

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

Transcripción

Nota del editor: Esta es la transcripción de una transmisión web presentada en vivo el 23 de mayo de 2023. Ha sido editada para brindar mayor claridad.

Estado actual de la alergia alimentaria



Raquel Durban, MS, RD, LDN: Creo que, para analizar hacia dónde vamos con respecto a las alergias alimentarias, primero debemos comprender su estado actual. Una de las preguntas que más me hacen en la clínica es en qué se diferencia la alergia alimentaria de la intolerancia alimentaria. Distinguir estos dos conceptos es esencial para brindar atención a los pacientes.

La alergia alimentaria es un efecto adverso reproducible para la salud, es una respuesta inmunitaria. Por lo general, cuando pensamos en alergias alimentarias, pensamos en el tipo de alergia alimentaria que se resuelve con epinefrina, pero existen otras alergias alimentarias en las que no interviene la inmunoglobulina E (IgE), lo que significa que sigue siendo una respuesta inmunitaria, pero la IgE no participa. Y los alimentos más comunes en los que pensamos son el maní, los frutos secos en general, la leche de vaca, el huevo, el trigo, la soja, el pescado, los mariscos y, más recientemente, el sésamo, que ahora, por ley, debe figurar entre los nueve alérgenos principales en los Estados Unidos. Sin embargo, esto no significa que esos sean los únicos alimentos que pueden desencadenar una alergia alimentaria. Cuando hablamos de alergias alimentarias, debemos pensar en la respuesta del sistema inmunitario.

Con respecto a la intolerancia alimentaria, a veces también es reproducible, por ejemplo, la intolerancia a la lactosa suele ser una alergia al carbohidrato, que es el azúcar de la leche, pero si se trata de una alergia a la leche, la alergia será a la proteína de los alimentos. Entonces, las alergias alimentarias suelen ser alergias a la proteína. Y la intolerancia alimentaria suele ser alergia a los carbohidratos.

Para explicar mejor dónde nos vamos a enfocar, hoy nos enfocaremos en las reacciones adversas a los alimentos que tienen una respuesta inmunológica desde el punto de vista de la IgE, en particular.

¿Cómo surgen las alergias alimentarias? Existe una teoría sobre la evolución de la alergia y está relacionada con el desarrollo del eccema en la infancia. Alrededor del 45 % de los niños con eccema tendrán síntomas antes de los 6 meses, y hasta el 85 % tendrán eccema antes de los 5 años. Cuanto más joven es el desarrollo del eccema, eso se asocia con un mayor riesgo de alergias alimentarias. Estos pacientes pueden desarrollar potencialmente rinitis alérgica, como las alergias al polen, y también puede ocurrir asma alérgica a medida que el niño continúa envejeciendo y creciendo y su sistema inmunológico cambia porque, de nuevo, estas son respuestas inmunomediadas.

Entonces, sabemos cómo se desarrolla, pero lo que también notamos es que escuchamos más al respecto. ¿Es porque estamos aprendiendo más o, en realidad, está sucediendo más? De hecho, está sucediendo más y estamos aprendiendo más al respecto. La prevalencia ha aumentado, y aumenta con la edad, lo que significa que, a medida que envejece la persona, la prevalencia de estas alergias alimentarias se vuelve más prominente.

¿Por qué sucede esto? Hay muchas hipótesis diferentes. Por lo tanto, tomen todo esto con pinzas porque la alergia alimentaria y la evolución de la alergia alimentaria probablemente se deban a muchos factores y no podemos culpar ni señalar nada en particular. Esto nos brinda la oportunidad de investigar y hacernos esas preguntas de investigación, esas hipótesis, para que podamos comprender mejor la alergia alimentaria para ayudar mejor a nuestros pacientes.

Hay algunos factores ambientales, como la deficiencia o insuficiencia de vitamina D, la contaminación del aire, el hecho de que haya muchos más autos en circulación, aunque veo un claro cambio hacia los autos eléctricos. Si miramos a otros países, hemos visto en los países asiáticos que hay un aumento de las enfermedades alérgicas en las áreas urbanizadas. También hemos aprendido mucho sobre la nutrición en la vida temprana y el momento de la exposición a los alérgenos, posiblemente incluso la ingesta de los ácidos

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

grasos de cadena larga, con respecto a la microbiota, creo que podríamos dar una conferencia completa, pero, en resumen, la microbiota es muy importante para la alergia alimentaria, y lo que debemos recordar es que todavía hay mucho que aprender y tenemos muchas oportunidades para investigar en esa área.

Sabemos por qué la alergia alimentaria podría estar aumentando en prevalencia, pero debemos comprender qué poblaciones están en mayor riesgo y cómo deberíamos identificar esas poblaciones para garantizar que reciban el apoyo adecuado. No solo hay disparidades de costos desde un punto de vista socioeconómico, sino que, también, hay algunas disparidades raciales y étnicas. Curiosamente, en los EE. UU., podemos observar la introducción de alimentos alergénicos de los pacientes que tienen seguro privado versus seguro público versus aquellos pacientes que tuvieron que eliminar el maíz de su dieta, como puede ser el caso de los hispanos, población en la que el maíz se consume más y, debido a la carga económica, quizás algunas familias deben encontrar sustitutos para poder llegar a fin de mes, porque también hay que pagar la renta, o podemos pensar en la población que debe eliminar el trigo de su dieta y cómo esas personas se las rebuscan para obtener alimentos sin gluten, tal vez con la necesidad de recurrir a la asistencia del gobierno para comprar alimentos. En resumen, las disparidades no son solo raciales. También existen disparidades financieras y el alto costo de las terapias, como el costo de obtener un inhalador para el asma o un autoinyector de epinefrina. Además, ¿cómo nos aseguramos de que todas estas familias estén representadas en nuestros ensayos clínicos para que todos reciban el apoyo que necesitan?

