

Documento de consenso sobre recomendaciones para una escolarización segura del alumnado alérgico a alimentos y/o látex



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Documento de consenso sobre recomendaciones para una escolarización segura del alumnado alérgico a alimentos y/o látex

Catálogo de publicaciones del Ministerio: www.mecd.gob.es
Catálogo general de publicaciones oficiales: publicacionesoficiales.boe.es



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE
Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIE)

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Edita:
© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
Subdirección General
de Documentación y Publicaciones

Edición: 2013

NIPO: 030-13-102-5 (MECD)
NIPO: 680-13-091-6 (MSSSI)

Este Documento ha sido elaborado por un Grupo de Trabajo Mixto que se constituyó a propuesta de la Comisión General de Educación de diciembre de 2008; dicho grupo ha estado integrado por profesionales y expertos de ambos sectores (Educación y Sanidad) tanto de la Administración central como de diversas CCAA.

Ha sido avalado por las siguientes asociaciones científicas especialistas en la materia:

- Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex (AEPNAA)
- Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP)
- Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)
- Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap)
- Asociación Española de Pediatría (AEP).

Se cumple así uno de los objetivos fundamentales que se plantearon: elaborar una serie de recomendaciones de carácter general, además de recopilar en un mismo documento diferentes normativas e iniciativas desarrolladas al respecto por distintas comunidades autónomas.

El texto definitivo fue aprobado en la Comisión General de Educación, celebrada en Madrid el 4 de febrero de 2012.

Coordinación institucional

- **Elena González Briones.** Jefa de Área de Programas de Innovación. Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- **Begoña Merino Merino.** Jefa del Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Coordinación técnica

- **Elena García Alindado.** Asesora técnica Docente. Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- **Alejandro García Cuadra.** Jefe de Servicio de Relaciones institucionales. Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- **Carlos Risco Risco.** Médico Especialista en Salud Pública. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Contribuciones CCAA

- **Luis Arturo Azorit Jiménez.** Director de Servicios a la Comunidad Educativa. Ente Público Andalus de Infraestructuras y Servicios Educativos. Consejería de Educación. Junta de Andalucía
- **Sergio Ballester Carmona.** Inspecció Educativa. Conselleria d'Educació, Cultura i Esport. Comunitat Valenciana.
- **Sonia Bartivas Cerezo.** Asesora Técnica Docente. Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad. Dirección General de Calidad y Equidad Educativa. Consejería de Educación. Junta de Extremadura.
- **Carmen Díaz Galán.** Asesora Técnica Docente. Servicio de Prestaciones Educativas Consejería de Educación. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- **Juan Carlos Diezma Criado.** Jefe de Sección de Promoción de la Salud infanto-juvenil. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- **Lázaro Elizalde Soto.** Técnico de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Servicio de promoción de Salud. Comunidad Foral de Navarra.
- **Elena García Alindado.** Asesora Técnica Docente. Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- **Alejandro García Cuadra.** Jefe de Servicio de Relaciones institucionales. Centro Nacional de Innovación e Investigación Educativa (CNIIE) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.
- **Juan Garlito Batalla.** Asesor Técnico Docente. Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad. Dirección General de Calidad y Equidad Educativa. Consejería de Educación. Junta de Extremadura.
- **María Dolores Gómez Vázquez.** Jefa de Área de Gestión de Riesgos Nutricionales. AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición).
- **Calixto Herrera Rodríguez.** Coordinador del Servicio de Innovación Educativa. Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad. Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. Gobierno de Canarias.
- **María Oliva Ladrero Blasco.** Jefa de Sección de Programas de Salud. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

- **Elena Ladrón de Guevara Mellado.** Dirección General de Promoción, Ordenación e Innovación Educativa. Consejería de Educación. Región de Murcia.
- **Rosa López Alonso.** Vocal de la Junta directiva de la A.M.P.a.p. (Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria).
- **Miguel López Bigorra.** Inspecció Educativa. Conselleria d'Educació, Cultura i Esport. Comunitat Valenciana
- **Joan Quiles Izquierdo.** Dirección General de Salud pública. Conselleria de Sanitat. Comunitat Valenciana
- **Daniel Ribao Docampo.** Dirección General de Educación Infantil y Primaria. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- **Carlos Risco Risco.** Médico Especialista en Salud Pública. Área de Promoción de la Salud. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- **Eulalio Ruiz Muñoz.** Jefe de Sección de Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura
- **Rosa Sales Guardia.** Técnica en temas de salud. Departament de Educació. Generalitat de Catalunya
- **Jaume Serra.** Subdirecció General de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya
- **José Luis Soler Nages.** Jefe de Unidad de Orientación. Dirección General de Política Educativa. Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de Aragón.
- **Rosa Gloria Suárez López de Vergara.** Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Canaria

Índice

1. Introducción	8
1.1. Situación actual	8
1.2. Justificación del documento	8
1.3. La alergia en la escuela	8
2. Marco jurídico	10
3. Funciones de los diferentes agentes implicados	13
3.1. Administraciones públicas	13
3.2. Padres/madres/tutores legales y AMPAs	14
3.3. Alumnado	14
3.4. Asociaciones y sociedades de personas alérgicas a alimentos y/o látex	14
3.5. Sociedades científicas especializadas (SEICAP, SEAIC y Sociedades de Alergia de ámbito autonómico)	15
4. Estrategias de abordaje del alumnado alérgico en la escuela	16
4.1. Actitud socializante para el alumnado alérgico	16
4.2. Coordinación Sanidad-Educación-Comunidad-Familia	16
4.3. Situaciones en el medio educativo	17
4.4. Reacción anafiláctica	18
5. Seguimiento y evaluación	19
6. Iniciativas y propuestas	19
6.1. Plan de Actuación en el Centro Educativo	19
6.2. Formación del personal del centro educativo sobre alergias	20
6.3. Regulación de la administración de medicación de rescate: clarificación de responsabilidades y protocolos de actuación	21
7. Baremos de admisión de alumnos a centros financiados con fondos públicos	23
8. Extensión de las normativas sobre comedores escolares que obligan a servir dietas adecuadas al alumnado con alergia alimentaria	24
9. Bibliografía	26
10. Legislación	27
Glosario	27
ANEXO I. Documento informativo para todos los centros educativos de la S.E.I.C.A.P.	28
ANEXO II. Documento informativo sobre la alergia al látex de la S.E.I.C.A.P.	31
ANEXO III. Documento informativo sobre la anafilaxia de la S.E.I.C.A.P.	38
ANEXO IV. Documento de posicionamiento: La atención al niño alérgico en la escuela: Grupo de Trabajo EAACI/GA2LEN sobre el niño alérgico en la escuela	44
ANEXO V. Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela (AEPNAA)	59

1. Introducción

1.1. Situación actual

La salud, el bienestar y la seguridad del alumnado en los centros educativos españoles son algunas de las prioridades por las que están trabajando conjuntamente la administración estatal y las administraciones autonómicas.

La alergia alimentaria y/o al látex es una enfermedad crónica que, hoy en día, afecta a una proporción creciente de población. Los síntomas de una reacción alérgica tienen distinto nivel de gravedad: desde simple picor, inflamación o urticaria —que es lo más frecuente—, hasta otras reacciones más severas con síntomas digestivos, respiratorios y circulatorios.

La alergia a un alimento y/o al látex es la causa más frecuente, en las primeras edades, de una reacción grave o anafilaxia y su desencadenante suele ser la exposición (inhalación, ingestión, contacto, etc.) accidental o inadvertida al alérgeno.

La anafilaxia incluye síntomas respiratorios, circulatorios y de afectación general. Su casuística es muy baja, pero puede suponer un riesgo vital.

Aunque en la mayoría de las ocasiones la reacción alérgica sea leve o moderada, la población infantil alérgica tiene el riesgo de desarrollar una anafilaxia, que, si se produce, ha de considerarse una emergencia médica. Pese a que la mejor medida para prevenir esta situación es evitar la exposición al alérgeno, no siempre se puede garantizar un riesgo de exposición nulo, por lo que hay que contemplar otras medidas que se desarrollan en el presente documento.

1.2. Justificación del documento

A lo largo de una jornada escolar, existen diversos momentos en los que el alumnado alérgico puede encontrarse en situación de riesgo. Los ámbitos con mayor riesgo de exposición a los alérgenos son el comedor escolar y las actividades educativas extraescolares.

Debido a esta vulnerabilidad durante la jornada escolar, se ha considerado necesaria la elaboración de un documento consensuado entre el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y las Consejerías y/o Departamentos de Educación y de Sanidad de las Comunidades Autónomas, en el que se recojan una serie de recomendaciones para una escolarización segura e igualitaria del alumnado susceptible de sufrir alergia a los alimentos y/o al látex.

Aunque la prevención es una medida mucho más útil que la actuación ante una emergencia, este documento colaborativo da especial importancia a:

- La formación/información del personal del centro escolar en el tema.
- La elaboración de un Plan de Actuación para el alumnado alérgico.
- La propuesta de un protocolo de intervención ante una reacción anafiláctica.

El presente documento pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- Facilitar propuestas que ayuden a la escolarización y a la gestión de un ambiente más seguro para el alumnado alérgico a alimentos y/o al látex.
- Orientar sobre la forma de actuar ante una emergencia sanitaria relacionada con las alergias a los alimentos y/o al látex en un centro educativo.

1.3. La alergia en la escuela

Definición de la alergia alimentaria y/o al látex

La alergia a alimentos y/o al látex es una reacción de sensibilidad elevada (hipersensibilidad) ante sustancias externas llamadas alérgenos presentes en los alimentos y/o el látex.

Las personas que presentan este tipo de reacciones producen una gran cantidad de anticuerpos específicos (proteínas) que reciben el nombre de Inmunoglobulinas E (IgE), que pue-

den ser detectadas mediante pruebas cutáneas o una analítica de sangre periférica, lo cual va a permitir su diagnóstico. La exposición al alérgeno, sea por contacto cutáneo, inhalación, ingestión o cualquier otra vía, provoca una reacción alérgica que puede afectar a ojos (conjuntivitis con lagrimeo y picor), nariz (rinitis), piel (enrojecimiento, picor, edema), boca (inflamación), bronquios (tos, sibilantes, asma), aparato digestivo (diarrea, vómito) o a todo el organismo (anafilaxia, shock anafiláctico con riesgo de muerte).

Retos para el centro educativo

Toda la población adolescente y casi toda la población infantil que reside en España está escolarizada. Entre esa gran diversidad de alumnado, hay una población alérgica que, cada día, hace frente a diferentes situaciones potencialmente problemáticas para su salud, y que aumentan por un mayor tiempo de permanencia del alumnado en el centro educativo, el creciente incremento de la casuística y por la dificultad de controlar los alérgenos en el entorno escolar.

El almuerzo en el comedor escolar, el refrigerio de media mañana, los talleres (cocina, manualidades u otros) que requieran estar en contacto con distintos materiales..., las excursiones, los cumpleaños, las celebraciones, las actividades extraescolares, las actividades en el gimnasio, etc. pueden convertirse en ocasiones de riesgo —incluso el material del aula puede ser potencialmente peligroso—.

Los síntomas iniciales de una reacción alérgica pueden ser leves y difíciles de interpretar si se carece de formación y tampoco resulta fácil predecir la gravedad final de las reacciones, aunque se conozcan los síntomas iniciales. Por ello es necesario disponer de un plan de prevención y de actuación que incluya la información básica sobre la alergia y sus posibles reacciones a toda la comunidad educativa, así como una formación específica a docentes y personal del centro educativo.

La Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP) ha recogido en un documento divulgativo ejemplos de estas situaciones (ANEXO I).

Para que cualquier situación de riesgo no cause la exclusión de las actividades lectivas y lúdicas, las administraciones públicas y el propio centro educativo han de asegurar en la medida de lo posible que la escolarización de este perfil de alumnado se realice en las mismas condiciones que el resto de sus compañeros.

2. Marco jurídico

Actualmente no existe en el ámbito europeo una legislación específica que regule y proteja los derechos de los niños y niñas con alergias. Son, por tanto, las legislaciones nacionales las que rigen el cuidado de la salud de las poblaciones escolares en horario lectivo¹. No obstante, en la Declaración de los Derechos del Niño (aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959) se recoge, en el artículo quinto, que: “*El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiere su caso particular*”. En este sentido, en el caso particular que nos ocupa, se considera conveniente establecer políticas educativas que promuevan una escolarización segura del alumnado alérgico.

A continuación se citan algunas referencias legislativas de ámbito nacional sobre el tema:

Constitución Española de 1978

Artículo 9.2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Artículo 27.1. Todos tienen el derecho a la educación [...].

Artículo 27.4. La enseñanza básica es obligatoria y gratuita.

Artículo 43. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

10

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

Artículo 2. Principios generales

En la aplicación de la presente Ley primará el interés superior de los menores sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. [...]

Artículo 10. Medidas para facilitar el ejercicio de los derechos.

Los menores tienen derecho a recibir de las Administraciones públicas la asistencia adecuada para el efectivo ejercicio de sus derechos y que se garantice su respeto.

Artículo 11. Principios rectores de la acción administrativa.

1. Las Administraciones públicas facilitarán a los menores la asistencia adecuada para el ejercicio de sus derechos. [...]

Las Administraciones públicas deberán tener en cuenta las necesidades del menor al ejercer sus competencias, especialmente en materia de control sobre productos alimenticios, consumo, vivienda, educación, sanidad, cultura, deporte, espectáculos, medios de comunicación, transportes y espacios libres en las ciudades.

Las Administraciones públicas tendrán particularmente en cuenta la adecuada regu-

1. Muraro A, Clark A, Beyer K, Borrego LM, Borres M, Lødrup Carlsen KC, Carrer P, Mazon A, Rance F, Valovirta E, Wickman M, Zanchetti M. *The management of the allergic child at school: EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school. Allergy* 2010; DOI: 10.1111/j.1398-9995.2010.02343.x. http://www.seicap.es/documentos/archivos/47Z_allergymuraroschooltraduccion.pdf

lación y supervisión de aquellos espacios, centros y servicios, en los que permanecen habitualmente niños y niñas, en lo que se refiere a sus condiciones físico-ambientales, higiénico-sanitarias y de recursos humanos y a sus proyectos educativos, participación de los menores y demás condiciones que contribuyan a asegurar sus derechos. [...]

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE)

Artículo 1. Principios

El sistema educativo español, configurado de acuerdo con los valores de la Constitución y asentado en el respeto a los derechos y libertades reconocidos en ella, se inspira en los siguientes principios:

- a) La calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias.*
- b) La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación, y actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que deriven de discapacidad.*
- e) La flexibilidad para adecuar la educación a la diversidad de aptitudes, intereses, expectativas y necesidades del alumnado, así como a los cambios que experimentan el alumnado y la sociedad.*

Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

11

Artículo 40. Medidas especiales dirigidas al ámbito escolar.

- 3. Las escuelas infantiles y los centros escolares proporcionarán a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, incluidos aquellos con necesidades especiales (intolerancias, alergias alimentarias u otras enfermedades que así lo exijan), la programación mensual de los menús, de la forma más clara y detallada posible, y orientarán con menús adecuados, para que la cena sea complementaria con el menú del mediodía.*
- 4. En los supuestos en que las condiciones de organización e instalaciones lo permitan, las escuelas infantiles y los centros escolares con alumnado con alergias o intolerancias alimentarias, diagnosticadas por especialistas, y que, mediante el correspondiente certificado médico, acrediten la imposibilidad de ingerir, determinados alimentos que perjudican su salud, elaborarán menús especiales, adaptados a esas alergias o intolerancias. Se garantizarán menús alternativos en el caso de intolerancia al gluten.*

El comedor escolar

Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de noviembre de 1992

El marco jurídico para regular el servicio del comedor escolar se estableció para el ámbito nacional en la Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de noviembre de 1992 (BOE 8/12/92), por la que se regulan los comedores escolares, modificada parcialmente por la Orden de 30 de septiembre de 1993 (BOE 12/10/93).

Posteriormente fueron apareciendo **reglamentaciones autonómicas** para regular el funcionamiento de este servicio en su correspondiente ámbito de competencia, abordando además aspectos de gestión y organización. Estas regulaciones abarcan gran variedad de temas y

establecen con detalle los aspectos higiénico-sanitarios, de su gestión, organización y funcionamiento.

Sin embargo, dada la importancia de incorporar todo lo relativo a dietas especiales y custodia de alimentos, se ha consensuado un **Documento de Recomendaciones sobre la Alimentación en los Centros Educativos**, que ha sido aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 21 de julio de 2010, de aplicación en aquellos centros educativos en los que se impartan enseñanzas de régimen general o de régimen especial, en los que se suministre cualquier tipo de alimentación al alumnado².

La medicación de urgencia

En relación con la administración de la medicación de urgencia al niño, niña o adolescente que se encuentra en situación de riesgo vital, en España actualmente no existe ningún precedente reglamentario que obligue a los centros a asumir la responsabilidad de dicha administración.

No obstante, según lo dispuesto en el artículo 195 del Código Penal, denominado *delito de omisión del deber de socorro*, pueden derivarse responsabilidades de la no actuación, ya sea para el centro educativo como institución, ya sea para las personas que, pudiendo socorrer a otra sin grave riesgo para sí mismo, no lo hagan.

