RAM
Revista Alergia México

Evidencia de la alergia alimentaria en un centro de referencia en Bogotá: características clínico-epidemiológicas

Evidence of food allergy at a referral center in Bogotá: Clinical characteristics and diagnostic approaches.

Jackelyn Stephanny Páez Velásquez,[1,2] Robison Fabian Trujillo,[3] Yaicith Cecilia Arévalo Montenegro[1]

[1] Unidad de Alergología. Fundacion Neumológica Colombiana - FNC. Bogotá, Colombia.
[2] Estudiante de Doctorado de Ciencias Básicas Biomédicas, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
[3] Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud -IDCBIS, Bogotá, Colombia.

Correspondencia
Jackelyn Stephanny Páez Velásquez
paezvelasquezjs@gmail.com
drapaezalergo@gmail.com

Recibido: 04-12-2025
Aprobado: 13-12-2025
Publicado: 31-03-2026

ORCID
https://orcid.org/0009-0004-7388-5150
https://orcid.org/0009-0004-9286-0047
https://orcid.org/0000-0002-1340-8756

Resumen

OBJETIVO: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidos a reto de provocación oral abierto por sospecha de alergia alimentaria en un centro de referencia de Bogotá, Colombia.

MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con base en la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos y adultos sometidos a prueba de provocación oral abierta por sospecha de alergia alimentaria en un centro de referencia de Bogotá, entre enero de 2022 y junio de 2025. Se describieron las variables demográficas, antecedentes alérgicos, alimentos implicados, manifestaciones clínicas y métodos diagnósticos utilizados.

RESULTADOS: Se realizaron 253 retos de provocación oral en 179 pacientes: 83% correspondieron a niños. La positividad global fue del 15.4%, con mayor frecuencia para leche de vaca (6.3%), huevo (3.1%), leguminosas (1.5%) y pescado (1.4%). La mayor parte de reacciones fueron leves, con predominio de síntomas cutáneos y gastrointestinales. Solo se registraron dos casos de anafilaxia (0.8%).

CONCLUSIÓN: Este estudio aporta evidencia clínica de alergia alimentaria en Colombia, demostrando un perfil de alergenicidad distinto al de otras regiones. Los hallazgos refuerzan la necesidad de estandarizar criterios diagnósticos en Colombia y promover estudios multicéntricos que definan umbrales predictivos adaptados a contextos locales.

PALABRAS CLAVE: Reto de provocación oral; Colombia; Anafilaxia; Alergia alimentaria, Sensibilización a alimentos, Hipersensibilidad a alimentos.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing open oral food challenge test for suspected food allergy at a referral center in Bogotá, Colombia.

METHODS: This was an observational, descriptive, and retrospective study based on a review of the medical records of pediatric and adult patients who underwent open oral food challenge testing for suspected food allergy at a referral center in Bogotá between January 2022 and June 2025. Demographic variables, allergy history, foods involved, clinical manifestations, and diagnostic methods used were described.

RESULTS: 253 oral food challenge tests were performed in 179 patients; 83% were children. The overall positivity rate was 15.4%, with the most frequent reactions to cow's milk (6.3%), egg (3.1%), legumes (1.5%), and fish (1.4%). Most reactions were mild, with a predominance of cutaneous and gastrointestinal symptoms. Only two cases of anaphylaxis were recorded (0.8%).

CONCLUSION: This study provides clinical evidence of food allergy in Colombia, demonstrating an allergenicity profile distinct from that of other regions. The findings reinforce the need to standardize diagnostic criteria in Colombia and promote multicenter studies that define predictive thresholds adapted to local contexts.

KEY WORDS: Oral food challenge; Colombia; Anaphylaxis; Food allergy; Food hypersensitivity; Food sensitization.

 DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

ANTECEDENTES

Las alergias alimentarias corresponden a reacciones anormales del sistema inmunológico frente a sustancias habitualmente inofensivas tanto de origen animal como vegetal.[1]

Su prevalencia ha mostrado un incremento sostenido en los últimos años, especialmente en la población pediátrica. A nivel global, se estima que entre 6–8% de los niños y 3–4% de los adultos presentan alergia alimentaria, aunque estas cifras pueden elevarse hasta 10% cuando se basan en autoinforme.[2] No obstante, dichas estimaciones varían significativamente según factores geográficos, hábitos alimentarios, patrones culturales y métodos de procesamiento de alimentos,[3,4] además de estar frecuentemente sobreestimadas debido a la ausencia de confirmación diagnóstica mediante pruebas objetivas, como el reto de provocación oral (RPO), las pruebas cutáneas o la determinación de IgE específica (IgEs). En este contexto global, la información local es limitada. En Colombia, la evidencia disponible sobre prevalencia y características clínicas de la alergia alimentaria, particularmente aquella confirmada mediante RPO, sigue siendo escasa,[5] lo que subraya la necesidad de estudios que describan el comportamiento clínico de la enfermedad en nuestra población.

La piedra angular del diagnóstico continúa siendo una historia clínica detallada, que permite orientar el estudio paraclínico más apropiado. Las pruebas de punción cutánea (SPT) y la medición de IgE sérica específica son herramientas útiles para apoyar el diagnóstico, al correlacionar sus resultados con la probabilidad de reacción clínica frente al alimento sospechoso.[6] En entornos de investigación también se dispone de la prueba de activación de basófilos (BAT),[7] aunque su disponibilidad en la práctica clínica sigue siendo limitada en nuestro medio. En muchos casos, la combinación de una historia clínica precisa con estudios diagnósticos adecuados permite orientar el diagnóstico; sin embargo, el reto de provocación oral (RPO) permanece como el método de referencia para confirmarlo de manera definitiva.

La ausencia de un abordaje adecuado puede llevar a que los pacientes con sospecha de alergia alimentaria adopten restricciones dietéticas innecesarias, con el riesgo de deficiencias nutricionales y deterioro de la calidad de vida.[3] A pesar de su relevancia, la realización sistemática de RPO enfrenta limitaciones en diversos contextos clínicos debido a obstáculos logísticos, falta de infraestructura adecuada o percepción de riesgo, lo que reduce su implementación rutinaria, especialmente en países de ingresos medios y bajos como el nuestro.

En este contexto, los datos provenientes de centros especializados cobran especial relevancia, por lo que el objetivo de este estudio fue: describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes sometidos a cirugía oral abierta por sospecha de alergia alimentaria en un centro de referencia de Bogotá, Colombia, con la intención de comprender las diferencias demográficas y establecer comparaciones útiles para futuras políticas en salud pública y guías clínicas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en la Unidad de Alergia de un centro de referencia terciario en Bogotá, Colombia, entre enero de 2022 y junio de 2025.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los pacientes pediátricos y adultos con sospecha clínica de alergia alimentaria que fueron sometidos al menos a una prueba de provocación oral (RPO) en modalidad abierta y controlada. Se incluyeron únicamente los casos con registros clínicos completos y con documentación adecuada del procedimiento diagnóstico. Se excluyeron las RPO consideradas no concluyentes, ya fuera por ingesta insuficiente del alimento sospechoso y/o registros incompletos que impidieran el análisis.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, lugar de procedencia), antecedentes familiares de enfermedades alérgicas en parientes de primer grado (padres o hermanos), comorbilidades atópicas (asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica), alimento sospechoso, manifestaciones clínicas previas al reto, métodos diagnósticos empleados (pruebas cutáneas, IgE sérica específica) y el sistema orgánico afectado durante el reto.

CC BY NC

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

Los datos se organizaron en una base anónima, construida en Microsoft Excel 365, y posteriormente se exportaron al programa estadístico R (versión 3.6.0) para su procesamiento y análisis.

Todas las pruebas de provocación oral se realizaron en modalidad abierta, bajo supervisión directa de alergólogos entrenados y en una unidad con disponibilidad inmediata de soporte vital. Los procedimientos siguieron los protocolos estandarizados de la EAACI.[6] Se empleó un esquema de provocación con dosis incrementales semilogarítmicas, calculadas en función del contenido proteico del alimento, con intervalos de 20 a 30 minutos entre dosis, ajustados por edad, hasta alcanzar la dosis acumulada tolerada en mg de proteína, conforme a los protocolos PRACTALL para alergia alimentaria mediada por IgE.[8]

La positividad del reto se definió según los criterios de la guía PRACTALL (8), considerando únicamente síntomas objetivos. Los síntomas subjetivos no se clasificaron como positivos, aunque fueron tomados en cuenta cuando fueron persistentes o progresivos, lo que justificó la suspensión del reto por seguridad. En caso de anafilaxia, se aplicó el protocolo institucional, incluida adrenalina intramuscular y observación prolongada.

Análisis estadístico

La gestión y análisis de los datos se realizó en tres etapas. En primer lugar, se procedió a la recolección de información mediante la revisión de historias clínicas electrónicas. Las variables definidas fueron organizadas en una matriz estructurada utilizando Microsoft Excel 365, con el fin de garantizar la trazabilidad, homogeneidad y anonimización de los datos.

Posteriormente, se desarrolló el análisis estadístico empleando el software R (versión 3.6.0), El análisis comprendió estadísticas descriptivas de acuerdo con la naturaleza y distribución de las variables. Para las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas continuas se determinaron medidas de tendencia central.

Para el análisis de diferencias entre grupos, se aplicaron pruebas de hipótesis realizando prueba de Chi-cuadrado (χ^2) o prueba exacta de Fisher (†), según correspondiera al tamaño de las celdas. El nivel de significancia estadística fue establecido con el valor de $p < 0,05$. Los análisis se complementaron con visualizaciones gráficas, cuando fue pertinente, para ilustrar las distribuciones y comparaciones entre grupos.

RESULTADOS

Un total de 187 pacientes fueron inicialmente considerados, a quienes se les realizaron 253 RPO con diferentes alimentos. Ocho participantes fueron excluidos En consecuencia, el análisis final incluyó 179 pacientes. Todos los participantes provenían del área metropolitana de Bogotá y del departamento de Cundinamarca.