De cierta manera, hemos hecho un recorrido de lo que estamos viendo de una población alérgica a los alimentos y de cómo ha llegado a evolucionar. ¿Qué podemos hacer con lo que hemos aprendido? ¿Y cómo se aplica lo que hemos aprendido de la investigación a la forma en que lo implementamos en la clínica?

En 2015, hubo un estudio que se llamó LEAP, o Introducción Temprana del Maní, que se basó en una hipótesis israelí de introducir el maní temprano en los bebés. Participaron 640 bebés, entre las edades de 4 y 11 meses, que tenían un alto riesgo de alergia al maní. Es decir, según una puntuación de

gravedad, tenían eccema grave. También tenían potencialmente alergia al huevo o tal vez tenían ambas. Dividieron a estos niños en diferentes grupos, según si tenían una sensibilidad preexistente al extracto de maní en una prueba cutánea. La prueba cutánea es como un palillo de dientes de cuatro puntas que se sumerge, por ejemplo, en extracto de maní, que es como una solución salina, y luego se pasa sobre la piel del niño o la piel de la persona y se evalúa si genera una roncha o una erupción, que tienen tamaños diferentes y se miden. La roncha es el círculo rojo en el centro y la erupción es hasta dónde se extiende el enrojecimiento.

Estos niños tuvieron una roncha de 1 a 4 mm de diámetro en la prueba cutánea al extracto de maní. Y lo que se evaluaba era la tolerancia a los 60 meses de edad, o 5 años de edad. Lo que se pudo ver es que, en el grupo de prueba cutánea negativa, lo que significa que no tenían ronchas por el maní, algunos de ellos desarrollaron alergia al maní, porque tenían eccema grave o alergia al huevo. Ellos fueron asignados al grupo de evitación, y tenían una mayor probabilidad de desarrollar alergia al maní que los que lo consumían. El consumo eran dos cucharaditas de proteína de maní, tres veces por semana. O sea, 2 g de proteína de maní.

Lo que llama la atención es el grupo de pruebas cutáneas positivas. Estos eran niños o bebés que ya estaban sensibilizados al maní. Lo que aprendimos es que no solo aquellos con afecciones preexistentes de eccema o alergia al huevo o ambos, sino también quienes ya habían sido sensibilizados al maní, tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar alergia al maní en la evitación en comparación con aquellos pacientes que eran asignados al grupo de consumo, que tuvieron una disminución mucho mayor en la probabilidad de desarrollar alergia al maní.

A partir del estudio LEAP evolucionaron muchos otros estudios que analizan cómo la introducción de alimentos alergénicos afecta a nuestros bebés. El estudio EAT, Investigación sobre la Tolerancia, analizaba si, al introducir estos alimentos temprano, esto afectaba o no su ingesta de nutrición líquida, que es la parte más importante de su nutrición en las primeras etapas de la infancia. Curiosamente, cuando se presentaron los alimentos altamente alergénicos a los bebés lactantes, a los

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

5 meses de edad, estos niños consumían los seis alimentos, que eran leche de vaca, maní, huevos duros de gallina, sésamo, bacalao y trigo, y lo consumían en una porción estándar de alimentación infantil para la edad. En los resultados, estos niños en realidad consumían más leche materna que el promedio nacional. Pudimos encontrar la tranquilidad de que la introducción de alimentos altamente alergénicos a los 6 meses de edad en realidad los ayudó a prevenir la alergia a los alimentos, pero también garantizó que estuvieran recibiendo una nutrición adecuada a través de la lactancia materna. Esto ha sido una especie de atracción para muchos de nosotros, los médicos, en cuanto a cómo tomamos estos alimentos muy densos en calorías (un huevo tiene 70 calorías y 6 o 7 g de grasa y 7 g de proteína, algo similar sucede con los 2 g de proteína de maní) y cómo nos aseguramos de que no interfieran con el consumo de la nutrición líquida. La buena noticia es que este estudio bastante grande mostró que estos niños pudieron prosperar muy bien con sus tasas de lactancia.

Luego, en 2019, esto fue ampliamente adoptado. Si introducimos estos alimentos temprano en un bebé sano, es decir, en los pacientes no alérgicos o sin riesgo, ¿cómo afecta eso el desarrollo de alergias? Para aclarar, la alimentación complementaria o los alimentos complementarios son cualquier alimento que no sea leche materna humana o fórmula. Entonces, los alimentos complementarios son cualquier sólido o incluso puré que se introduzca, excepto la fórmula o la leche materna. Tomaron a estos bebés y niños pequeños sanos y observaron su alimentación entre los 0 y los 24 meses de edad e hicieron un seguimiento hasta los 18 años, porque sabemos que esta es la marcha atópica, o la evolución de la alergia, y es la evolución de las enfermedades alérgicas.

Se observaron 31 estudios diferentes durante casi 40 años. Lo que se determinó fue que, para los pacientes sin riesgo, no había relación entre la edad en la que se inicia la alimentación complementaria y el riesgo de desarrollar alergia alimentaria o eccema o asma. Pero, recuerden que esto es para niños sanos. Creo que esto tranquiliza a las familias porque, si su hijo no está en riesgo, fomenta a que lo alimenten de una manera que se sienta bien para ellos, que se sienta culturalmente apropiada, que provoque menos ansiedad para los padres porque, creo que medicalizamos un poco la

alimentación, y esto nos motiva a confiar en la iniciativa de los bebés al empezar la alimentación sólida, a confiar en las familias sobre qué alimentos sólidos son importantes para ellos en esa población sin riesgo. No hay suficiente evidencia para determinar la edad a la que introducimos alimentos o bebidas complementarios y el riesgo de desarrollar rinitis alérgica.

