes.
- Administraciones públicas.
- Empresas alimentarias.

Todos juntos debemos conseguir que los pacientes alérgicos y en este caso los niños, puedan desarrollar una vida con las menos limitaciones posibles. Sólo el conocimiento de dónde están los alérgenos puede permitirnos evitarlos y garantizar la SEGURIDAD de los pacientes alérgicos.



normas de un colegio saludable en alergia a alimentos

1. Tener a todos los niños alérgicos identificados al inicio del curso y disponer de un informe médico con diagnóstico y tratamiento de urgencia recomendado que será conocido por todo el personal que esté a cargo del niño.
2. Dar por escrito los menús a los padres, incluyendo la alternativa en caso de ser necesario sustituir alguno.
3. Evitar alimentos precocinados por el riesgo de etiquetado incompleto y posibilidad de alérgenos ocultos.
4. No discriminar en ninguna actividad del centro al niño por su alergia; disponer siempre de alternativa o incluso dar a todos los niños del aula el alimento alternativo (el niño alérgico hay alimentos que no pueden tomar, pero el resto de los niños pueden tomar los que toman los alérgicos).
5. Disponer de medicación de emergencia en el centro en lugar accesible y que se sepa manejar por el personal encargado del centro.
6. En caso de reacción alérgica:
 - a. No dejar al niño solo.
 - b. Administrar la medicación correspondiente.
 - c. Avisar a los padres.
 - d. Saber identificar cuando debe acudir a centro médico.



Alergia al látex



La alergia al látex afecta a un 1% de la población general, aumentando en algunos grupos de riesgo. En niños debemos destacar a los niños multioperados. El grupo más estudiado son los niños con espina bífida, en los que la prevalencia alcanza cifras de hasta el 64 %.

Los objetos donde podemos encontrar látex en nuestra vida son innumerables, pero dentro del colegio debemos llamar la atención sobre los globos, utilizados en fiestas y celebraciones para decoración y juego, sin olvidar juguetes de goma, pelotas, etc.

En los niños más pequeños no debemos olvidar la presencia de este material en chupetes, tetinas, mordedores, etc. Dentro del comedor, debemos recordar a todo el personal que no deben usarse guantes de látex para la manipulación de los alimentos por el riesgo de producir reacciones en los niños alérgicos que los ingieran.

Las manifestaciones clínicas de esta alergia son las mismas que hemos descrito para los alimentos, así como el tratamiento que debemos administrar en caso de aparecer la reacción.



Alergia a picadura de insectos

Con la llegada de la primavera y el calor, aumenta la cantidad de insectos en el ambiente, así como las salidas al campo, los juegos al aire libre, etc, aumentando la frecuencia de picaduras por insectos.

Los insectos que más habitualmente, producen picaduras son: mosquitos, tábanos, hormigas, arañas de jardín, abejas, avispas, pulgas y garrapatas.

Por frecuencia, son las picaduras de mosquitos las causantes del mayor número de problemas, pero son las avispas y abejas (denominados himenópteros), las más peligrosas.

Los mosquitos suelen estar entre plantas y arbustos, buscando humedad y sombra, por lo cual debe evitarse el contacto directo con la hierba, el suelo y lugares con acumulación de agua. Su diagnóstico es sencillo, apreciándose en el lugar de la picadura una roncha circular u ovalada típica y picor intenso; al contrario de lo que ocurre con las abejas y las avispas, las reacciones generalizadas son bastante raras.

Las picaduras de pulgas y garrapatas van asociadas a mascotas o animales incorrectamente desparasitados. En ambos casos, pueden transmitir graves enfermedades con su picadura.

Tanto las abejas como las avispas, pican sólo en su defensa o en defensa de sus nidos. Al inocular el veneno, la avispa conserva el aguijón, pudiendo así picar repetidas veces, cosa que no sucede con las abejas, puesto que la abeja sólo podrá picar una vez y morir.

Si bien la alergia al veneno de himenópteros en los niños es relativamente rara y las manifestaciones alérgicas suelen ser menos graves que en los adultos, la alarma social que causa es importante.

La picadura de los insectos, normalmente, no produce más que una reacción inflamatoria normal en la zona de la picadura, pero en determinadas personas, sensibles a ellas, las reacciones pueden ser bastante más graves.