Al margen de estas leyes generales, la regulación específica de otros asuntos relativos a las alergias como criterios de admisión del alumnado alérgico en los centros educativos, custodia de alimentos y utensilios y oferta de dietas especiales depende de las normativas elaboradas en las propias Comunidades Autónomas (art. 40.5 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición).

Sería, por tanto, aconsejable que, siguiendo las recomendaciones recogidas en este documento, las Consejerías o Departamentos de Educación, que aún no poseyeran una normativa específica las tuvieran en cuenta al desarrollarla, eliminando así el vacío legal existente.

2. *Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos* (2010). Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

3. Funciones de los diferentes agentes implicados

Para proporcionar un enfoque integral de protección al alumnado alérgico en los centros educativos, es necesario determinar las actuaciones específicas que debería realizar cada parte implicada. En consecuencia, se recomiendan las siguientes acciones:

3.1. Administraciones públicas

Administración sanitaria y personal sanitario

Los profesionales sanitarios, junto con las familias y diversas asociaciones en cada Comunidad Autónoma, constituyen los pilares básicos de soporte del centro educativo en la atención al alumnado alérgico. Estos profesionales junto con la Administración sanitaria serían los encargados de:

- Apoyar las labores de educación para la salud y educación sobre alergias dirigidas a la comunidad educativa.
- Promover que tras el diagnóstico, desde todos los niveles asistenciales y sobre todo desde la atención especializada, se faciliten orientaciones y pautas de intervención sencillas que puedan contextualizarse e implementarse en el horario escolar.
- Tratar de establecer modelos de coordinación entre los centros educativos y los centros de salud que promuevan y faciliten: canales de comunicación entre ambos sectores y las familias; la realización de tareas sanitarias recogidas en este documento; el asesoramiento y la colaboración con los centros educativos para desarrollar planes personalizados sobre los cuidados al alumnado alérgico a alimentos y/o al látex y, por último, la participación voluntaria en actividades formativas sobre alergias.
- Administración educativa y personal docente/no docente
- Los centros educativos y la Administración educativa serían los encargados de las siguientes actuaciones:
 - Incorporar en el Reglamento de Régimen Interno del Centro las actuaciones necesarias en caso de reacciones alérgicas.
 - Facilitar la realización de pruebas académicas (exámenes, entrega de trabajos, etc.), si la situación del alumno o alumna con alergia a alimentos y/o al látex lo requiere.
 - Informar, a criterio del centro y con autorización de las familias, a los docentes y al resto de profesionales del centro educativo sobre la existencia de este perfil de alumnado, facilitando su identificación.
 - Potenciar, en colaboración con la Administración sanitaria, la formación del personal docente en contenidos específicos de Promoción y Educación para la Salud relativos a las alergias alimentarias y/o al látex. Esta línea informativa y formativa podría ser ofertada, igualmente, a otros sectores de la comunidad educativa (familias y personal no docente).
 - Favorecer la participación del alumnado alérgico en todas las actividades escolares, incluidas salidas y excursiones.
 - En los centros educativos donde exista alumnado que presente este tipo de patologías, es aconsejable una actuación coordinada con los profesionales sanitarios y con las familias.
 - El personal del centro educativo debería conocer la localización del material de urgencia, y se debe comprobar con regularidad la caducidad de la medicación.
 - Sería deseable que en los centros educativos hubiera personal voluntario que adquiriese las habilidades y destrezas necesarias para actuar en caso de shock anafiláctico.

3.2. Padres / madres / tutores legales y AMPAs

El padre, madre o tutor legal es el responsable de:

- Informar al centro educativo, lo antes posible, del diagnóstico mediante informe médico, para que puedan ponerse en marcha rápidamente todas las acciones que establece este documento.
- Colaborar en la elaboración del Plan personalizado de cuidados del alumnado alérgico en el centro educativo.
- Facilitar al centro educativo la autorización por escrito para la administración de medicación y de exención de responsabilidad de la persona que administre la medicación, si fuera necesario.
- Proporcionar al centro educativo el material y la medicación específica, prescrita y pautada por el personal médico/alergólogo, que consideren necesarios para la atención adecuada a sus hijos o hijas durante el tiempo de actividad escolar y/o extraescolar, así como renovarla periódicamente. Igualmente, en los casos en que se cuente con prescripción médica, proporcionar al centro escolar el material de urgencia necesario con etiqueta individual que contenga el plan de actuación.
- Colaborar en todo lo necesario para el control de la alergia de su hijo o hija tanto con el profesorado como con los profesionales sanitarios.
- Facilitar la identificación del alumnado con alergia a alimentos y/o al látex.
- En aquellos casos en que dependa de las AMPAs la gestión del comedor escolar, sería responsabilidad de dicha asociación exigir a la empresa de *catering* la acreditación de un sistema APPCC (Análisis de Puntos Críticos) que garantice el mínimo riesgo en relación a los alérgenos alimentarios y, además, la formación del personal de comedor.

3.3. Alumnado

14

El alumnado con alergia a alimentos y/o al látex, según su capacidad, debería:

- Conocer qué es la alergia, por qué se produce, cuáles son los síntomas de las emergencias que pudieran ocurrir. El resto del alumnado también deberá conocer estos aspectos, para lo cual los docentes del centro educativo, con ayuda y orientación de personal especializado, facilitarán la información necesaria.
- Realizar todas las tareas que son apropiadas para su edad y etapa de desarrollo, colaborando activamente, en todo caso, con los docentes, con sus iguales y demás miembros de la comunidad educativa, así como con profesionales sanitarios y personas de asociaciones colaboradoras.
- Evitar la utilización de la alergia como pretexto de distinción o ventaja.
- Aprender y utilizar todos los instrumentos a su alcance para controlar la alergia de forma autónoma, asegurando la supervisión y ayuda de un adulto.
- Portar una identificación que facilite el reconocimiento de su condición de alérgico o alérgica a alimentos y/o al látex.

3.4. Asociaciones y sociedades de personas alérgicas a alimentos y látex

Las asociaciones juegan un papel clave como soporte en el medio escolar, por lo que podrán implicarse en las siguientes funciones:

- Apoyar las actividades de promoción y educación para la salud, de concienciación y de educación en alergia a los alimentos y/o al látex.
- Apoyar y colaborar con la comunidad educativa, especialmente en las actividades extraescolares.
- Colaborar en la formación en alergia a los alimentos y/o al látex y transmisión de experiencias.
- Generar y mantener grupos de ayuda, especialmente en los nuevos diagnósticos.
- Colaborar activamente en todos los aspectos con afectados, familiares, centros educativos y centros sanitarios

3. 5. Sociedades científicas especializadas (SEICAP, SEAIC y Sociedades de Alergia de ámbito autonómico)

Las Sociedades científicas especializadas son la base para ofrecer el conocimiento adecuado y actualizado al personal docente/no docente sobre la alergia a alimentos y/o al látex, y el tratamiento de urgencia más adecuado. Son las entidades más adecuadas para colaborar con las Administraciones autonómicas y estatales, tanto educativas como sanitarias, para el diseño y la implementación de cursos de formación específicos a los diferentes colectivos.

4. Estrategias de abordaje del alumnado alérgico en la escuela

4.1. Actitud socializante para el alumnado alérgico

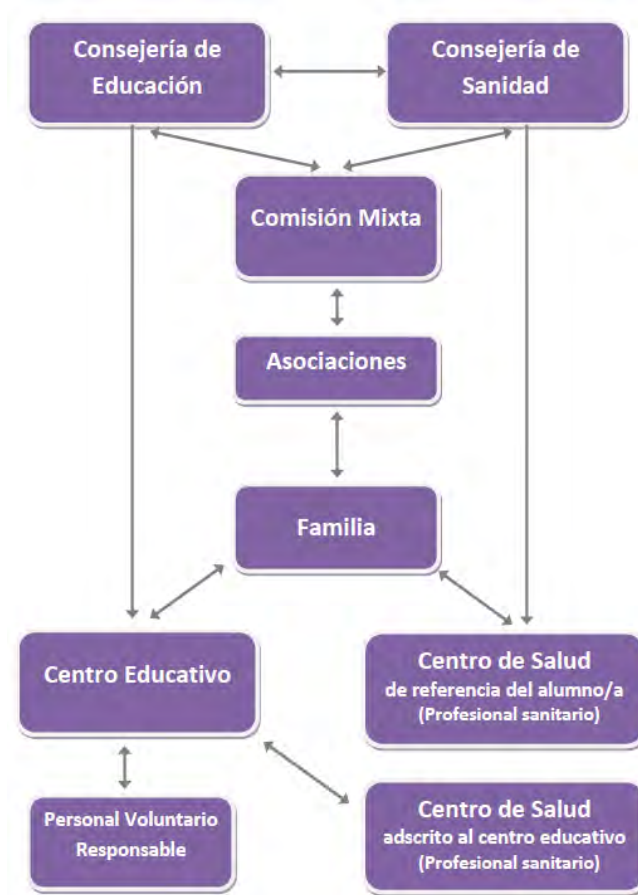
La población infantil y adolescente pasa muchas horas en el centro educativo. En este contexto será necesario generar las condiciones necesarias para que la alergia a alimentos y/o al látex no suponga ningún obstáculo en la actividad diaria. Para optimizar el control de la alergia, la comunidad educativa debería tener ciertos conocimientos acerca de esta, mantener un contacto personal con las familias y los profesionales, y proporcionar un entorno que promueva una óptima atención.

El alumnado con alergia debería participar plenamente en todas las actividades del centro educativo y se debería normalizar la utilización de cualquier medicación, incluida la usada en situaciones de urgencia. **Para ello, juega un papel fundamental la información, la formación y la coordinación entre centros educativos, sanitarios, familias y asociaciones.** Es necesario planificar continuamente y tener previstas las actividades que se van a desarrollar en el ámbito educativo para decidir el plan global de cuidados y definir el Plan de Actuación para los casos concretos.

4.2. Coordinación Sanidad-Educación-Comunidad-Familia

Las Consejerías de Sanidad y de Educación de las Comunidades Autónomas deberán coordinarse en la atención a la población infantil y adolescente con alergia a alimentos y/o al látex.

Es fundamental la coordinación entre los miembros de la comunidad educativa (Figura1), el personal sanitario y las entidades del entorno. En este sentido es conveniente la existencia de un **Plan personalizado de cuidados del alumnado con alergia a los alimentos y/o al látex en el centro educativo.**



17

Figura 1. Coordinación de los diferentes agentes

Tras el diagnóstico las familias informarán al centro educativo. Se informará del tipo de alergia que tiene el estudiante y se procederá a la cumplimentación de un plan personalizado.

De este Plan de Actuación personalizado deberán tener copia tanto el centro educativo, como las familias y el centro de salud donde pase consulta el pediatra o médico de familia del alumno o alumna con alergia.

El Plan deberá ser revisado y actualizado al inicio de cada curso escolar.

Posteriormente, se recomienda mantener contacto entre el alergólogo pediatra de referencia, las familias, los profesionales del centro educativo y el personal sanitario del centro de salud adscrito al centro educativo, y para facilitar este contacto es recomendable la elaboración de una ficha del estudiante con alergia como herramienta básica de comunicación, sin perjuicio del uso del teléfono, correo electrónico u otras vías de comunicación complementarias.

4.3. Situaciones en el medio educativo

Con carácter general es recomendable evitar los materiales que con mayor probabilidad pueden ocasionar reacciones alérgicas, tales como gomas de borrar, colchonetas de gimnasia, chicles, muñecas, algunos pegamentos, balones... (Quiles, 2011).

a. Comedor escolar

En caso de que el estudiante con alergia a los alimentos y/o al látex haga uso del comedor escolar, es imprescindible que en el centro se conozca qué alimentos y utensilios suponen un riesgo para el escolar. Para ello las familias tendrán conocimiento con antelación suficiente de los menús mensuales.

El personal manipulador de alimentos deberá evitar contaminaciones con alérgenos por lo que deberá poseer la formación adecuada en relación a este tema.

b. Recreo, talleres, celebraciones y otros espacios

El centro educativo tendrá especial cuidado en la oferta de alimentos que se suministran en este. Recomendará en la organización de la celebración de cumpleaños y fiestas en coordinación con la familia, los alimentos y materiales adecuados. Y se encargará de concienciar al alumnado de la importancia de estas normas.

También se evitará el uso del látex en campañas sanitarias y de vacunación.

c. Actividades extraescolares, excursiones y viajes

En el caso de que el alumnado no sea autónomo se hace necesario en la realización de actividades extraescolares, excursiones o viajes el acompañamiento de otra persona adulta, sea familiar, docente voluntario o miembro del AMPA, para ayudar en caso de emergencia. Por otro lado, es imprescindible tener disponible en todo momento la medicación de urgencia.

4.4. Reacción anafiláctica

La anafilaxia se define como una situación en la que aparecen al mismo tiempo, de manera brusca, por contacto con algún alérgeno, síntomas alérgicos en dos o más zonas del cuerpo: bronquios (asma, tos, sibilantes o “pitos” en el pecho, dificultad respiratoria y opresión o dolor de pecho), laringe (tos seca perruna, afonía, dificultad para hablar y/o tragar, estridor y dificultad respiratoria), nariz y ojos (rinitis y conjuntivitis: estornudos, goteo nasal, picor, taponamiento nasal, lagrimeo, picor y enrojecimiento de ojos), piel y mucosas (enrojecimiento, habones o ronchas grandes con picor por cualquier sitio, inflamación de ojos, labios, lengua, campanilla o cualquier zona del cuerpo), aparato digestivo (vómitos, dolor abdominal, retortijones y diarrea), aparato circulatorio (bajada de tensión arterial), y sistema nervioso (hipotonía, letargia, pérdida de consciencia).

Habitualmente la anafilaxia se manifiesta súbitamente, como una emergencia que requiere un reconocimiento inmediato de los síntomas y tratamiento específico urgente. Las consecuencias más graves de la anafilaxia pueden incluir obstrucción de la vía aérea superior por edema laríngeo y parada cardiorrespiratoria por broncoespasmo y/o colapso vascular.

5. Seguimiento y evaluación

En el seguimiento y evaluación de este plan de actuación se enumerarán las actuaciones realizadas y se valorarán los resultados conseguidos. El objetivo de dicha valoración es la mejora de la intervención en el centro.

Dicho seguimiento y evaluación serán competencia de Comisiones Mixtas de Educación y Sanidad, sin perjuicio de que participen otras entidades y profesionales.

El seguimiento será continuo, mientras que la evaluación será anual. Ésta abarcará la ejecución, efectividad y pertinencia del Plan de Actuación, así como los resultados obtenidos. Resultarán del máximo interés las aportaciones de los profesionales, tanto del ámbito educativo como sanitario, de las familias y de las asociaciones.

6. Iniciativas y propuestas

Al igual que sucede con la normativa, algunas Comunidades Autónomas han desarrollado iniciativas, proyectos y programas dirigidos a la mejora de las condiciones del alumnado alérgico en la escuela.

Las propuestas que se incluyen en este documento servirán como marco-guía, y deberían adaptarse a cada contexto y necesidad

6.1. Plan de Actuación del Centro Educativo

El objetivo principal de dicho Plan es la identificación del alumnado con algún tipo de alergia alimentaria y/o al látex y que, por ello, tenga riesgo de presentar una reacción anafiláctica, para prevenir la exposición a cualquier alérgeno y evitar dicho riesgo. Además, este plan pretende dar una respuesta a las reacciones cuando estas ya se hayan manifestado.

Este Plan de Actuación deberá ser aprobado por el Consejo Escolar del centro y conocido por toda la comunidad educativa que pudiera estar al cuidado del alumnado alérgico en alguna situación.

Se incluirán en el Plan una serie de actuaciones previas a la escolarización del alumnado. Es necesario que antes de la escolarización, la familia informe al centro de las posibles enfermedades alérgicas que pueda padecer su hijo o hija, a través de una entrevista o mediante un formulario o ficha en el que se deberían incluir al menos los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del alumno/a.
- Nombre y apellidos de los padres/madres/tutores legales.
- Dirección y teléfonos.
- Fotografía del niño o niña.
- Curso en el que está matriculado, así como nombre del tutor.
- Tipo de alergia y alérgenos que han de evitarse.
- Medicación y dosis que sigue con regularidad.
- Profesional médico que se hace cargo del alumno/a.
- Centro médico de urgencias y sus teléfonos.
- Forma de actuar ante situación de crisis.
- Servicio de Alergia Pediátrica de referencia

Durante toda la escolarización, se recomienda que la familia mantenga contacto de manera continuada con el centro educativo, para que esta información esté siempre lo más actualizada posible.

El centro revisará periódicamente sus planes de acogida y de actuación, facilitando la formación/información a toda la comunidad educativa en relación con las alergias a alimentos y/o al látex a través de un proyecto de formación en centros.