Directrices para mejorar el manejo de las alergias y la atención al paciente

Tomemos estas directrices, estos documentos, estos estudios y veamos cómo los usamos para mejorar nuestra atención, porque hay una brecha ahí que debemos acortar. El primer documento que se convirtió en un gran movimiento fue el Apéndice de las Directrices para la Prevención de la Alergia al Maní de 2017. El efecto en cascada pasó del consultorio del alergista y del consultorio del dermatólogo al consultorio del pediatra. Tomó un cierto tiempo llegar allí, pero estas fueron las directrices que se desarrollaron y están llevando tranquilidad a las familias y los pediatras de que, si no hay eccema ni alergia alimentaria, entonces la introducción se hace cuando sea apropiado para la edad. Si se trata de un eccema de leve a moderado, podemos introducir maní alrededor de los 6 meses de edad y, para aquellos niños incluidos en las directrices de LEAP, sería apropiada una remisión para un alergista. Eso nos permite evaluar cuándo estos pacientes deben ser examinados por un alergista.

A medida que continuamos evolucionando en nuestra forma de pensar sobre la prevención primaria de la alergia alimentaria a través de la nutrición, esto también estratifica a los pacientes según la forma en que se clasifican en una categoría de riesgo. Tengo el lujo de ver a muchos pacientes de la comunidad pediátrica y solo quieren saber cómo alimentar a sus bebés. Hay mucha información, como todos ustedes saben, en las redes sociales o en blogs que pueden recopilar sobre las mejores prácticas de alimentación, y el tema de la alergia aparece con mucha frecuencia. Si queremos darle huevo a un bebé como su primer alimento, creo que realmente tenemos que considerar cuál es su valor, ¿qué evidencia estamos tratando de implementar? Tal vez deberíamos comenzar con un alimento que se sienta más normal para la

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

familia, y tal vez el huevo no sea un alimento importante para ellos en este momento.

Hubo un grupo de médicos y dietistas que se sentaron y pensaron: “¿Cómo ayudamos a las familias y a los médicos a entender qué dar y cuándo?” La introducción del maní, de la que hemos hablado en el estudio LEAP, es igual a lo que se aconseja en este documento. Se deben introducir productos que contengan maní a todos los bebés, independientemente de su riesgo, comenzando alrededor de los 6 meses de vida, pero no antes de los 4 meses de vida. Sin dudas, si el paciente requiere una prueba oral alimentaria en el consultorio de un alergista debido a reacciones adversas, o si necesita una evaluación antes de la introducción, la recomendación sería esa, pero, de nuevo, alrededor de los 6 meses de edad si se basara en esos parámetros del estudio LEAP.

La introducción del huevo es alrededor de los 6 meses de vida, pero, de nuevo, depende de la aceptación de la familia y la tolerancia del niño. Desde el punto de vista de la introducción tardía, no retrasamos nada de forma deliberada, pero tampoco damos primero de forma deliberada un determinado alimento. Incluso con respecto a las directrices de LEAP, intentamos introducir algunos sólidos que son fácilmente aceptados para que podamos mezclar el maní, y lo mismo con el huevo. El huevo es... La próxima vez que preparen el desayuno y coman huevo, piensen en la textura extraña del huevo. A veces introducimos el trigo primero, porque se pueden hacer tostadas francesas con el huevo, o tal vez un panqueque, porque la textura del huevo puede ser un poco más desafiante.

Presentamos todos estos alimentos, lo cual es fantástico y todos son muy ricos en nutrientes, pero también debemos recordar que la dieta debe ser diversa. Solo mencioné un pequeño problema con respecto al microbioma, pero creo que, en general, intentamos alimentar nuestros intestinos con buena comida. A grandes rasgos, ¿este niño recibe frutas y verduras, granos integrales, diferentes texturas, temperaturas y colores? Una dieta variada abarca más que solo la diversidad y variedad de los alimentos. Es la forma en que los preparamos, la forma en que los condimentamos, la forma en que los presentamos. Cortar algo en círculos, en cuadrados

o en forma de estrella puede generar sensaciones diferentes en la boca y eso puede fomentar la diversidad de la dieta.

Con respecto a la fórmula hidrolizada, hace aproximadamente un año y medio, llegamos a un punto difícil cuando hubo un retiro de la fórmula. Tuvimos que evaluar a los pacientes y decidir qué fórmulas usar y cómo manejar eso, y no recetamos ni recomendamos de manera rutinaria el uso de fórmulas hidrolizadas para la prevención de alergias alimentarias ni el desarrollo de la sensibilización alimentaria. Sin embargo, durante ese tiempo, surgieron muchas preguntas porque el tema tomó relevancia en los medios y la gente se preguntaba por qué no recetábamos una de esas fórmulas. En esa situación, tuvimos que tomar distancia e informar que eso no era recomendable, que no era necesario, que podían continuar con la alimentación adoptada porque no iban a prevenir las alergias alimentarias. Tampoco recomendamos la exclusión materna de alérgenos durante el embarazo y la lactancia para la prevención de alergias alimentarias.

Eso era del 2019. En 2022, hubo otro conjunto de directrices, y estas fueron las Directrices de la Red Europea Global para la Alergia y el Asma. De nuevo, esto estuvo a cargo de un grupo de trabajo multidisciplinario que analizó 161 estudios e hizo estas recomendaciones basadas no solo en los beneficios, sino también en los daños potenciales, teniendo en cuenta casos concretos y las experiencias de pacientes y médicos. La recomendación más importante es evitar el agente desencadenante. Esto es importante porque hay muchos pacientes que toleran una versión horneada o manipulada con calor de un alimento, pero debemos distinguir qué alimentos son seguros y cuáles no. Luego, debemos enseñarles a las madres que amamantan que ellas no necesitan evitar el alérgeno. Ciertamente, si un niño tiene una reacción a través de la leche materna de la madre, entonces sí. Pero, en la mayoría de los casos, en mi experiencia clínica, las madres que amamantan pueden continuar teniendo una dieta liberalizada y esto también está respaldado por estas directrices.