Las picaduras de himenópteros (abejas, avispas, etc.) pueden producir:

1. Reacción local: consistente en una lesión dolorosa en el lugar de la picadura con enrojecimiento e induración de menos de 10 cm de diámetro.
2. Reacción local intensa o exagerada con induración mayor de 10 cm y persistencia mayor de 24 horas (a veces hasta una semana).
3. Reacción generalizada o sistémica: las lesiones no se limitan a la zona de la picadura, pudiendo producirse urticaria, angioedema, dolor abdominal, náuseas, vómitos, broncoespasmo y en casos extremos shock anafiláctico.

¿CÓMO EVITAR LA PICADURA DE LOS INSECTOS?

- No intentando matar ni espantar a avispas, abejas, etc.
- No acercándose a panales de abejas ni a nidos de avispas. Se aconseja limpieza de estos últimos por personal especializado.
- Evitar caminar descalzo en el césped, zonas con abundantes flores, agua acumulada, etc.
- Evitar juegos en zonas dónde haya hierba, matorrales o arbustos podados o cortados.
- Evitar perfumes, cremas y colores chillones en la vestimenta.
- Evitar comer y beber al aire libre.
- Evitar papeleras, contenedores, agua remansada de fuentes, etc., y lugares dónde se puedan acumular envoltorios de golosinas, restos de comidas, bebidas dulces, latas de refresco, vasos con restos de bebida.
- Evitar remover basura, jugar con tierra, en lugares húmedos.
- Correcta higiene y desparasitación de mascotas.
- Utilización de ropas largas y zapato cerrado, así como de repelentes de insectos en personas predispuestas.

TRATAMIENTO

Si la picadura sólo provoca una reacción inflamatoria local debe:

- Lavarse bien la zona, con agua y jabón.
- Aplicarse compresas frías o hielo durante unos 10 minutos para evitar la hinchazón y el dolor.
- Intentar en el caso de que exista un aguijón, retirarlo lo antes posible con unas pinzas, procurando no volver a picarse.
- Si hay picor intenso: antihistamínicos (Polaramine®).
- Lociones para calmar el ardor y el picor y en algunos casos pomada o crema de corticoide y/o antibiótica (tras algunas picaduras de araña de jardín) en el lugar de la picadura.



En el caso de picadura por garrapata, se debe extraer ésta con una pinza fina, aconsejándose el uso de antibiótico siempre bajo prescripción médica.

En caso de reacciones locales extensas, debe añadirse un corticoide inyectado y en algunas ocasiones un ciclo corto de corticoides orales.

En caso de reacciones sistémicas o generalizadas, deberá administrarse inmediatamente adrenalina subcutánea o intramuscular (0,3 a 0,5 al 1/1000), repitiéndose esta dosis a los 10-15 minutos si fuese necesario.

Está comercializada adrenalina ya precargada para la autoadministración del paciente: Altellus®.

En la consulta de alergia se realizará una historia clínica detallada, unas pruebas cutáneas y una determinación de IgE sérica específica en sangre para llegar al diagnóstico definitivo.

En el caso de la alergia a veneno de abeja o avispa, el tratamiento es la inmunoterapia específica (vacunas).

La inmunoterapia es el tratamiento de elección de los pacientes alérgicos a veneno de himenópteros, demostrándose su eficacia en más del 95% de los pacientes con anafilaxia por veneno de himenópteros.



DEBE ACUDIRSE
INMEDIATAMENTE AL
SERVICIO DE
URGENCIAS MÁS
CERCANO.

TODA
REACCIÓN
GENERALIZADA O
SISTÉMICA DEBE SER
REMITIDA AL ALERGÓLO-
GO, ASÍ COMO LAS REACCIONES LO-
CALES EXTENSAS QUE AUMENTAN
EN INTENSIDAD TRAS SUCESI-
VAS PICADURAS.

Medicación de **urgencia**
en reacciones alérgicas
y cuándo
administrarla





1. Adrenalina precargada

- a. Altellus 0,15: para niños de menos de 30 kg.
- b. Altellus 0,3: para niños mayores o con mas de 30 kg de peso.