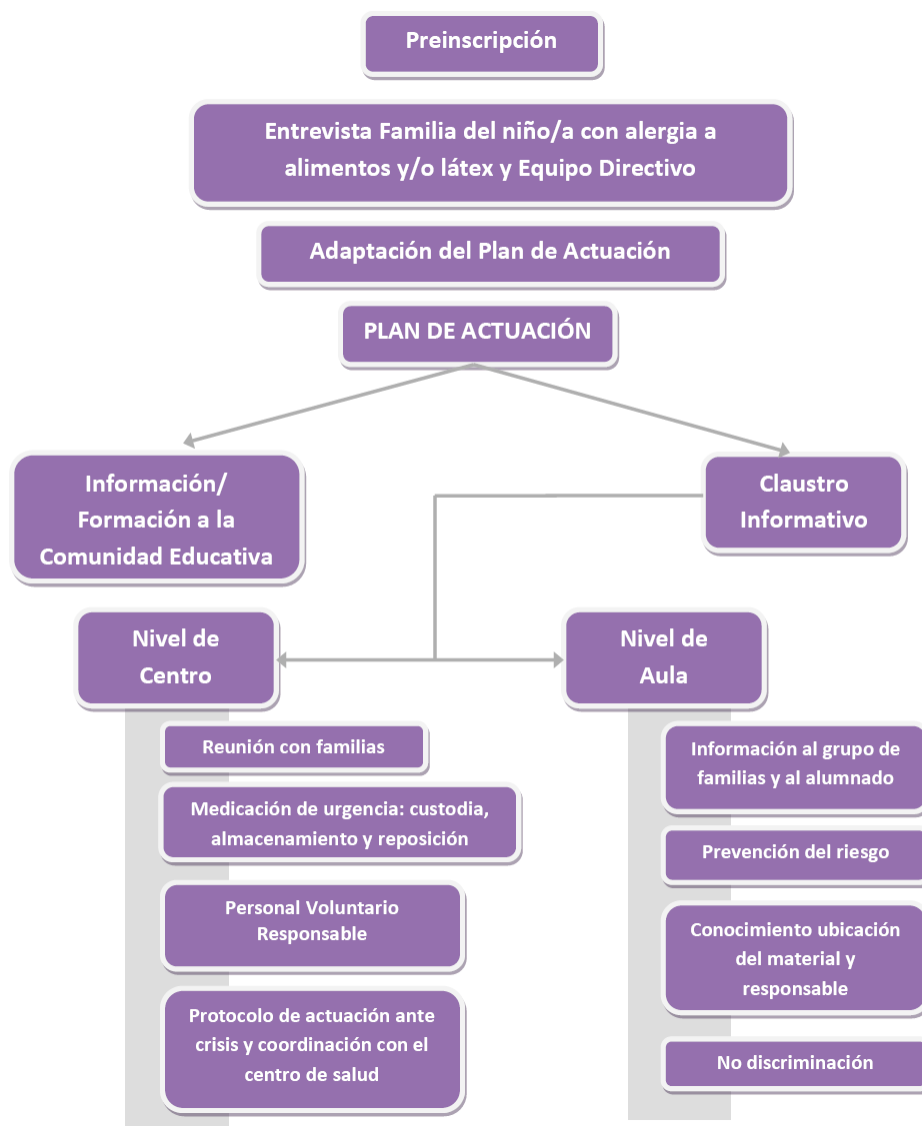


Figura 2. Propuesta de modelo de protocolo de actuación

6.2. Formación del personal del centro educativo sobre alergias

Una de las principales acciones que se plantean es la formación de toda la comunidad educativa en el conocimiento de las alergias, identificación de las reacciones que estas producen así como primeros auxilios, desde un punto de vista clínico y social para que:

1. Sean conscientes del verdadero alcance del problema.
2. Se reduzcan las situaciones de riesgo en las reacciones alérgicas, especialmente anafilaxia.
3. Sepan cómo actuar en caso de que se produzca una reacción alérgica.
4. Integren al alumnado alérgico en el entorno escolar, promoviendo la adaptación de las actividades escolares y extraescolares cuando sea necesario.

La formación debe realizarse preferentemente por personas expertas en la materia y estar destinada a toda la comunidad educativa así como orientada a las diferentes situaciones de

riesgo que pudieran producirse dentro del periodo lectivo. Actualmente existen diversas asociaciones avaladas por sociedades médicas y por las Administraciones públicas que podrían colaborar en dicha formación.

Con el fin de incentivar una mayor formación en este campo, esta debería estar incluida en los planes de formación del profesorado, reconociéndose con créditos de formación continua.

6.3. Regulación de la administración de medicación de rescate: clarificación de responsabilidades y protocolos de actuación

Uno de los puntos más complicados en relación con la escolarización segura del alumnado alérgico es la definición de la responsabilidad de custodia, conservación y administración de la medicación de urgencia. De esta situación deriva la necesidad de promover que las Administraciones Públicas regulen este vacío legal.

A la luz de la evidencia científica se incorporarían las pautas terapéuticas de intervención que hayan demostrado su efectividad.

En relación con los pasos a seguir ante una situación urgente que requiere actuación inmediata, este grupo se posiciona asumiendo las propuestas del Grupo de Trabajo EAACI/GA²LEN³ (European Academy of Allergy and Clinical Immunology/ Global Allergy and Asthma Network):

“Se debe promulgar la legislación adecuada para crear un ambiente escolar seguro para el niño alérgico y al mismo tiempo proteger a los trabajadores de la educación. La instauración de estas recomendaciones en los diversos modelos de atención sanitaria de Europa protegería y ampararía en último término a todos los niños con alergia mientras están en la escuela”.

Por todo ello se recomienda a las Comunidades Autónomas promulgar la normativa correspondiente con los siguientes criterios:

1. La adrenalina intramuscular es el tratamiento inicial de elección ante una anafilaxia, y se debe administrar con un autoinyectable en el músculo vasto externo del muslo.
2. Es recomendable que una persona adulta (profesor/a, personal de enfermería, etc.) supervise y/o realice la aplicación de dicho tratamiento, que debe administrarse lo más rápidamente posible en el momento en que aparezcan los síntomas.
3. Las personas que pueden encontrarse con mayor probabilidad en dicha situación, deben recibir formación previa sobre cómo actuar ante una anafilaxia en el centro escolar.
4. Se recomienda en el caso de escolares de más de diez años reciban el adiestramiento necesario para la autoadministración de adrenalina disponiendo de un consentimiento familiar para hacerlo, al mismo tiempo se procurará la supervisión por una figura adulta en el centro escolar.
5. En escolares menores de diez años, como norma general se recomienda que sea un adulto, presente en el centro en el momento de la anafilaxia, quien administre la adrenalina.
6. Las personas que, en cumplimiento del deber de asistencia, administren la adrenalina siguiendo las normas fijadas por el protocolo médico que acompaña a cada escolar con alergia en el centro, deberán quedar exentas de cualquier posibilidad de imputación judicial, y para ello las Comunidades Autónomas adoptarán los procedimientos de delegación de responsabilidad que sean adecuados para garantizar la inimputabilidad de quienes, siguiendo los protocolos previstos, asistan a escolares en una situación de urgencia vital como la descrita.
7. Asimismo se recomienda incorporar a los contenidos de formación de personal y de ordenación de situaciones relacionadas con la escolarización de alumnado con alergia a alimentos y/o látex, las orientaciones respecto a la actuación en centros escolares que recomienda el documento mencionado.

En este sentido, se recomienda que la legislación o los protocolos incluyan los siguientes criterios:

Responsabilidad de la familia

1. Entregar y actualizar la medicación de urgencia al centro escolar.
2. Aportar al centro educativo la información actualizada acerca de la alergia de su hijo o hija.
3. Suscribir un documento al inicio del curso escolar sobre su autorización y consentimiento para que el profesorado administrara, en caso de emergencia, la medicación, así como la exención de cualquier responsabilidad a la persona que la administre.
4. Contactar frecuentemente con el centro educativo.

Responsabilidad de la Administración educativa

1. Crear un plan de acogida siguiendo las recomendaciones expresadas en este documento, en el que se incluya la formación/información de la comunidad educativa y la identificación del alumnado con alergia.
2. Dar apoyo y asesoramiento a los centros educativos.
3. Promocionar intercambios de buenas prácticas entre los centros educativos.

Responsabilidad del centro educativo

1. Actualizar la información relativa a las enfermedades alérgicas del alumnado.
2. Difundir entre la comunidad educativa dicha información.
3. Adaptar los planes de acogida al contexto y necesidades.
4. Facilitar la formación voluntaria en el conocimiento de las reacciones alérgicas, su prevención, identificación y actuación inicial.
5. Facilitar la designación voluntaria del personal responsable de la custodia, conservación y administración de la medicación de urgencia.

22

Función del pediatra/médico de familia/alergólogo

1. Diagnosticar las alergias y comunicar los resultados a la familia.
2. Proporcionar un plan personal de actuación escrito, en lenguaje sencillo con identificación clara de los alérgenos, síntomas principales de una reacción alérgica y cómo tratarla, e instrucciones para administrar medicación urgente.
3. Coordinarse, si es posible, con las autoridades escolares para dar formación al personal en alergia y repetirla con regularidad.

7. Baremos de admisión de alumnos en centros financiados con fondos públicos

En la normativa de admisión de alumnos de algunas Comunidades Autónomas suele aparecer reglamentado en la convocatoria de escolarización anual la posibilidad de otorgar un punto en los criterios complementarios por “enfermedad crónica del sistema digestivo, endocrino o metabólico del alumno que exija el seguimiento de una dieta compleja y un estricto control alimenticio”.

Por otro lado, cabe destacar que en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo (LOE), en su Capítulo III, Artículo 84.2, se especifica que “cuando no existan plazas suficientes, el proceso de admisión se regirá por los criterios prioritarios de existencia de hermanos matriculados en el centro o padres o tutores legales que trabajen en el mismo, proximidad del domicilio o del lugar de trabajo de alguno de sus padres o tutores legales, rentas anuales de la unidad familiar, atendiendo a las especificidades que para su cálculo se aplican a las familias numerosas, y concurrencia de la discapacidad en el alumno o en alguno de sus padres hermanos, sin que ninguno de ellos tenga carácter excluyente [...]”.

Por tanto, dado que la LOE no incluye como criterio de admisión referencia alguna a la condición o circunstancia de alumno y/o alumna alérgico/a o con enfermedad crónica, parece recomendable no asignar puntuación por estas circunstancias en el proceso de admisión de alumnado, dado que dicha puntuación no da ni genera por sí misma solución al problema específico que se plantea para el alumnado con alergia a alimentos y/o al látex.

En cambio, se deberá ofrecer, en el conjunto de los centros educativos, medios, formación y oportunidades reales de atención a la diversidad del alumnado con alergia a alimentos y/o al látex como las que se plantean en este documento.

8. Extensión de las normativas sobre comedores escolares que obligan a servir dietas adecuadas al alumnado con alergia alimentaria

En el *Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos* (2010) se incluyen recomendaciones generales acerca de las condiciones higiénico-sanitarias y nutricionales, tanto de los comedores escolares y las cantinas, como las máquinas expendedoras de alimentos que se encuentran en los centros educativos.

En este documento se hacen además unas recomendaciones referidas específicamente al caso del alumnado alérgico y sus necesidades especiales.

A continuación se detalla un extracto del documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos:

- Formación y cualificación del personal encargado de la atención y cuidado del alumnado en el comedor escolar.

[...]Para atender al alumnado con intolerancias, alergias alimentarias y/o al látex en condiciones de seguridad, se fomentará la formación específica del personal docente, o del personal específico contratado, que participe en las tareas de atención y supervisión del alumnado en el servicio de comedor, para que puedan detectar, y así prevenir, posibles problemas de salud, inmediatos y a largo plazo, ligados a la nutrición.

24

- Escolares con necesidad de menús especiales (intolerancias, alergias alimentarias u otras enfermedades que así lo exijan).

En los centros educativos con alumnado con alergias o intolerancias alimentarias, diagnosticadas por especialistas, que mediante el correspondiente certificado médico acrediten la imposibilidad de ingerir determinados alimentos que perjudican su salud, y en el supuesto de que las condiciones de organización e instalaciones lo permitan, se elaborarán menús especiales adaptados a esas alergias o intolerancias.

Si las condiciones organizativas, o de las instalaciones y de los locales de cocina, no permiten cumplir las garantías exigidas para la elaboración de los menús especiales, o el coste adicional de dichas elaboraciones resulta inasumible, se facilitarán los medios de refrigeración y calentamiento adecuados, de uso exclusivo para estas comidas, para que pueda conservarse y consumirse el menú especial proporcionado por la familia. En estos casos, siempre y cuando no exista el derecho a comedor gratuito, la familia asumirá la parte proporcional de los costes que corresponda por el servicio de atención y cuidado del alumnado realizado por el personal de comedor.

- Otras consideraciones:

Se evitará el uso de guantes de látex para impedir la transferencia de proteínas de látex de los guantes fabricados a base de este material a los alimentos que hayan sido manipulados con estos, pudiendo causar reacciones anafilácticas en personas sensibilizadas.

Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Artículo 40. Medidas especiales dirigidas al ámbito escolar.

4. Las escuelas infantiles y los centros escolares proporcionarán a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, incluidos aquellos con necesidades especiales (intolerancias, alergias alimentarias u otras enfermedades que así lo exijan), la programación mensual de los menús, de la forma más clara y detallada posible, y orientarán con menús adecuados, para que la cena sea complementaria con el menú del mediodía. (...)

Asimismo, tendrán a disposición de las familias, tutores o responsables de los comensales la información de los productos utilizados para la elaboración de los menús, que sea exigible por las normas sobre etiquetado de productos alimenticios.

5. En los supuestos en que las condiciones de organización e instalaciones lo permitan, las escuelas infantiles y los centros escolares con alumnado con alergias o intolerancias alimentarias, diagnosticadas por especialistas, y que, mediante el correspondiente certificado médico, acrediten la imposibilidad de ingerir, determinados alimentos que perjudican su salud, elaborarán menús especiales, adaptados a esas alergias o intolerancias. Se garantizarán menús alternativos en el caso de intolerancia al gluten.

A excepción de lo establecido en el párrafo anterior, cuando las condiciones organizativas, o las instalaciones y los locales de cocina, no permitan cumplir las garantías exigidas para la elaboración de los menús especiales, o el coste adicional de dichas elaboraciones resulte inasumible, se facilitarán a los alumnos los medios de refrigeración y calentamiento adecuados, de uso exclusivo para estas comidas, para que pueda conservarse y consumirse el menú especial proporcionado por la familia.

9. Bibliografía

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2007). *Recomendación para limitar el uso de guantes de látex en la empresa alimentaria*. http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/cadena_alimentaria/gestion_riesgos_biologicos/Latex.pdf. (Fecha de última consulta 04/08/2011).
- Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Dalmau Serra, J., Gil Hernández, A., Lama More, R., Martín Mateos, M. A., Martínez Suárez, V., Pavón Belinchón, P., y Suárez Cortina, L. (2008). El comedor escolar: situación actual y guía de recomendaciones. *Anales Españoles de Pediatría*, 69(1), 72-88.
- Barcero, A.M., Vega, M., Machín, P., Tejero, S., Redondo, S., Lleras, S. y Doménech, G. (2005). *Protocolo de Actuación ante Urgencias Sanitarias en los Centros Educativos de Castilla y León*. Junta de Castilla y León.
- Boné, J. (2003). Manejo del niño con sospecha de alergia de alimentos. En J. Garde (Coord.), *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo 1. Inmunología clínica y alergología*. Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica, pp. 145-151.
- Buijnzeel-Koomen, C., Ortolani, C., Aas, K., Bindsvlev-Jensen, C., Björkstén, B., Moneret-Vautrin, D. and Wüthrich, B. (1995). Adverse reactions to food. *Allergy*, 50, 623-635.
- Cardona Dahl, V. (Coord.) (2009). *Galaxia: Guía de Actuación en Anafilaxia*. Documento de Consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. (2010). Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Documento informativo para todos los centros educativos* (2005). Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.
- Documento informativo sobre la alergia al látex*. Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.
- Documento informativo sobre la anafilaxia*. Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.
- Glosario de términos. Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.
- Ibáñez Sandín M.D., Muñoz Martínez M.C., y Laso Borrego M.T. Actitud ante el niño con urticaria-angioedema y anafilaxia. En J. Garde (Coord.), *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo 1. Inmunología clínica y alergología*. Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica, 33-44. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos>.
- Martínez, J.R. y Polanco, I. (2007). *El libro blanco de la alimentación escolar*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Muraro A, Clark A, Beyer K, Borrego LM, Borres M, Lødrup Carlsen KC, Carrer P, Mazon A, Rance F, Valovirta E, Wickman M, Zanchetti M. *The management of the allergic child at school: EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school*. *Allergy* 2010; DOI: 10.1111/j.1398-9995.2010.02343.x. http://www.seicap.es/documentos/archivos/47Z_allergymuraroschooltraduccion.pdf
- Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela*. Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex.
- Protocolo de actuación ante situaciones que impliquen alteraciones del estado de salud del alumnado en centros educativos públicos no universitarios*. Región de Murcia. Consejería de Educación y Cultura.
- Protocolo para el alumnado con alergias alimentarias y/o al látex*. Generalitat de Catalunya. Departament d'Educació.
- Quiles, J. (2012). Atención de escolares con diferentes patologías en el comedor: Celiaquía, Alergia al látex y Síndrome de Prader Willi. En J.R. Martínez-Álvarez (Ed.), *Nutrición y alimentación en el ámbito escolar* (pp. 91-100). Madrid: Ed. Ergon.

10. Legislación

Constitución Española de 1978 (BOE 29-12-1978).

