

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **ALERGIA ALIMENTARIA** en Niños

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-495-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **diagnóstico y tratamiento de la alergia alimentaria en niños**, México: Secretaría de Salud, 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

(T78.1) Otra reacción adversa a alimentos, no clasificada en otra parte
 (T78.4) Alergia no especificada
 GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Alergia a Alimentos en Niños

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Agles Cruz Avelar	Médico General	Universidad Nacional Autónoma de México	Jefe del Departamento de la Coordinación de Personal Docente y Alumnos. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina
Dr. Martín Becerril Ángeles	Médico Alergólogo-Inmunólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe del Departamento de Alergia e Inmunología Clínica, UMAE Hospital de Especialidades, "Dr. Antonio Fraga Mouret" CMN "La Raza", México, D. F.

Autores :

L. N. Lorena Leonor Castillo Romero	Licenciada en Nutrición	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrita al Departamento de Nutrición, UMAE Hospital de Pediatría, CMN "Siglo XXI", México, D. F.
Dr. José Antonio Chávez Barrera	Médico Pediatra Gastroenterólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar, adscrito al Departamento de Gastroenterología Pediátrica, UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza, CMN "La Raza", México, D. F.
Dr. Felipe Ortiz Contreras	Médico Pediatra Alergólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Departamento de Alergología, HGR No. 1, "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro", México, D. F.
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Maestra en ciencias, Médica Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	División Excelencia Clínica, CUMAE

Validación Interna:

L.N. Annabel Biruete Guzmán	Licenciatura en Nutrición	I.S.S.S.T.E.	Servicio de Apoyo Metabólico y Nutrición del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos"
Dra. Yolanda Alicia Castillo de León	Médica Pediatra Gastroenteróloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Pediatría CMN de Occidente
Dra Alejandra Consuelo Sánchez	Médica Pediatra Gastroenteróloga	Secretaría de salud	Jefa del departamento de gastroenterología y nutrición/Hospital Infantil Federico Gómez
Dra. María del Carmen Rocío Macías Rosales	Médica Pediatra Gastroenteróloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Pediatría CMN de Occidente
Dra. Ana Rocío Morán Mendoza	Inmunóloga	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Pediatría CMN de Occidente
Dr. Andrés Rocha Aguado	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar número 75

Validación Externa:

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.4 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	10
4.2 DIAGNÓSTICO	11
4.2.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	11
4.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	13
4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	15
4.4 TRATAMIENTO.....	16
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	17
4.5.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA	17
5. ANEXOS.....	20
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	26
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	28
5.3 ALGORITMO.....	30
6. GLOSARIO.....	31
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33
8. AGRADECIMIENTOS	34
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	35
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	36
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	37

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro: IMSS-495-11	
Profesionales de la salud.	Pediatras, gastroenterólogos pediatras, alergólogos, inmunólogos
Clasificación de la enfermedad.	(T78.1) Otra reacción adversa a alimentos, no clasificada en otra parte (T78.4) Alergia no especificada
Categoría de GPC.	Segundo y tercer nivel de atención médica
Usuarios potenciales.	Pediatras, gastroenterólogos pediatras, alergólogos, inmunólogos
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Personas menores de 17 años de edad. No se incluye en esta guía, la alergia a proteína de la leche de vaca, soya o hidrolizados, la cual tendrá una guía aparte
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Valoración nutricional del niño con alergia alimentaria Alimentos que causan reactividad cruzada Pruebas cutáneas mediadas por IgE y pruebas in vitro de IgE alérgeno-específica Prueba de reto oral para alergia alimentaria
Impacto esperado en salud.	Incremento de niños con manejo oportuno ante el diagnóstico de alergia alimentaria Indicación e interpretación de pruebas cutáneas mediadas por IgE y pruebas in vitro de IgE alérgeno específicas con base en la probabilidad pre-prueba Incremento en la proporción de niños con diagnóstico oportuno de alergia alimentaria
Metodología¹.	<Adopción de guías de práctica clínica ò elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. : Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 16 Guías seleccionadas: <número de guías seleccionadas: 03 Revisiones sistemáticas: 01 Estudio de pruebas diagnósticas: 01 Estudio de cohorte 01 Revisiones clínicas: 10
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-495-11 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

DIAGNÓSTICO:

- ¿Cuáles son los tipos de reacciones adversas causadas por alimentos?
- ¿Cuál es el tipo de hipersensibilidad por alimentos más frecuente?
- ¿Cuáles son los alimentos más comunes en alergia alimentaria en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de alergia a alimentos?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo para el desarrollo de alergia alimentaria?
- ¿Cuáles pruebas son útiles para identificar reacciones mediadas por IgE ?
- ¿Entre cuáles alimentos hay reactividad alérgica cruzada?
- ¿Cuál es la prueba “estándar de oro” para el diagnóstico de alergia a alimentos?
- ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas?
- ¿Cuáles son las contraindicaciones del reto oral en alergia alimentaria?
- ¿Cuáles son las enfermedades alérgicas alimentarias no mediadas por IgE?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

En las reacciones alérgicas a alimentos participan mecanismos inmunológicos como anticuerpos IgE específicos o linfocitos T. La prevalencia depende de la edad, apareciendo la hipersensibilidad a la leche en el 2,5% de los recién nacidos en el primer año de vida, seguida por proteínas del huevo. El alérgeno es reconocido por anticuerpos IgE, produciéndose histamina y otros mediadores. En otros casos se produce una respuesta específica de células T. Los alérgenos pueden ser de origen vegetal o animal. Los vegetales se agrupan en diferentes familias presentes en muchas plantas que contribuyen a la reactividad cruzada entre ellas. Manifestaciones características son la urticaria aguda, el síndrome de alergia oral y la anafilaxia sistémica. Dentro de los mecanismos por inmunidad celular están la dermatitis de contacto, la dermatitis herpetiforme, la enterocolitis, la proctocolitis, la enfermedad celiaca y la hem siderosis pulmonar, entre otras. Para el diagnóstico de reacciones mediadas por IgE se realizan tests cutáneos. Los test in vitro son técnicas de inmunoensayo frente a alérgenos naturales o recombinantes. Los test in vivo e in vitro negativos pueden excluir un mecanismo IgE. Para las reacciones mediadas por un mecanismo celular se emplean in vivo los test epicutáneos. No están suficientemente validados para los tests in vitro. El patrón oro para el diagnóstico consiste en la administración controlada del mismo, con objeto de reproducir los síntomas. Está contraindicada en reacciones severas. (Blanca M, 2009)

