



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil

PROTOCOLO

**MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA
EN ATENCIÓN PRIMARIA
COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN
SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD
DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR – MATERNO INFANTIL**



Revisión 0


**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES
CON SOSPECHA/DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A LAS
PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

Modificaciones respecto a la versión anterior

COMO SU NOMBRE INDICA EN ESTE APARTADO IRÁN LAS MODIFICACIONES QUE SE HAGAN SOBRE
ESE DOCUMENTO
EJEMPLO: SE MODIFICA EL APARTADO 2


CÓDIGO DEL DOCUMENTO

Avda. Marítima del Sur, s/n
35016 – Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 44 40 00
Telf.: 928 44 45 00

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

ÍNDICE

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO	
3.1 INTRODUCCIÓN	3
3.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	4
3.3 DIAGNÓSTICO	6
3.4 ALGORITMO DIAGNÓSTICO	8
3.5 TRATAMIENTO	9
3.6 ALGORITMO TERAPEÚTICO	12
3.7 PRONÓSTICO	12
4. BIBLIOGRAFÍA	13
5. GRUPO DE TRABAJO	13
6. ANEXOS	14

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

1. OBJETIVO

Se trata de ofrecer a los profesionales una herramienta de trabajo que unifique criterios y disminuya la variabilidad en la atención a los niños y niñas con sospecha o confirmación diagnóstica de Alergia a las Proteínas de la Leche de Vaca (APLV)

2. ALCANCE


El ámbito de aplicación de este protocolo incluye a los profesionales sanitarios involucrados en la atención al paciente durante el periodo de la infancia y adolescencia; y los niños y niñas de 0 a 14 años de las Áreas de Salud de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura

3. CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO

3.1 INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria se define como efecto adverso que surge de una respuesta inmunológica específica, que se reproduce tras la exposición a un alimento. Según un estudio realizado en nuestro país¹ la alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) ocupa el tercer lugar como causa de alergia alimentaria, después del huevo y el pescado. Sin embargo, es la alergia más frecuente en menores de 3 años de edad con una prevalencia en torno al 2% en el primer año de vida, cayendo a < 1% en los mayores de 6 años.²

La leche de vaca contiene más de 40 proteínas y todas ellas pueden actuar como antígeno, aunque las más comúnmente implicadas son las caseínas y seroproteínas (Beta-lactoglobulina y Alfa-lactoalbúmina). La Beta-lactoglobulina es una proteína que no existe en la especie humana, aunque se encuentra en la leche materna en pequeñas cantidades, procedentes de la ingesta materna.

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

3.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS


La APLV puede producir una gran variedad de síntomas de diferente intensidad que, generalmente, se presentan durante el primer año de vida, siendo excepcional que se manifiesten después de esta edad.

Las reacciones inmunes que presentan los pacientes con APLV pueden ser: **mediadas por IgE, no mediadas por IgE o mixtas.**

Asimismo, podemos diferenciar entre reacciones inmediatas o tardías. **Las reacciones inmediatas** ocurren entre pocos minutos hasta 2 horas después de la ingesta y habitualmente son mediadas por IgE. **Las reacciones tardías** se manifiestan después de varias horas hasta varios días tras la ingesta y suelen ser producidas por un mecanismo inmune no mediado por IgE. En ocasiones, podemos ver en un mismo paciente combinaciones de reacciones inmediatas y tardías.

Las manifestaciones clínicas relacionadas con las reacciones alérgicas de tipo inmediato incluyen síntomas cutáneos, gastrointestinales, respiratorios, anafilaxia. ² Los síntomas cutáneos se observan más frecuentemente en reacciones IgE mediadas (a excepción de la exacerbación del eczema atópico); por el contrario, los síntomas gastrointestinales suelen ocurrir como resultado de reacciones no IgE mediadas (excepto los vómitos que acompañan a un cuadro agudo de APLV).