Declaración de los Derechos del Niño (1959). Asamblea General de Naciones Unidas.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE 24-11-1995).

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE 17-1-1996).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (BOE 4-5-2006).

Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición (BOE 6-7-2011).

Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de noviembre de 1992 (BOE 8-12-1992).

Glosario

Siglas

- **A.E.P.N.A.A.:** Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex.
- **A.E.P.:** Asociación Española de Pediatría
- **S.E.I.C.A.P.:** Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica
- **S.E.A.I.C.:** Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica
- **A.M.P.a.p.:** Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria
- **A.E.S.A.N.:** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

Anexo I

Documento informativo para todos los centros educativos de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP)

Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica. Plan de Acción en Alergia Alimentaria

Grupo de Trabajo: Educación Sanitaria

Fecha: 28/7/2005

¿Qué es la alergia a alimentos?

La hipersensibilidad a alimentos es una reacción adversa ante un alimento que es bien tolerado por el resto de las personas. Estas reacciones se reproducen ante nuevos contactos con el alimento.

Se considera ALERGIA cuando se ha demostrado un mecanismo inmunológico. En la mayoría de los casos este mecanismo es inmediato y está mediado por una inmunoglobulina, la IgE. Este tipo de alergia es el más frecuente y al que nos vamos a referir a continuación.

En otros casos el mecanismo inmunológico es diferente y retardado, como por ej., en la enfermedad celíaca que no se aborda en este caso.

Existen también otro tipo de reacciones adversas provocadas por alimentos y que dependen del alimento en sí mismo (tóxicos) o de alguna característica del propio paciente, por ej., en la intolerancia a la lactosa y que pueden confundirse con las reacciones alérgicas.

RESULTA IMPORTANTE TENER UN DIAGNÓSTICO PRECISO PORQUE LAS CONSECUENCIAS DE TOMAR EL ALIMENTO SON DIFERENTES EN CADA CASO.

¿Cómo reconocer los síntomas de la alergia a alimentos cuando aparecen?

Los síntomas suelen aparecer con un intervalo menor de una hora tras la toma del alimento, pero pueden aparecer también rápidamente en pocos minutos o incluso de forma inmediata a la ingestión. Los síntomas muy tardíos hacen pensar en otro tipo de mecanismo. En ocasiones los problemas surgen la primera vez que se entra en contacto aparente con el alimento pero otras veces el niño lo ha tomado con anterioridad sin problemas.

¿Qué síntomas pueden presentarse? ¿Son graves?

Los síntomas son muy variables, desde un ligero picor en la boca, con o sin enrojecimiento alrededor de los labios y que desaparece espontáneamente en minutos a cuadros muy graves que pueden afectar a la vida. Algunos niños pueden presentar síntomas a través del contacto con el alimento o por su olor por manipulación o por humos o vapores, sin llegar a comerlo.

Afortunadamente lo más frecuente son los SÍNTOMAS CUTÁNEOS con urticaria, picor, incluso edema con hinchazón y deformidad de labios y párpados. Estos cuadros resultan muy alarmantes y molestos y necesitan tratamiento pero si no se acompañan de otros signos no revisten gravedad.

Lo mismo ocurre con los SÍNTOMAS DIGESTIVOS como picor en boca, vómitos, dolor abdominal y diarrea.

Algunos niños pequeños expresan un rechazo total a tomar el alimento que les produce alergia negándose incluso a mantenerlo en la boca. Este rechazo selectivo debe ser respetado y valorado como síntoma.

Los SÍNTOMAS EN GARGANTA Y RINOFARINGE como picor en garganta con sensación de bola, dificultad para tragar, ronquera, tos, picor brusco e intenso de oídos, estornudos en salvas con mucosidad como agua aunque inicialmente puedan parecer leves deben siempre vigilarse ya que si no remiten en poco tiempo pueden evolucionar a cuadros más graves.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. La aparición de tos espasmódica, repetitiva, o de opresión o dolor en tórax es siempre un signo de alarma ya que puede seguirse de asma. El asma o la dificultad respiratoria provocados por alimentos se consideran síntomas de gravedad.

SÍNTOMAS CIRCULATORIOS Y DE AFECTACIÓN GENERAL. Los cuadros de mareo, desmayo, taquicardia, pulso débil, desmayo, son muy graves, suponen riesgo vital (ANAFILAXIA) y necesitan tratamiento urgente en minutos sin esperar a atención sanitaria aunque posteriormente el niño debe ser evaluado por un médico.

¿Cómo se diagnostica la alergia a alimentos?

El diagnóstico se obtiene mediante el estudio alérgico: la historia clínica, el tipo de síntomas, las pruebas cutáneas, la analítica y en caso de duda por la administración controlada del alimento en una consulta médica.

El diagnóstico debe ser realizado por el médico especialista, constar por escrito y especificar el o los alimentos a los que el niño es alérgico.

¿Es un problema frecuente?

La alergia a alimentos afecta a entre el 1% y el 7% de la población. La frecuencia es más elevada en los primeros años de vida. También en estos años es habitual que una alergia a un determinado alimento desaparezca por haberse establecido tolerancia. No es raro que un niño presente alergia a varios alimentos distintos de forma simultánea o sucesivamente.

Con frecuencia las personas con alergia a alimentos presentan a lo largo de su vida otros problemas relacionados con alergia como son el asma, la dermatitis atópica y la rinitis alérgica.

¿Qué alimentos son los más comúnmente implicados?

Cualquier alimento puede ser causa de alergia pero, considerando todas las edades y todo tipo de síntomas incluyendo los muy leves, los alimentos que con más frecuencia producen alergia son las frutas de temporada, melocotón, melón etc.

Si se divide por edades, en los primeros años de vida, hasta los 4 o 5 años, la alergia alimentaria más frecuente es a huevo, leche, pescado y legumbres. En edades posteriores la alergia a leche y huevo tiende casi siempre a controlarse y algo más lentamente sucede lo mismo con las legumbres y pescados. En niños mayores, al introducirse en la dieta otros alimentos potencialmente alergénicos como los frutos secos, las frutas exóticas, los mariscos y las especias comienzan a aparecer otras sensibilizaciones.

Es necesario conocer que algunos niños son alérgicos a todo un grupo de alimentos, por ejemplo a todas las legumbres o todos los pescados, pero en otros casos se pueden tolerar algunos alimentos de ese grupo.

Por otra parte un niño alérgico a un alimento como la leche o el huevo que se utilizan habitualmente para elaborar productos de utilización cotidiana pueden necesitar llevar una dieta bastante restrictiva en cuanto a variedad y necesitar un control cuidadoso de todos los productos que tomen (incluyendo lectura exhaustiva de etiquetado o limitarse al uso de productos conocidos).

¿Qué peligro tiene la ingestión de un alimento al que se es alérgico? ¿Se puede predecir la gravedad?

El riesgo es diferente en cada paciente y es variable a lo largo del tiempo. Los síntomas dependen del grado de sensibilización y ésta puede ir aumentando o disminuyendo. Depende también de la cantidad del alimento y puede variar con el tipo de elaboración (mayor con alimento crudo y menor con muy cocido). Distintos alimentos suelen provocar distintos síntomas o de diferente gravedad en el mismo niño.

En términos generales tienen mayor riesgo de reacciones graves las personas que han sufrido previamente un cuadro grave y los que reaccionan con cantidades pequeñas de alimento, incluso con contacto o con olor y los que sufren asma previamente.

Hasta un 30% de los niños ya diagnosticados de alergia a alimentos sufren síntomas por transgresiones o administración inadvertida. En la escuela, como en cualquier otro lugar incluido el domicilio, pueden suceder problemas provocados por la alergia a alimentos por: a) falta de diagnóstico previo o que sea el primer cuadro, b) ingestión incontrolada del alimento (intercambio entre niños), c) por ignorancia de la composición de un alimento o de la existencia de reacciones cruzadas entre alimentos, ej. entre lenteja y guisante, d) por ingestión inadvertida por etiquetado incompleto o incorrecto en alimentos industriales, e) a través de contactos indirectos o contaminación con el alimento (servilletas, utensilios de cocina, besos, un vómito), f) simplemente por confusión.

Anexo II

Documento informativo sobre la alergia al látex de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP)

Alergia a látex

Se comentan en esta zona algunos aspectos de la alergia a látex. Hay información complementaria en otro documento de esta web.

¿Qué es el látex?

El látex también se llama caucho o goma. Es un producto que se obtiene de la savia de un árbol, llamado en latín *Hevea brasiliensis*. Se hacen unos cortes en el tronco del árbol. Por esos cortes sale la savia del árbol o látex natural. Ese líquido se somete a diversos procesos industriales, con calor y diversos productos químicos. Tras esos procesos se obtiene el látex o goma o caucho, con distintas características de grosor, color, elasticidad, resistencia, etc.

No se debe confundir el látex con el plástico. El plástico se obtiene del petróleo, y no tiene relación ninguna con el látex, aunque sí que pueden compartir algunos productos que se les aplican en los procesos industriales. El látex se encuentra en muchos productos que se usan diariamente.

¿En qué objetos se encuentra látex?

Se calcula que hay más de 40000 objetos diferentes que contienen látex. Los más conocidos y los que causan más problemas son los guantes (médicos, de fregar) y los globos. Se encuentra también en juguetes, pelotas, en chupetes y tetinas de biberón, en algunos tapones de botellas y frascos; en gomas para el pelo, gomas de borrar, en elásticos de pañales, ropa interior, cinturones, tirantes, calcetines, cinturas, mangas, etc.; en suelas de zapatos, ruedas de toda clase de vehículos, sillas de ruedas, carritos de bebé y carritos de compra; en adhesivos y pegamentos, en alfombrillas, ratones y teclados de ordenador; en material deportivo como mangos de raquetas, manillares de bicicletas, gafas de nadar, gorros de baño, aletas, gafas y tubos de buceo; en alfombras de baño, alfombras amortiguadoras que se usan en parques; en colchones y almohadas, en mangueras; en tiritas, esparadrapos y vendas elásticas, en aparatos de dentista. La inmensa mayoría de los preservativos o condones y de los diafragmas son de látex.

¿En los centros médicos hay objetos de látex?

Son muy numerosos los objetos con látex en los centros sanitarios. Además algunos de estos objetos se ponen en contacto con el interior del cuerpo, con lo cual tienen un riesgo añadido. Los más típicos son los guantes médicos. También hay látex en sondas digestivas, urinarias, catéteres venosos, jeringuillas, llaves de gotero, tubos traqueales, tubos de drenaje, mascarillas, fonendoscopios, vendas, tapones de frascos de medicación inyectable, ambús, aparatos para la tensión, gomas para apretar el brazo en las extracciones de sangre, enemas o lavativas.

¿Qué es la alergia a látex?

Decimos que una persona tiene alergia a látex cuando presenta síntomas por el contacto directo o indirecto con el látex. Por contacto directo entendemos que esa persona toca objetos de látex, o es tocada con objetos de látex, o respira partículas en un lugar en el que hay flotando partículas provenientes de objetos con látex. Por ejemplo, si una persona hincha globos, o es explorada por un médico que lleva guantes de látex, o es atendida en una consulta en la que se han estado poniendo y quitando guantes de látex.

Por contacto indirecto entendemos que esa persona toca objetos que previamente han estado en contacto con látex, o toca o es tocada por personas que han tenido contacto con látex. Por ejemplo, si come un alimento que ha sido manipulado por un trabajador con guantes de látex, o si es besada por una persona que ha estado hinchando globos.

¿Qué síntomas da la alergia a látex?

Los mismos síntomas que el resto de alergias; no tiene síntomas exclusivos. Pueden ser de piel, como urticaria y edema o inflamación; pueden ser respiratorios, como asma, rinitis y conjuntivitis; pueden ser generalizados de tipo anafilaxia, incluso con shock o caída de la tensión arterial. Los objetos con látex también pueden dar dermatitis o eccemas de contacto, que es un tipo de reacción alérgica distinta de la alergia típica clásica. Estas dermatitis no suelen ser debidas al látex en sí mismo, sino a los productos que se le añaden en el procesamiento industrial.

¿Cuánto tardan en aparecer los síntomas de alergia a látex?

La alergia clásica o típica suele aparecer por después del contacto con el látex, generalmente antes de 30-60 minutos, a veces de modo inmediato, casi instantáneo. La reacción de dermatitis suele tardar más de dos horas, a veces hasta 48-72 horas después del contacto. Para las reacciones inmediatas basta un contacto muy corto, incluso de tocar y quitar inmediatamente el objeto de látex. Para las reacciones de dermatitis se necesita un contacto más mantenido y constante; el hecho de tocar y soltar inmediatamente el objeto de látex no provoca dermatitis.

¿Cómo da alergia el látex?

El látex contiene numerosos componentes; algunos son proteínas, que son las que pueden dar alergia. Esos componentes se desprenden y entran en contacto con el cuerpo si se toca directamente el objeto de látex. Otras veces esos componentes se desprenden y quedan flotando en el aire, y pueden depositarse sobre el cuerpo del alérgico o ser respirados por él.

Las personas que no tienen alergia pero han tocado látex pueden transportar en su piel o ropas partículas de látex, y transmitírselas al

¿Todos los objetos con látex pueden dar alergia?

En teoría todos los objetos con látex pueden causar síntomas de alergia. El que aparezcan síntomas depende del grado de sensibilización del paciente (desde mínimo a muy alto) y de que la cantidad de látex sea suficiente para dar síntomas evidentes. Contactos con muy poca cantidad de látex no provocan síntomas evidentes. También depende de que el contacto sea con la piel intacta de la persona o de que sea con el interior del cuerpo a través de procedimientos médicos o quirúrgicos.

Los objetos más problemáticos son los objetos nuevos, que tienen el látex fino, y que llevan polvillo que ayuda a desprender partículas de látex. Esto ocurre con los guantes médicos sobre todo, con los globos, y con los guantes de fregar. Los objetos con látex más “gastado”, objetos viejos, usados y lavados, desprenden menos partículas de látex y rara vez causan síntomas.

¿Quiénes desarrollan alergia a látex?

Cualquier persona que tenga contacto con látex puede llegar a desarrollar alergia, pero hay algunas que están en los llamados grupos de riesgo. Como ocurre con otras alergias, la aparición de alergia a látex depende de la predisposición individual a desarrollar alergias y por otra parte depende de la frecuencia, duración e intensidad del contacto con látex.

Algunas personas, llamadas atópicas, tienen una predisposición genética, heredada, a hacerse alérgicas a muchas sustancias, como alimentos, ácaros, pólenes, animales, etc. Estas personas también pueden hacerse alérgicas al látex dentro de su facilidad general.

Otras personas no tienen en principio esa facilidad, pero están expuestos a ambientes o circunstancias con mucho contacto con látex.

El ambiente con látex puede ser laboral, con utilización de guantes de látex: centros sanitarios, trabajadores de jardinería, personal de limpieza que utiliza guantes, manipuladores de alimentos, peluquería, construcción, industria de fabricación de objetos de látex. Las amas de casa que utilizan guantes para la limpieza también pueden desarrollar alergia a látex.

Personas expuestas a circunstancias de contacto con látex son aquellas personas que se tienen que someter a muchas operaciones quirúrgicas o a otros procedimientos médicos. El interior del cuerpo de estas personas entra en contacto directo con los guantes y con otros instrumentos médicos que contienen látex. Ocurre en niños con alteraciones congénitas o con alteraciones adquiridas: espina bífida, malformaciones digestivas, urinarias, intestino corto, anomalías en los huesos, consecuencias de accidentes, etc. Los niños que se operan muchas veces desde muy pequeños son el grupo de más alto riesgo. La suma de la predisposición genética más el contacto ambiental puede hacer que alguien finalmente se haga alérgico al látex.

¿Cómo se desarrolla la alergia a látex?

La alergia al látex no está presente al nacimiento, sino que aparece con el paso del tiempo. Contactos con poco látex no causan problema, pero con la repetición de esos contactos, sea por usar guantes de látex, o por respirar partículas ambientales de látex, o por ser operados una y otra vez, una persona puede empezar a generar anticuerpos IgE contra el látex. Al principio se pueden tener esos anticuerpos pero se tolera el látex sin síntomas: decimos que esa persona está sensibilizada. Los anticuerpos pueden ir en ascenso, la sensibilización aumenta, hasta que alcanza un nivel a partir del cual sí que se presentan síntomas con el látex. Decimos entonces que esa persona no está simplemente sensibilizada, sino que es alérgica al látex.

Este proceso puede tardar meses o años. En las personas operadas, cuantas más intervenciones hayan tenido, mayor es el riesgo de hacerse alérgicas. En las personas atópicas, las que tienen facilidad general para hacerse alérgicas, este proceso se acelera y tarda menos tiempo que en las no atópicas. Así, necesitan menos operaciones para hacerse

alérgicas, o menos tiempo y cantidad de partículas de látex en su ambiente laboral. También la edad influye. Los niños que tienen que ser operados desde recién nacidos o muy pequeños tienen más riesgo de desarrollar alergia a látex que las personas que empiezan con muchas operaciones en la edad adulta.

Pero se debe tener en cuenta que muchas personas, que en principio no tienen ninguna otra alergia y tienen poca facilidad de desarrollar alergias, pueden acabar sensibilizándose y presentando síntomas con látex.

¿Cuándo se sospecha la alergia a látex?

Cuando los síntomas aparecen de forma aguda, poco después de tener un contacto evidente con látex, de guantes o globos por ejemplo, es fácil sospechar la alergia a látex. También se debe considerar en las personas que hayan tenido síntomas sospechosos en intervenciones quirúrgicas o en el dentista, ya que puede haber confusión con alergia a anestésicos.

Se debe estudiar en las personas con síntomas crónicos de asma, rinitis, conjuntivitis, urticaria y edema, y que formen parte de los grupos de riesgo, por exposición laboral o por intervenciones frecuentes. También se debe tener en cuenta en personas con síntomas crónicos, que no pertenezcan a grupos de riesgo, pero en quienes no se identifica la causa de sus síntomas. Además se debe sospechar en personas que tienen alergia a algunos alimentos que pueden tener reactividad cruzada con el látex.

¿Qué alimentos dan reacción cruzada con el látex?

Algunos alimentos tienen componentes parecidos a los del látex, y se pueden tener reacciones cruzadas. Esto quiere decir que la persona con alergia conocida a látex puede empezar a tener síntomas cuando come esos alimentos, y viceversa, que una persona alérgica a esos alimentos puede empezar después con reacciones frente al látex.

Los alimentos más frecuentes son plátano, castaña, kiwi y aguacate. Menos frecuentes son albaricoque, fruta de la pasión, mango, melocotón, melón, papaya, patata, piña, tomate, cacahuete e higos.

No todos los pacientes tienen reactividad cruzada, así que muchos pueden comer todo tipo de alimentos. Esa reactividad es más frecuente en adultos que en niños. Se debe consultar con el especialista cada caso concreto. No es un alimento, pero conviene saber que también se puede tener reactividad cruzada con la savia de los Ficus, usados como plantas de interior y de exterior.

¿Cómo se estudia la alergia a látex?

Como el resto de alergias, con pruebas en piel, análisis de sangre y pruebas de provocación. Se dan más detalles en el apartado de Estudio de la alergia.

¿Cuál es el tratamiento de la alergia a látex?

Como en otras alergias, se deben considerar tres tipos de tratamiento: el tratamiento de rescate de los síntomas agudos, el tratamiento preventivo, y el tratamiento etiológico o de la causa.

¿Cuál es el tratamiento de rescate de la alergia a látex?

Depende de los síntomas: antihistamínicos para la rinitis, conjuntivitis, urticaria y edema o inflamación; broncodilatadores para el asma; para los síntomas de anafilaxia se debe utilizar

adrenalina. Estos tratamientos son los usados para todas las reacciones alérgicas sea cual sea la causa. Las personas con síntomas graves por la alergia a látex deben llevar siempre encima el tratamiento de rescate, para usarlo en cualquier momento.

¿Quién debe hacer el tratamiento preventivo de alergia a látex?

Lo deben hacer personas que se encuentran en tres situaciones. Primero, las personas que ya han tenido síntomas por látex, que son alérgicas, para que no vuelvan a tener síntomas. Segundo, las personas que ya tienen anticuerpos pero que no han tenido síntomas, que están sensibilizadas, pues puede ir a más y empezar con síntomas. Tercero, las personas que no tienen anticuerpos, pero que son de un grupo de muy alto riesgo. Aquí incluimos a las personas con las alteraciones mencionadas más arriba, que van a necesitar muchas operaciones, y la prevención debe hacerse desde los primeros momentos.

¿Cuál es el tratamiento preventivo de la alergia a látex?

El tratamiento preventivo consiste en evitar el contacto directo e indirecto con látex. Existen unas precauciones que se deben extremar cuanto más severa sea la alergia que se padezca. Se deben seguir estas recomendaciones en todas partes: domicilio, centros escolares (dando aviso del riesgo) y centros laborales, actividades deportivas, restaurantes, y especialmente avisar en centros médicos y de dentista.

Los alérgicos deben aprender a reconocer los objetos de látex para evitarlos, y usar objetos alternativos. Como ejemplos podemos citar:

Evitar los globos de látex. Alternativa: globos metalizados o de mylar. No usar guantes de látex. Existen guantes de vinilo, nitrilo, o neopreno, para uso doméstico y para uso industrial. No usar chupetes ni tetinas de látex, sino de silicona. No usar preservativos de látex, sino de resinas o de poliuretano. No usar gorros, gafas de nadar, etc., de látex, sino de silicona. No usar juguetes de goma, sino de plástico u otros materiales. Averiguar si las personas que han manipulado alimentos lo han hecho con guantes de látex. Existe una normativa sobre uso de guantes de látex en la industria alimentaria. Aunque no esté demostrado que den problemas, es conveniente evitar los colchones y almohadas de látex. Evitar el contacto con todos los objetos con látex. Si se ha tocado alguno, es prudente lavarse las manos con agua abundante.

¿Cuál es el tratamiento preventivo en centros sanitarios?

Dado que estos centros son lugares de riesgo para los alérgicos a látex, siempre se ha de avisar cuando se acude a cualquier centro de atención primaria, hospital, consulta privada o clínica de dentista. Existen guantes de látex con poca carga alérgica y sin polvillo, pero lo indicado es usar guantes sin látex. Hay guantes no estériles de vinilo o de nitrilo. Si se requieren guantes estériles, existen varios de isopreno, elastireno, butadieno o de otros polímeros plásticos. Existen sondas, catéteres, tubos, jeringuillas, mascarillas, etc., sin látex. En los centros médicos más avanzados se habilitan quirófanos, salas de exploración y técnicas, y habitaciones libres de látex. Incluso en algunos lugares se intenta conseguir que todo el hospital esté libre de látex.

¿Qué puede hacer la persona alérgica a látex para protegerse?

Debe hacer saber a las personas de su entorno que puede presentar una reacción con látex, por contacto directo o indirecto. Si ha padecido reacciones graves, debe llevar encima la

medicación de rescate, incluso adrenalina, y saber cómo utilizarla. Es conveniente llevar alguna medalla o pulsera que informe de su alergia. Es recomendable disponer de guantes sin látex, pues puede necesitar asistencia urgente en algún centro sanitario donde no tengan este tipo de guantes.

¿Qué se puede hacer si es necesaria atención urgente con látex?

Si no se puede retrasar un procedimiento médico o quirúrgico y no hay disponible material sin látex, se puede usar pretratamiento con antihistamínicos y corticosteroides. Se pueden administrar por boca o mejor inyectados, lo ideal cada 12 horas desde 24 horas antes. Si no hay tanto tiempo, se hará con la máxima antelación posible. Este pretratamiento no garantiza que se eviten los síntomas, por lo que se debe estar preparado para tratarlos, y se deben valorar muy bien los beneficios y riesgos de usar látex frente a los riesgos de esperar.

¿Cuál es el tratamiento etiológico de la alergia a látex?

El tratamiento etiológico o de la causa consiste también en evitar el látex, para ver si con el paso del tiempo la alergia y la sensibilización desaparecen espontáneamente. El otro aspecto de este tratamiento es el uso de vacunas antialérgicas. Existen vacunas para la alergia a látex, aunque no están indicadas para todas las personas con alergia. Existen varias proteínas de látex que causan alergia, y las vacunas actuales no incluyen todas esas proteínas. Según que los componentes responsables de la alergia de cada paciente estén incluidos o no en la vacuna, le será útil o no la vacuna. Además estas vacunas causan reacciones con cierta frecuencia, por lo que se debe ser cuidadoso en su uso. El especialista que conozca el caso individual será quien determine la indicación o no de la vacuna.

¿Cómo evoluciona la alergia a látex?

Igual que el resto de las alergias, puede aumentar, o mantenerse estable, o disminuir e incluso desaparecer. Entre otros factores, esto depende del nivel de alergia que padezca el paciente: cuanto más alto sea el nivel, más difícil será que desaparezca o tardará más tiempo. Otro factor que influye es el que continúe o se interrumpa el contacto con látex. Cuando el contacto es por operaciones con materiales con látex, y estos se sustituyen por productos sin látex, o el paciente no necesita más operaciones, es fácil de evitar el látex, y se tiende a la mejoría. En las personas que tienen contacto con látex por las partículas que flotan en su ambiente laboral, si mantienen ese contacto, es más difícil que se mejore de su alergia.

¿Cómo influye la alergia a látex en la actividad laboral?

Los niños o personas que aun no trabajan, si padecen alergia a látex, deben plantearse la profesión que elijan, para saber si van a estar expuestos a un ambiente con carga de látex. Las personas que ya están trabajando y que tienen látex en su ambiente laboral deben consultar

¿Qué asociaciones existen de alergia a látex?

Existen asociaciones exclusivas sobre alergia a látex, como **www.alergialatex.es** . Otras asociaciones incluyen la alergia a látex asociada a la alergia a alimentos, como **www.aepnaa.org** o **www.inmunitasvera.org** . Otras asociaciones con interés en la alergia a látex son las de pacientes con enfermedades de riesgo, como los que tienen espina bífida,

www.febhi.org

Estas asociaciones ofrecen información sobre la alergia a látex, y realizan actividades de divulgación, y de defensa y asesoramiento de las personas afectadas.

Resumen de la alergia a látex

El látex, o goma, o caucho, se encuentra en numerosos objetos de uso diario, y especialmente en materiales usados en centros sanitarios. Las personas que necesitan muchas operaciones, y las que trabajan en ambientes con carga de látex desarrollan alergia con más frecuencia de lo habitual. El látex que da más síntomas es el de los objetos nuevos, de látex fino, y que tienen polvillo, sobre todo los guantes y los globos. La alergia a látex puede dar síntomas de urticaria y edema, de asma, de rinitis, de conjuntivitis y de anafilaxia. El tratamiento preventivo consiste en saber reconocer los objetos con látex, evitarlos, y usar materiales alternativos. Los alérgicos a látex pueden tener síntomas con alimentos como plátano, kiwi, castaña, aguacate y otros. Algunos pacientes con alergia a látex se pueden beneficiar de la vacuna antialérgica frente al látex; otros deben esperar a ver la evolución natural de su alergia. Los alérgicos a látex se deben identificar cuando acudan a un centro sanitario, deben disponer de una medalla o pulsera de advertencia, y deben llevar consigo medicación de emergencia si tienen síntomas graves. Existen asociaciones de pacientes alérgicos a látex que asesoran sobre temas sanitarios y laborales.

Anexo III

Documento informativo sobre la anafilaxia de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP)

Anafilaxia

¿Qué es la anafilaxia?

Se hable de anafilaxia alérgica o reacción anafiláctica en dos tipos de situaciones. La primera situación es cuando aparecen al mismo tiempo, de manera brusca, por contacto con algún alérgeno, síntomas alérgicos en dos o más zonas del cuerpo: bronquios, laringe, nariz y ojos, piel, aparato digestivo, aparato circulatorio. Esos síntomas pueden ser de intensidad leve a grave. La segunda situación es cuando por contacto con un alérgeno aparecen síntomas bruscos, de carácter grave, que hacen que caiga la tensión arterial, es decir que aparezca un “shock” anafiláctico.

Actualmente se tiende a usar el término anafilaxia para la primera situación, aunque algunos médicos lo prefieren reservar para el caso de que haya “shock”.

¿Qué es la pseudoanafilaxia?

La pseudoanafilaxia o falsa anafilaxia o reacción anafilactoide es una situación en la que aparecen los mismos síntomas, pero que no es debida a una verdadera reacción alérgica. Las reacciones alérgicas son debidas a anticuerpos contra un alérgeno. Hay reacciones en las que no existen anticuerpos, pero por otros mecanismos acaban apareciendo síntomas idénticos a los de la anafilaxia.

Actualmente se aconseja no usar esos términos de pseudoanafilaxia o anafilactoide, pero son muy usados todavía. Se recomienda usar en su lugar el término anafilaxia no alérgica para distinguirla de la anafilaxia alérgica.

¿Qué síntomas produce la anafilaxia?

Los síntomas, tanto de la anafilaxia como de la pseudoanafilaxia, son la suma de los síntomas de cada zona afectada.

En los bronquios, asma: tos, sibilantes o “pitos” en el pecho, dificultad respiratoria y opresión o dolor en el pecho. En la laringe: tos seca perruna, afonía, dificultad para hablar o tragar, estridor, que es un ruido ronco al tomar aire, dificultad respiratoria.

En nariz y ojos, rinitis y conjuntivitis: estornudos, goteo nasal, picor, taponamiento nasal, lagrimeo, picor y enrojecimiento de ojos.

En la piel y mucosas, urticaria y edema o inflamación: enrojecimiento, habones o ronchas grandes con picor por cualquier sitio, inflamación de ojos, labios, lengua, campanilla, o cualquier zona del cuerpo, picor en la cabeza. Un síntoma muy típico, y que anuncia una reacción grave, es el picor y enrojecimiento de palmas de manos y plantas de pies. En el aparato digestivo: vómitos, dolor abdominal, retortijones, diarrea.

En el aparato circulatorio: bajada de la tensión arterial, hasta llegar a “shock”, que es cuando la tensión arterial está bajo mínimos. Al bajar la tensión no llega bien la sangre a los órganos del cuerpo, sobre todo al cerebro. Se producen malestar, mareos, visión borrosa, sensación de angustia, de muerte inminente, llegando a la pérdida de conciencia, o incluso a las convulsiones. Cuando la reacción es grave y mantenida pueden quedar daños cerebrales permanentes, o incluso provocar la muerte.

¿Son siempre graves los síntomas de anafilaxia?

Cuando consideramos como anafilaxia la primera situación descrita en la primera pregunta, es decir, coincidencia de síntomas en dos o más zonas del cuerpo, no siempre son reacciones graves. También pueden ser leves o intermedias.

Se suelen usar varias clasificaciones de la anafilaxia. Una de las recomendadas la divide en leve, moderada y severa. Leve es cuando hay síntomas de piel, abdominales leves, de nariz y ojos, y bronquiales leves, con sibilantes suaves. Moderada es cuando además los síntomas respiratorios son más intensos, con sibilantes moderados, tos perruna y cierta dificultad respiratoria. Severa es cuando los síntomas respiratorios son graves, con cianosis o amoratamiento de piel, caída de la saturación de oxígeno, pérdida de conciencia, y hay alteraciones circulatorias, con hipotensión o “shock”, pérdidas del ritmo del corazón, o incluso parada cardíaca.

En las severas se puede producir la muerte. No siempre la muerte es causada por las alteraciones cardio-circulatorias. Más frecuentemente, en el caso de alergia a alimentos como la leche de vaca, puede producirse la muerte por un ataque muy severo de asma, aparece un broncoespasmo intensísimo, con cierre total de los bronquios que impide totalmente la respiración.

¿Por qué aparecen los síntomas de anafilaxia?

Cuando una persona tiene alergia tipo I a alguna sustancia, llamada alérgeno, es porque tiene anticuerpos IgE frente a ese alérgeno. Cuando ese alérgeno entra en el cuerpo, los anticuerpos se unen a él y hacen que se liberen unas sustancias internas que hay en algunas células del cuerpo. La principal sustancia se llama histamina. Esa histamina produce los síntomas descritos más arriba, según la zona del cuerpo en la que actúe.

La histamina se puede liberar también por otros mecanismos distintos a los anticuerpos, causando las reacciones pseudoanafilácticas.

¿Cuándo aparecen los síntomas de la anafilaxia?

Los síntomas, tanto de anafilaxia como de pseudoanafilaxia aparecen poco tiempo después del contacto con el alérgeno. En general se admite que antes de una hora, incluso tan rápido como en el primer minuto.

La anafilaxia puede aparecer como una reacción bifásica, en dos fases. La primera es la fase rápida, los pacientes pueden recuperarse normalmente, pero una décima parte de ellos tendrán una segunda fase al cabo de 4-12 horas, que puede ser tan grave como la primera.

¿Qué sustancias pueden causar anafilaxia?

En teoría, cualquiera de los alérgenos habituales puede llegar a causar una reacción de anafilaxia. Algunos pueden necesitar ser cantidades relativamente grandes y otros necesitar cantidades mínimas.

En muchos casos no se llega a identificar el alérgeno causante de anafilaxia. Entre los identificados, los más frecuentes en los niños son los alimentos, cualquiera de ellos, pero sobre todo la leche de vaca, y también el huevo, los frutos secos, los pescados y mariscos. En segundo lugar, los medicamentos, como antibióticos, anestésicos generales, vacunas antiinfecciosas y vacunas antialérgicas, y las picaduras de abeja o avispa. El látex puede llegar a causar anafilaxia, y cualquier otro alérgeno podría causarla también aunque con mucha menor frecuencia. Un caso especial de anafilaxia es la anafilaxia a algún alimento desencadenada por ejercicio. Cuando coincide que el paciente ha tomado un alimento concreto y luego hace ejercicio aparece la anafilaxia, mientras que si van por separado el alimento y el ejercicio tolera bien ambos. Se dan detalles de los diversos alérgenos en el apartado “Alergia y alérgenos” en otra zona de esta página web.

¿Qué sustancias pueden causar pseudoanafilaxia?

Entre las sustancias que pueden causar pseudoanafilaxia o anafilaxia no alérgica están algunos medicamentos, las transfusiones de productos sanguíneos, los contrastes para radiografías, ejercicio físico intenso,

¿Qué personas con anafilaxia deben estudiarse?