La alergia a los alimentos ha tenido un incremento en países industrializados, se ha estimado una prevalencia general entre 3 al 35% y las más frecuentes son a la proteína de la leche, huevo, cacahuete y mariscos. Su prevalencia varía en función de la edad y la población de que se trate, en Estados Unidos por ejemplo, se ha estimado la alergia a los alimentos más alérgicos como son a la proteína de la leche de vaca en niños (2.5%), la hipersensibilidad al huevo (1.5%) la alergia al cacahuete (1%), al pescado (0.1%) y a la soya (0.1%). (Scott H, 2010)

3.2 JUSTIFICACIÓN

Dado el incremento que se ha tenido en la última década en los diferentes países en la prevalencia de alergia alimentaria, en nuestro país y a nivel infantil así mismo el conocer la historia natural de la alergia alimentaria, las reacciones adversas, el manejo oportuno, disminuirá el riesgo de reacciones o complicaciones tipo anafilaxia, y permitirá establecer diagnóstico diferencial entre los diferentes alimentos, y entre otras patologías con un comportamiento clínico similar como diarrea crónica infecciosa, reflujo gastroesofágico primario, dispepsia del lactante, es relevante ante este panorama tener una guía básica en el manejo. Además el manejo correcto en una verdadera alergia alimentaria evitará afectación al estado nutricional en los niños, trastornos de alimentación, restricciones de alimentos o aplicación de medicamentos innecesarios, estudios costosos e inoportunos y llegar al diagnóstico correcto.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Alergia Alimentaria en niños forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

Diagnóstico y tratamiento de la alergia alimentaria en niños

- a) Promover que la fase inicial preventiva de la alergia a alimentos se realice de acuerdo a factores de riesgo
- b) Establecer el diagnóstico de alergia alimentaria en niños y adolescentes, considerando sólo a alimentos específicos
- c) Incentivar que el diagnóstico de alergia a alimentos se base principalmente en los antecedentes familiares, las manifestaciones clínicas (probabilidad pre-prueba) y complementariamente en algunos casos específicos en pruebas útiles para identificar reacciones alérgicas cruzadas, mediadas por IgE
- d) Describir los alimentos más comunes que ocasionan alergia alimentaria y reacción cruzada
- e) Describir la valoración nutricional formal para niños con alergia alimentaria

3.4 DEFINICIÓN

Las reacciones adversas a alimentos se refieren a cualquier tipo no deseado de reacciones provocadas por la ingesta de algún alimento y pueden ser mediadas por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos. Las reacciones alérgicas a alimentos definen los efectos adversos en donde participan mecanismos inmunológicos específicos, en la mayoría de los casos anticuerpos IgE, aunque también pueden verse implicados linfocitos T o anticuerpos de otro isotipo. Se entienden como reacciones adversas a alimentos cualquier tipo de intolerancia que incluye desde causas dependientes del alimento a reacciones idiosincrásicas dependientes del individuo. (Blanca M, 2009)(Cuadro1)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

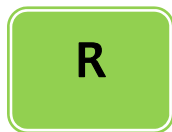
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

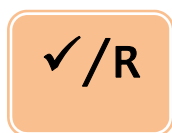
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA







RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Los niños con ambos padres atópicos tienen un riesgo de 60 a 80% de desarrollar alergia, en comparación con los que no tienen ningún antecedente donde el riesgo es 20%</p>	<p>B [E: Shekelle] <i>Prescott SL, 2005</i></p>
 <p>Se debe interrogar sobre factores de riesgo de alergia alimentaria, toda vez que los antecedentes atópicos familiares son el mejor indicador para el desarrollo de alergia alimentaria.</p>	<p>B <i>Food Allergy: a practice parameter, 2006</i></p>
 <p>Evitar alimentos potencialmente alergénicos durante el embarazo y la lactancia no reduce el riesgo de enfermedades alérgicas en los niños</p>	<p>Ib [E: Shekelle] <i>Prescott SL, 2005</i></p>
 <p>Suprimir la ingesta de alimentos potencialmente alergenicos durante el embarazo y la lactancia puede tener efectos dañinos en la nutrición de la madre y el niño además no protege el desarrollo de alergia alimentaria</p>	<p>A [E: Shekelle] <i>Prescott SL, 2005</i></p>

E	Se ha asociado una menor incidencia de enfermedades alérgicas en los lactantes con la introducción tardía de alimentos sólidos	Ia [E: Shekelle] <i>Prescott SL, 2005</i>
R	Puede disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas en lactantes la introducción de huevo y leche de vaca a los 12 meses y cacahuates, nueces y mariscos después de los 2 años, sin afectar su nutrición	B [E: Shekelle] <i>Prescott SL, 2005</i>
E	No es concluyente la eficacia de los probióticos en la alimentación infantil para la prevención de enfermedades alérgicas	Ia <i>Cochrane 2007</i>
R	No está justificado el uso de probioticos en la prevención de enfermedades alérgicas en niños	A <i>Cochrane 2007</i>

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	Existen factores genéticos y ambientales predisponentes para el desarrollo de la alergia alimentaria. Se ha descrito también la asociación con asma y el antecedente de alergia a un alimento	IV [E: Shekelle] <i>Sicherer, SH 2010</i>
E	La urticaria aguda, la urticaria aguda de contacto y el angioedema, son las manifestaciones más frecuentes de alergia alimentaria. La alergia alimentaria se asocia en al menos un tercio de los niños con dermatitis atópica y raramente con urticaria crónica y angioedema	B <i>Food Allergy: a practice parameter, 2006</i>

E

El síndrome de alergia oral (síndrome de alergia alimentaria-pólenes) se manifiesta con prurito orofaríngeo de inicio agudo, a veces con angioedema labial, es poco común que cause anafilaxia. Se presenta unos minutos después del contacto bucal con frutas y vegetales crudos

IV
[E: Shekelle]
Sicherer, SH 2010

E

Las reacciones anafilácticas por alimentos consisten en prurito y eritema generalizado, malestar general, urticaria, disnea, obstrucción bronquial y de las vías aéreas altas e hipotensión. También puede haber síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y dolor abdominal

IV
[E: Shekelle]
Blanca M, 2009

E

Los alimentos que con mayor frecuencia causan reacciones anafilácticas entre la primera y tercera década de la vida son leche de vaca, huevo, pescado, mariscos, vegetales, frutas frescas y secas

IV
[E: Shekelle]
Blanca M, 2009

E

Las manifestaciones respiratorias de reacciones alérgicas alimentarias, como la rinoconjuntivitis, edema laríngeo y asma, pueden ocurrir con o sin síntomas mediados por IgE. Los síntomas respiratorios como única manifestación de alergia alimentaria son raros y se presentan más frecuentemente en lugares de trabajo

B
Food Allergy: a practice parameter, 2006

E

Otras presentaciones clínicas de alergia alimentaria no mediadas por IgE son: esofagitis eosinofílica, proctocolitis, síndrome de enterocolitis y enteropatía (cuadro 2, 3, 4)

IV
[E: Shekelle]
Benhamou AH, 2009

R

El diagnóstico de alergia alimentaria se basa en el interrogatorio, la exploración física, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específica in vitro, dieta de eliminación y prueba de reto alimentario

B
Food Allergy: a practice parameter, 2006

E

El abordaje clínico con un interrogatorio dirigido a los alimentos ingeridos, la exploración física, y el análisis de los resultados de pruebas percutáneas y prueba de reto ayudan a establecer el diagnóstico de alergia alimentaria mediada por IgE

C
Food Allergy: a practice parameter, 2006

4.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

4.2.2.1 PRUEBAS CUTÁNEAS MEDIADAS POR IgE Y PRUEBAS IN VITRO DE IgE ALERGENO-ESPECÍFICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Las pruebas cutáneas con alimentos, por punción, tienen una sensibilidad de 90% y una especificidad de 50%

B
Food Allergy: a practice parameter, 2006



Debido a la baja especificidad de las pruebas cutáneas con alimentos, su indicación diagnóstica debe ser sólo con los alimentos sospechosos

B
Food Allergy: a practice parameter, 2006



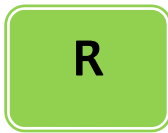
La medición *in vitro* de IgE alergeno-específica tiene menor sensibilidad que las pruebas cutáneas en el diagnóstico de alergia alimentaria

IV
[E: Shekelle]
Li T J, 2002



Las pruebas cutáneas con alimentos son de mayor utilidad clínica que la IgE alergeno-específica *in vitro* en el diagnóstico de alergia alimentaria

D
[E: Shekelle]
Li T J, 2002

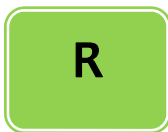


Se recomienda no usar la determinación de la IgE sérica total como diagnóstica de alergia alimentos se sugiere como orientadora de atopia en correlación con la historia clínica

IV

[E: Shekelle]

Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: 2010



Se sugiere que la prueba de parche atópico no sea usado como prueba de rutina en alergia alimentos, solo en caso de alergia alimentos mixta, con manifestaciones de dermatitis atópica, esofagitis eosinofílica o enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos

IV

[E: Shekelle]

Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: 2010



La evidencia recomienda que las pruebas intradérmicas no sean usadas para el diagnóstico de alergia alimentos, por el riesgo de anafilaxia y las falsas positivas.

IV

[E: Shekelle]

Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: 2010

4.2.1.2 PRUEBA DE RETO ORAL CON ALIMENTOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



La prueba de reto oral doble ciego con alimentos, tiene resultados falsos positivos de 0,7% y negativos de 3,2% y se considera la de mayor confiabilidad en el diagnóstico

III

[E: Shekelle]

Caffarelli C, 2001



Debido a su confiabilidad diagnóstica la prueba de reto oral doble ciego con alimentos es conocida como el estándar de oro en el diagnóstico de alergia alimentaria

C

[E: Shekelle]

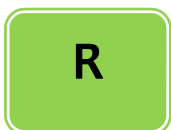
Caffarelli C, 2001



Los pacientes con antecedente de reacción anafiláctica por alimentos tienen alto riesgo de presentar reacciones graves o muerte en nuevas exposiciones

B

Food Allergy: a practice parameter, 2006



La prueba de reto oral con alimentos está contraindicada en pacientes con reacciones anafilácticas por alimentos previas

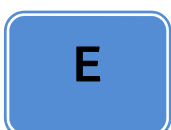
B

Food Allergy: a practice parameter, 2006

4.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Las reacciones alérgicas a alimentos mediadas por IgE, se caracterizan por una relación temporal entre la reacción y la exposición previa al alimento. Las reacciones pueden ser generalizadas o localizadas a un órgano y ser súbita, inesperada, grave y poner en peligro la vida

D

Food Allergy: a practice parameter, 2006



Debido a la diversidad de las manifestaciones clínicas de la alergia alimentaria, el diagnóstico diferencial debe hacerse con reflujo gastroesofágico, enfermedades inflamatorias intestinales, mal absorción, infecciones y otras enfermedades gastrointestinales (cuadro 2, 3, 4)

D

Food Allergy: a practice parameter, 2006

4.4 TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los síntomas y signos de alergia a un alimento específico desaparecen al eliminarlo de la dieta

IV
[E: Shekelle]
Kneepkens F, 2009



El tratamiento de la alergia a un alimento se basa en eliminar el alimento específico de la dieta y aquellos que puedan dar reactividad cruzada (cuadro 5). Se debe realizar la valoración nutricional (cuadro 6) tanto en abordaje como en tratamiento

F
Food Allergy: a practice parameter, 2006



El personal de salud debe considerar en los casos con alergia alimentaria, la posibilidad de que el niño curse también con alergia a proteína de la leche de vaca, principalmente en niños menores de 2 años (ver GPC de manejo de la alergia a proteína de la leche)

F
Food Allergy: a practice parameter, 2006

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

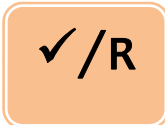
4.5.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

4.5.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Envío de primer a segundo nivel:

1.-Niños en los que los padres refieran la presencia de síntomas respiratorios, cutáneos y gastrointestinales relacionados a la ingesta de un determinado alimento y recurrencia a la reexposición. (pediatría)

2.-Pacientes con dermatitis atópica moderada o grave (dermatología)

3.-Lactantes con dermatitis atópica (dermatología-alergología)

4.-Paciente con antecedentes familiares de atopia y sospecha de alergia alimentaria. (pediatría)

Punto de Buena Práctica

Envío de segundo a tercer nivel

1.-Pacientes con manifestaciones clínicas tales como: vómitos, diarrea, estreñimiento, falla de ganancia ponderal en los que se han descartado otras alteraciones y se sospeche alergia a la proteína de la leche de vaca o bien con persistencia de síntomas a pesar de tratamiento. (gastropediatria) (ver GPC de manejo de la alergia a proteína de la leche)

2.- Cuando existan manifestaciones graves de alergia alimentaria: Síndrome de enterocolitis, síndrome de mala absorción, gastroenteropatía eosinofílica, proctocolitis, anafilaxia. (gastroenterología pediátrica y alergología)

3.-Paciente diagnosticado con alergia alimentaria con dieta de eliminación y persistencia de la sintomatología. (gastroenterología pediátrica y alergología)

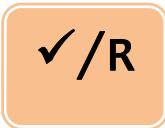
4.-Pacientes que requieran una evaluación periódica dada la gravedad de la sintomatología (gastroenterología pediátrica y alergología)

5.-Pacientes que requieran realización de pruebas de reto o prueba de tolerancia (alergología y gastroenterología pediátrica)

6.-Cuando existan dietas excesivamente limitadas al considerarse más de un alimento como causantes de la sintomatología y que puedan comprometer nutricionalmente al paciente. (gastropediatria y nutrición)

7.-Cuando se sospeche que existan manifestaciones relacionadas a alergia alimentaria que requieran la realización de pruebas diagnósticas para su confirmación, principalmente con factores de riesgo asociados. (alergología)

8.-Casos de asma persistente, rinitis alérgica no controlada



Punto de Buena Práctica

Tercero a segundo nivel

1.-Pacientes que se encuentren con control de la sintomatología pero que requieran un monitoreo periódico de su ganancia ponderal.(pediatría)

2.-Para vigilancia y seguimiento de la enfermedad (pediatría)



Punto de Buena Práctica

Segundo a primer nivel

1.-Pacientes con alergia alimentaria en control de su sintomatología y sin afectación ponderal (medicina familiar)

2.-Pacientes pediátricos con desarrollo de tolerancia al alimento alergénico, para el control de paciente sano (medicina familiar)

5. ANEXOS

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A ALIMENTOS

- A) Inmunológicas**
- 1.-Reacciones mediadas por IgE (anafilaxia)
- a) Reacciones sistémicas medidas por IgE (anafilaxia)
 - I) Reacciones de presentación inmediata
 - II) Reacciones de presentación tardía
 - b) Reacciones gastrointestinales medidas por IgE
 - I) Síndrome de alergia oral
 - II) Alergia gastrointestinal inmediata
 - c) Reacciones respiratorias medidas por IgE
 - I) Rinitis
 - II) Asma secundaria a la ingesta de alimentos
 - III) Asma secundaria a la inhalación de alimentos (ejemplo: asma ocupacional)
 - d) Reacciones cutáneas medidas por IgE
 - I) Reacciones de presentación inmediata
 - Urticaria aguda o angioedema
 - Urticaria por contacto
 - II) Reacciones de presentación tardía
 - Dermatitis atópica
- 2.-Reacciones inmunológicas a alimentos no mediadas por IgE
- a) Reacciones gastrointestinales
 - I) Colitis y enterocolitis inducida por alimentos
 - II) Síndrome de malabsorción
 - III) Enfermedad celiaca
 - IV) Cólico infantil
 - b) Reacciones cutáneas
 - I) Dermatitis herpetiforme
 - II) Dermatitis alérgica por contacto
 - c) Reacciones pulmonares
 - I) Hemosiderosis pulmonar inducida por leche de vaca
- B) No inmunológicas, No tóxicas**
- 1.- Intolerancia
- a) Enzimática o metabólica
 - I) Intolerancia a la lactosa
 - II) Malabsorción de carbohidratos
- C) Reacciones a alimentos con etiología no claramente inmunológica**
- 1.- Anafilaxia inducida por ejercicio dependiente de alimentos
 - 2.-Reacciones a aditivos alimentarios
 - 3.-Esofagogastroenteropatía eosinofílica
- D) Tóxicas**
- 1.-Bacteriana (ejemplo: envenenamiento por alimentos)
 - 2.-Farmacológica
- E) Reacciones no claramente relacionadas a la ingesta de alimentos**
- 1.-Síndrome de colon irritable
 - 2.-Enfermedad inflamatoria intestinal crónica