Del total de pacientes incluidos, 148 (82.7%) correspondieron a población pediátrica y 31 (17.3%) a adultos. La mediana de edad en el grupo pediátrico fue de 5,9 años ([RIQ]: 3,0–8,0), mientras que en el grupo adulto fue de 37.9 años (RIQ: 28.5 - 45.5), evidenciando una distribución bimodal de la edad asociada al motivo de consulta por sospecha de alergia alimentaria.

En cuanto al sexo, se observó un predominio masculino en el grupo pediátrico (67.6%) y femenino en el grupo adulto (74.2%); esta diferencia fue significativa (p = 0.00***).

En los niños, las comorbilidades atópicas más frecuentes fueron la dermatitis atópica (39,9%), seguida de rinitis alérgica (31.1%) y asma (16.2%). En contraste, en los adultos se observaron más casos de urticaria crónica (19.4%), rinitis alérgica (19.4%) y alergia a medicamentos (9.7%).

No se observaron diferencias en la historia familiar de enfermedades alérgicas. Sin embargo, en el grupo pediátrico se documentó una mayor frecuencia de antecedentes de rinitis alérgica y asma bronquial en familiares de primer grado (padres o hermanos). Las características sociodemográficas y clínicas detalladas se resumen en el **Cuadro 1**.

En cuanto al abordaje diagnóstico, la **Figura 1A** ilustra los métodos empleados en la población. En la **Figura 1B** se observa que en el grupo pediátrico, el 33.8% contaba con ambas pruebas, el 28.4% IgEs y el 25.7% solo SPT. En contraste, en el grupo adulto (n = 31),

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

Cuadro 1. Características generales de la población (n = 179)

Características	**Niños n = (%)**	**Adultos n = (%)**	**Total n (%)**	**p**
Edad categorizada (<18 vs ≥18)	n = 148 (82.7 %)	n = 31 (17.3%)		χ^2 = 67.84 p <0.0001*
Edad - Mediana (IQR)				
Niños (todos): 6 meses a 18 años	5.9 (3.0 – 8.0)			
Infantes (6 meses a 2 años; n =11 [6.1%])	1 (1.0 – 1.0)	-		
Prescolar (3 a 5 años; n = 75 [41.9%])	3.5 (3.0 – 4.0)	-		
Escolar (6 a 12 años; n = 48 [26.8%)	8.2 (6.75 – 9.25)	-		
Adolescentes (13 a 18 años; n = 14 [7.8%])	14.9 (14.0 – 16)	-		
Adultos (>18 años)		37.9 (28.5-45.5)		
Género; n (%)				
Femenino	48 (32.4%)	23 (74.2%)	71 (39.7%)	χ^2 = 17.47 p <0.0001***
Masculino	100 (67.6%)	8 (25.8%)	108 (60.3%)	
Antecedente personal de alergia; n (%)				
Rinitis	46 (31.1%)	6 (19.4%)	52 (29.1%)	χ^2 = 1.33 p <0.24
Asma	24 (16.2%)	3 (9.7%)	27 (15.1%)	χ^2 = 0.08 p <0.78
Dermatitis atópica	59 (39.9%)	5 (16.1%)	64 (35.8%	χ^2 = 0.11 p <0.73
Urticaria crónica	2 (1.4%)	6 (19.4%)	8 (4.5%)	OR: 0.057 p <0.0001†
Alergia alimentaria	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	NI.
Alergia a medicamentos	1 (0.7%)	3 (9.7%)	4 (2.2%)	OR: 0.063 p = 0.017†
Sin comorbilidad alérgica	63 (42.6%)	22 (71.0%)	85 (47.5%)	χ^2 = 3.86 p <0.049
[1]Atopia; n (%)				
Sí	85 (57.4%)	9 (29.0%)	22 (71.0%)	χ^2 = 6.74 p <0.01**
No	63 (42.6%)	22 (71.0%)		
Antecedente familiar de alergia; n (%)				
Rinitis	45 (30.4%)	6 (19.4%)	51 (28.5%)	χ^2 = 1.04 p <0.307
Asma	24 (16.2%)	3 (9.7%)	27 (15.1%)	χ^2 = 0.30 p <0.58
Dermatitis atópica	14 (9.5%)	0 (0.0%)	14 (7.8%)	NI
Urticaria crónica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NI
Alergia alimentaria	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	NI

[1]Antecedente familiar de alergia, pariente en primer grado de consanguinidad (padres o hermanos) con enfermedad alérgica; RIQ: rango intercuartílico; NI: no interpretable.
**Valores de p calculados mediante χ^2 o prueba exacta de Fisher (†), según correspondiera al tamaño esperado de las celdas. Significación estadística: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

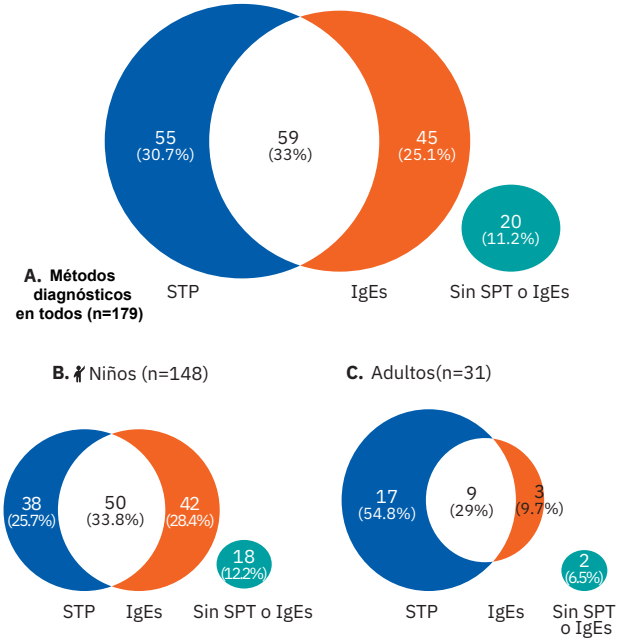

Figura 1. Distribución de métodos diagnósticos (niños y adultos; n = 179).

se observa una mayor proporción de pacientes con SPT (54.8%), siendo menores los porcentajes de IgEs (9.7%) y combinación de pruebas (29%; **Figura 1C**), con solo 2 pacientes sin estudios previos.

Respecto a los síntomas referidos por los pacientes previo al RPO, en la **Figura 2A y B**, en la población pediátrica (n = 207 retos) predominan las manifestaciones cutáneas, seguidas de síntomas gastrointestinales y respiratorios.

Durante los 253 retos de provocación oral (RPO), se obtuvo un total de 39 retos positivos (15.4%), con diferencias entre los grupos etarios: 14% en niños (29/207) y 21.7% en adultos (10/46), tal como se expone en el **Cuadro 2.** En el grupo pediátrico, los alimentos con mayor número de reacciones positivas fueron leche de vaca (n = 12; 5.8%), leguminosas (n = 4; 1.9%) y pescado (n = 3; 1.4%). En adultos, aunque los números absolutos fueron menores, se observó una mayor proporción de positividad para trigo (n = 2; 4.3%) y pescado (n = 2; 4.3%).

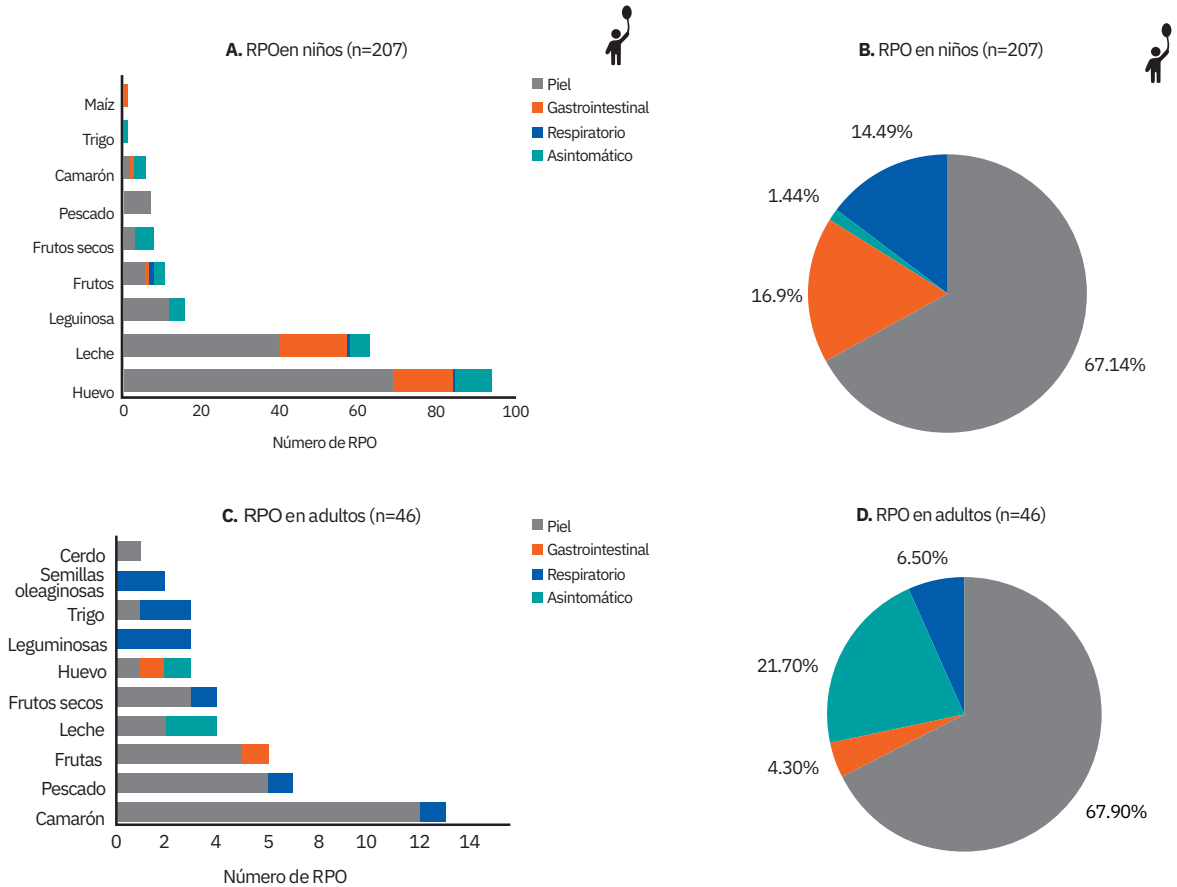

Figura 2. Sistemas afectados por alimento antes del RPO en niños y adultos (n = 207).

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

Cuadro 2. Distribución de retos de provocación oral y manifestaciones clínicas asociadas

Alimento involucrado	RPO (n)	Sistemas afectados por alimento antes del RPO en niños	Niños RPO n = 207	RPO positivos en niños n (%)*	IC95% para RPO positivos **	Sistemas afectados por alimento durante RPO en niños	Sistemas afectados por alimento antes del RPO en Adultos	Adultos RPO n (%) n = 46 OFC	RPO positivo s en adultos n (%)*	IC95% para RPO positivos
Huevo	97	Piel: 69 Gastrointestinal: 15 Respiratorio (superior): 1 Asintomáticos: 9	94	7 (7.4%)	3.7 – 14.6	Piel: 5 Anafilaxia: 2	Piel: 1 Gastrointestinal: 1 Asintomáticos: 1	3	1 (33.3%)	NA
Leche de vaca	67	Piel: 40 Gastrointestinal: 17 Respiratorio (inferior): 1 Asintomáticos: 5	63	15 (23.8%)	15 – 56.4	Piel: 12 Gastrointestinal: 3	Piel: 2 Asintomáticos: 2	4	1 (25.0%)	NA
Leguminosas	19	Piel: 12 Asintomáticos: 4	16	3 (18.8%)	6.6 - 43	Piel 3	Respiratorio (inferior):2 (superior): 1	3	1 (33.3%)	NA
Camarón	19	Piel: 2 Gastrointestinal: 1 Asintomáticos: 3	6	1 (9.1%)	3 – 56.4	Gastrointestinal: 1	Piel: 12 Respiratorio (superior): 1	13	1 (16.7%)	1.4 -33.
Frutas	17	Piel: 6 Gastrointestinal: 1 Respiratorio (superior): 1 Asintomáticos: 3	11	1 (9.1%)	1.6 – 51.3	Piel: 1	Piel: 5 Gastrointestinal: 1	6	1 (25.0%)	3 – 56.
Pescado	14	Piel: 3	7	1 (14.3%)	2.6 – 51.3	Piel: 1	Piel: 6 Respiratorio (superior): 1	7	2 (28.6%)	8.2 - 64.
Frutos secos	12	Piel: 3 Asintomáticos: 5	8	1 (12.5%)	2.2 – 47.1	Piel: 1	Piel: 3 Respiratorio (superior): 1	4	(7.7%)	NA
Trigo	4	Asintomáticos: 1	1	-	NA	NA	Piel: 1 Respiratorio (inferior): 1	3	2 (66.7%)	NA
Semillas oleaginosas	2	NA	-	-	NA	NA	Respiratorio (superior): 2	2	-	NA
Maíz	1	Gastrointestinal: 1	1	-	NA	NA		-	-	NA
Cerdo	1	NA	-	-	NA	NA	Piel: 1	1	-	NA
Total	253		207	29 (14%)				46	10 (21.7%)	

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

La mayor parte de las reacciones alérgicas se manifiestan con síntomas cutáneos o digestivos como se representa en la **Figura 3**. Las reacciones respiratorias fueron poco frecuentes. Es importante resaltar que solo se registraron dos casos de anafilaxia (0.8%), ambos en niños con exposición al huevo.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan evidencia relevante sobre el perfil clínico-epidemiológico de la alergia alimentaria en nuestro contexto. Al contrastar nuestros hallazgos con los reportados en otras regiones del país, se identifican diferencias atribuibles al diseño metodológico, tipo de población, edad de los participantes y herramientas diagnósticas utilizadas. Mientras los estudios previos se han basado en autoinforme, revisión de historias clínicas o pruebas de sensibilización,[9-10] nuestra metodología se centró en la realización de retos de provocación oral (RPO).

Para ilustrar la diversidad de hallazgos nacionales, se diseñó un resumen gráfico de los estudios publicados en Colombia entre 2008 y 2024, presentado en la **Figura 4**. Este mapa contextualiza nuestros resultados dentro del panorama nacional, contrastando prevalencias, alimentos implicados y metodologías empleadas en Cartagena,[11,12] Medellín,[9,13] Cali[5] y Bogotá.[14,15] En nuestra población, destaca una mayor positividad a leche, mariscos y leguminosas, esta diferencia en alergenos se debe a factores geográficos, culturales y dietarios que se distinguen entre regiones Dichos elementos pueden influir tanto en la exposición alimentaria y la expresión clínica de la enfermedad.

Se documentaron resultados de pruebas cutáneas e IgEs en una proporción baja de pacientes y no todos contaban con estos estudios ni BAT antes del RPO, lo cual limitó la posibilidad de correlacionar la sensibilización con los hallazgos clínicos descritos, en concordancia con las guías actuales de la EAACI sobre el diagnóstico de alergia alimentaria.[6]

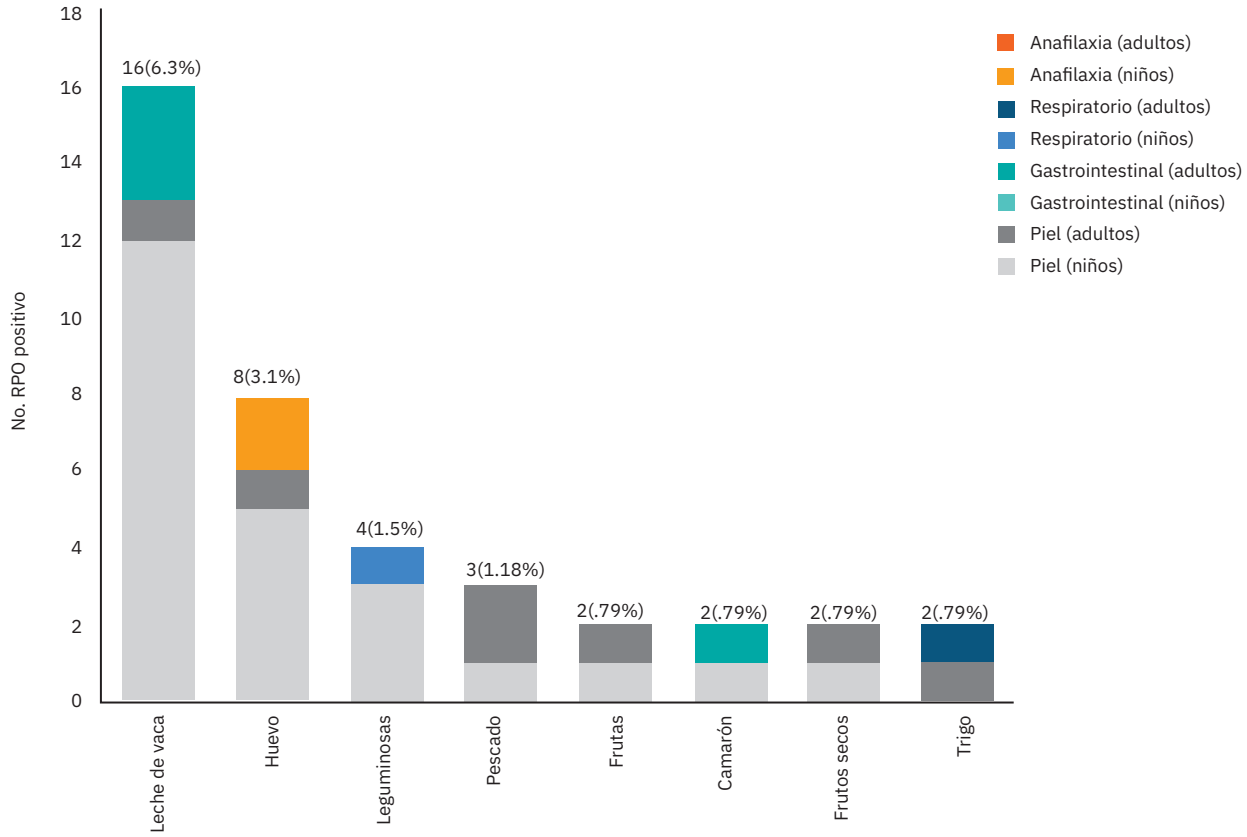

Figura 3. Sistemas afectados por alimento durante RPO (Niños y Adultos) n=39 (15.4%).

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

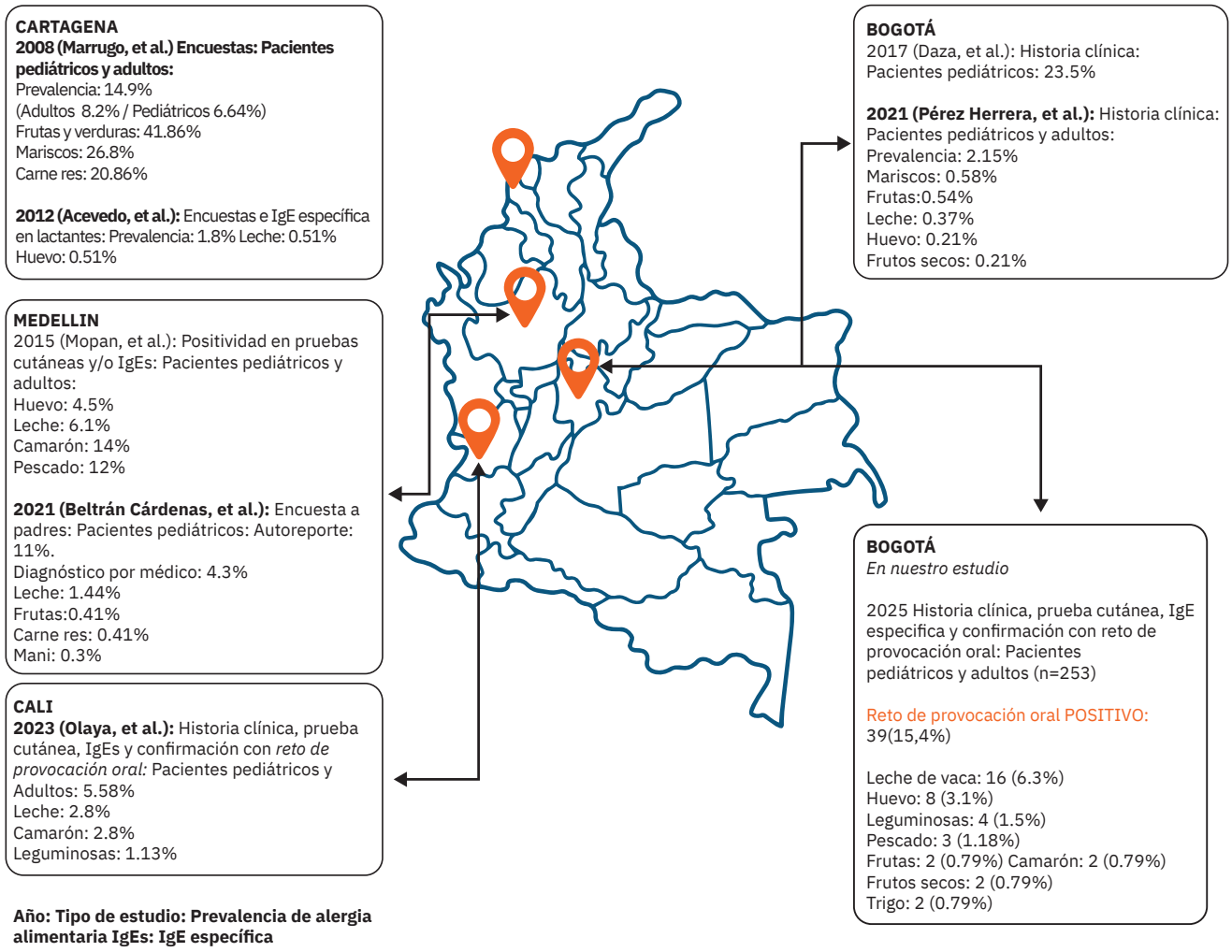

Figura 4. Estudios publicados en Colombia entre 2008 y 2024.

Los síntomas cutáneos son los más frecuentes referidos por los pacientes y se confirmaron durante el RPO, seguidos de manifestaciones gastrointestinales y respiratorias. La cantidad de RPO positivos fue del 15.4%, inferior a la reportada por otros centros del país.[5] En nuestros pacientes, los alimentos más frecuentemente implicados fueron leche (6.3%), huevo (3.1%) y leguminosas (1.5%). Estas diferencias pueden reflejar variaciones en patrones de exposición por edad, sensibilización, adquisición de tolerancia y grupo de alimentos mayormente consumidos por región geográfica.[6]

Solo se registraron dos casos de anafilaxia (0,8%), ambos en escolares que toleraban el huevo en preparaciones horneadas. El reto de provocación oral se realizó con huevo cocido en dosis progresivas. Después del consumo de 20 g y 25 g, respectivamente, el primer paciente presentó urticaria con angioedema y sensación de disfagia, mientras que el segundo desarrolló diarrea, dolor abdominal intenso y emesis. En ambos casos se administró adrenalina intramuscular, con resolución completa de los síntomas y observación durante 12 horas. Este hallazgo reafirma la importancia de realizar este procedimiento bajo condiciones controladas y con personal capacitado.[6,8]

Cabe destacar que el estudio fue realizado en un centro de referencia en alergología, donde los pacientes tienden a presentar múltiples comorbilidades alérgicas y cuadros clínicos más complejos.[16] El mayor porcentaje de pacientes pediátricos puede corresponder a la poca cantidad de pacientes adultos evaluados durante ese periodo. Esto puede restringir la generalización de los resultados a la población general.

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

Iniciativas multicéntricas como estas enriquecen el conocimiento sobre la alergia alimentaria en el país y refuerzan la necesidad de unificar criterios diagnósticos y metodológicos. La estandarización de protocolos facilitará una caracterización más precisa de esta enfermedad, además de mejorar la toma de decisiones clínicas en distintos niveles de atención.

CONCLUSIONES

Este estudio aporta información valiosa sobre alergia alimentaria en un centro especializado de Bogotá. Las diferencias observadas frente a otras regiones reflejan la influencia de factores geográficos, culturales y dietarios. Los hallazgos respaldan la seguridad del reto oral bajo condiciones controladas y subrayan la necesidad de unificar criterios diagnósticos e impulsar estudios multicéntricos que integren marcadores inmunológicos para optimizar la estratificación del riesgo en la práctica clínica nacional.

DECLARACIONES

Agradecimientos

Agradecemos al equipo asistencial de la Unidad de Alergia de la Fundación Neumológica Colombiana y a nuestras familias por el apoyo incondicional.

Financiamiento

Este estudio no recibió financiamiento para esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue clasificado como investigación sin riesgo, en concordancia con la normativa nacional colombiana, dado que se fundamentó exclusivamente en el análisis de fuentes secundarias (historias clínicas) y no implicó intervenciones directas ni la manipulación de variables biológicas o farmacológicas. Todos los procedimientos se llevaron a cabo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (última revisión de Fortaleza, 2013) y bajo el cumplimiento estricto de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que regula la investigación biomédica con seres humanos.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado previo, de manera verbal y escrita, por parte de los pacientes. En el caso de menores de edad mayores de seis años, se solicitó adicionalmente el asentimiento informado del menor, así como el consentimiento firmado de sus padres o representantes legales, antes de la realización de cualquier procedimiento clínico relacionado con la prueba de provocación oral.

Contribución de los autores

Las autoras contribuyeron de forma equitativa en la investigación

Referencias clave

- Warren CM, Jiang J, Gupta RS. Epidemiology and Burden of Food Allergy. Vol. 20, Current Allergy and Asthma Reports. Springer; 2020.
- Olaya-Hernandez M, Vasquez LDM, Silva DL, Martinez-Betancur S, et al. Food allergy spectrum in the tropic: clinical and epidemiological profiles in a colombian hospital. A cross-sectional study. Front Immunol. 2023; 14.
- Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, et al. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. Allergy 2025; 80 (1): 14-36.
- Beltrán-Cárdenas CE, Granda-Restrepo DM, Franco-Aguilar A, Lopez-Teros V, et al. Prevalence of food-hypersensitivity and food-dependent anaphylaxis in colombian schoolchildren by parent-report. Medicina (Lithuania) 2021; 57 (2): 1-11.Permisos

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Jutel M, Agache I, Zemelka-Wiacek M, Akdis M, et al. Nomenclature of allergic diseases and hypersensitivity reactions: Adapted to modern needs: An EAACI position paper. Allergy2023; 78 (11): 2851-74.
2. Gupta RS, Warren CM, Smith BM, et al. Prevalence and Severity of Food Allergies Among US Adults. JAMA Netw Open 2019; 2 (1): e185630.

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573

3. Warren CM, Jiang J, Gupta RS. Epidemiology and Burden of Food Allergy. Vol. 20, Current Allergy and Asthma Reports. Springer; 2020.
4. Sampson HA. Update on food allergy. J Allergy Clin Immunol 2004; 113: 805-19.
5. Olaya-Hernandez M, Vasquez LDM, Silva DL, Martinez-Betancur S, et al. Food allergy spectrum in the tropic: clinical and epidemiological profiles in a colombian hospital. A cross-sectional study. Front Immunol. 2023; 14.
6. Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, et al. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. Allergy 2025; 80 (1): 14-36.
7. Bergmann MM, Santos AF. Basophil activation test in the food allergy clinic: its current use and future applications. Expert Rev Clin Immunol 2024; 20 (11): 1297-304.
8. Sampson HA, Gerth Van Wijk R, Bindslev-Jensen C, Sicherer S, et al. Standardizing double-blind, placebo-controlled oral food challenges: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology-European Academy of Allergy and Clinical Immunology PRACTALL consensus report. J Allergy Clin Immunol 2012; 130 (6): 1260-74.
9. Beltrán-Cárdenas CE, Granda-Restrepo DM, Franco-Aguilar A, Lopez-Teros V, et al. Prevalence of food-hypersensitivity and food-dependent anaphylaxis in colombian schoolchildren by parent-report. Medicina (Lithuania) 2021; 57 (2): 1-11.
10. Sánchez J, Sánchez A. Epidemiology of food allergy in Latin America. Vol. 43, Allergologia et Immunopathologia. Elsevier Doyma 2015: 185-95.
11. Marrugo J, Hernández L, Villalba V. Prevalence of self-reported food allergy in Cartagena (Colombia) population. Allergol Immunopathol 2008; 36: 5.
12. Acevedo N, Sánchez J, Zakzuk J, Bornacelly A, et al. Particular characteristics of allergic symptoms in tropical environments: Follow up to 24 months in the FRAAT birth cohort study. BMC Pulm Med 2012; 12.
13. Mopan J, Sánchez J, Chinchilla C, Cardona R. Prevalence of sensitization to cow's milk and egg among patients with suspicion of IgE mediated diseases. Rev Alerg Mex 2015; 62: 7.
14. Daza W, Dadán S, Higuera M. Perfil de las enfermedades gastrointestinales en un centro de gastroenterología pediátrica en Colombia 15 años de seguimiento. Boimedica 2017; 37: 9. https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3313
15. Pérez-Herrera LC, Moreno-López S, Peñaranda D, García E, et al. Frequency of self-reported allergies at a high-complexity referral hospital in Colombia, a tropical Latin American country. Allergol Immunopathol (Madr). 2021; 49 (5): 100-5.
16. Lieberman JA, Cox AL, Vitale M, Sampson HA. Outcomes of office-based, open food challenges in the management of food allergy. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2011; 128 (5): 1120-2.

Nota del editor / Aviso de responsabilidad

Las afirmaciones, opiniones y datos contenidos en los artículos publicados en Revista Alergia México son responsabilidad exclusiva de los autores y colaboradores, y no reflejan necesariamente la postura del Comité editorial ni de la revista. Revista Alergia México y sus editores no asumen responsabilidad alguna por posibles daños a personas o bienes que pudieran derivarse del uso de las ideas, métodos, instrucciones o productos mencionados en los contenidos publicados.

DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v73i1.1573