Toda persona que ha tenido una reacción de anafilaxia, alérgica o no alérgica, debe estudiarse para tratar de identificar la causa, ya que la reacción puede repetirse y causar la muerte o daños cerebrales permanentes. Debe estudiarse tanto si se sospecha una causa evidente como si no se sospecha de nada concreto.

Cuando acuda al especialista hay que tratar de recordar todas las circunstancias en que se dio la reacción: comidas, incluyendo todos los ingredientes, medicamentos, lugar, actividad que estaba realizando, condiciones ambientales, personas que estaban presentes, etc. A veces el elemento causante no es evidente, por estar en cantidades mínimas o por llegar por contacto indirecto.

¿Cómo se diagnostica la anafilaxia?

La anafilaxia se diagnostica por medio de la historia clínica, por ser una reacción muy brusca, en general grave, y por tener los síntomas típicos descritos. Para averiguar la causa de la anafilaxia se usan los datos de la historia clínica, y se realiza un estudio alergológico, cuyos detalles se dan en el apartado “Alergia y alérgenos” en otra zona de esta página web. Si se identifica la sustancia causante y la relación con la anafilaxia está clara, no hace falta más estudio. Si la relación no es clara, para salir de dudas, habría que realizar una prueba de provocación. En la anafilaxia la prueba de provocación puede ser muy peligrosa, por lo que hay que valorar con el médico las ventajas e inconvenientes de realizarla.

¿Qué se hace ante una sospecha de anafilaxia?

Ante una consulta por sospecha de anafilaxia, el especialista valora tres aspectos: el qué, el cómo, y el porqué.

El qué se refiere a si los síntomas son en efecto debido a anafilaxia o si puede tratarse de otra alteración. En cada paciente, de manera individual, se realiza el llamado diagnóstico diferencial, que consiste en descartar otras alteraciones, ya que los síntomas pueden confundirse con otros problemas como enfermedades de corazón, neurológicas, reacciones vagales, intoxicaciones, caídas de la glucemia, etc. Para ello se realizan análisis y pruebas, variables individualmente, según lo claros y típicos que sean los síntomas.

El cómo se refiere a la gravedad de los síntomas, si se trata de una anafilaxia leve, moderada o severa, ya que según el grado de severidad se recomendará un tratamiento u otro. El porqué se refiere a identificar la causa de esa anafilaxia o pseudoanafilaxia, con pruebas y llegando o no a la provocación tal como se comenta más arriba. Se dan más detalles sobre las distintas pruebas y análisis en el apartado “Estudio de la alergia”, en otra zona de esta página web.

¿Cuál es el tratamiento de la anafilaxia?

El tratamiento de la anafilaxia tiene también tres aspectos, el tratamiento del qué, el tratamiento del cómo, y el tratamiento del porqué. El tratamiento del qué se refiere al tratamiento de los síntomas agudos o tratamiento de rescate. Se le recomienda al paciente un tratamiento que ha de tener disponible en todo momento para usar en caso de reaparecer una reacción anafiláctica.

El tratamiento del cómo se refiere al tratamiento preventivo, que consistirá en evitar la causa de la anafilaxia. En algunos casos en que no se puede evitar o en los cuales es totalmente necesario el uso de la sustancia causante (medicamentos, contrastes radiológicos, látex), se usa un pre-tratamiento con antihistamínicos y corticoides. Se dan más detalles sobre el pre-tratamiento en el apartado “Alergia a medicamentos”, en otra zona de esta página web.

El tratamiento del porqué se refiere al tratamiento de la causa o tratamiento etiológico, tendente a conseguir tolerancia frente a la sustancia causante. La tolerancia puede aparecer a veces espontáneamente, evitando la sustancia, o se puede lograr en ocasiones a través de la desensibilización o del tratamiento inmunoterápico con vacunas de la alergia. Se dan más detalles sobre la desensibilización en el apartado “Alergia a alimentos. Generalidades”, y sobre la evitación de alérgenos y las vacunas de la alergia en el apartado “Tratamiento del asma y otras alergias”, en otra zona de esta página web.

¿Cuál es el tratamiento de los síntomas agudos de anafilaxia?

El tratamiento de la anafilaxia, si es leve, es el que corresponde al síntoma presente: antihistamínicos para los picores, urticaria, edema, rinitis o conjuntivitis, broncodilatadores para el asma leve y los sibilantes, líquidos rehidratantes para los síntomas abdominales, y se debe vigilar al paciente por si empiezan a aparecer síntomas más intensos.

Si los síntomas son intensos de entrada, o son leves pero van empeorando, o si se tiene dudas de la intensidad de la reacción, el tratamiento que se ha de usar sin tardanza es la **adrenalina** o epinefrina, inyectada vía intramuscular, que se repetirá tantas veces como haga falta. La adrenalina es el medicamento capaz de salvar la vida en caso de anafilaxia. Otros medicamentos como los corticoides inyectados (tipo Urbasón®, Actocortina®, o similares) y los antihistamínicos no tienen ni la eficacia ni la rapidez de acción necesaria en la anafilaxia.

Los corticoides son útiles para evitar recaídas de la segunda fase de la anafilaxia, que ocurre al cabo de varias horas, pero no sirven como sustitutos de la adrenalina. Una vez administrada la adrenalina se debe solicitar atención médica urgente, pues los efectos de la adrenalina pueden ser pasajeros y los síntomas pueden reaparecer. Por eso se puede repetir la adrenalina hasta que el paciente se quede estable.

Se dan más detalles sobre la adrenalina en el apartado correspondiente de “Tratamiento del asma y otras alergias”, en otra zona de esta página web. El uso de la adrenalina autoinyectable se puede ver en <http://www.epipen.com/~epipen/page/espantildeol-cable--how-to-use-epipenreg-auto-injector--epinephrine--anaphylaxis>

¿Qué normas deben seguir las personas con anafilaxia?

Deben tener disponible la adrenalina en todo momento y en todo lugar, en casa, colegio, excursiones, restaurantes, fiestas, aviones y otros medios de transporte, recintos deportivos, etc. Deben conocer muy bien la sustancia responsable de su anafilaxia, dónde se encuentra y cómo evitarla. Deben conocer los síntomas que pueden aparecer, y saber cómo y cuándo usar la medicación.

Deben comunicar a las personas de su entorno la información sobre su anafilaxia, la causa, y la actitud a seguir en caso de no poder tratarse a sí mismo. Esto es especialmente importante en niños: familiares, profesores, entrenadores, monitores de deportes o de tiempo libre, amigos, etc., toda persona que se haga cargo en algún momento del niño debe estar al tanto de la situación. Es recomendable llevar una pulsera o medalla que informe de su anafilaxia. En el caso del niño en el colegio, debe disponerse de la medicación en un lugar seguro y fácilmente accesible al responsable escolar. Es aconsejable tener un recipiente tipo “tupperware” con el nombre y foto del niño, que contenga unas instrucciones claras y breves de actuación, un o mejor dos dispositivos de adrenalina autoinyectable, y se debe tener organizado un circuito para solicitar atención médica urgente. Todo paciente con anafilaxia debe solicitar a su médico un plan de atención personal, con la información individualizada sobre la causa y el tratamiento de su anafilaxia.

¿Puede desaparecer la anafilaxia?

En el caso de la anafilaxia de causa alérgica la desaparición depende del alérgeno causante. Como el resto de alergias puede empeorar, permanecer sin cambios, mejorar o desaparecer por completo. El empeoramiento o mejoría se manifiesta en que la cantidad de alérgeno que causa síntomas puede ir en disminución o en aumento, y que los síntomas que provoca pueden hacerse más graves o más leves respectivamente.

La desaparición, es decir, que el contacto con el alérgeno no cause ningún síntoma en absoluto, puede darse espontáneamente o con tratamiento, como se comenta en una pregunta anterior. En el caso de la anafilaxia no alérgica o pseudoanafilaxia la evolución también es variable; puede ser permanente o desaparecer. Como no existe tratamiento etiológico de sus causas, la evolución será la que desarrolle el cuerpo espontáneamente.

Resumen de la anafilaxia

La anafilaxia es una reacción en la que aparecen de modo brusco síntomas típicos de alergia en varias zonas del organismo. A veces pueden ser síntomas muy graves, y causar la muerte por broncoespasmo o por “shock” cardiocirculatorio. La causa más frecuente de anafilaxia

en niños es la alergia a alimentos; otras causas son medicamentos, picaduras de abeja o avispa, látex, y en un porcentaje alto de casos no se identifica la causa. Existe también la anafilaxia no alérgica o pseudoanafilaxia, con síntomas idénticos, pero en la reacción no intervienen anticuerpos de alergia, sino otros mecanismos diferentes. El tratamiento de la anafilaxia consiste en evitar la causa, si se identifica, y si se presentan nuevas reacciones debe utilizarse la adrenalina, repitiéndola tantas veces como haga falta, que es el tratamiento de elección en los síntomas severos. Las personas con anafilaxia deben tener disponible la adrenalina en todo momento, y en el caso de los niños las precauciones deben comunicarse al colegio y a todas las personas que se hagan cargo del niño.

Anexo IV

Documento de posicionamiento

La atención al niño alérgico en la escuela: Grupo de Trabajo EAACI/GA²LEN sobre el niño alérgico en la escuela

A. Muraro¹, A. Clark², K. Beyer³, L. M. Borrego⁴, M. Borres⁵, K. C. Lødrup Carlsen⁶, P. Carrer⁷, A. Mazon⁸, F. Rance⁹, E. Valovirta¹⁰, M. Wickman¹¹ & M. Zanchetti¹²

¹. Department of Pediatrics, Referral Centre for Food Allergy, Veneto Region, Padua General University Hospital, Padova, Italia; ². Addenbrookes Hospital, Cambridge, Reino Unido; ³. Department of Pediatric Pneumology and Immunology, Children's Hospital Charite, Humboldt University, Berlin, Alemania; ⁴. CEDOC, Department of Immunology, Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon and Dona Estefania Hospital-Immunoallergy Department, Lisbon, Portugal; ⁵. Gothenburg University, Gothenburg, Suecia; ⁶. Department of Pediatrics and The Faculty of Medicine, Oslo University Hospital, Ulleval, Noruega; ⁷. Department of Occupational and Environmental Health, Hospital Luigi Sacco Unit, University of Milan, Milan, Italia; ⁸. Children's Hospital La Fe, Valencia, España; ⁹. Hopital des Enfants, Allergology and Pulmonology, Toulouse, Francia; ¹⁰. Pediatrics and Pediatric Allergology, Turku Allergy Center, Turku, Finlandia; ¹¹. Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Suecia; ¹². Faculty of Law, 'Carlo Cattaneo' University, Varese, Italia

Resumen

La alergia afecta al menos a una cuarta parte de los niños escolares europeos, reduce la calidad de vida y puede disminuir el rendimiento escolar; existe riesgo de reacciones severas y, en casos infrecuentes, de muerte. La alergia es una alteración multisistémica, y los niños a menudo tienen varias enfermedades coexistentes, por ejemplo, rinitis alérgica, asma, eccema y alergia a alimentos.

Pueden aparecer reacciones severas de alergia alimentaria por primera vez en la escuela, y globalmente un 20% de reacciones de alergia alimentaria ocurren en las escuelas. Hasta dos tercios de las escuelas tienen como mínimo un niño con riesgo de anafilaxia pero muchas están insuficientemente preparadas. Es necesaria una colaboración entre médicos, enfermeras comunitarias y escolares, personal escolar, padres y el niño para asegurar que los niños alérgicos están protegidos. Las escuelas y los médicos deben adoptar un enfoque global para la formación en alergia, asegurándose que todo el personal sabe prevenir, reconocer e iniciar el tratamiento de las reacciones alérgicas.

Objetivo

El objetivo de este documento de posicionamiento es describir un modelo ideal de cuidados centrado en el niño alérgico en la escuela (Cuadro 1), que sea apropiado para su uso por todas las partes implicadas. A pesar de que existe un volumen sustancial de información sobre el manejo de la alergia, la evidencia sobre los mejores cuidados para dichos niños en la escuela es insuficiente. Además, la legislación, la formación, los recursos y las prácticas sanitarias varían de uno a otro país. Aquí presentamos la información de

manera que cada uno sea capaz de adoptar las recomendaciones en el contexto de sus recursos locales o nacionales para mejorar los cuidados para todos los niños alérgicos en la escuela. En los lugares donde los recursos locales no sean suficientes para llevar a cabo las recomendaciones, este documento puede usarse como referencia para influir en la política nacional.

Cómo usar las recomendaciones

Las recomendaciones clave se presentan como “puntos de actuación” para las escuelas. Algunos de ellos son genéricos y se aplican a todos los niños alérgicos en la escuela (Cuadro 2), y otros se presentan como puntos específicos de cada enfermedad. Para facilitar la implantación de estas recomendaciones, se han identificado responsabilidades específicas para cada parte implicada (Cuadro 3). Así, dentro de este marco, se puede proporcionar un sistema integral protector para los niños con alergia en la escuela. Estas recomendaciones se basan en la evidencia disponible y en opiniones de expertos.

Cuadro 1: Derechos del niño alérgico

1. Recibir educación en un ambiente seguro y saludable, con el menor número posible tanto de alérgenos desencadenantes como de irritantes, y respirar aire limpio en la escuela.
2. No ser estigmatizado debido a su estado.
3. Poder participar en todas las actividades escolares educativas y recreativas al mismo nivel que sus compañeros.
4. Tener acceso a la medicación y otras medidas para aliviar sus síntomas.
5. Tener acceso a personal formado que pueda tratar las reacciones agudas.
6. Recibir una educación adaptada a su estado si es necesario (p. ej. educación física).

La alergia en la escuela se manifiesta de múltiples formas: eccema, asma bronquial (asma de aquí en adelante), rinitis y/o conjuntivitis, alergia a alimentos, y menos frecuentemente alergia a venenos y urticaria. Los niños pueden presentar síntomas variados tales como sibilantes y disnea relacionados con el asma, que pueden ser desencadenados por contacto con alérgenos, infecciones de las vías respiratorias o ejercicio físico. Los niños con rinitis alérgica (o rinoconjuntivitis) pueden tener mucosidad nasal, estornudar frecuentemente, respirar por la boca persistentemente y tener picor de ojos en primavera y/o verano, o pueden tener síntomas a lo largo de todo el año.

Los contaminantes de interior pueden ser particularmente nocivos para los estudiantes ya afectados de alergia o asma. La exacerbación del asma y de la enfermedad alérgica se asocia a menudo con exposición a alérgenos, tales como los ácaros del polvo, gatos, perros, cucarachas, hongos y a irritantes como el humo del tabaco (1-3). La exposición a sustancias químicas (p. ej. compuestos orgánicos volátiles o formaldehído) también puede exacerbar el asma y la alergia (4-6). Además, la insuficiente ventilación puede empeorar el asma y la rinoconjuntivitis llegando a reducir la capacidad de concentración (7).

Se proporcionan materiales textiles como colchones y almohadas en guarderías para períodos de sueño durante el día, pero estos materiales pueden actuar como reservorios de ácaros, que pueden causar empeoramiento del asma y/o la rinitis en niños alérgicos a ellos (8).

El personal debe ser consciente de que las alergias, incluyendo las reacciones por alergia a alimentos, se pueden presentar por primera vez en las instalaciones escolares, y que estas reacciones pueden ser severas (9). Las reacciones alérgicas más graves se presentan como anafilaxia (10) aunque también puede aparecer asma severa. La alergia a látex, venenos de insectos y medicamentos raramente ocurre en la escuela.

Cuadro 2: Puntos de actuación en la escuela para todos los niños con enfermedad alérgica

1. Las escuelas deben indagar sobre enfermedades alérgicas al matricular alumnos nuevos, y los padres deben informar a la escuela de cualquier nuevo diagnóstico de alergia.
2. Se debe obtener del médico un plan de actuación personal escrito, que incluya alérgenos y desencadenantes a evitar, medicación e información de contacto (Cuadro 4).
3. El niño alérgico debe ser fácilmente identificable por todo el personal escolar.
4. Se deben instituir medidas razonables para garantizar una adecuada evitación de alérgenos.
5. Debe estar prohibido fumar.
6. Se debe dar formación al personal escolar sobre la evitación de alérgenos y el reconocimiento y tratamiento de urgencia de las reacciones alérgicas.
7. La medicación de rescate y de urgencia debe estar disponible en todo momento.
8. El personal escolar debe tener inmunidad frente a acusaciones judiciales por las consecuencias de administrar la medicación de urgencia o de rescate.
9. Garantizar que las medidas de protección se mantienen en viajes/vacaciones escolares.

Las enfermedades alérgicas pueden disminuir la calidad de vida, por el miedo a reacciones y por limitar las opciones de estilo de vida, o causar somnolencia debida a la inflamación crónica, la obstrucción nasal y las alteraciones del sueño (11,12).

Globalmente, el rendimiento escolar puede estar afectado, y los profesores deben ser conscientes de ello. La preparación del personal escolar para enfrentarse a una reacción alérgica es a menudo insuficiente. Por ejemplo, en una encuesta en el Reino Unido, solo el 48% de las escuelas con un niño con riesgo de anafilaxia tenía un profesor con formación adecuada, y solo el 12% de dichas escuelas tenían adrenalina disponible (13). Por tanto es esencial un enfoque global del manejo de las alergias en la escuela para promover la salud y

la equidad entre los escolares alérgicos. Existen ya en algunos países (p.ej. Francia y Suecia) programas escolares para niños con alergia.

Tras una descripción de la epidemiología de la alergia en los niños, examinaremos cada enfermedad alérgica de manera individual, tanto para el tratamiento de los episodios agudos como para el manejo a largo plazo.

Resumen ejecutivo

1. La alergia afecta al menos a una cuarta parte de los niños escolares europeos, reduce la calidad de vida y puede disminuir el rendimiento escolar; existe riesgo de reacciones severas y, en casos infrecuentes, de muerte.
2. Pueden aparecer reacciones severas de alergia alimentaria por primera vez en la escuela, y globalmente un 20% de reacciones de alergia alimentaria ocurren en las escuelas.
3. La alergia es una alteración multisistémica, y los niños a menudo tienen varias enfermedades coexistentes, por ejemplo, rinitis alérgica, asma, eccema y alergia a alimentos.
4. Actualmente muchas escuelas están insuficientemente preparadas para los niños con alergia.
5. La colaboración entre médicos, enfermeras comunitarias y escolares, personal escolar, padres y el niño permitirá asegurar que los niños alérgicos están protegidos.
6. Las escuelas deben adoptar un enfoque global para la formación en alergia, asegurándose que todo el personal sabe prevenir, reconocer e iniciar el tratamiento de las reacciones alérgicas.

Cuadro 3. Funciones de las partes implicadas *Función de la familia*

1. Cumplir el tratamiento recomendado, incluyendo la evitación de alérgenos relevantes.
2. Conocer cuándo y cómo usar la medicación para la alergia y conservar la medicación sin caducar, especialmente las inyecciones de adrenalina; este conocimiento debe ser reforzado con regularidad.
3. Informar a la escuela del diagnóstico, p. ej. Carta escrita a un miembro designado del personal.
4. Obtener un plan de actuación personal escrito del médico y proporcionar una copia a la escuela.
5. Asegurarse de proporcionar medicación a la escuela.

Función del médico de familia/alergólogo

1. Diagnosticar o descartar alergias y comunicar los resultados a la familia,
2. Proporcionar un plan personal de actuación escrito, en lenguaje sencillo con identificación clara de los alérgenos, síntomas principales de una reacción alérgica y cómo tratarla, e instrucciones para administrar medicación urgente (Cuadro 4)
3. Coordinarse, si es posible, con las autoridades escolares para dar formación al personal en alergia y asma y repetirla con regularidad.

Función de la escuela

1. La dirección es responsable de política escolar y planificación para niños con asma y alergia.
2. Las escuelas deben organizar con regularidad la formación en alergia para el personal, en colaboración con profesionales sanitarios.
3. El personal debe indagar sobre enfermedades alérgicas al matricular nuevos alumnos. Debe existir un mecanismo para que el personal nuevo o eventual pueda identificar al niño alérgico.
4. Instaurar un plan escrito de manejo de la alergia.
5. Garantizar que la medicación de urgencia y de rescate está siempre disponible.
6. Garantizar que la prevención y el tratamiento se mantienen en los viajes/vacaciones escolares.
7. Las escuelas deben proponerse el mantener la calidad del aire interior y exterior, incluyendo el control de alérgenos ambientales.

Función de las organizaciones de pacientes

1. Proporcionar consejo, ayuda práctica y apoyo a los pacientes alérgicos con especial referencia a la escolarización.
2. Proporcionar consejo adecuado sobre alergia y apoyo y facilitar la formación a las escuelas.
3. Abogar por los pacientes alérgicos y presionar por mejores servicios cuando sean insuficientes.

Función de los agentes políticos

1. Cambiar la legislación en lugares en los que se prohíbe que el personal escolar administre medicación vital a los niños escolares con alergia.
2. Desarrollar una estrategia nacional coordinada para facilitar la formación en alergia estableciendo y uniformizando programas de educación.
3. Proporcionar un número adecuado de especialistas y residentes en alergia en cada país.

Cuadro 4. Plan personal de actuación en anafilaxia: detalles específicos (11)

1. Datos personales de identificación: nombre y dirección; detalles de contacto de los padres, alergólogo, médico de familia y servicio local de ambulancia; y preferiblemente una fotografía.
2. Clara identificación de los alérgenos a evitar; se puede incluir información adicional sobre nombres alternativos de los alérgenos (p. ej. lecitina para la soja, arachis para el cacahuete)
3. Copia del plan para ser conservada por el niño, sus familiares, cuidadores de preescolar, enfermera escolar, personal escolar, médico de familia, y para ser guardada con la medicación de urgencia.
4. Instrucciones individualizadas:
 - a. Escritas claramente en lenguaje sencillo, no médico.

Atención por pasos con instrucciones sencillas para cada paso, p. ej.:

- Al principio de una reacción alérgica (p. ej. “cualquier hinchazón o enrojecimiento de la cara, picor de la boca o náuseas”) administrar de inmediato un antihistamínico líquido.
- Vigilar de cerca al niño por si aparecen signos de problemas respiratorios o desmayo.
- Telefonar al número de emergencias.
- Mantener al niño acostado de lado a menos que tenga problemas respiratorios graves.
- Descripción clara de los síntomas de broncospasmo y edema de laringe en lenguaje no médico (p. ej. Si aparecen sibilantes o pitos en el pecho, opresión en la garganta o dificultad para respirar) para que se pueda administrar adrenalina rápidamente y llamar a los servicios médicos de urgencia. Instrucciones detalladas, con fotografías si es posible, sobre cómo utilizar correctamente el dispositivo de adrenalina autoinyectable del niño.

Recomendación de inyectar una segunda dosis de adrenalina si no hay mejoría aparente tras 5-10 minutos.

1. Asegurarse de que la adrenalina autoinyectable es fácilmente accesible a todos los cuidadores.

Epidemiología

Prevalencia de las enfermedades alérgicas

Asma, eccema y rinoconjuntivitis

El asma, el eccema y la rinoconjuntivitis aparecen frecuentemente en los escolares europeos. En niños de 6-7 años, la prevalencia anual de sibilancias varía considerablemente del 5% al 21% en los diferentes países de Europa. La prevalencia de rinitis y eccema en los

niños de 13-14 años varía de 4.5% a 20.2% y de 1.8% a 15.6% respectivamente, aunque la mayoría tienen enfermedad leve (14). En general existe un aumento en la prevalencia de enfermedades alérgicas del sudeste de Europa, donde es relativamente baja (p. ej. en Albania), hacia el noroeste (p. ej. en el Reino Unido) (14).

Anafilaxia

Se calcula que la anafilaxia aparece con una frecuencia de un episodio por cada 10.000 niños y año, y el 82% de dichos episodios ocurren en niños en edad escolar (15).

Considerando globalmente niños y adultos, los ingresos hospitalarios por anafilaxia en el Reino Unido se han multiplicado por siete en la última década (16,17). Según una encuesta en el Reino Unido, el 61% de las escuelas tiene al menos un niño con riesgo de anafilaxia (con historia previa de anafilaxia o portador de adrenalina inyectable) (15). Entre el 10 y el 18% de las reacciones anafilácticas o por alergia alimentaria ocurren en la escuela (18,19).

Comorbilidad de las enfermedades alérgicas

La niñez es el período de mayor impacto de la alergia, y los niños a menudo sufren más de una enfermedad alérgica al mismo tiempo. El 15% de los niños de 13-14 años ha sido diagnosticado de dos o más enfermedades alérgicas como sibilancias, eccema y rinitis alérgica (17). Aproximadamente el 95% de los niños con alergia a cacahuete o a frutos secos también padece asma/eccema/rinitis (20). Se sabe que la presencia de asma, sobre todo si no está controlado, puede aumentar la gravedad de las reacciones de alergia alimentaria. Además, la presencia de alergia a alimentos en los niños asmáticos les predispone a ataques más severos de asma tras la exposición accidental a alérgenos alimentarios. (21)

Alérgenos en la escuela.

Los alérgenos más frecuentemente involucrados en las reacciones alérgicas en la escuela varían de región en región. En algunos países, la exposición a polen y a ácaros del polvo como desencadenantes de asma y de rinitis alérgica es la responsable del mayor impacto de la alergia (8), mientras que algunos alérgenos inhalantes alternativos (p. ej. de mascotas) son más problemáticos en otras regiones (1,2). Los alérgenos alimentarios, sobre todo leche, huevo, y frutos secos, están a menudo involucrados en reacciones alérgicas, y algunos (p. ej. frutas) pueden tener reactividad cruzada con pólenes (síndrome de alergia oral, en el cual el sistema inmune responde frente a proteínas similares de pólenes, frutas y algunos frutos secos). El contacto con látex, medicamentos o veneno de insectos en la escuela es infrecuente.

Asma

Introducción

El asma es una alteración pulmonar crónica caracterizada por estrechamiento reversible y producción excesiva de mucosidad en las vías aéreas. Se manifiesta como sibilantes, tos y dificultad respiratoria. El asma es una causa médica importante de absentismo escolar (22). La mayoría de los niños tienen asma bien controlado; sin embargo, si no se reconoce y trata adecuadamente puede llevar a una considerable situación de mala salud (23-25).

En algunos niños, el asma inducido por ejercicio, la tos nocturna y los trastornos del sueño interfieren con las actividades físicas y educativas, disminuyendo así su calidad de vida (26-

27). Teniendo en cuenta el gran número de estudiantes con asma y el hecho de que los niños pasan gran parte de su tiempo en la escuela, es importante que el manejo del asma sea óptimo en el ambiente escolar.

Desencadenantes del asma

Los desencadenantes más comunes del asma en niños escolares son las infecciones virales (como el catarro común) y el ejercicio, sobre todo cuando se inhala aire frío.

Los niños con asma alérgica pueden tener ataques agudos desencadenados por exposición a polen o a alérgenos animales en la escuela (3). Se debe reconocer que las sibilancias pueden ser también síntoma de una reacción aguda por alergia a alimentos (p. ej. Por cacahuete) en la cual los rasgos visibles de urticaria o angioedema no siempre están presentes (11).

Ejercicio y asma

Se debe animar a todos los estudiantes con asma a que practiquen ejercicio, pero debe permitirse que los niños queden exentos del ejercicio o lo interrumpan dependiendo de sus síntomas. La mayoría de niños y adolescentes con asma se quejarán de síntomas inducidos por ejercicio en algún momento; sin embargo, ataques repetidos de asma durante las actividades físicas pueden indicar que el asma o la rinoconjuntivitis asociada no están recibiendo suficiente tratamiento. Se debe indicar a estos niños y sus cuidadores que visiten a su especialista en alergia o a un médico experimentado en alergia para reajustar su tratamiento. Se debe permitir que los niños usen medicación de rescate inhalada antes del ejercicio, aunque su necesidad persistente puede ser un índice de insuficiente control del asma.

Retos para la escuela

El primer paso en el manejo en la escuela escolar es la identificación de los estudiantes asmáticos. Se debe tratar a cada niño de forma individual para asegurarse de que se cubren sus necesidades específicas, mediante colaboración entre el médico, los padres y el personal escolar (9). Se ha descrito un modelo de “escuelas amigables en el asma” (28).

Puntos de actuación en la escuela

1. Identificación de niños con asma significativa.
2. Idealmente se debe proporcionar formación en asma al personal escolar adecuado.
3. En los niños con asma significativa se debe obtener del médico un plan de actuación individualizado por escrito, incluyendo detalles sobre desencadenantes específicos de síntomas, un plan de tratamiento urgente individualizado, dosis de medicación e información para contactos urgentes.
4. Se debe disponer de un broncodilatador inhalado y una cámara de expansión para uso urgente en caso de ataque de asma o para antes/durante el ejercicio.
5. Los niños con componente alérgico sospechoso de su asma alérgica se pueden beneficiar si se reduce la exposición a alérgenos de interior.
6. Los estudiantes con absentismo escolar frecuente, visitas al botiquín escolar, o visitas al servicio de urgencias por su asma deben ser identificados y se debe insistir que se pongan en contacto con su médico.

7. Las escuelas deben proponerse incluir la formación en asma en su currículum de salud.
8. Los niños con asma se benefician de ejercicio físico normal. La premedicación con fármacos de rescate y el calentamiento y enfriamiento cuidadosos e individualizados pueden facilitar su participación.
9. Se debe estimular la participación completa en actividades físicas cuando los estudiantes se encuentran bien, y ofrecer actividades reducidas/modificadas si experimentan síntomas.
10. Existen muchos ejemplos de provechosos programas de formación para escolares con asma que incorporan algunos de los principios mencionados (28-31).

Eccema

Introducción

El eccema (dermatitis atópica) es una alteración crónica inflamatoria de la piel, que es frecuente en los niños escolares y se manifiesta con picor y excoriación. Las exacerbaciones del eccema pueden estar causadas por alérgenos. Los alérgenos alimentarios (p. ej. huevo) pueden causar eccema agudo tras una ingesta inadvertida. Los alérgenos inhalantes (p. ej. ácaros del polvo, caspa de gato) así como la infección cutánea por estafilococo también puede contribuir a un control insuficiente del eccema.

El manejo del eccema se basa en el tratamiento hidratante tópico, el tratamiento anti-inflamatorio tópico y la evitación de factores desencadenantes específicos e inespecíficos (32).

Retos para la escuela

Los efectos físicos, psicológicos y sociales del eccema en la niñez son considerables y a menudo subestimados. Al contrario que en los niños con riesgo de anafilaxia o de asma, no tienen importancia las situaciones urgentes. Sin embargo, los síntomas crónicos como el picor interfieren con la concentración durante el día y con el sueño, llevando a cansancio y cambios de humor, empeorando así la actividad diurna (32). Las burlas, la vergüenza y el abuso causan aislamiento social y pueden llevar a absentismo escolar. El estrés por los exámenes puede empeorar el eccema. Los niños con eccema necesitan aplicación frecuente de tratamientos tópicos durante las jornadas escolares para prevenir la sequedad de piel y el subsiguiente rascado e infección. Las exacerbaciones de asma ocurren sobre todo por desencadenantes físicos (p. ej. infección), pero también pueden ser causadas por exposición a alérgenos (p. ej. alérgenos animales).

Puntos de actuación en la escuela

1. Se debe proporcionar formación sobre el eccema para los miembros adecuados del personal.
2. Asegurarse de que se llevan a cabo las medidas de evitación (p. ej. reducción de alérgenos de interior) de factores desencadenantes específicos.
3. Permitir que los niños se apliquen el tratamiento tópico del eccema en cualquier momento durante la jornada escolar. Se tendría que permitir también que los miembros del personal apliquen tratamientos tópicos a los niños pequeños con la frecuencia recomendada por los padres o el médico del niño.

4. Asegurarse que se permite que los estudiantes usen alternativas al rascado, tales como compresas frías, en cualquier momento (incluso durante los exámenes)
5. Con permiso previo, el profesor puede hablar del eccema como un tema escolar, a fin de desterrar mitos sobre el eccema (p. ej. que es contagioso) y reducir la vergüenza y las burlas
6. Permitir que los niños interrumpan o disminuyan temporalmente la exposición a piscinas en casos especiales, y que puedan ducharse y volver a aplicarse crema después de educación física.

Rinoconjuntivitis

Introducción

La rinitis se define como una inflamación de la mucosa nasal y se caracteriza por síntomas nasales que incluyen la rinorrea (secreción nasal), estornudos, taponamiento nasal y/o picor de la nariz. La rinitis alérgica es la forma más común de rinitis no infecciosa y suele asociarse con una respuesta inmune mediada por IgE frente a alérgenos (p. ej. polen de gramíneas, ácaros del polvo o mascotas).

Se asocia frecuentemente a síntomas oculares (rinoconjuntivitis) que pueden ser el problema dominante. La rinitis es la enfermedad alérgica crónica de mayor prevalencia en niños. Produce irritación nasal y taponamiento con efectos secundarios como interferir el sueño nocturno y provocar somnolencia durante el día. Muchas pacientes con asma tienen rinitis, lo cual respalda el concepto de “vía aérea única, enfermedad única”. La presencia de rinitis alérgica frecuentemente exacerba el asma, aumentando el riesgo de ataques de asma, las visitas a urgencias y las hospitalizaciones por asma.

Retos para la escuela

Aunque no es de riesgo vital, la rinoconjuntivitis tiene un efecto perjudicial significativo en la calidad de vida y puede exacerbar comorbilidades alérgicas como el asma (33,34). Un estudio del Reino Unido encontró una reducción del rendimiento en los exámenes en adolescentes con síntomas de rinitis alérgica (12).

También puede aparecer disminución de la actividad mental en los niños que toman antihistamínicos.

Puntos de actuación en la escuela

1. Debe permitirse que los niños tomen medicación contra los síntomas en la escuela, cuando lo necesiten.
2. No se debe reprender a los estudiantes por mostrar síntomas alérgicos frecuentes como estornudar o sorber repetidamente, o hacer el “saludo alérgico”.
3. Los profesores deben prever un aumento de síntomas durante las actividades exteriores en temporada alta.
4. Las escuelas deben intentar mantener una calidad saludable del aire interior y exterior, incluyendo control de alérgenos ambientales.
5. Los profesores deben ser conscientes de que la rinoconjuntivitis puede reducir el rendimiento en los exámenes y empeorar el asma. Las escuelas deben fomentar la indulgencia con este aspecto.