CUADRO 2. MANIFESTACIONES DIGESTIVAS DE ALERGIA ALIMENTARIA MEDIADAS POR IGE O MIXTAS

Trastorno	Síntomas	Complicaciones	Pruebas diagnósticas	Evolución	Tratamiento
Proctocolitis	En lactantes sangrado rectal con moco	Puede existir anemia	Dieta de eliminación en la madre o fórmula extensamente hidrolizada Biopsia colónica si hay falla de tratamiento. Coprocultivo	Resolución en 6 a 12 meses	Dieta de eliminación Prueba de reto a los 6 meses
Esofagitis eosinofílica	Regurgitaciones, reflujo, alergia disfagia ,rechazo al alimento, vómito, dolor epigástrico	Falla de crecimiento, pérdida de peso, estenosis esofágica	Endoscopia, biopsias, pruebas cutáneas, fórmula de aminoácidos, pruebas de provocación	Habitualmente larga duración	Dietas de eliminación, esteroides tópicos (deglutidos) o sistémicos
Gastroenteritis alérgica eosinofílica	Lactantes, niños y adolescentes	Síntomas crónicos o intermitentes de dolor abdominal, vómito, pérdida de apetito, falla de crecimiento, pérdida de peso, anemia, enteropatía perdedora de proteínas	Historia clínica. Pruebas cutáneas positivas (50% de los casos), Pobre correlación con síntomas. Dietas de eliminación, endoscopias , biopsias	Habitualmente larga duración	Dietas de eliminación, esteroides tópicos (deglutidos) o sistémicos
Síndrome de enterocolitis	Vómito intratable, diarrea 2 a 4 horas posterior a la ingesta	Leucocitosis, choque hipovolémico, acidosis metabólica, hipotensión	Historia clínica, pruebas cutáneas, prueba de reto oral	Niños: resolución a los 2 -5 años. Adultos: resolución ó persistencia	Dietas de eliminación seguidas por pruebas de reto oral
Enteropatía sensible a gluten	Diarrea crónica, Mal absorción, distensión abdominal, flatulencia, úlceras orales, dermatitis herpetiforme	Anemia, Hipoalbuminemia, falla de crecimiento	Endoscopias, biopsias diagnósticas con atrofia de vellosidades Anticuerpos Antitransglutaminasa y antigliadina	Resolución al retiro del gluten de la dieta. Recaída con el reto oral	Dietas de eliminación libre de gluten

CUADRO 3. MANIFESTACIONES DE ALERGIA ALIMENTARIA EN PIEL Y MUCOSAS

Trastorno	Grupo de edad	Características	Diagnóstico	Pronóstico y evolución
Mediadas por IgE				
Urticaria aguda y Angioedema	Cualquier edad	Prurito, ronchas de minutos a 2 horas después de la ingesta del alimento	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergenoespecíficas <i>in Vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable, dependiente del alimento, leche, soya huevo y trigo con habitual remisión Cacahuete. nueces, semillas y mariscos tienden a persistir
Urticaria crónica y angioedema	Cualquier edad	Ronchas y eritema por más de 6 semanas , sólo el 2% causado por alimentos	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergenoespecíficas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable
Mediadas por IgE y por células				
Dermatitis atópica	Lactantes y niños, inicia antes de los 5 años en el 90% de los casos	Prurito, rash vesiculopapular generalizado en lactantes, localizado a áreas de flexión en niños mayores ,alergia alimentaria en 35% de los casos moderados/graves	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alergenoespecíficas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	60 a 80% mejoría significativa o se resuelve en la adolescencia
Mediada por células				
Dermatitis por contacto	Cualquier edad, más común en adultos	Prurito, rash eczematoso frecuentemente en manos y cara a menudo en contacto ocupacional con alimentos	Historia clínica y prueba del parche	Variable
Dermatitis herpetiforme	Cualquier edad	Prurito, rash vesicular, en superficie de extensión y glúteos	Biopsia diagnóstica, depósito de IgA en la unión dermoepidérmica. Se resuelve con dieta libre de gluten	De por vida

CUADRO 4. MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS DE ALERGIA ALIMENTARIA

Trastorno	Grupo de edad	Características	Diagnóstico	Evolución y pronóstico
Mediadas por IgE				
Rinoconjuntivitis alérgica	Cualquier edad	Prurito ocular, inflamación, lagrimeo, prurito nasal, congestión, rinorrea, minutos posterior a la ingesta o inhalación del alérgeno, a veces con manifestaciones cutáneas o gastrointestinales	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i>	Variable
Exacerbación asmática	Cualquier edad	Tos, sibilancias, disnea, relacionadas a la ingesta o inhalación del alérgeno, alto riesgo de anafilaxia grave	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral si es necesario	Variable
Mediado por IgE y por células				
Asma	Cualquier edad	Tos, sibilancias, disnea, la alergia alimentaria es un riesgo de intubación en niños con asma	Interrogatorio, pruebas cutáneas, IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , reto oral	Variable
Presumiblemente mediada por IgG				
Hemosiderosis pulmonar (Síndrome de Heiner)	Lactantes y niños	Tos crónica, hemoptisis, infiltrados pulmonares, sibilancias, anemia, alergia a proteínas de leche de vaca	Interrogatorio, pruebas cutáneas o IgE alérgeno-específicas <i>in vitro</i> , prueba de reto oral, biopsias pulmonares con depósitos de IgG e IgA	Desconocido

Modificado de Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Adverse reactions to foods. Med Clin N Am 2006;90:97-127

CUADRO 5. RIESGO DE REACCIONES ALÉRGICAS POR REACTIVIDAD CRUZADA ENTRE ALGUNOS ALIMENTOS

Si es alérgico a :	Riesgo de reacción al menos a uno de éstos:	Riesgo
Leguminosas: Cacahuete	Otras leguminosas: Chícharos , lentejas y frijol	5%
Nueces	Otros frutos secos : nuez del Brasil, avellana, nuez de la India	37%
Pescado : Salmón	Otros pescados: Pez espada	50%
Mariscos: Camarón	Otros mariscos: Cangrejo, langosta	75%
Cereales: Trigo	Otros cereales : Arroz,	20%
Leche de vaca	Carne de res: hamburguesas	10%
Leche de vaca	Leche de cabra	92%
Leche de vaca	Leche de yegua	4%
Polen: Ambrosía y abedul	Frutas y vegetales: manzana, durazno y melón chino	55%
Durazno	Otros frutas: manzana, cereza, pera	55%
Melón	Otras frutas: sandía, plátano y aguacate	92%
Látex: Guantes	Frutas: Kiwi, plátano y aguacate	35%
Frutas : como kiwi, aguacate, plátano	Látex: Guantes	11%

Sicherer SH. Clinical Implication of Cross Reaction Food Allergens. J A Clin Immunol 2001;108:881-890

CUADRO 6. VALORACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS CON ALERGIA ALIMENTARIA

La valoración nutricional debe ser individualizada con el fin de corregir cualquier deficiencia previa (energética, de macro y/o de micronutrientes) que pueda afectar el crecimiento y desarrollo

Somatometría: Peso, talla, relación peso/talla, índice de masa corporal.

Antropometría: Pliegues bicipital y tricipital, circunferencia media del brazo, circunferencia cefálica

Exploración física: Búsqueda de signos de deficiencias nutricionales (palidez de mucosas, rosario costal, uñas, piel, hiperqueratosis, etc.)

Exámenes complementarios nutricionales: Al iniciar la dieta, y de manera especial en los pacientes en los que su estado nutricional no es óptimo, y de seguimiento, debe efectuarse un estudio basal con biometría hemática y bioquímica sanguínea nutricional básica (albúmina, prealbúmina, ferritina, sideremia, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas).

Debe hacerse la determinación de aquellos nutrientes sugeridos por su ingesta deficiente y/o signos físicos patológicos en la exploración física.

Valoración de la dieta: Si es un lactante que sólo recibe una fórmula láctea hay que saber el volumen que habitualmente ingiere, lo cual sirve de base para calcular los aportes energéticos que recibe de las fórmulas de sustitución.

En lactantes que reciben alimentación complementaria y en niños mayores debe realizarse un recordatorio dietético mediante encuesta de 3 a 7 días que permite conocer si previamente la dieta es equilibrada o hay que sospechar un déficit en determinados nutrientes.

Identificación del alérgeno: Se basa en la historia dietética y registro de síntomas-alimentos.

Añadir alimento(s) sospechosos a la dieta a intervalos de 4 a 5 días para verificar reacciones adversas o tolerancia, monitorizados por nutriólogos.

Usar fórmula monomérica (*elemental*) en una prueba de reto oral, aplicada por médicos alergólogos, en condiciones controladas de hospitalización, sólo cuando se tolere un número muy limitado de alimentos.

Diseño de dieta: Debe excluir el alimento o alimentos agresores pero debe asegurar las necesidades nutricionales del niño.

Se debe validar una terapia protocolar médico-nutricional.

Dalmau Serraa J, Martorell Aragonés A; Nutrition Committee of the Spanish Paediatrics Association.

Cow milk protein allergies: primary prevention. Nutritional aspects. *An Pediatr (Barc)* 2008;68(3):295-300

Butkus SN, Mahan Lk. Food Allergies: immunological reactions to foods. *J.Am Diet Assoc.* 1986; 86:601-608

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica (DynaMed, MDConsult, NGC, SIGN, tripdatabase), para las revisiones sistemáticas y meta-análisis se utilizó la base de datos de la biblioteca Cochrane y tripdatabase

Criterios de inclusión:

Publicados durante los últimos 10 años.
Documentos enfocados alergia a alimentos

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Se inició con la búsqueda de guías de práctica clínica relacionadas con el tema. La búsqueda fue limitada a humanos, menores de 18 años, documentos publicados durante los últimos 05 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y de acceso libre. Se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Food allergy. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, epidemiology, management.

Resultados

Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 12 GPC, de los cuales se seleccionaron cinco que se consideraron potencialmente útiles para la elaboración de la guía.

Ficha	TDB	NGC	MDC	DM	Utilidad potencial	Excluidas
National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) guidelines on diagnosis and management of food allergy in United States 2010 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134576?dopt=Abstract	x	x		x	x	
Finnish Medical Society Duodecim evidence-based guideline on pediatric food hypersensitivity and allergy can be found at National Guideline Clearinghouse 2008 Oct 27:12792 http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12792#Section420	x	x		x	x	
American Gastroenterological Association (AGA) medical position statement on evaluation of food allergies can be found in Gastroenterology 2001 Mar;120(4):1023	x		x	x		Excluida por ser del 2001
Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology practice parameters for food allergy can be found in Ann Allergy Asthma Immunol 2006 Mar;96(3 Suppl 2):S1 or at National Guideline Clearinghouse 2006 Jul 31:9218	x		x	x		Enfocada en asma
American Academy of Pediatrics (AAP) guideline on effects of early nutritional interventions on development of atopic disease in infants and children can be found in Pediatrics 2008 Jan;121(1):183 or at National Guideline Clearinghouse 2009 May 18:13437 , commentary can be found in J Fam Pract 2008 Apr;57(4):220		x	x	x		Enfocada en dermatitis atópica
AAP clinical report on management of food allergy in school setting can be found in Pediatrics 2010 Dec;126(6):1232			x	x		Enfocada a ambito escolar
American Academy of Allergy, Asthma and Immunology guideline on oral food challenge testing can be found in J Allergy Clin Immunol 2009 Jun;123(6 Suppl):S365			x	x		Sin acceso libre
British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) guidelines on management of egg allergy can be found at Clin Exp Allergy 2010 Aug;40(8):1116						Enfocada a alergia al huevo
French Society for Allergy and Clinical Immunology/ French Pediatric Society for Allergy and Pulmonology (SFAIC)/(SP2A) Workgroup guideline on oral food challenge in children can be found in Eur Ann Allergy Clin Immunol 2009 Apr;41(2):35	x		x	x		Frances
Spanish Society of Allergology and Clinical Immunology guideline on clinical usefulness of determination of specific immunoglobulin E to foods can be found in J Investig Allergol Clin Immunol 2009;19(6):423				x	x	
Research group on food allergy (funded by Ministry of Health, Labour and Welfare) 2008 guideline can be found at Minds guideline listing (医療情報サービスマイルズ) [Japanese 日本語]				x		Japones
Singapore Ministry of Health (SMOH) clinical practice guideline on management of food allergy can be found at SMOH 2010 Jun PDF				x	x	
Chapman JA, Bernstein IL, Lee RE, et al. Food allergy: a practice parameter. Ann Allergy 2006;96:51-568	x	x	x		x	

TripDatabase: TDB

National Guidelines Clearinghouse: NGC

MDCConsult: MDC

DynaMed: DM

Seleccionadas para la adaptación:

a) Chapman JA, Bernstein IL, Lee RE, et al. Food allergy: a practice parameter. *Ann Allergy* 2006;96:S1-S68

b) National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) guidelines on diagnosis and management of food allergy in United States 2010
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134576?dopt=Abstract>

Durante la validación se revisó la GPC NICE del año 2011 "Food allergy in children and young people. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings. No se encontraron modificaciones sustantivas.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13348/53214/53214.pdf>

Segunda etapa

Se utilizaron las bases de datos de OVID, MDConsult, Tripdatabase, Science Direct, Dynamed, Pubmed obteniéndose la bibliografía que posteriormente se seleccionó en función de su validez para incluirse en la revisión. (Ver cuadro de clasificación bibliografía).

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

a) Escala de Shekelle modificada clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas, y revisiones clínicas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

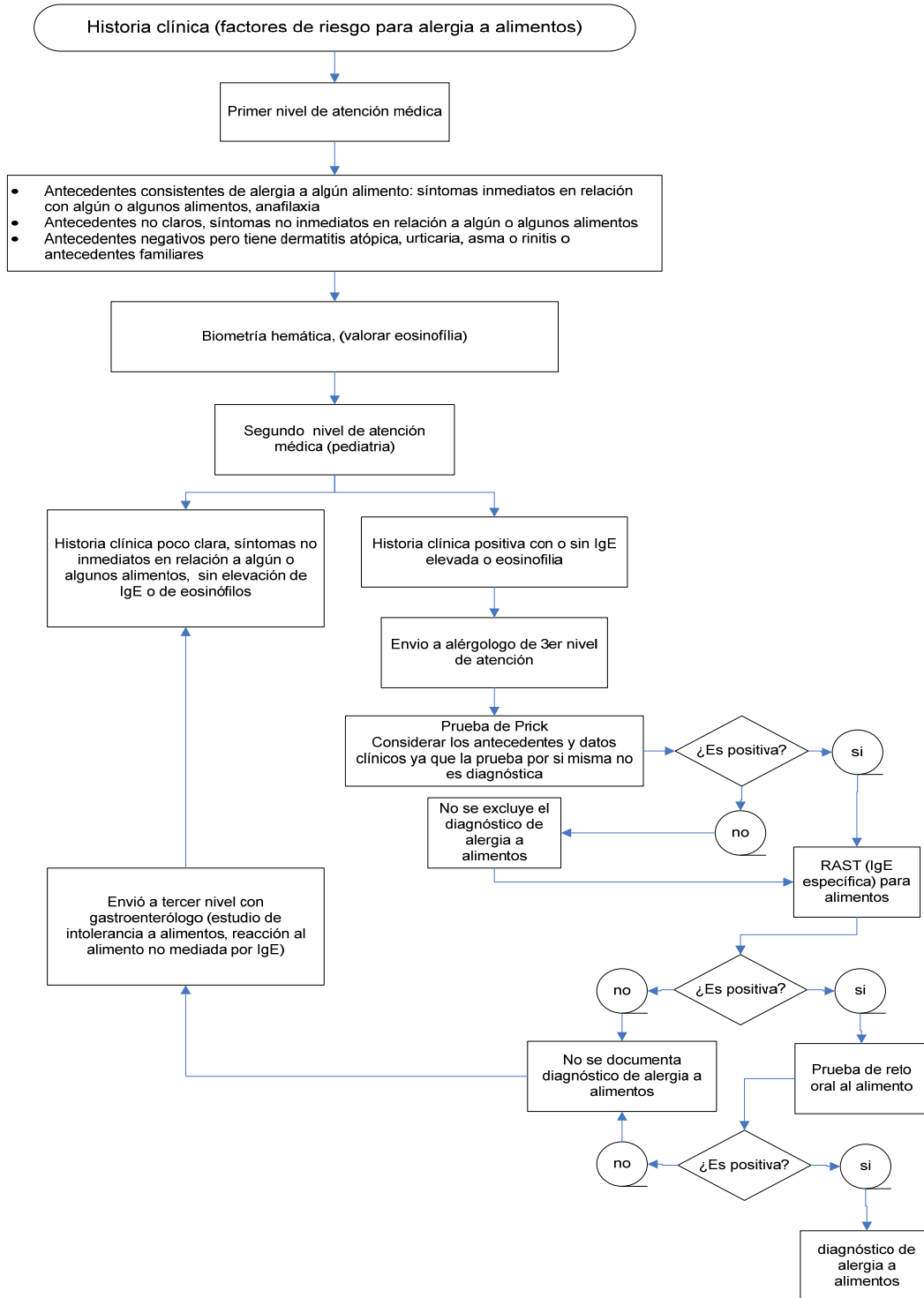
Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 3:18:593-59

b) Sistema modificado de la GPC "Food Allergy: a practice parameter"

Nivel de Evidencia/recomendación	Significado
A	Proveniente directamente de meta-análisis o ensayo(s) clínicos controlado(s) y aleatorizado(s)
B	Proveniente directamente de ensayos controlados sin aleatorizar o estudios cuasiexperimentales. Indirectamente de evidencia nivel A
C	Proveniente directamente de estudios descriptivos no experimentales tales como estudios comparativos, estudios de correlación o casos y controles. Indirectamente de evidencia nivel A "o" B
D	Proveniente directamente de comités de expertos, opiniones, experiencia clínica o autoridades respetadas en la materia. Indirectamente de evidencia nivel A, B "o" C
E	Proveniente directamente de estudios basados en laboratorio

Modificado de: Chapman JA, Bernstein IL, Lee RE, et al. Food allergy: a practice parameter. Ann Allergy 2006;96:S1-S68

5.3 ALGORITMO



6. GLOSARIO

Alergia alimentaria: Las reacciones alérgicas a alimentos definen los efectos adversos en donde participan mecanismos inmunológicos específicos, en la mayoría de los casos anticuerpos IgE, aunque también pueden verse implicados linfocitos T o anticuerpos de otro tipo

Angioedema: también conocido por su epónimo edema de Quincke y por el término antiguo edema angioneurótico, se caracteriza por la rápida tumefacción (edema) de la piel, las mucosas y los tejidos submucosos

Asma: es una enfermedad crónica broncopulmonar caracterizada por tos, disnea y sibilancias asociadas a obstrucción e hiperreactividad de las vías aéreas

Atopia: Mecanismo inmunológico que presentan las enfermedades alérgicas constituyendo un grupo de trastornos mediados por el efecto y acción de anticuerpos IgE sobre las células

Esofagitis eosinofílica: Trastorno clínico patológico primario caracterizado por síntomas esofágicos o del tracto digestivo alto relacionados a biopsias de la mucosa esofágica con más de 15 eosinófilos intraepiteliales por campo de alto poder

Gastroenteropatía eosinofílica: Entidad caracterizada por infiltración eosinofílica a nivel de la mucosa, muscular o serosa en diferentes territorios del tubo digestivo, dando manifestaciones gastrointestinales diversas

Probióticos: Microorganismos vivos administrados en adecuadas cantidades los cuales confieren beneficios a la salud del huésped

Proctocolitis alérgica: Padecimiento que se presenta típicamente en los primeros meses de vida y caracterizado por la presencia de hematoquexia y ocasionalmente con disminución de la consistencia de las evacuaciones y presencia de moco en las mismas, asociada a un proceso inflamatorio a nivel de colon y recto con hallazgos patológicos de inflamación focal aguda, erosiones intraepiteliales e infiltrado eosinofílico de la lámina propia, epitelio y lamina muscularis

Prueba de reto oral doble ciego: Procedimiento diagnóstico en el cual el alimento alergénico es gradualmente ingerido, generalmente bajo la supervisión médica, de manera cegada y utilizando un diseño controlado con placebo para prevenir errores en la interpretación

Pruebas cutáneas con alimentos: Conocidas también como pruebas de PRICK o de punción, es una modalidad diagnóstica que permite identificar las respuestas de hipersensibilidad mediadas por Inmunoglobulina E contra alimentos específicos, observando la formación de roncha y eritema mayor a 3 mm de diámetro, después de la administración percutánea del alérgeno a través de una lanceta u otro objeto punzante

Reacción de Anafilaxia por alimentos: Es la forma más severa de alergia mediada por Inmunoglobulina E, se define como una reacción de alergia a los alimentos que involucra dos o más órganos o sistemas

Reacción adversa a alimento: se refiere a cualquier tipo no deseado de reacciones provocadas por la ingesta de algún alimento y pueden ser mediadas por mecanismos inmunológicos o no inmunológicos.

Rinoconjuntivis alérgica: Se define al proceso inflamatorio que afecta a la mucosa nasal y a la conjuntiva de los ojos, cuya causa es la hipersensibilidad a diferentes sustancias presentes en el ambiente

Síndrome de enterocolitis asociada a proteínas alimentarias: Padecimiento observado en los primeros meses de vida caracterizado por irritabilidad, vómito persistente y diarrea, en ocasiones asociado a estado de choque, anemia, distensión abdominal y falla de crecimiento

Síndrome de enteropatía sensible al gluten (enfermedad celiaca): Padecimiento secundaria al consumo de gluten en la dieta con una afectación de las microvellosidades intestinales e hiperplasia de las criptas, con manifestaciones clínicas diversas, principalmente de malabsorción

Síndrome de la alergia oral: Forma alergia por contacto a frutos y vegetales crudos, confinado a las membranas mucosas orofaríngeas y que afecta a individuos alérgicos a los polenes, se caracteriza por una rápida instalación de prurito, hormigueo y angioedema labial, lengua, paladar y garganta

Tolerancia: Se define como la ausencia específica de respuesta inmune frente a un antígeno, ya sea propio o extraño, inducida por el contacto previo con dicho antígeno

Urticaria: es una enfermedad de la piel caracterizada por lesiones cutáneas edematosas, de contornos delimitados y con un halo eritematoso, generalmente evanescentes y cambiantes. La urticaria va acompañada, generalmente, de prurito.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Committee on nutrition .Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106:346-349
2. Benhamou AH, Schappi Tempia MG, Belli DC. An Overview of Cows Milk Allergy in Children. *Swiss Med Wkly* 2009;139 (21-22):300-307
3. Bindslev-Jensen C, Ballmer-Weber B K, Bengtsson U, et al Standardization of Food Challenges in Patients With Immediate Reactions to Foods: Position Paper From The European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy* 2004;59:690-697
4. Blanca M. Reacciones Alérgicas a Alimentos. *Medicine*. 2009;10(34):2257-2263
5. Boissieu D, Dupont C. Time course of allergy to extensively hydrolyzed cow's milk proteins in infants. *J Pediatr*. 2000;136:119 –120
[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(00\)90063-5/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(00)90063-5/abstract)
6. Caffarelli C, Petroccione T. False Negative Food Challenges in Children UIT Suspected Food Allergy. *Lancet* 2001;358:1871-1872
7. Chapman JA, Bernstein IL, Lee RE, et al. Food allergy: a practice parameter. *Ann Allergy* 2006;96:S1-S68
8. Dalmau Serraa J, Martorell Aragonés A; Nutrition Committee of the Spanish Paediatrics Association. Cow milk protein allergies: primary prevention. Nutritional aspects. *An Pediatr (Barc)* 2008;68(3):295-300
<http://www.elsevier.es/en/node/2062064>
9. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States. Summary of the NIAID sponsored Expert Panel Report. *J Allergy Clin Immunol* December 2010
<http://www.niaid.nih.gov/topics/foodAllergy/clinical/Documents/FAGuidelinesExecSummary.pdf>
10. Kneepkens F, Meijer Y. Clinical practice. Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. *Eur J Pediatr* 2009;168:891-896
11. Li T J. Allergy Testing. *American Fam Phys* 2002; 66: 621-624
12. Nowak-Wegrzyn A, Sampson HA. Adverse reactions to foods. *Med Clin N Am* 2006;90:97-127
13. Osborn DA, Sinn JKH. Prebiotics in infants for prevention of allergic disease and food hypersensitivity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006474. DOI: 10.1002/14651858.CD006474.pub2
14. Prescott SL, Tang MLK. The Australian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. *MJA* 2005;182:464-467
15. Scott H, Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125:S116-125
16. Sicherer SH, Sampson HA. Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125:S116-125

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuel Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente