



Restauración Colectiva

*El portal de referencia para los profesionales del sector*

Te encuentras en Inicio / Secciones / Higiene e inocuidad alimentaria /

Campamentos de verano: ¿están preparados para atender a las niñas y niños alérgicos?

## Campamentos de verano: ¿están preparados para atender a las niñas y niños alérgicos?

Lunes, 17 de julio 2017

**Según advierte la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (Seicap), la mayoría de campamentos de verano no están preparados para atender a los niños y niñas alérgicos y asmáticos, ya que carecen de personal formado, de protocolos de actuación en caso de anafilaxia, e incluso de adrenalina en el botiquín. Un estudio realizado en campamentos confirma que el 2,5% de los niños eran alérgicos y, de ellos, uno de cada cinco a varios alimentos.**

Con el incremento de las alergias alimentarias en la población infantil, *“cada vez es más frecuente que en los campamentos haya niños con este problema que limita su calidad de vida y la convivencia con otros niños”*, subraya el doctor **Juan Carlos Juliá**, coordinador del Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria de la [Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica \(Seicap\)](#). De hecho, un estudio realizado en campamentos publicado en *‘The journal of allergy and clinical immunology’* confirma que el 2,5% de los niños tenían esta enfermedad y, de ellos, uno de cada cinco a varios alimentos. Por otro lado, también concluye que estos centros no tienen disponibles autoinyectores de adrenalina para los niños alérgicos a alimentos y que, además, más de la mitad de ellos no lo llevó de casa. *“Hay que tener en cuenta que el riesgo de ingesta accidental en estos lugares es bastante alto con lo que el peligro de sufrir anafilaxia es mayor. Por eso es imprescindible contar con protocolos de prevención para evitar accidentes y con dos autoinyectores de adrenalina en los botiquines para usar en caso de emergencia”*, advierte el doctor.

Las medidas de prevención recomendadas por Seicap para que los campamentos de verano cumplan unas mínimas garantías de seguridad para los niños con alergias a alimentos, contemplan designar a un grupo de personas específico para su cuidado. *“El personal encargado debe conocer el historial completo del menor, donde se especifique el tratamiento a seguir, custodiar la medicación y saber utilizarla en caso de anafilaxia”*, advierte Juan Carlos Juliá. Lo más importante *“es estar preparados y prevenir que los accidentes sucedan. Con un personal de cocina informado sobre las dietas especiales que tiene que hacer, y cómo deben preparar los platos, y unos monitores formados en alergias alimentarias se puede conseguir”*, asegura. Aun así, añade, *“lo ideal sería que los campamentos tuvieran personal sanitario cuando cuenten con casos de enfermedades crónicas de este tipo”*. Sin embargo, un análisis de 30 páginas web de campamentos realizado por Seicap el pasado año, permitió comprobar que solo el 23% disponía de servicio de enfermería y, de ellos, solo una quinta parte tenía una enfermera. La formación del personal incluirá tanto una orientación para llevar a cabo la dieta de evitación, como la identificación de los síntomas y medidas de actuación en caso de reacción.

### ¿Cómo actuar en caso de anafilaxia?

La Seicap insiste en que es fundamental tener un protocolo para estos casos puesto que puede salvar vidas. *“Ya hemos visto casos en los que, por no actuar con conocimiento y rapidez, los niños han perdido la vida al tomar un alimento al que eran alérgicos”*, advierte el doctor **Carlos Sánchez Salguero**, coordinador del Grupo de Trabajo de Anafilaxia de la Seicap. Sin embargo, *“muchos campamentos no tienen formados a sus monitores, no disponen de servicio de enfermería o su localización en zonas rurales, no deja otra alternativa que llevar al menor al centro de salud más cercano”*, indica. En cuanto a la asistencia sanitaria, el análisis de Seicap comprobó que sólo uno de cada tres informa sobre la localización de los centros de salud o de urgencias hospitalarias más próximos e incluso un porcentaje menor indica la disposición de vehículos de apoyo para emergencias. Para facilitar la atención y detección de la anafilaxia infantil en casos como éstos, el Grupo de Trabajo de Anafilaxia ha desarrollado el *Manual de anafilaxia pediátrica*. Se trata de una guía destinada a todos los profesionales sanitarios que trabajan con niños.

La anafilaxia es una de las situaciones agudas más graves en pediatría, definida por la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) como una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. *“Se caracteriza por la asociación de síntomas que afectan de manera simultánea a varios órganos: la piel y el aparato respiratorio, digestivo y cardiovascular”*, subraya el doctor Sánchez Salguero. Hay que tener en cuenta que los adolescentes se encuentran entre los que más asisten a campamentos y, también *“entre los que más muertes por anafilaxia se han descrito, sobre todo por causa alimentaria. Por tanto, es fundamental prestar mucha atención durante su estancia allí para evitar cualquier accidente”*, afirma.

En pediatría, la anafilaxia tiene ciertas peculiaridades ya que puede presentar características diferentes en función de las edades de los niños tanto en los desencadenantes, como su manifestación o pronóstico. *“Por ello hemos desarrollado un manual que va a permitir mejorar el diagnóstico y el tratamiento del menor con anafilaxia”*, explica el doctor Sánchez Salguero. En el mismo se incluye

el [Decálogo de Anafilaxia Pediátrica](#) con los siguientes puntos:

1. La anafilaxia es la reacción alérgica más grave que puede producirse, se instaura rápidamente y puede ser mortal.
2. La prevalencia de anafilaxia en niños está aumentando considerablemente.
3. Los desencadenantes más importantes de anafilaxia en niños son los alimentos (leche, huevo, frutos secos y pescados), picaduras de himenópteros (avispa y abeja) y fármacos (beta-lactámicos).
4. Los síntomas aparecen generalmente en las primeras dos horas tras la exposición al alérgeno. Los síntomas cutáneos son los que aparecen con mayor frecuencia, pero suelen haber dos o más órganos afectados.
5. El diagnóstico de la anafilaxia es fundamentalmente clínico, aunque en algunos casos pueden ser de utilidad determinaciones de laboratorio (triptasa).
6. El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular a dosis de 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg) y debe administrarse en la parte lateral del muslo, lo más precozmente posible.
7. Todo niño que ha sufrido una anafilaxia debe ser remitido al hospital y permanecer durante unas horas en observación. Al alta será derivado a una Unidad de Alergia Pediátrica de modo preferente para poder ser evaluado.
8. Tras sufrir una anafilaxia el pediatra deberá prescribir al niño al menos dos autoinyectores de adrenalina y enseñarle su manejo. El niño y/o su familia lo deberán llevar siempre consigo.
9. El pediatra le indicará por escrito las medidas necesarias dirigidas a prevenir el riesgo de anafilaxia, y le dará un protocolo de actuación en caso de que se produzca una reacción, tanto para el paciente y su familia como para el colegio.
10. El niño alérgico deberá estar siempre identificado y controlado en el colegio y su entorno, debiendo estar adiestrados los profesores en el manejo del autoinyector de adrenalina. Es recomendable llevar una placa o pulsera con código QR identificando las alergias.

### Noticias Relacionadas

- [Vital en colectividades: ¿cómo administrar la adrenalina en caso de reacción alérgica?](#)
- [Consejos para la producción de menús basales y menús sin alérgenos en una misma cocina](#)
- [La falta de formación en algunos comedores escolares pone en riesgo a los niños alérgicos](#)
- [Colonias de verano y alergias alimentarias; la clave está en prevenir, planificar e integrar](#)