Esto refuerza nuestra recomendación específica de la fórmula, pero, en este contexto, se trata de bebés con alergia a la leche de vaca, el uso de fórmula es específico para fórmula hipoalérgica, extensamente hidrolizada. Hipoalérgico en

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

la Unión Europea (U.E.) no es igual a hipoalergénico en los EE.UU. En la U.E., hipoalergénico significa un producto parcialmente hidrolizado, pero en los EE. UU. significa que está ampliamente hidrolizado, y esto también surgió mucho el año pasado con el cambio hacia estas fórmulas hipoalergénicas pero parcialmente hidrolizadas debido a la confusión por las etiquetas. Por lo tanto, si se trata de un bebé alérgico a la leche de vaca, se recomienda una fórmula extensamente hidrolizada o a base de aminoácidos y se la prefiere específicamente en comparación con la fórmula parcialmente hidrolizada, otras leches de mamíferos y la leche de soja para niños menores de 6 meses.

No hay una recomendación, en este momento, a favor o en contra de los prebióticos, probióticos o simbióticos ni hay ninguna recomendación a favor o en contra de las fórmulas hidrolizadas a base de plantas, que también se han vuelto muy populares.

La inmunoterapia oral con maní, la inmunoterapia epicutánea con maní y la inmunoterapia oral general, específicamente para el huevo de gallina o la leche de vaca, se analizan en estas directrices, lo cual es algo innovador. La inmunoterapia oral con maní tuvo una alta certeza de evidencia para los niños seleccionados mayores de 4 años de edad. La inmunoterapia epicutánea con maní, es decir, cuando se coloca sobre la piel, tuvo una certeza moderada de evidencia. Todavía no está disponible para niños, específicamente de 4 a 11 años. En la población de pacientes que realizó la inmunoterapia oral para la alergia al huevo de gallina o a la leche de vaca que, en pocas palabras, es una especie de proceso de desensibilización, hubo una certeza moderada de la evidencia.

Algunas directrices más prácticas que surgieron de esto fue el uso de la intervención educativa. Quiero señalar que dice una certeza muy baja de la evidencia porque es una buena práctica ofrecer educación estructurada, pero la baja certeza de la evidencia está en que no sabemos exactamente cuál es la mejor manera de brindar educación. Es decir, sabemos que la educación es muy importante, pero no tenemos evidencia para respaldar qué método educativo usar. Sin embargo, queremos asegurarnos de que la familia y el paciente reciban educación

y que esta se adapte al grupo etario y sus necesidades individuales.

No hay recomendaciones a favor o en contra del uso de productos biológicos en este momento, según este grupo de trabajo. No podemos identificar a las personas en riesgo de sufrir una reacción grave, porque las pruebas de punción cutánea y los análisis de sangre nos brindan una gran evidencia para respaldar que es muy probable o muy poco probable que alguien reaccione, pero no sabemos la gravedad a la que pueden reaccionar. Por lo tanto, es una buena práctica implementar estrategias efectivas de gestión de riesgos y de transición, porque los niños tienen diferentes necesidades a diferentes edades. ¿Deberán llevar consigo epinefrina o un inhalador? Debemos asegurarnos de optimizar el control del asma en pacientes con alergias alimentarias, porque eso puede reducir su morbilidad y mortalidad por asma. Además, debemos observar la gravedad de los síntomas previos y la dosis desencadenante al evaluar el riesgo de anafilaxia porque, de nuevo, los niveles específicos de IgE por sí solos no son útiles para predecir el riesgo o la gravedad de una alergia.

Herramientas clínicas para el manejo de la alergia alimentaria

Vamos a aprovechar las herramientas prácticas, recopilar la evidencia disponible y analizar algunas cuestiones más prácticas sobre cómo brindar tratamiento a estos pacientes. El enfoque para el manejo de las alergias alimentarias primero necesita un diagnóstico clínico claro, pero, para quienes hemos trabajado en la clínica, sabemos que un diagnóstico clínico claro no siempre es tan claro. Por ejemplo, si alguien comió un sándwich con muchos ingredientes y esa fue su primera reacción, debemos diseccionar cuáles son todos esos componentes y cómo se relacionan para reconstruir la imagen con nuestro alergista certificado por la junta sobre los contribuyentes a esa reacción.

Cuando estoy en el consultorio, pienso ¿sabemos cuáles son los alérgenos y cómo se relacionan potencialmente con la evitación adecuada de los desencadenantes? ¿Debemos considerar las precauciones para evitar el contacto cruzado? ¿Debemos analizar la seguridad en las escuelas? ¿Cómo me aseguro de que sepan qué alternativas son adecuadas para comprar?

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

¿Podría haber ingredientes considerados inicialmente como seguros que terminen siendo poco seguros? ¿Y cómo informo todo esto sin generar ansiedad y permitiéndoles continuar explorando los alimentos mientras me aseguro de que crezcan y se desarrollen apropiadamente? Porque, podría recomendarles algunos alimentos seguros, pero, como mencionamos antes, si no puedo diversificar o hacer que esos alimentos sean divertidos, es posible que no estén dispuestos a comerlos, porque la dieta acabaría siendo muy limitada con solo 20 alimentos. ¿De cuántas maneras diferentes se puede cocinar el brócoli o la papa? Debemos salir del consultorio. ¿Cómo podrán implementar las recomendaciones en el hogar estos pacientes?

Me gusta comenzar con lo que se puede comer, en lugar de enfocarme en lo que no se puede comer. De todas maneras, tenemos que hablar sobre lo que no se puede comer para asegurarnos de estar a salvo. Leer etiquetas cuando hay una alergia alimentaria puede parecer una tarea engorrosa, porque la lectura de etiquetas es confusa. Hay un empaque con una etiqueta al frente, debajo está el cuadro de información nutricional y la etiqueta del frente del paquete que, para mis pacientes, no es muy útil. Es necesario voltear el paquete y leer la sección de ingredientes de verdad.