3.2.1 Reacciones alérgicas inmediatas. En la mayoría de los pacientes **los síntomas cutáneos** son eritema, con o sin urticaria aguda, o angioedema. En otros pacientes se producen reacciones locales, como eritema peri oral tras la ingesta del alimento, eritema o urticaria localizados en zonas de la piel donde han tenido un contacto accidental con leche.

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		


El síntoma gastrointestinal principal es el vómito tras la ingesta. Por otra parte, el rechazo de las tomas, con llanto e irritabilidad, puede ser un síntoma prematuro de APLV, pero pronto irá acompañado de síntomas más característicos de esta entidad. Por ello, en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico resistente al tratamiento debemos pensar también en la posibilidad de que se trate de una APLV.

Entre **los síntomas respiratorios** se encuentra la rinoconjuntivitis aguda (con rinorrea acuosa, estornudos, lagrimeo), disfonía aguda, dificultad respiratoria, bien debida a broncoespasmo o edema laríngeo (con estridor inspiratorio). Hay que tener en cuenta que esta clínica suele presentarse acompañada de otros síntomas sistémicos, que pueden llegar a comprometer la vida del paciente. Las manifestaciones clínicas propias de la anafilaxia grave incluyen edema laríngeo, broncoespasmo grave, y shock.

3.2.2 Los cuadros clínicos que engloban las **reacciones alérgicas no inmediatas** (no mediadas por IgE) son la enteropatía alérgica, la enterocolitis inducida por proteínas alimentarias y la proctocolitis alérgica.³

La enteropatía alérgica o sensible a alimentos, puede cursar de forma aguda, con diarrea y vómitos, o de forma subaguda con diarrea crónica con síndrome malabsortivo y fallo de medro. Puede dar lugar a una enteropatía pierde-proteínas que produce hipoalbuminemia con edemas y desnutrición.

La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias es un cuadro grave, típico de lactantes pequeños, caracterizado por la presencia de diarrea, vómitos tardíos y pérdida de peso. Estos síntomas pueden ser tan intensos que produzcan deshidratación, acidosis y shock. Otra forma de presentación menos aguda es la diarrea mucosanguinolenta con distensión abdominal y fallo de medro.

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

La proctocolitis alérgica aparece en los primeros meses de vida, en lactantes bien nutridos, alimentados con leche de fórmula o lactancia materna (por las proteínas de la leche de vaca procedentes de la ingesta materna) y se caracteriza por deposiciones muco-sanguinolentas.

3.2.3 Los cuadros clínicos con un **mecanismo mixto** (mediado y no mediado por IgE) son la **esofagitis eosinofílica** (disfagia, atragantamientos, impactación esofágica, síntomas RGE-like), la **gastritis/gastroenteritis eosinofílica** (vómitos, dolor abdominal, diarrea, malabsorción) y la **colitis eosinofílica** (diarrea, estreñimiento, hematoquecia, tenesmo), que se caracterizan por un importante infiltrado eosinofílico en la pared del tracto digestivo.³

3.3 DIAGNÓSTICO

Es necesario realizar una historia clínica y exploración física completas. La determinación de IgE específica en sangre o pruebas cutáneas se realizará en función de la presentación clínica; ambas son útiles para el diagnóstico de APLV IgE-mediada.

La determinación de IgE total puede ser útil en Atención Especializada.


La determinación de IgG no está recomendada en ningún caso.

Para el diagnóstico será imprescindible realizar una prueba de eliminación de PLV en la dieta, que variará en el tiempo en función del tipo de reacción.


Prueba de eliminación PLV de la dieta

A) Lactancia materna (LM) exclusiva:

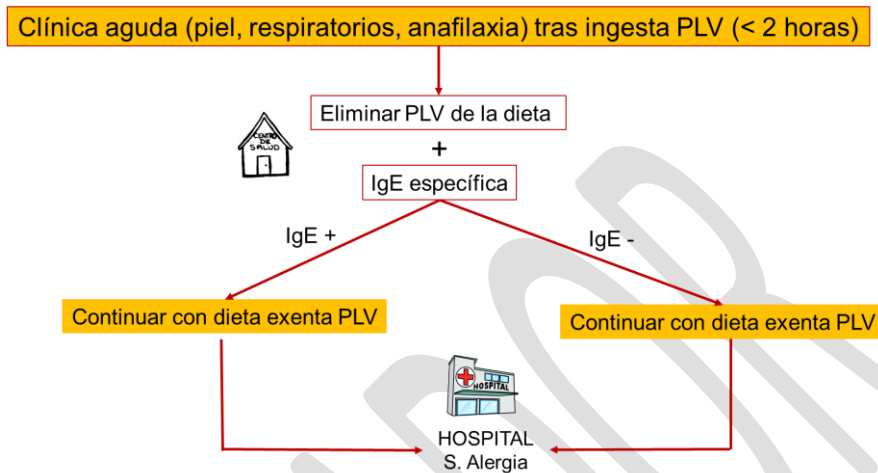
- Eliminar leche y derivados lácteos de la dieta materna durante dos a cuatro semanas.
- Si no hay mejoría, reevaluar el diagnóstico

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud
26/01/2017		Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

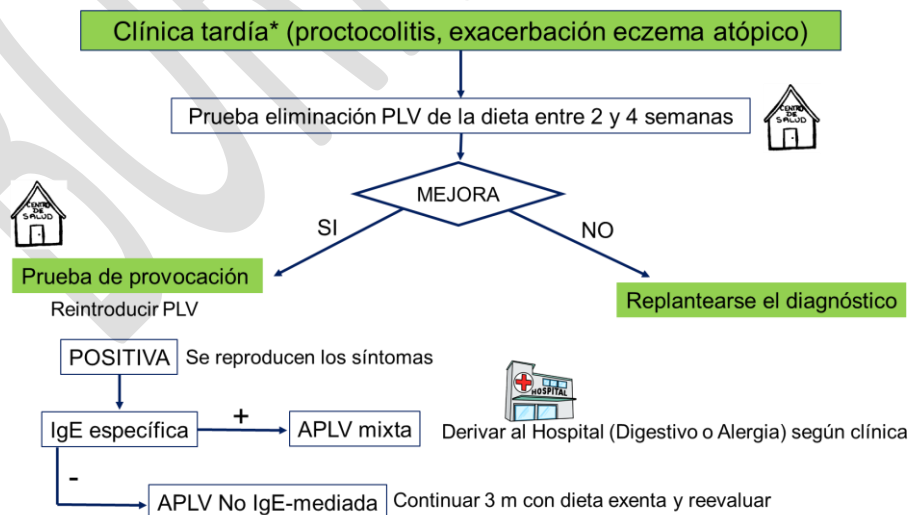
- Si hay mejoría, reintroducir PLV en la dieta de la madre y observar:
 - Si se reproducen los síntomas, la prueba se considerará positiva. Si la madre desea continuar con LM, deberá realizar una dieta exenta PLV. En estos casos la madre deberá recibir un suplemento de calcio (1 gramo al día) o buscar otras fuentes de calcio en la dieta.
 - En casos excepcionales de lactantes con síntomas graves, además de eliminar la leche y derivados lácteos de la dieta de la madre, el niño deberá ser alimentado con una fórmula elemental (FE) durante dos a cuatro semanas, periodo durante el cual la madre puede estar eliminando PLV en la leche materna.
- B) Alimentados con leche de fórmula
- Las fórmulas a base de PLV y derivados lácteos, incluidos los derivados de la leche de cabra y oveja, y de cualquier otro mamífero, deben ser estrictamente evitados.
 - Se usará una fórmula extensamente hidrolizada (FEH).
 - Si la clínica es grave se podrá considerar una FE como primera opción
 - Si en un niño con LM, la introducción de la PLV (leche de fórmula u otros derivados lácteos) provoca síntomas, se volverá a la lactancia materna exclusiva sin restricción en la dieta de la madre.
 - Las fórmulas de soja pueden ser una opción a partir de los 6 meses de vida en casos seleccionados (rechazo al sabor de la FEH o dietas veganas).
 - Si tras la dieta de exclusión con FEH o fórmula de soja no hay mejoría, cambiaremos a una FE antes de rechazar el diagnóstico de APLV.

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		


3.4 ALGORITMO DIAGNÓSTICO



Ante la sospecha de APLV con una presentación clínica inmediata, la primera medida será eliminar de la dieta las PLV y realizaremos una IgE específica; tanto si resulta positiva como negativa se mantendrá la dieta de eliminación y se derivará al hospital para su estudio.



*La enteropatía alérgica y la enterocolitis inducida por proteínas alimentarias se derivan siempre a la Unidad de Digestivo Pediátrico


Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

Ante la sospecha de APLV con una presentación clínica tardía, se recomienda eliminar las PLV durante 2-4 semanas; si no mejora, nos replantaremos el diagnóstico. Si mejora, se realizará una prueba de provocación (reintroducción PLV en la dieta) y si se reproducen los síntomas se considerará positiva; en tal caso, solicitaremos una IgE específica. Si la IgE específica es negativa (APLV No IgE-mediada), se recomienda la eliminación temporal de las PLV. Si la IgE específica es positiva, lo más probable es que se trate de una APLV por un mecanismo mixto; y en esta circunstancia se derivará a Digestivo Pediátrico o a Unidad/Servicio Alergia según la forma clínica, ya que con exposiciones posteriores podrían desencadenar formas clínicas graves o asociarse a otras alergias a alimentos.

En el caso de la enteropatía alérgica y la enterocolitis inducida por proteínas alimentarias, a pesar de ser formas clínicas de presentación tardía, se derivarán siempre con carácter preferente a Digestivo Pediátrico.

3.5 TRATAMIENTO

La base del tratamiento de la APLV es la dieta de eliminación.^{2,4} El objetivo será conseguir la desaparición de los síntomas y aportar los nutrientes necesarios para un correcto desarrollo y crecimiento.² Como ya hemos explicado en el algoritmo anterior, en los niños con reacción inmediata (IgE mediada), mantendremos la dieta de eliminación y se deriva al servicio /Unidad de Alergia. En las APLV no mediadas por IgE, mantendremos la dieta por lo menos hasta los 6 meses de vida e iremos realizando pruebas de provocación cada 3 meses hasta alcanzar tolerancia (generalmente en torno al año de vida).⁴

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

FÓRMULAS SUSTITUTIVAS

A) Fórmulas extensamente hidrolizadas (FEH)

Elaboradas a base de caseína o seroproteínas (con péptidos <2000 Daltons) y son adecuadas para la mayoría (>90%) de los niños/as con APLV.

Tienen como inconveniente el mal sabor, pero si la introducción de estas fórmulas se realiza antes de los 6 meses de vida no suele haber rechazo por parte del niño/a.

Pueden contener o no **lactosa**. Actualmente las fórmulas con lactosa están fortificadas con lactosa purificada, sin trazas de proteínas, y por lo tanto adecuadas para los niños/as con APLV ya que mejoran la absorción de calcio y además tienen mejor sabor. Sólo si hay una intolerancia a la lactosa añadida, por ejemplo, en una afectación intestinal importante, podría estar indicada inicialmente una FEH sin lactosa.


B) Fórmulas a base de soja

Las proteínas se obtienen de extracto de soja purificada, sin hidrólisis.²

Suelen ser bien toleradas, aunque puede existir co-sensibilización en un pequeño porcentaje (4%)². Además, son nutricionalmente inferiores a causa de su contenido en fitatos que disminuyen la absorción de minerales y elementos traza; y otro lado, contienen cantidades nada despreciables de isoflavonas con una leve acción estrogénica.⁴ Por todo ello, no están indicadas en lactantes menores de 6 meses y en APLV no IgE mediadas.

C) Fórmulas de arroz parcialmente hidrolizadas

Se han introducido recientemente en el mercado y son adecuadas y bien toleradas en los niños con APLV. A pesar de que existen pocos estudios parecen ser nutricionalmente correctas para los lactantes.² Estudios recientes alertan sobre el contenido de arsénico inorgánico en el arroz, aunque están por determinar sus efectos sobre la salud.

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

D) Fórmulas elementales (FE)

Indicadas si las FEH producen reacción o inicialmente en aquellos casos con manifestaciones muy graves (reacciones anafilácticas o lactantes con enteropatía grave).⁴

E) Fórmulas de soja y carne extensamente hidrolizadas

Hay pocos datos sobre su eficacia y su seguridad nutricional en la actualidad.²

F) Fórmulas NO INDICADAS

- ◆ Fórmulas parcialmente hidrolizadas, no son seguras en APLV debido a la alergenicidad residual que presentan ya que contienen péptidos de mayor tamaño.²
- ◆ Leches de otros mamíferos como cabra u oveja presentan con frecuencia reacciones cruzadas con las PLV.²
- ◆ Las bebidas industriales a base de soja, arroz, almendra, coco, etc.; mal llamadas “leches”, son totalmente inadecuadas y no cubren los requerimientos nutricionales del lactante.⁴

FÓRMULAS SUPLEMENTADAS CON PROBIÓTICOS


Actualmente no hay evidencia científica que apoye el uso de probióticos ni prebióticos para el tratamiento de la APLV⁴, aunque hay estudios de laboratorio en ratones que demuestran una mejor tolerancia cuando se administran probióticos junto con dosis bajas del antígeno.⁵

INMUNOTERAPIA ORAL

Es un tratamiento emergente que consiste en administrar el antígeno (la leche de vaca) por vía oral en mínimas cantidades e ir aumentándolas progresivamente, hasta lograr la tolerancia. Se realiza en atención especializada.

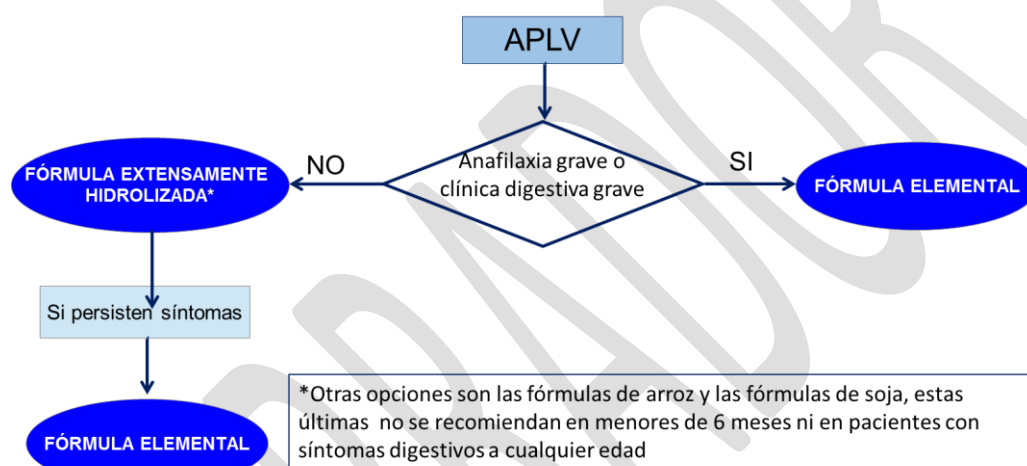
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Tanto en lactantes con LM exclusiva como los alimentados con fórmulas exentas de PLV, la alimentación complementaria deberá estar libre de PLV. Se

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		


ha comprobado que retrasar la introducción de otros alimentos con potencial alergénico no produce beneficios ni evita el desarrollo de alergia a otro alimento posteriormente.⁴

3.6 ALGORITMOS TERAPEÚTICO



3.7 PRONÓSTICO

El pronóstico de la APLV es, generalmente, favorable.⁴ En las alergias no mediadas por IgE se alcanzan la tolerancia en casi el 100% de los casos antes de los 2 años de vida. Los casos mediados por IgE pueden hacerlo más tarde, aunque la mayoría se resuelven antes de los tres años de vida.² Si a los 5 años de vida no se ha alcanzado la tolerancia, muy pocos casos lo harán de manera espontánea.⁶

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

4. BIBLIOGRAFÍA

- 1 García Ara, MC et al. Incidencia de alergia a proteínas de leche de vaca en el primer año de vida y su repercusión en el consumo de hidrolizados. An Pediatr 2003;58(2):100-5
- 2 Martorell-Aragonés, A et al. Position document: IgE-mediated cow's milk allergy. Allergol Immunopathol 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2015.01.003>
- 3 Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica 2016
- 4 Koletzko S et al. Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. JPGN Volume 55, Number 2, August 2012
- 5 Thang CL J Nutr 2013
- 6 Plaza Martín AM. Alergia a proteínas de leche de vaca. Protoc diagn ter pediatr. 2013;1:51-61.

5. GRUPO DE TRABAJO

Cansino Campuzano, Ángeles. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Guanarteme. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención especializada Área de Salud de Gran Canaria

Gago García, Concepción. FEA del Servicio de Pediatría. Unidad de Alergia Infantil. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

García Rodríguez, Alena. MIR Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

González Santana, Daniel. FEA del Servicio de Pediatría. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias


Machín Jiménez, Antonio. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Valterra. Lanzarote. Sociedad Canaria de Pediatría Extra hospitalaria

Pérez González, Concepción. Jefa de Servicio de Pediatría Hospital Universitario José Molina Orosa. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención especializada Área de Salud de Lanzarote

Reyes Azpeitia, Iballa. Pediatra de Atención Primaria Centro de Salud Santa Brígida. Sociedad Canaria de Pediatría Extra hospitalaria

Rodríguez Pérez, Glady. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Puerto II. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención especializada Área de Salud de Fuerteventura. Sociedad Canaria de Pediatría Extra hospitalaria.

Trujillo Cabrera, Carlos. FEA del Servicio de Pediatría. Unidad de Alergia Infantil. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Revisión 0	MANEJO ALERGIA PROTEÍNAS LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil
26/01/2017		

6. ANEXOS

Fórmulas sustitutivas en el mercado para el tratamiento dietético en la APLV ¹

A. Fórmulas a base de proteínas de leche de vaca extensamente hidrolizadas (FEH)

- Con triglicéridos de cadena media (MCT) y sin lactosa
ALFARE (S), BLEMIL PLUS FH 1 Y 2 (C), DAMIRA PRO 1, 2 Y 3 (S), DAMIRA 2000 (C), DAMIRA ATOPY (C), PREGESTIMIL (C), ALMIRON HIDROLIZADO (S), NOVALAC HIDROLIZADA (C)
- Sin MCT y sin lactosa
NUTRAMIGEN 1 LGG Y 2 LGG (C), NUTRIBEN HIDROLIZADA 1 Y 2 (C)
- Sin MCT y con lactosa
ALMIRON PEPTI 1 Y 2 (S), LACTO DAMIRA 2000 (C), ALTHERA (S)

B. Fórmulas a base de soja

BLEMIL PLUS SOJA 2, NUTRIBEN SOJA, VELACTIN, VELACTIN 3 CRECIMIENTO (>12 meses), ALMIRON SOJA

- Fórmulas a base de hidrolizados de soja (con colágeno porcino)

PEPDITE Y MCT PEPDITE (0-12 meses), PEPDITE 1+ Y MCT PEPDITE 1+ (> 12 meses)

C. Fórmulas elementales

DAMIRA ELEMENTAL, NEOCATE, NEOCATE ADVANCE, NUTRAMIGEN PARAAMINO, ALFAMINO, ALMIRON AA

D. Fórmulas a base de arroz

BLEMIL PLUS ARROZ HIDROLIZADO 1 Y 2, DAMIRA ARROZ HIDROLIZADO, NOVALAC ARROZ HIDROLIZADO

Fuente de proteína: caseína (C), seroproteínas (S)

Fórmulas disponibles en Módulo de Prescripción del sistema DRAGO-AP. Actualizado noviembre/2016