Se administran vía subcutánea o intramuscular (preferiblemente esta vía si la reacción es grave). Debemos abrir el envase, quitar el tapón gris, poner el extremo negro frente a la cara externa del muslo y aplicar de golpe y con presión, la aguja se abrirá y descargará la dosis; mantener unos segundos la aguja en esa posición y dar un masaje posterior en la zona de inyección.

No es necesario que la persona que lo administre sea sanitario, de hecho, los pacientes adultos, están adiestrados para administrársela ellos mismos. Es una medicación de urgencia y nunca el miedo debe impedirnos usarla en una anafilaxia, recordemos que podemos salvar la vida del afectado. Es el fármaco de elección en una reacción alérgica grave.

Como efectos secundarios a considerar se encuentran los cardiovasculares. Hay que tener más cuidado en cardiópatas, pero afortunadamente son pocos los niños con estos problemas. No obstante, si la anafilaxia es grave, debemos hacer uso siempre y lo primero de adrenalina, con posterior traslado a un centro médico donde se completará el tratamiento y se advertirá si existen otras patologías asociadas a controlar.



2. Corticoides de administración oral e intramuscular

- a. Urbason: administración i.m. a dosis de 1,5 mg por Kg de peso. Una vez cargada la dosis adecuada en jeringa con aguja intramuscular, se aplicará en zona glútea. Esta medicación se aplicará en caso de disponer de enfermera o médico en el centro, de lo contrario se usará la forma oral y se trasladará al niño al centro médico más cercano.
- b. Estilsona gotas: debe administrarse a dosis de 0,5 mg (3 gotas) por Kg de peso por cada toma.

3. Antihistamínicos de administración oral e intramuscular

- a. Polaramine ampollas (1ml= 5 mg): al igual que el Urbason únicamente se administrará en caso de disponer de enfermera en el centro. Se administrará media ampolla intramuscular a niños mayores de 12 años y un cuarto de ampolla a niños entre 6 y 12 años.
- b. Polaramine solución: fármaco de elección para tratar el picor y las formas leves de urticaria.
 - Para mayores de 12 años : 2 mg (5 ml).
 - Para niños entre 6 y 12 años: 1 mg (2,5 ml).
 - Niños de 2 a 6 años: 0,5 mg (1,25 ml).

4. Broncodilatadores de acción rápida

- a. Ventolin presurizado con cámara espaciadora: administrar 2 puff que pueden repetirse a los 5 minutos si no hay respuesta y después cada 6 horas. Es lo mas fácil de aplicar por personal no sanitario.
- b. Cualquier broncodilatador de rescate si el paciente lo tiene en su mochila (Terbasmin Turbuhaler, Ventilastin, Foradil aerolizer, etc.) a la dosis prescrita por su médico.



¿CUÁNDO DEBEMOS ACTUAR DE FORMA INMEDIATA?

Los síntomas de alerta son mareo, disnea (dificultad para respirar), cianosis (color morado en labios), especialmente si van combinados con urticaria (habones por el cuerpo), lo cual ha de hacernos pensar en una anafilaxia; en estos casos siempre y lo primero es administrar adrenalina, con ello podemos salvar la vida del niño.

También deberemos administrar medicación en el colegio en caso de dificultad respiratoria: poner corticoides parenterales (si hay enfermera) y broncodilatador; si la dificultad respiratoria es muy intensa, y en especial si es por edema de la vía respiratoria, debe ponerse adrenalina.

En el resto de los casos deben suministrarse antihistamínicos (oral salvo que dispongamos de enfermera) y trasladar al niño al centro médico para su valoración y tratamiento.



Anexos

DIETA EXENTA DE LECHE

Los pacientes alérgicos a leche no deben tomar leche ni derivados lácteos, como yogures, petit-suisse, helados, sorbetes, natillas, flanes, mantequilla, margarina, quesos, nata, requesón, cuajadas, etc.

También pueden contener leche:

- Chocolates, bombones, batidos, cremas de cacao, algunos zumos y horchatas.
- Papillas lacteadas, cereales y algunos potitos.
- Pastelería y bollería.
- Algunas salsas y sopas preparadas, cubitos de caldo y sopas de sobre.
- Algunos tipos de pan de molde y *baguettes*.
- Algunos tipos de salchichas y embutidos industriales (salchichón, chorizo, jamón york).
- Croquetas y algunos tipos de productos rebozados comerciales.
- Algunos tipos de caramelos y turrone.

La carne de vaca o ternera generalmente es tolerada.

No debe tomarse leche de otros animales herbívoros (cabra, oveja, burra, búfala).

“Cosméticos”: algunos geles y toallitas de bebé pueden contener lácteos.

TÉRMINOS QUE INDICAN LA PRESENCIA DE LECHE EN LOS ALIMENTOS

Caseína, caseinatos, lactoalbúmina, lactoglobulina, suero de leche, suero láctico hidrolizado proteico, ácido láctico, lactatos, recaldent, (derivado de la caseína que puede encontrarse en chicles y pastas de dientes).





DIETA EXENTA DE HUEVO

Huevo, huevo en polvo y sucedáneos de huevo.

Repostería y bollería.

Natillas, flanes, *puddings*, *mousse*, helados, merengues, cremas, algunos postres industriales y caseros.

Dulces, hojaldres, empanadas, agujas de ternera.

Mayonesas y algunos tipos de salsas.

Rebozados, croquetas, algunos tipos de empanadillas.

Algunos tipos de salchichas comerciales, fiambres, embutidos y patés.

Algunos tipos de pasta "pastas al huevo".

Algunos tipos de sopas, cremas, purés y gelatinas.

Algunos potitos.

Surimi: compuesto de pescado que contiene clara de huevo.

Cafés Capuchinos y cafés crema.

En algunas clases de caramelos (Sugus), gominolas y golosinas.

Se utiliza en algunas bebidas como clarificante (vinos y cervezas).

Algunas vacunas están incubadas en huevo (Triple vírica, gripe y fiebre amarilla).

Algunos medicamentos pueden contener Lisozima.

La carne de pollo generalmente es tolerada.

Cuidado con los utensilios de cocina y batidoras.

No utilizar aceites en los que se haya cocinado huevo previamente.

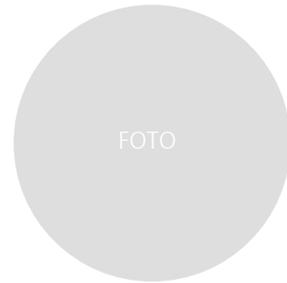
Se debe evitar también huevos de otras aves.

TÉRMINOS QUE INDICAN LA PRESENCIA DE PROTEÍNAS DE HUEVO

Albúmina, livetina, ovoalbúmina, ovomucina, ovomucoide, ovovitulina, vitelina, huevina, polvo seco de huevo, globulina, coagulante, lecitina (E-322), habitualmente es de soja. Lisozima. Luteína (pigmento amarillo), ovotransferrina, conalbúmina, ovomacroglbulina y fosfovítina.



FICHA MÉDICA PARA EL COLEGIO



NOMBRE:

Teléfonos de contacto:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Dieta:

Recomendaciones específicas:

Medicación:

- Mi hijo/a puede llevar consigo sus medicamentos y está capacitado para usarlos en caso de necesitarlo
- Mi hijo/a requiere ayuda para el uso correcto de estos medicamentos

Fdo. Médico Responsable

Fdo. Padre, Madre o tutor

Fecha:



recomendaciones

básicas para la seguridad

del niño alérgico en la escuela

1. Todos los niños y adolescentes alérgicos deben estar correctamente identificados (recomendable utilizar la ficha del anexo 3).
2. Debe existir en el colegio una persona responsable del botiquín y la administración de los tratamientos de emergencia en caso de reacción alérgica. Sería recomendable disponer de personal sanitario.
3. El botiquín del colegio debe incluir la medicación necesaria para tratar una reacción alérgica (crisis de asma, anafilaxia, urticaria, etc).
4. Los profesores de Educación Física deben conocer qué es el asma.
5. No discriminar en ninguna actividad del centro al niño alérgico, disponer siempre de alternativa e incluso adaptar la actividad y alimentación de toda el aula al niño alérgico (el niño alérgico no puede comer o hacer algunas cosas, pero el resto sí puede comer o hacer lo mismo que el alérgico).
6. En caso de reacción alérgica:
 - a. No dejar al niño solo.
 - b. Administrar la medicación correspondiente.
 - c. Avisar a los padres.
 - d. Saber identificar cuando debe acudir a centro médico.