Las leyes varían según el país, pero, en los EE. UU., hay nueve alérgenos principales que deben estar etiquetados en un lenguaje sencillo. Entonces, si tiene suero de leche, tiene que decir leche. Si tiene caseína, tiene que decir leche. Si tiene sémola, tiene que decir trigo. Y como no tienen obligación de poner un cartel que diga: "Por cierto, nos salía más barato conseguir harina de sémola que harina de maíz, así que cambiamos la receta y ahora usamos sémola, que es trigo", los pacientes deben volver a revisar las etiquetas cada vez que compran un producto. Si tienen alguna duda, deben llamar al fabricante. Brindarles recursos de organizaciones profesionales, organizaciones laicas como la Educación basada en Investigaciones sobre Alergias Alimentarias o la Asociación Estadounidense para los Trastornos Eosinofílicos, es fundamental para que tengan apoyo adicional. Incluso, algunos de los grupos locales de apoyo para padres pueden ser beneficiosos. Además, es importante brindarles orientación sobre las etiquetas preventivas de los alérgenos, que debe ser

altamente individualizada, y deben hablar con su alergista sobre si deben o no evitar esos alérgenos o qué alimentos.

Una vez que hayamos discutido lo que no pueden comer, algo que puede parecer un poco triste, debemos hablar sobre lo que pueden comer y liberalizar su dieta. Si no puede comer huevo, ¿cómo hacemos un pastel? Tal vez exista un producto que tenga una alternativa al huevo para el desayuno. Tal vez haya una leche que sea más cremosa, u otra que se mezcle mejor cuando le agregas vinagre para hacer un suero de leche casero. Debemos darles esos consejos, trucos y recursos para que puedan implementarlos en el hogar. Luego, tenemos que pensar en el exterior del hogar. Eventualmente, irán a la escuela, irán a un restaurante e incluso en su hogar, deberán hablar sobre cómo evitar el contacto cruzado, el uso de freidoras compartidas, de equipos de cocina compartidos, de superficies o utensilios compartidos. Todas estas cosas son esenciales para mantenerlos a salvo. Pero podemos revisarlo, recomendar algunos sitios web que pueden ayudarlos a salir a cenar, compartir un folleto sobre cómo evitar el contacto cruzado, etc. Les recomiendo a mis pacientes que tienen alergia al maní que, en su hogar, tengan dos esponjas de diferentes colores, una para las personas que consumen maní y otra para la persona que no consume maní, y luego las cosas pueden pasar por el lavavajillas. Darles esos consejos prácticos será fundamental para que disminuya la ansiedad.

Cualquier persona que haya ido de compras en los últimos 6 meses habrá visto que los precios de los alimentos son astronómicos, y debemos considerar que nuestra recomendación para una bebida alternativa podría ser terriblemente costosa en comparación con la leche de vaca de las tiendas habituales. También hay disparidades financieras o incluso la familia puede vivir en un desierto alimentario, ¿cómo nos aseguramos de que sus beneficios del Programa Especial de Alimentos Suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) cubran los alimentos? Tal vez van a un gran minorista y compran alimentos libres de alérgenos que luego dividen con otra familia de alérgenos. ¿Qué pasa si eliminamos el trigo o el maíz de su dieta y resulta que es un alimento básico para su cultura? ¿Cómo llevamos a estos niños a la escuela y nos aseguramos de que tengan un almuerzo que

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

no se desintegre en su lonchera? Digo esto porque hay panes sin trigo ni huevo, pero, para la hora del almuerzo, el pan está empapado y algo desintegrado. ¿Cómo hacemos que sea atractivo para que los niños no tiren el almuerzo ni quieran comerse el almuerzo de sus amigos? Se necesita mucho esfuerzo para mantener la calidad de vida de estas familias y se requiere un médico especializado para apoyarlas. Por eso me siento muy afortunada de poder trabajar en este espacio y ayudar a estos pacientes.

Hablé sobre el uso de bebidas lácteas alternativas y en este cuadro se destacan las diferencias y los marcados contrastes en estas opciones. Las leches de soja y de guisantes son las más apropiadas para un niño que evita la leche de vaca, pero no olvidemos que existen oportunidades para suplementar a estos niños con fórmulas apropiadas cuando sea necesario. La soja es actualmente la única alternativa a la leche de vaca que recibe apoyo a través del programa WIC. Recientemente hubo una sección abierta a comentarios sobre WIC en la que pedimos que se ofrecieran opciones alternativas porque, en algunos pacientes con alergias alimentarias no mediadas por IgE, las alergias a la leche de vaca y de soja en realidad son concurrentes y, a menudo, ambas deben evitarse.

Muchas veces esos alimentos no son nutricionalmente equivalentes. Debemos evaluar las deficiencias de micronutrientes y tratar de corregirlas, posiblemente con alguna vitamina. También hay dificultades en la alimentación. Si se generó una reacción alérgica a un alimento que el paciente no sospechaba que lo iba a hacer sentir mal, es posible que ese paciente no quiera volver a comer. Por lo tanto, las dificultades en la alimentación están presentes. Algunos de estos niños pueden tener padres ansiosos y puede suceder que los padres no ofrezcan alimentos con diferentes texturas o modificaciones en el sabor o que los niños no los acepten. Entonces, no saben cómo usar sus habilidades motrices orales apropiadamente. Estas cuestiones, sumadas a una ingesta dietética limitada, pueden resultar en un crecimiento insuficiente, específicamente en altura.

Mi trabajo abarca más que solo el crecimiento y la alimentación, e incluye asegurarme de que obtengan todo lo que necesitan para crecer lo mejor posible, pero también con una buena

calidad de vida. Intervengo si hay un crecimiento deficiente o corrijo estas oportunidades de mejora de una manera que los ayude financieramente, culturalmente y desde el punto de vista de la calidad de vida.

Cuando surgen estos problemas, pienso en estas cosas: ¿Cómo llegamos a tener estos problemas? Bueno, la leche es un grupo de alimentos completo. Lo mismo sucede con el trigo. Y estos son los nutrientes que más contribuyen de esos grupos. Algunos de mis pacientes tienen múltiples alergias alimentarias. Por lo tanto, es una gran oportunidad para enseñarles cómo comer de una manera que sea creativa, económicamente manejable y accesible. Esto refleja la valentía de las familias para salir y probar cosas nuevas y salir de su zona de confort para cocinar y asegurarse no solo de suplir las faltas de nutrientes, sino también mejorar las habilidades de alimentación de sus hijos.

Se espera que las alergias alimentarias y estos problemas de nutrición y alimentación no sean para siempre, porque nuestro objetivo es reintroducir los alimentos. Pero la reintroducción de alimentos, tal como se define, es la regla de oro para confirmar si el diagnóstico de la alergia alimentaria sigue siendo preciso o si se resolvió, y este es el caso tanto para las alergias mediadas como no mediadas por IgE. Por lo general, los pacientes acuden a nuestros consultorios, se sientan frente a nosotros y les damos la comida en dosis cada vez mayores. Se suele empezar con unos pocos gramos y, luego, se va duplicando hasta llegar a una porción con un tamaño adecuado para la edad, y esto varía según el médico. La mayoría de las veces se hace a la vista, pero puede ser a ciegas, para que el niño no tenga ansiedad en cuanto a lo que está comiendo. A veces están cegados para que el niño no sepa, porque la ansiedad puede generar dolor de barriga, lo cual puede ser un desafío debido a la ansiedad que genera, y es difícil saber si el malestar es por eso o por una verdadera reacción adversa.

Esto también se basa en pruebas de punción cutánea e IgE en suero. Lo que se observa es si el paciente potencialmente lo superó según los análisis de laboratorio y las pruebas de punción cutánea, pero también evaluamos si hay otros factores, como el asma y las alergias. El desafío de los alimentos orales es la regla de oro, pero lo que hemos estado viendo cada

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

vez más es el uso de escaleras de alimentos. Una escalera de alimentos es una forma de avance dietético en el hogar que expone gradualmente a un paciente a un alimento alergénico a través de formas pequeñas y manipuladas del alimento, y se pasa de un producto horneado a una forma bien cocinada a formas menos procesadas. Quiero dejar muy claro que las escaleras de alimentos se utilizan principalmente en alergias no mediadas por IgE o alergias alimentarias sin reacción anafiláctica o alergias alimentarias que no ponen en peligro la vida. Se han usado en algunos estudios que discutiremos en la alergia alimentaria mediada por IgE, pero, antes de usar la escalera de alimentos, siempre se debe analizar el caso con un médico. Lo que sucede es que hay muchas opciones en línea y solo con hacer una búsqueda en Google de escaleras de alimentos, aparecen un montón de opciones diferentes. Creo que el razonamiento es que, tal vez, disminuye la carga clínica, porque resolver un desafío alimentario en el consultorio puede tomar meses y, por lo tanto, posiblemente se deba a esa carga. Además, existe la ansiedad de acudir al consultorio. Lo que se hace, entonces, es desmedicalizar un poco la comida, no usar una dosis exacta de gramos ni servir la comida en una tacita y, posiblemente, ayude comprar un producto específico y tenerlo a mano y fresco el día del desafío.

Algunos de los vacíos se dan porque no tenemos detalles específicos sobre la dosis del alimento y la proteína, el tiempo y la temperatura de horneado, o los alimentos alternativos. Luego está también la adecuación cultural. La mayoría de estas son dietas estadounidenses muy estándar, pero todos somos muy conscientes de que EE. UU. es un crisol gigante donde entran en juego todas estas dietas diferentes. Hay una gran población asiática, una gran población etíope y las familias no sabrían cómo preparar algunas de estas comidas. También faltan recetas sencillas, por lo que necesitamos saber quién es un candidato adecuado, cuántos días lleva cada paso y las recetas exactas también serían muy útiles.

Lo que vimos es que ha ayudado. Se hizo un pequeño estudio de 86 pacientes entre 8 y 33 meses de edad, que tenían alergia con reacción anafiláctica a la leche de vaca. El 43 % tenía síntomas alérgicos, el 80 % de estos de la escalera de leche, sin anafilaxia, y a los 6 meses, solo 8 pacientes no toleraban casi todos los productos lácteos. Entonces, funciona. Estoy muy

atenta a la hora de identificar a los pacientes apropiados. El segundo estudio fue un estudio de casos y controles en el que estaban resolviendo la alergia al huevo. Esto tiene oportunidades de uso, pero debemos asegurarnos de hacerlo de manera adecuada y segura para que podamos ayudar a estas familias a disminuir su ansiedad y nuestra ansiedad cuando no estén en nuestro consultorio.

¿Dónde estamos con respecto a la inmunoterapia?

La ilusión de la inmunoterapia finalmente está abriendo el telón. El desafío de la comida oral se basa en pruebas de punción cutánea y análisis de sangre y se da de comer una porción completa para la edad del paciente, pero la inmunoterapia es un proceso de desensibilización y surge de que las personas reciban inyecciones subcutáneas, tal vez de polen de hierba, ambrosía o ácaros del polvo. Estos pacientes están siendo desensibilizados al medio ambiente y la idea fue si podíamos alimentar a los pacientes con estos alérgenos en dosis realmente pequeñas de microgramos para desensibilizarlos como lo hemos hecho con los alérgenos ambientales. La respuesta es sí, podemos. Hay diferentes formas de hacerlo, pero sobre las inmunoterapias orales y las terapias epicutáneas es de lo que más información tenemos para avalarlo.

En la inmunoterapia oral (OIT) se ingiere regularmente un alimento en ciertas cantidades medicalizadas y en la epicutánea se usa un parche con el alérgeno. Para la OIT, que es la terapia que usamos en mi consultorio, estos pacientes ingresan y reciben múltiples dosis en aumento de un alérgeno ingerido a lo largo de varias horas en la clínica. La dosis más alta que toleren es la que van a mantener en sus casas. Luego, volverán después de 1 a 2 semanas, los evaluaremos de nuevo y, eventualmente, llegarán a una fase de mantenimiento que podría ser un maní o dos tazas de mantequilla de maní. Se decide a medida que avanzamos y según cómo el paciente y el médico consideran que sería lo mejor.

En la terapia epicutánea el alérgeno está en un parche que se aplica a la piel y no hay un aumento de la dosis inicial. Tiene más que ver con la duración del uso del parche. La dosis de mantenimiento es una aplicación de 24 horas.

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

Entonces, en la OIT hay un aumento de dosis que se da rápidamente y luego están en una dosis de mantenimiento que mantienen durante una cantidad determinada de tiempo, que podría ser años. Con el parche, este se coloca adhiriéndolo a la piel. Es genial cómo hemos evolucionado en nuestra comprensión de la alergia alimentaria para desensibilizar a las personas.

Tenemos diferentes inmunoterapias y, al analizar la revisión sistemática y el metanálisis de 2022, este grupo de trabajo realizó una búsqueda bastante extensa de aproximadamente 2200 pacientes y descubrió que la inmunoterapia oral mejora la tolerancia durante la terapia y probablemente sea segura con las alergias al maní, la leche de vaca o los huevos de gallinas, pero lo que necesitamos entender mejor es su calidad de vida. Estas citas toman mucho tiempo y su costo es elevado. Así que lo que vemos desde el punto de vista de la longevidad es cuánto tiempo estas personas realmente podrán mantener esta dosis de mantenimiento. Curiosamente, no hubo un aumento estadísticamente significativo de las reacciones adversas en el uso de la inmunoterapia con alérgenos.

La inmunoterapia con leche de vaca y huevo de gallina se está volviendo un poco más frecuente. De hecho, nuestro primer paciente con alergia al huevo de gallina acaba de completar la OIT.

Estudios en curso sobre prevención y manejo de alergias alimentarias

Hemos hablado sobre dónde hemos estado y hemos hablado sobre dónde estamos y un poco sobre hacia dónde vamos en cuanto a estas inmunoterapias, así que dediquemos un minuto a hablar de estos estudios en curso.

Este estudio está analizando si podemos prevenir el eccema, lo que detendría esa evolución de la alergia, proporcionando un emoliente dominante de ceramida, y hay varios en el mercado. Siempre digo que, si su bebé no está brillante, debemos lubricarlo de nuevo porque creo que un buen control de la piel es esencial para el tratamiento.

Hay otro estudio, Introducción Temprana del Maní, que analiza quién debe someterse a exámenes de detección antes de la introducción temprana, cómo deben hacerse y qué cantidad se

necesita para estos pacientes. ¿Seguimos usando 2 g tres veces a la semana?

El Programa Acelerado de Capacitación en Habilidades para el Consumo de Alimentos y Bebidas (FAST) brinda educación y trata de estandarizar un método educativo en niños de 6 a 8 años de edad.

El estudio de Historia Natural y Genética, desde un punto de vista prospectivo y observacional, evalúa el desarrollo de la alergia alimentaria en los niños en relación con los familiares no afectados o los controles sanos, cómo sus heces, saliva, sangre o algunas biopsias gastrointestinales podrían ser diferentes, y lo que eso podría decirnos desde un punto de vista genético.

El estudio TreEat analiza la introducción de frutos secos en el paciente alérgico al maní y si es posible prevenir la alergia a los frutos secos, pero, en lugar de probar frutos secos individuales, se hace una mantequilla con cuatro frutos secos.

Luego se observan nuestros registros de historias clínicas electrónicas para ver cuál ha sido el cumplimiento desde que se implementaron esas directrices de LEAP. Hay muchas investigaciones interesantes que están surgiendo y esto es solo la punta del iceberg. Hemos visto que las alergias a los alimentos se están volviendo más frecuentes, y nuestras recomendaciones de tratamiento y ese tipo de trabajo para cerrar la brecha están evolucionando en base a una abundante investigación.

No queremos retrasar la introducción de esos alimentos altamente alérgicos. Tal vez queramos hacerlo temprano, pero es esencial trabajar con un equipo de pediatras, alergistas y dermatólogos certificados por la junta para determinarlo. Educar a los pacientes es la parte crítica de esto porque, si no están preparados y confiados para irse a casa y hacer esto por sí mismos, entonces no hemos hecho nuestro trabajo. Les hemos dicho lo que no deben comer, pero debemos centrarnos en lo que sí deben comer, especialmente en los niños en crecimiento y los adultos jóvenes. Gracias por su tiempo, por su atención y me gustaría dar lugar a las preguntas.

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

PREGUNTAS DEL PÚBLICO

Nota del editor: Esta es una transcripción de las preguntas en vivo del público con las respuestas de la oradora de la presentación del 23 de mayo de 2023.

◇ ¿Hay alguna circunstancia en la que no se recomiende la introducción temprana de alimentos alergénicos?

Creo que siempre hay circunstancias especiales, pero sería por no haber tenido una evaluación de alergia. Por ejemplo, si vi a un paciente en el consultorio de un pediatra y no conozco su evaluación de alergias y acuden a mí con la piel con costras, alergia grave, algunos signos de infección crónica, en ese caso no lo haría, no lo recomendaría. Comenzaría diciendo que trabajemos con el alergista para asegurarnos de estar procediendo de una manera segura y maximizando el cuidado de la piel con su orientación y recomendaciones.

◇ ¿Tiene algún consejo sobre cómo manejar la logística de la introducción temprana de alimentos alergénicos para un hermano menor a un alimento al que el hermano mayor que vive en la misma casa es alérgico?

Sí, hago esto todo el tiempo. De hecho, tengo algunos padres que son alérgicos al maní y los frutos secos y querían alimentar a su bebé. A veces se alimenta al bebé en la casa de un vecino, pero, si estamos tratando de incorporarlo a la dieta para que forme parte de la dieta regular, que es siempre mi objetivo, algunos padres tienen mucho miedo, lo cual es completamente válido, entonces intentamos que lo alimenten en su sillita y nos aseguramos de que la comida no esté en polvo, como en el caso del maní en polvo, sino que usamos mantequilla de maní para que sea más pegajosa y no se aerosolice. Debemos asegurarnos siempre de limpiar el espacio que el niño ha usado con agua tibia con jabón, de alimentar al niño con algo no alergénico después de que haya comido algo alergénico, porque los alérgenos permanecen en la saliva, por lo que se debe limpiar la saliva cepillándole los dientes o comiendo algo no alergénico antes de besar a ese bebé, porque los padres probablemente sean babeados por el bebé. Se le puede pedir a la niñera, a la mamá, al papá, a los abuelos o a otra persona que lo alimente si uno de los padres es alérgico. Si es el hermano mayor, entonces solo hay que asegurarse de que

todos practiquen una buena higiene de manos y limpien el espacio adecuadamente.

◇ ¿Tiene alguna sugerencia para los bebés con alergia a la leche de vaca que tienen problemas para tomar fórmula hidrolizada o para las familias que tienen dificultades para pagar estas fórmulas más caras? En relación al sabor de la fórmula, las fórmulas hidrolizadas pueden ser ásperas.

Las fórmulas definitivamente pueden ser ásperas. Suele ser útil hacer la transición diluyendo aproximadamente 4 oz de la fórmula anterior con solo 1 oz o, incluso, 0.5 oz de la nueva fórmula. A veces podemos usar una pizca de azúcar y, una vez que el niño la acepte, le quitamos la pizca de azúcar. También hay extracto de vainilla sin alcohol que se puede usar en una pequeña cantidad, como un cuarto de un centímetro cúbico y, de nuevo, se deja de agregar una vez que la acepte. Pero, por lo general, trato de destetarlos reemplazando una pequeña cantidad de su fórmula actual, si es posible, y luego aumentando gradualmente esa cantidad.

◇ La segunda parte de esa pregunta estaba relacionada con el costo de esas fórmulas. Obviamente, está el programa WIC para las familias que reúnen los requisitos, pero incluso si lo hacen, aún pueden ser muy costosas. ¿Hay algún lugar para encontrar cupones o algo por el estilo?

Se debe consultar el sitio web del fabricante. Allí pueden encontrar recursos para el reembolso del seguro, plantillas de cartas de necesidad médica, y pueden solicitar muestras gratuitas. Además, por lo general tienen programas de asistencia al paciente y podrían enviarles una caja gratuita. Siempre consulten a su pediatra y a su alergista si pueden aceptar muestras gratis para mantener las alacenas abastecidas y así apoyar a nuestras familias.

◇ ¿La alergia mediada por IgE al maní en la madre aumenta el riesgo de alergia al maní en su bebé?

La mamá evitará el maní estando embarazada, así que eso sería algo que tendría que analizar específicamente. Pero creo que sí, eso es lo que mamá tiene que hacer y no impediría que la mamá le presente maní a su bebé.

Tendencias en la gestión clínica de alergias alimentarias

✧ ¿Dónde ve el papel de la inmunoterapia para el tratamiento de la alergia alimentaria? Mencione que está muy activa en su consultorio. ¿Considera que se va a volver más convencional? ¿Es algo que los niños van a poder hacer en el pediatra o el alergista? ¿Cómo cree que será en el futuro?

Creo que definitivamente es como la ola del futuro. Veo que toda la inmunoterapia se convertirá en... Tuvimos el primer producto aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), por lo que definitivamente hay un deseo por que suceda, una necesidad desde el punto de vista de la calidad de vida. No sé si se trasladaría al consultorio del pediatra, pero sí creo que pronto existirá en la mayoría de los consultorios de los alergistas.

✧ ¿A qué pacientes deberían derivar a un alergista los médicos de atención primaria? ¿Deberían ser todos los pacientes con alergia alimentaria, aquellos con alergias más graves o solo si presentan un desafío alimentario o necesitan inmunoterapia? ¿Cuál es su opinión?

Sugeriría que cualquier paciente que tenga un eccema grave, signos de una alergia alimentaria o algún retraso en el crecimiento, porque podría deberse a una alergia subyacente no mediada por IgE, debe ser enviado a un alergista. Sé que los pediatras a menudo piden análisis de sangre para detectar alergias, pero la evaluación de esos análisis por parte de un alergista certificado por la junta puede garantizar que no se eliminen alimentos en exceso, ya que se obtienen falsos positivos en esas pruebas de IgE en suero. Ante la duda, se debería hacer, aunque sea, una sola consulta con el alergista para decir "Sí, adelante, puedes comer de todo", o "Espera, hagamos una pausa y consideremos qué alimentos se deben eliminar y cómo eliminarlos".

🎯 *Para completar este curso y reclamar su crédito, haga clic [aquí](https://pnce.org/Allergy-Trends), o vaya a: <https://pnce.org/Allergy-Trends>*