Alergia a alimentos

Introducción

La alergia a alimentos es frecuente en niños escolares, con una prevalencia global estimada en el 4-7%. Los síntomas en un niño con alergia alimentaria pueden afectar varios órganos e incluyen habones o hinchazón (angioedema facial), vómitos, dolor abdominal, diarrea, ronquera o cambios en la voz, sibilantes, disnea, estornudos y/o problemas cardiovasculares como mareo o pérdida de conciencia. La leche de vaca, el huevo, el cacahuete, los frutos secos, el trigo, la soja, el pescado y los crustáceos son los alimentos que causan reacciones alérgicas con mayor frecuencia. En algunos países, además, las alergias alimentarias asociadas a polen ocasionan reacciones alérgicas con frutas, frutos secos y verduras, y pueden causar picor e inflamación de boca y garganta. La alergia a la leche de vaca, el huevo y el trigo pueden desaparecer antes de la edad escolar. Cuando persisten, pueden causar reacciones severas igual que el cacahuete y los frutos secos.

Retos para la escuela

Las reacciones alérgicas por alimentos pueden ocurrir en el aula, el patio, o el comedor escolar. Los síntomas iniciales pueden ser leves y son difíciles de interpretar si se carece de formación. La alergia a alimentos se ha presentado por primera vez en las instalaciones escolares en una proporción significativa de casos (10). No es posible predecir la gravedad final de las reacciones por los síntomas iniciales, y algunos fallecimientos por alergia se han asociado con retraso en la administración de adrenalina intramuscular. Todo el personal escolar debe recibir formación sobre el reconocimiento y el tratamiento precoz de las reacciones alérgicas para que se pueda administrar la medicación de urgencia sin retraso. Sin embargo, el riesgo de anafilaxia por contacto cutáneo con el alérgeno alimentario es mínimo. Por tanto, no es necesario separar a los niños de sus compañeros durante la comidas, aunque se debe evitar el compartir o intercambiar comida. La inhalación de proteínas alimentarias aerosolizadas, (p. ej. pescado, huevo o proteínas de leche como el queso en polvo) puede causar sibilancias en sujetos sensibles, en particular si padecen asma.

Puntos de actuación en la escuela

1. Asegurarse que existe un sistema para que el personal identifique a los niños con alergia alimentaria, especialmente el personal nuevo/eventual y de *catering*.
2. Debe estar disponible un etiquetado claro de alérgenos en todos los alimentos proporcionados por la escuela. La familia debe tener disponible con antelación los menús con los ingredientes claramente declarados.
3. El personal debe aprender a manejar los alérgenos alimentarios potenciales con seguridad, incluyendo la limpieza adecuada de superficies y utensilios.
4. Las escuelas deben evitar servir alimentos con cacahuets y frutos secos y alérgenos importantes relevantes en cada país como el sésamo (incluyendo comidas, tentempiés y máquinas dispensadoras). Esta medida no debe ser tomada en solitario, sino que debe complementar el ambiente educacional y protector para los niños alérgicos.
5. Es conveniente disponer de cajas etiquetadas individualmente para los niños alérgicos, con alimentos libres de alérgenos para celebraciones en clase y premios.

6. Se debe evitar que se compartan o intercambien comidas, y que se compartan recipientes y utensilios.
7. Asegurarse que las clases evitan el uso de alérgenos alimentarios (p. ej. cacahuetes en clases de ciencias o de manualidades).
8. Impartir formación a los compañeros del niño sobre la evitación de alérgenos y el reconocimiento de reacciones por alergia a alimentos.
9. No es necesario separar a los niños de sus compañeros durante las comidas, siempre que se lleven a cabo las otras medidas descritas.

Anafilaxia

Introducción

La anafilaxia es poco frecuente en niños de edad escolar, pero se han descritos fallecimientos por anafilaxia y alergia a alimentos en la escuela (35). La causa más frecuente en este grupo es la alergia alimentaria (36,37), con cacahuete/frutos secos y la leche de vaca como los responsables más frecuentes. Están apareciendo nuevos alérgenos como el kiwi, los altramuces y la mostaza. Son infrecuentes en niños las reacciones amenazantes para la vida causadas por picaduras de insectos, medicamentos, látex o ejercicio (39,40).

Aunque las reacciones anafilácticas son poco frecuentes, hay una proporción significativa de niños en riesgo. No es posible identificar con certeza en qué niños pueden ocurrir, ya que la alergia alimentaria es una alteración relativamente frecuente. Una encuesta reciente en 100 escuelas de Escocia reveló que en el 61% había al menos un niño con riesgo de anafilaxia, definida por el uso previo o el suministro de adrenalina inyectable (13). Hasta el 24% de los niños con historia de anafilaxia padece su primer episodio en la escuela (9); los alérgenos alimentarios pueden estar presentes en casi todas las situaciones, como clases, experimentos de ciencia, comidas, horas de recreo y celebraciones. Por tanto, todas las escuelas deben estar preparadas con formación, tengan ya o no tengan alumnos con historia de anafilaxia. (9).

Retos para la escuela

Las escuelas actualmente no tienen suficiente preparación. A menudo no se comunica la información sobre alergias a la escuela, dejando al niño expuesto a riesgos evitables. En las ocasiones en las que los médicos proporcionan planes personales de tratamiento, con frecuencia no se llevan a cabo por la escuela en actividades extraordinarias como vacaciones y excursiones escolares (13). La medicación de urgencia a menudo no está disponible, y los profesores no están suficientemente formados (41). Lo ideal sería que grupos de enfermeras comunitarias o escolares (donde existan) impartan la formación; estos grupos deben recibir a su vez formación para transmitir la formación a las escuelas. Este modelo tiene la ventaja de los modelos de distribución radial y garantiza alta calidad y consistencia en la formación. En algunos países no se dispone de estos recursos y se necesitan iniciativas políticas. Se requiere el desarrollo de programas alternativos de formación, y se deben dirigir los recursos hacia este objetivo.

Tratamiento del episodio agudo en la escuela

La adrenalina intramuscular (IM) es el tratamiento inicial de elección en la anafilaxia (10,42). Se debe administrar con un autoinyectable en el músculo vasto externo del muslo.

Un profesor o la enfermera escolar deben realizar y supervisar el inicio del tratamiento de la anafilaxia que se presenta en la escuela. Las personas que han recibido formación deben estar presentes en la escuela, ya que el retraso en la administración de adrenalina IM se asocia con muerte por anafilaxia. El personal escolar debe tener inmunidad frente a acusaciones judiciales por posibles daños que aparezcan por administrar la medicación de urgencia. Los niños más mayores (>10 años), que hayan recibido formación adecuada, pueden administrarse ellos mismos la adrenalina con consentimiento paterno. Se deben administrar también antihistamínicos orales, y se debe colocar al niño en una posición cómoda (tumbar al paciente, si hay síntomas respiratorias se deben sentar y tomar broncodilatadores, si están disponibles). Se debe vigilar continuamente al niño y organizar el traslado al servicio de urgencias hospitalario más cercano, independientemente del tratamiento administrado la medicación o de una aparente vuelta a la normalidad (atención a reacciones bifásicas). No se debe enviar al niño a su domicilio.

Puntos de actuación en la escuela

1. Cuando se diagnostica por primera vez a un niño con riesgo de anafilaxia en una consulta de alergia, la escuela debe recibir información escrita por medio de los padres o del médico.
2. La escuela debe seguir un plan personal de actuación urgente escrito proporcionado por el alergólogo (acordado con el médico de familia).
3. Se debe proporcionar a la escuela material de urgencia con etiqueta individual, que contenga el plan de actuación urgente, autoinyectables de adrenalina IM y antihistamínicos orales.
4. El personal de la escuela debe conocer la localización del material de urgencia, y se debe comprobar con regularidad la caducidad de la medicación. El personal eventual o de sustitución debe ser avisado de la presencia de niños alérgicos y de las medidas para protegerlos.
5. El personal escolar adecuadamente formado debe administrar toda la medicación de urgencia a los niños pequeños. Se debe permitir que los niños más mayores se automediquen cuando tengan suficiente madurez y formación adecuada.
6. La formación en la escuela debe incluir a todos los miembros del personal, y contemplar la evitación de alérgenos, el reconocimiento y el tratamiento de la anafilaxia.
7. Todas las medidas de protección deben mantenerse durante actividades extracurriculares como viajes y vacaciones escolares.
8. El personal escolar debe repetir su formación anualmente, teniendo en cuenta cambios en el personal, los estudiantes y los protocolos.
9. Si aparece una reacción severa en la escuela, el director se debe responsabilizar de investigar posibles errores para evitarlos en el futuro.
10. El personal escolar debe tener inmunidad frente a acusaciones judiciales por las consecuencias de administrar la medicación de urgencia.

Recomendaciones sobre medicación de urgencia para la escuela

El personal escolar debe estar preparado para tratar un ataque agudo de asma o una reacción alérgica con prontitud, con la medicación adecuada. Esto es posible con un plan

personal de actuación para cada estudiante alérgico proporcionado por el médico. El tratamiento del asma agudo requiere agonistas beta-2 inhalados. Para otros síntomas alérgicos se utilizan antihistamínicos H1 y corticosteroides. Los antihistamínicos H1 están indicados para el tratamiento de síntomas alérgicos leves, como la urticaria, el angioedema y la rinoconjuntivitis. Se debe usar un antihistamínico no sedante de acción prolongada (p. ej. cetirizina, loratadina o similares) para evitar la somnolencia en la escuela. Siempre se deben usar agonistas beta-2 inhalados de acción corta para tratar los síntomas de asma; sin embargo, se debe insistir al personal escolar que no confíen en los agonistas beta-2 como único tratamiento en los síntomas más severos, ni que retrasen el uso de adrenalina inyectable en los casos de anafilaxia. Los niños con cualquier reacción alérgica severa, hayan recibido o no adrenalina intramuscular, deben ser llevados al servicio correspondiente de urgencias y permanecer al menos seis horas en observación.

Aspectos legales

No existe actualmente legislación europea específica sobre el niño alérgico en la escuela. Por tanto solo las legislaciones nacionales rigen el cuidado de la salud de los niños en la escuela, y varían considerablemente en Europa. Un aspecto crucial es el conflicto que existe entre las responsabilidades legales del profesor para administrar medicación en la escuela y la necesidad de cuidados y derecho a la intimidad del niño. Con las regulaciones actuales, los profesores no tienen deberes específicos en términos de protección de la salud del niño, ya que la responsabilidad recae por entero en la escuela/sistema sanitario. Esa ausencia de responsabilidad se debe a la falta de formación médica. Los profesores, por tanto, no tienen ninguna responsabilidad particular más allá de la de cualquier persona que por casualidad esté presente cuando un niño necesita ayuda.

Sin embargo, dada la alta prevalencia de alergia en niños escolares y la necesidad de atender agudizaciones en la escuela, actualmente se está prestando más atención a este tema. De hecho, siguiendo el Informe Preliminar de la Unión Europea (UE) “Marco legal de Nueva Gobernación y Política Moderna en Educación en Europa”, muchos gobiernos están creando actualmente mecanismos para que las escuelas sean más responsables ante los padres y el gobierno con el uso de mecanismos de garantía de calidad. En algunos casos siguiendo esta mayor responsabilidad, se delegan más deberes a cada escuela y directores de escuela, a menudo bajo la forma de más control financiero. Esto significa que la escuela y a veces los directores de la escuela han de asumir mayor responsabilidad legal para la gestión de su escuela, la calidad de la enseñanza, y la seguridad y bienestar de los estudiantes.

Es importante señalar que uno de los propósitos del Marco Legal es mejorar el cuidado de la salud del niño en las escuelas a través de una promoción continua de la calidad y la atención proporcionadas en cada país. Se identifican dos modelos principales. El modelo europeo continental parece descansar mucho en la vigilancia centralizada, mientras que el modelo del Reino Unido se establece, en un grado mayor, sobre la autonomía y la responsabilidad de la escuela.

Así podemos determinar dos partes concurrentes con responsabilidad en términos de cuidado de la salud en la escuela: una se corresponde con el director de la escuela, que tiene el deber de consultar con las autoridades competentes (en temas estructurales y de cuidado

del niño) y la otra es el Sistema Público de Salud, que tiene el deber médico más general de cuidar el bienestar psicofísico de los estudiantes. Existen varias diferencias entre los sistemas legales dentro y fuera de la UE. En Estados Unidos, recientemente, el 8 de Abril de 2008, se votó en el Parlamento el Acta de Atención a la Alergia Alimentaria y la Anafilaxia, para proporcionar a las escuelas una guía uniforme sobre la institución de planes de emergencia y tratamiento adecuados en el campo de la alergia infantil. Además, esta Acta pronto será implantada a nivel federal.

En Australia, los estados de Victoria y Tasmania han desarrollado legislación para la atención de las alergias en la escuela. En Victoria, desde 2009, se exige que todos los profesores reciban formación en la atención de la alergia. Este modelo exige, por ley, completar, en el momento de la matriculación, un formulario sobre las necesidades de salud del niño, la formación de todos los profesores con un profesional sanitario y con los padres, y la notificación obligatoria a la escuela, por parte de los padres, de cualquier cambio relevante. Si se puede atender el problema de salud del niño con medidas que no precisan la intervención de un profesional sanitario totalmente cualificado, la escuela permite la presencia de los instrumentos y el personal calificado necesario para proporcionar el cuidado médico imprescindible. Ontario, en Canadá, tiene una legislación similar desde 2005.

Es de desear que las instituciones de la UE consideren prioritario este tema en un futuro cercano para promover un enfoque uniforme en Europa.

Conclusiones

Uno de cada cuatro niños de edad escolar en Europa convive con la enfermedad alérgica. Existe un amplio espectro de gravedad, con algunos niños en riesgo de asma severo o anafilaxia que, infrecuentemente, pueden causar la muerte, mientras que otros presentan enfermedades alérgicas crónicas y sufren una disminución en la calidad de vida y en el rendimiento escolar. Todos los niños con enfermedades alérgicas pueden experimentar agudizaciones en la escuela. El reconocimiento del niño alérgico es el primer paso en su atención. Las escuelas deben indagar sobre diagnósticos de alergia cuando se matricula algún nuevo alumno. Deben existir protocolos para garantizar el acceso rápido a cuidados médicos de urgencia. La escuela puede disponer de protocolos de tratamiento y de medicación para alergia de uso urgente, si las leyes nacionales lo permitan.

Un sistema de formación, que involucre a las familias y a los profesionales de la educación y de la salud, es crucial para garantizar que el niño está identificado, que el personal escolar está alertado y entrenado, y que los planes específicos de atención a la alergia están implantados. Esto se debe conseguir delegando en las partes implicadas decisivas y apoyar con la formación continuada de todo el personal escolar.

Se debe promulgar la legislación adecuada para crear un ambiente escolar seguro para el niño alérgico y al mismo tiempo proteger a los trabajadores de la educación. La instauración de estas recomendaciones en los diversos modelos de atención sanitaria de Europa protegería y ampararía en último término a todos los niños con alergia mientras están en la escuela.

Anexo V

Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela (AEPNAA)



www.aepnaa.org



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

Alumno:	Padre/Representante:
Peso : Edad:	Teléfono(s) de aviso:
Tutor(a) / Profesor(a):	Lugar de la medicación:
Curso:	

foto
niño

Alérgico/a a:

Asmático ☐ No

☐ Sí ! Riesgo mayor para reacciones graves.

PASO 1: EVALUAR Y TRATAR (1)

1		Picazón en boca, leve sarpullido alrededor de la boca o labios, boca hinchada	ADMINISTRAR A rellenar Alergólogo/Pediatra
2		Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo	
3		Naúseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos.	
4		Picor de ojos, ojos rojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante	
5		Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua/párpados/labios/orejas hinchados	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
6		Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada.	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
7		Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30

1) Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas presentes no sean graves (los recogidos en las viñetas 1 a 4) se recomienda administrar adrenalina (ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30) precozmente para evitar la progresión a una reacción grave (síntomas recogidos en las viñetas 5, 6 y 7).

2) En niños con síntomas recogidos en la viñeta 7 (afectación cardiovascular) es conveniente mantenerlos tumbados boca arriba y con los pies en alto.

3) Después de administrar la medicación SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica

PASO 2: AVISAR

LLAMADA DE EMERGENCIA

1. NO DEJAR NUNCA AL NIÑO SOLO

2. Llame a urgencias (Telf.:) y comunique que es una reacción alérgica.

3. Aun cuando el padre/representante legal no pueda ser contactado, no dude en medicar y llevar al niño a una instalación médica. 1/2



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ALÉRGICOS A ALIMENTOS Y LÁTEX
www.aepnaa.org

AUTORIZACIÓN

El Dr. _____
colegiado nº _____ por el Colegio de Médicos de _____ como
alergólogo/pediatra he revisado el protocolo y prescrito la medicación específica de actuación.

Fecha y firma

Yo, _____
como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a
mi hijo/a _____
el seguimiento de este protocolo.

Fecha y firma

"De conformidad con el artículo 195 del código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de 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 Código Penal 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 socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico."



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, CULTURA
Y DEPORTE

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD