

Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

Nota del editor: Esta es la transcripción de un curso en línea publicado en junio de 2024. Ha sido ligeramente editada para brindar mayor claridad. Para obtener crédito por participación, [HAGA CLIC AQUÍ](#).



Mimi Tang, PhD: nuestro objetivo es que comprendan por qué cambiaron las pautas actuales basadas en la evidencia sobre la prevención de alergias y la alimentación infantil. Con suerte, podrán analizar con los padres las inquietudes comunes sobre la introducción de alimentos complementarios, incluidos los alimentos alergénicos y los posibles riesgos que les preocupan. Finalmente, cuando se encuentren con las familias, podrán brindarles apoyo en la implementación de las pautas actuales basadas en la evidencia y usar un enfoque oportunista para alentarlas a introducir alérgenos de manera temprana.

Adoptemos una perspectiva histórica. Hace veinte años, las Pautas para la prevención de alergias y la alimentación infantil de la American Academy of Pediatrics (*Academia Estadounidense de Pediatría*) recomendaban retrasar la introducción de alimentos altamente alergénicos en bebés que corrían alto riesgo de desarrollar problemas de alergias. Esto incluía demorar la introducción de la leche de vaca hasta el primer año, de huevos hasta los 2 años y de frutos secos y pescado hasta los 3 años. Ahora bien, la razón por la que se daban estas recomendaciones era porque la comunidad inmunológica aplicó algunos principios básicos sobre la inducción de la tolerancia y asumimos que, para ser alérgica, la persona tenía que estar expuesta al alimento y, por lo tanto, debía evitarlo hasta que el intestino estuviera un poco más maduro y pudiera inducir la tolerancia. Se temía que los bebés pequeños fueran menos capaces de lograr la tolerancia.

Sin embargo, este pensamiento no fue respaldado con evidencia y, de hecho, a principios de la década del

2000, la comunidad inmunológica tomó conocimiento de la literatura que mostraba que, en realidad, desarrollar tolerancia a los alimentos es una respuesta inmunitaria muy activa. Y ciertamente, la persona debía estar expuesta al alimento para poder desarrollar tolerancia. Empezamos a cambiar nuestra forma de pensar y, en 2008, se actualizaron las pautas para eliminar la recomendación de retrasar la introducción de alimentos altamente alergénicos. Esto fue general en todo el mundo y la Academia Estadounidense de Pediatría publicó las pautas actualizadas en 2008, lo que confirmó que no había evidencia convincente para retrasar la introducción de alimentos altamente alergénicos.

En el momento en que se publicaron, no había orientación específica sobre cómo introducir estos alimentos ni cuándo hacerlo. Y posteriormente, en 2012, el Comité sobre Reacciones Adversas a los Alimentos de la American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (*Academia Estadounidense de Alergia, Asma e Inmunología*) desarrolló recomendaciones para apoyar a los médicos en los debates con los pacientes y las familias en torno a cuándo debían introducirse estos alimentos alergénicos, y también para brindar orientación sobre cómo hacerlo. Estas recomendaciones eran para la introducción de alimentos complementarios cuando el niño esté listo, entre los 4 y 6 meses, aproximadamente cuando se puede sentar solo y muestra interés en estos alimentos, y la manera de hacerlo es 1 alimento a la vez, pero con una frecuencia no mayor a cada 3 a 5 días. Y se sugirió que los alimentos altamente alergénicos podrían introducirse después de que el niño haya demostrado la capacidad para tolerar los alimentos complementarios típicos, como arroz, papa



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alérgicos

y algunas verduras y, luego, en esa etapa, sería el momento adecuado para introducir estos alimentos alérgicos.

En cuanto a cómo hacerlo, se recomendó ofrecer el alimento inicialmente en el hogar, en lugar de la guardería o un restaurante, porque en caso de alguna reacción, se podría controlar mejor. En segundo lugar, si no hay una reacción evidente, se debe continuar ofreciendo ese alimento en cantidades gradualmente mayores para incorporarlo en la dieta del niño. Los médicos consideraron estas pautas muy útiles.

Posteriormente, las pautas volvieron a cambiar y me gustaría dedicar un poco de tiempo a estudiar la evidencia sobre por qué cambiaron las pautas. En 2015, se publicó un estudio fundamental que brindaba la primera evidencia de nivel 1 que confirmaba que la introducción temprana de un alimento alérgico es realmente eficaz en la prevención del desarrollo de alergias alimentarias. Era el estudio LEAP que publicó un grupo de investigadores del Reino Unido. Demostraron que si a los bebés se les introducía el maní en el primer año de vida, entre los 4 y los 11 meses, el riesgo de desarrollar alergia al maní se reducía en casi el 80 % en comparación con niños a los que se les introducía el maní de manera tardía desde los 5 años. Esta es la información que se muestra aquí. Los puntos clave que se deben recordar de este estudio son, en primer lugar, que todos los participantes del estudio eran de alto riesgo por tener antecedentes de aparición temprana de eccema grave o de alergia al huevo. Y se demostró que, incluso los niños que no tuvieron una prueba cutánea positiva de alergia al maní, tenían un beneficio con una incidencia reducida o prevalencia de alergia al maní a los 5 años, del 13 % al 2 %. Sin embargo, el beneficio fue especialmente sorprendente entre los niños que ya tenían una prueba cutánea positiva de alergia al maní aunque todavía no eran

alérgicos. En este grupo de mayor riesgo por tener una prueba cutánea positiva de alergia al maní, su riesgo de tener alergia al maní se redujo del 35 % al 10 %.

Ahora bien, posterior a este primer estudio, se publicaron muchos otros y todos muestran resultados muy similares, no solo con respecto a la alergia al maní, sino también con otras alergias alimentarias. En cuanto a la mayoría de los estudios sobre alergia al huevo y a la leche, por ejemplo, como en el caso de los ensayos de intervención, lo que vemos es una revisión sistemática metanálisis que muestra los resultados de estudios agrupados de alergia al huevo, al maní y a la leche, y se demuestra que la introducción temprana de estos alimentos en el primer año de vida reduce el riesgo de desarrollar alergia a estos alimentos particulares. La evidencia para la alergia a la leche es menos sólida, pero esto se relaciona a la cantidad limitada de estudios y a que ambos estudios demuestran un cambio hacia el beneficio.

Los resultados de la revisión sistemática mostraron que la introducción temprana del huevo de los 4 a 6 meses reducía a la mitad la probabilidad de desarrollar alergia al huevo y, de manera similar, había una certeza moderada de evidencia de reducción del riesgo de alergia al maní si este se introducía de los 4 a los 11 meses, y el riesgo se reducía en realidad en un 70 %.

Gracias a estos resultados, se actualizaron las pautas en los EE.UU. y en todo el mundo. Estas recomendaciones actualizadas se publicaron primero en 2015, y en los siguientes años hubo otras actualizaciones. En resumen, lo que sugieren las recomendaciones actuales es introducir alimentos potencialmente alérgicos, incluidos huevo, leche, maní, frutos secos, trigo, mariscos, pescado y soja, desde los 4 hasta los 6 meses cuando se introducen otros alimentos complementarios. Esto es porque



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

ahora existe evidencia concreta de que hacerlo reducirá el riesgo de desarrollar al menos alergia al maní, pero también otras alergias. Si tienen preguntas, deben consultar al proveedor de atención médica.

Ahora hay pautas más detalladas sobre cómo introducir estos alimentos, pero particularmente el maní, debido al temor a la reacción al maní que hay en la comunidad. Y aquí podemos ver una introducción gradual, paso a paso, del maní que tiene como objetivo minimizar el riesgo. Con este enfoque, es muy poco probable que induzcan una reacción alérgica grave en un bebé y, además, sabemos que la probabilidad de reacciones graves en bebés es realmente baja.

Estamos hablando de introducir primero una pequeña cantidad en la punta de una cucharita y esperar un tiempo, al menos 10 minutos, para ver si hay alguna reacción. Si no hay, se puede ofrecer una mayor cantidad y seguir ofreciendo lo que queda de una porción estándar de maní, alrededor de 2 g de proteína de maní. Aquí lo importante, cuando se introducen alimentos por primera vez, es poder observar al niño durante al menos 2 horas después de haber ofrecido el alimento de manera que si hay alguna reacción, se pueda controlar.

Ahora bien, debido a que el estudio LEAP se realizó con bebés de alto riesgo y no implicó pruebas para detectar una alergia existente al maní, las pautas actuales en los EE. UU. ofrecen la opción de realizar una prueba de sensibilización al maní antes de introducirlo. Pero quiero destacar que esto no es esencial y, en muchos lugares en todo el mundo, incluida Australia, no realizan pruebas en los niños para detectar sensibilización al maní antes de introducirlo. Por supuesto que nosotros somos muy cuidadosos porque si hay antecedentes de reacciones que podrían sugerir alergia, no recomendamos introducir el maní. Sin embargo, si no hay

antecedentes de alergia al maní, simplemente recomendamos introducirlo sin pruebas previas, pero hay falta de consenso, incluso en los Estados Unidos, sobre si se deberían hacer pruebas de detección o no.

Aun así, existe esta pauta que se publicó en 2017 que ofrece un algoritmo en caso de que se decida realizar pruebas para detectar sensibilización al maní antes de recomendar la introducción. Se pueden realizar pruebas de detección a los bebés de alto riesgo. Ser de alto riesgo implica tener aparición temprana de eccema grave o alergia al huevo establecida. En estos bebés, se puede considerar hacer una prueba de punción cutánea o un análisis de sangre para detectar inmunoglobulina E (IgE) específica del maní. Si el resultado del análisis es positivo, no significa necesariamente que el niño tenga alergia porque sabemos que, al menos, la mitad de los niños con resultados positivos no son alérgicos al maní. Esta es la razón de la controversia en torno a si se deben hacer pruebas para detectar sensibilización al maní o no. Pero en caso de que el resultado sea positivo, se pueden aplicar umbrales que fueron publicados para estratificar a los pacientes y determinar si tienen o no riesgo alto, moderado o bajo de alergia clínica. En el caso de los pacientes con riesgo alto de alergia clínica, los deben derivar a un alergista pediatra para que reciban atención continua. Si, por el contrario, el paciente está en un nivel bajo y, por lo tanto, no está claro si tiene alergia clínica, se puede optar por introducir maní en un entorno supervisado o realizar una prueba de exposición oral alimentaria en la clínica.

Pero si el nivel de reacción se considera bajo, por ejemplo, una prueba negativa o dudosa, igualmente se puede ofrecer alimentación supervisada en la clínica, o se podría sugerir a la familia introducir el alimento en el hogar. Si el niño solo tuvo eccema leve a moderado, no se considera que tiene mayor riesgo de alergia al maní y no es necesario hacerle pruebas para detectar



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

sensibilización al maní. En estos casos, se puede introducir el alimento en el hogar, ya que se considera que el niño tiene riesgo bajo de desarrollar alergia al maní.

Ahora veamos cómo implementamos las pautas. Lo que sabemos sobre las pautas es que existen barreras significativas para su adopción. En el caso de las pautas sobre la prevención de alergias alimentarias, creo que estas barreras son incluso mayores porque existe un temor generalizado sobre la posibilidad de que se produzcan reacciones alérgicas graves, sobre reacciones potencialmente mortales y tener que controlarlas en el entorno/la comunidad, lugares donde los padres son responsables de vigilar a sus hijos para detectar reacciones. Considero que es importante que pensemos en cómo podemos mejorar la adopción de las pautas. Para poder hacerlo, primero debemos comprender las barreras. Y estas son las barreras a las que creo que nos enfrentamos nosotros, como profesionales de la salud, y la comunidad, cuando alentamos a las familias a hacer lo que queremos que hagan: introducir estos alimentos sólidos alergénicos de manera temprana.

La primera es en realidad educar a los profesionales de la salud. Toma bastante tiempo para que las nuevas pautas se filtren. Sé que pasaron 10 años desde que se publicaron las últimas pautas, pero puede tomar mucho si no se implementa un plan para educar a los profesionales de la salud. Luego, hay que lograr que los profesionales acepten dichas pautas y realmente las apoyen y, por lo tanto, las recomienden a sus pacientes.

En segunda instancia, debemos trabajar con la comunidad para mejorar la conciencia en torno a las pautas a nivel comunitario y, luego, abordar las inquietudes de las que hablaba antes sobre seguir las pautas. Lo último que advertimos es que con

frecuencia las pautas en el país no están bien alineadas y esto puede ser confuso para las familias. Debemos asegurarnos de que todas las pautas nacionales para la prevención de las alergias y la alimentación infantil estén alineadas.

Ahora quisiera compartir algunos datos sobre Australia que explican claramente cómo abordar las barreras en la adopción puede en realidad llevar a una implementación mejorada de las pautas. Estos son datos sobre la introducción de alimentos sólidos y alimentos sólidos alergénicos antes de las actualizaciones de las pautas. Las Pautas sobre la prevención de las alergias en Australia se actualizaron en plazos similares a los que mencionamos antes para los EE. UU. Antes de 2008, recomendábamos retrasar la introducción de alimentos sólidos alergénicos. Alrededor de 2008, publicamos pautas actualizadas que indicaban que no hay evidencia suficiente para recomendar el retraso. Eliminamos esa recomendación y, luego, en 2015/2016, volvimos a actualizar las pautas para recomendar activamente la introducción temprana.

Veamos lo que hacían los australianos con las pautas originales sobre el retraso de la introducción. De hecho, siguieron las pautas bastante bien. La mayoría de los niños probaron alimentos sólidos, alimentos sólidos complementarios, entre los 4 y los 6 meses. Si analizamos los alimentos sólidos alergénicos, el huevo se introdujo generalmente en la segunda mitad del primer año de vida, y la mayoría lo probó antes de los 12 meses. Pero en el caso del maní, casi ninguno lo probó antes del primer año. Ahora bien, si seguimos nuestras recomendaciones iniciales, las pautas actualizadas en 2015, realizamos otro estudio poblacional para evaluar la ingesta de maní, en particular huevo, y también algunos otros alimentos alergénicos.



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

Lo que se puede ver aquí, del estudio HealthNuts, es que hubo una clara adopción de las pautas. Mostramos que la introducción del maní mejoró significativamente, de tal manera que el 83 % de los bebés ahora comían maní en el primer año de vida, incluidos los pacientes de alto riesgo que tuvieron eccema grave en el primer año. Contamos con datos similares para el huevo y la castaña de cajú. Hubo un retraso en cuanto al momento de la introducción. Y ahora la mayoría de los niños prueba el huevo en la segunda mitad del primer año de vida. Más de la mitad probó el huevo antes de los 6 meses. En el caso de la castaña de cajú, antes de que se actualizaran las pautas, nadie introducía las castañas en el primer año de vida, pero vemos que con la actualización, hay una introducción constante de la castaña de cajú en la segunda mitad del primer año de vida. La conclusión, con la evidencia del estudio HealthNuts en Australia, es que podemos mostrar que la adopción de las pautas y su implementación en la comunidad llevaron a una mejor ingesta de estos alimentos sólidos alergénicos.

Ahora bien, lo que también queríamos hacer en Australia era ver si podíamos mejorar un poco más la adopción. Queríamos abordar específicamente las barreras con un enfoque de intervención de la salud pública y lo que hicimos fue desarrollar un Proyecto para la prevención de las alergias alimentarias. El gobierno nacional lo financió y nos permitió implementar una serie de estrategias para superar las barreras que mencionamos antes. Quisimos mejorar aún más la introducción de alimentos sólidos alergénicos en el primer año de vida y optimizar el control del eccema, aunque sabíamos que el eccema es un factor de riesgo de las alergias alimentarias.

¿Qué es el Proyecto para la prevención de las alergias alimentarias? Es una iniciativa del National Allergy Council (*Consejo Nacional de Alergias*), que es una

colaboración entre nuestra sociedad de profesionales, la Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy (*Sociedad de Inmunología Clínica y Alergia de Australasia*, ASCIA, por sus siglas en inglés), que es el equivalente a la Academia Estadounidense de Alergia, Asma e Inmunología en Australia, una colaboración entre la ASCIA y Allergy and Anaphylaxis Australia, el equivalente a nuestra organización para pacientes con alergias alimentarias en los EE. UU., por ejemplo, Food Allergy Research and Education. Veo que tienen muchas organizaciones nacionales para pacientes.

Como dije antes, la financiación del proyecto estuvo a cargo del gobierno federal australiano. Y el proceso de implementación estuvo guiado por una reunión de partes interesadas clave que se realizó en marzo de 2017. Este grupo, del cual tuve la suerte de formar parte, desarrolló 3 componentes diferentes del Proyecto para la prevención de las alergias alimentarias. El primero fue el sitio web Nip Allergies in the Bub. El objetivo de este sitio web es compartir información basada en la evidencia para padres y profesionales de la salud en colaboración con la ASCIA y Allergy and Anaphylaxis Australia.

El segundo componente fue una aplicación que desarrollamos para teléfonos inteligentes llamada SmartStartAllergy. Fue desarrollada a partir de otra aplicación que hay en Australia que recuerda a las familias consultar al proveedor de atención médica sobre las vacunas infantiles de rutina. Las familias recibían un mensaje en su teléfono a los 6 meses, a los 9 meses y a los 12 meses que consultaba si introdujeron alimentos sólidos alergénicos y, si no lo hicieron, se los dirigía al sitio web Nip Allergies in the Bub donde debían responder un cuestionario, y también recibían orientación sobre cómo introducir alimentos sólidos y la importancia de ofrecer alimentos sólidos alergénicos para evitar alergias alimentarias.



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

El tercer componente del programa fue una línea de apoyo. Había profesionales de la salud dedicados, generalmente personal de enfermería experimentado, que podían responder llamadas de padres y profesionales de la salud para brindar apoyo en la implementación de las pautas actualizadas. En agosto de 2018, se lanzó este proyecto como fase piloto en el oeste de Australia, uno de nuestros estados, y tiempo después se lanzó a nivel nacional en septiembre de 2019. Pudimos evaluar este proyecto en particular.

Cuando lo evaluamos, primero analizamos el servicio SmartStartAllergy, la aplicación sobre alergias para teléfonos inteligentes. Nuestra pregunta de investigación específica era si tener acceso a esta aplicación realmente influía en la tasa de introducción del maní en los primeros 12 meses de vida. Básicamente reclutamos a pacientes a través de consultorios que ya usaban esta aplicación en particular para las vacunas. Dividimos a los pacientes en el grupo de intervención, los que se inscribieron en el programa antes de cumplir los 12 meses y el grupo de control, formado por padres y familias que se inscribieron a los 12 meses o después.

Se invitó a todos los padres a completar un cuestionario en línea que preguntaba sobre la introducción del maní a los 6 meses, a los 9 meses y a los 12 meses en el grupo de intervención y, obviamente, a los padres con bebés que ya tenían 12 meses, estos solo podían responder el cuestionario de los 12 meses. Recopilamos la siguiente información específica: si se introdujeron alimentos alergénicos, específicamente maní, así como otros alérgenos alimentarios; las reacciones informadas por los padres sobre estos alimentos y si el niño sufrió de eccema; si había otras alergias alimentarias; si había antecedentes familiares de problemas de alergia; y el país de nacimiento.

Lo que determinamos a partir de los datos fue que se reclutó a los participantes entre el 21 de septiembre de 2018 y abril de 2022. La introducción del servicio SmartStartAllergy aumentó la probabilidad de dar maní antes de los 12 meses del 88 % en el grupo de control al 98 % en el grupo de intervención. La relación bruta era el quintuple, lo que significa que era 5 veces más probable que las familias que recibieron indicaciones del servicio SmartStartAllergy introdujeran maní antes de los 12 meses en comparación con las familias que no se beneficiaron de la indicación de SmartStartAllergy. Cuando analizamos los efectos en bebés de alto riesgo en comparación con los que no son de alto riesgo, descubrimos que el beneficio era parecido. Podemos analizar esto de manera diferente, con un análisis de regresión logística, adaptándolo al estado de los bebés de alto riesgo. Mostramos que la relación de introducir maní en el primer año de vida era la misma en el grupo de alto riesgo en comparación con el grupo de bajo riesgo. Y aquí pueden ver, en la tabla debajo, que sin importar la naturaleza de alto riesgo, independientemente de que el bebé tuviera eccema, eccema grave, antecedentes familiares de alergias o las 3 opciones, las probabilidades de lograr la introducción temprana de maní en el primer año de vida mejoraron de manera similar teniendo acceso al servicio SmartStartAllergy.

Para resumir los hallazgos de nuestro estudio SmartStartAllergy, podemos decir que el servicio SmartStartAllergy, recibir indicaciones a través de una aplicación móvil a los 6 meses, a los 9 meses y a los 12 meses entre los bebés de bajo riesgo y alto riesgo, mejora significativamente la probabilidad de que las familias introduzcan el maní en el primer año de vida, según las pautas actuales basadas en la evidencia sobre la introducción del maní en comparación con no recibir dichas indicaciones. Lo interesante fue que en



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

el grupo de control en este estudio, la probabilidad de introducir maní en el primer año de vida era similar a nuestro estudio poblacional realizado en un plazo parecido al que mostré del estudio EarlyNuts.

Una de las preguntas es ¿por qué tener acceso a una aplicación móvil ayudaría a un paciente a seguir las pautas y realmente cumplir con las instrucciones? La razón por la que hacemos esa pregunta es porque otros estudios que usaron las indicaciones de una aplicación móvil no lograron la adopción de las pautas. Creemos que hay numerosas diferencias con nuestro enfoque de SmartStartAllergy. La primera es que los pacientes eran dirigidos a un sitio web respaldado por un organismo experto, la Sociedad de Inmunología Clínica y Alergia de Australasia. Cuando los pacientes son dirigidos a un sitio web con este respaldo, es más probable que realmente sigan las pautas disponibles en dicho sitio. La segunda es que detectamos que a los pacientes les gusta ir a un sitio web a leer información. Pueden hacerlo por su cuenta, se sienten más en control, pueden leer la información a su propio ritmo y, por lo tanto, es más probable que acepten la información que leen en lugar de desestimarla. La tercera diferencia es que este sitio web estaba diseñado específicamente para brindar información que a los pacientes en realidad les interesaba. Gracias a que tuvimos el foro de partes interesadas cuando desarrollamos este Proyecto para la prevención de las alergias alimentarias, pudimos personalizar muy cuidadosamente este sitio web según la manera en que a los pacientes les gusta ver la información. Creemos que estos aspectos particulares de nuestro Proyecto para la prevención de las alergias alimentarias y el servicio SmartStartAllergy fueron fundamentales para lograr los importantes beneficios que mostramos en el uso de la aplicación móvil.

La siguiente pregunta es si estos cambios en las pautas, y su adopción mejorada, generaron beneficios

reales a nivel comunitario en relación con la incidencia y prevalencia de la alergia al maní. Aquí podemos recurrir a la evidencia generada en Australia. Realizamos numerosos estudios que examinaron si las tasas de alergia al maní y anafilaxia al maní cambiaron o no después de la introducción de nuestras pautas en Australia. Con este estudio en particular, mis colegas y yo publicamos un análisis sobre las admisiones hospitalarias por anafilaxia alimentaria en Australia en 2022. Lo que hicimos fue acceder a la base de datos nacional de admisiones y buscamos tasas de anafilaxia alimentaria en los últimos 20 años, desde 1999 hasta 2019.

Revisamos diferentes grupos etarios y examinamos 3 períodos diferentes relacionados con los cambios en las pautas. En 2008, se eliminó la instrucción de retrasar la introducción de alimentos sólidos alergénicos, un período similar al de la actualización en los EE. UU. Luego, en 2016, hubo una segunda actualización para introducir activamente alimentos sólidos alergénicos de los 4 a los 6 meses. Analizamos las tasas de admisión por anafilaxia alimentaria en Australia durante esos 3 períodos y examinamos las tasas de admisión para diferentes grupos etarios que pueden haberse beneficiado o no de los cambios en las pautas.

Los niños que no se beneficiaron de ninguna actualización de nuestras pautas nacieron antes de 2008 y cumplieron con el consejo original de retrasar la introducción de alimentos sólidos alergénicos. En este grupo podemos ver que hay un aumento exponencial en las admisiones hospitalarias por anafilaxia alimentaria con el transcurso del tiempo, lo que es similar a lo que conocemos sobre las tasas de alergia y anafilaxia alimentarias en toda Australia, los EE. UU. y el resto del mundo. Este es el punto de referencia que se usa en la comparación.



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

Si ponemos atención a los niños de 10 a 14 años en la línea roja sólida y a los niños de 5 a 9 años en la línea roja punteada, estos se beneficiaron de las actualizaciones de 2008, en el caso de los niños de 10 a 14 años, y de las actualizaciones más recientes, en el caso de los niños de 5 a 9 años. En ambos casos, se puede ver que hay un aumento a la derecha de las admisiones por anafilaxia alimentaria durante los 3 períodos. De hecho, es más sorprendente para los niños en el grupo de 5 a 9 años donde hay un aumento exponencial inicial y, luego, una meseta porque se beneficiaron del aumento, el reciente cambio en las pautas.

Al recomendar la introducción de alimentos sólidos antes, una pregunta interesante es ¿aumentan las tasas de anafilaxia? Se puede ver que hay un pico en la tasa de admisiones por anafilaxia entre los niños de 1 año o menos. Debido a que recomendamos introducir antes los alimentos sólidos alergénicos, vemos una tasa mayor de anafilaxia en este grupo etario. Pero cuando observamos la prevalencia general de admisiones por anafilaxia en el grupo etario completo de 0 a 4 años, es decir todos los niños de esa edad, no hay un pico general. Esto nos indica que no hay una mayor prevalencia de anafilaxia general. Sin embargo, hay un cambio en las admisiones de un poco más adelante en los primeros 4 años a antes en el primer año de vida, que se corresponde con el momento de introducir alimentos sólidos.

Si nos alejamos de la moraleja, parece haber habido un impacto en las tasas de admisión por anafilaxia alimentaria en Australia después de las actualizaciones en las pautas, que sabemos que estaban relacionadas con la introducción temprana de, al menos, maní, huevo y castañas de cajú, que mostré anteriormente. ¿Qué sucede con la prevalencia comunitaria de la alergia al maní? Aquí los datos son menos claros. Podemos ver una leve y modesta reducción en la

prevalencia de la alergia al maní en la comunidad. Estos datos provienen del estudio integral EarlyNuts en el que se analizó a miles de bebés en la comunidad y el estudio HealthNuts en el que se analizó a 5000 niños en la comunidad. EarlyNuts se realizó aproximadamente 10 años después de HealthNuts, por lo que pudimos analizar estos 2 estudios poblacionales y la prevalencia de la alergia al maní.

Ahora bien, cuando nos adaptamos a la distribución demográfica diferente de pacientes en los 2 estudios, vemos una leve reducción en la prevalencia de la alergia al maní. Sin embargo, en general, no se trata de un gran impacto. Vemos una reducción del 3,1 % al 2,6 % en la alergia al maní en el primer año en el transcurso de 10 años, después de la introducción de nuestras pautas. Uno podría preguntarse, ¿por qué hay una leve mejora en la prevalencia de la alergia al maní si en el ensayo clínico, el ensayo aleatorizado LEAP que generó todos estos cambios en las pautas, el riesgo de prevalencia de la alergia al maní se redujo a la mitad? Creemos que hay varias razones. En primer lugar, debemos recordar que el estudio LEAP se realizó en niños de alto riesgo únicamente y lo que no sabemos es si estos efectos podrían aplicarse de igual manera a niños que no tienen eccema ni alergia al huevo.

En segundo lugar, la introducción del maní en LEAP se dio entre los 4 y los 11 meses y, luego, se esperó 5 años para hacer pruebas para la alergia al maní. En los estudios HealthNuts y EarlyNuts se realizaron las pruebas a los 12 meses y, si hubiéramos esperado 5 años, hubiéramos visto una mayor reducción en la prevalencia de la alergia al maní. En tercer lugar, debemos considerar que la cantidad y la frecuencia de la ingesta de maní en nuestra comunidad real en Australia podrían ser muy diferentes que la cantidad y frecuencia de la introducción que se requerían en el ensayo aleatorizado LEAP. En el ensayo aleatorizado,



Generar confianza en torno a la introducción temprana de alimentos alergénicos

se les pedía a los niños comer 2 g al menos 3 veces a la semana. Es una cantidad mucho mayor, o considerable, y no sabemos si la ingesta comunitaria de maní en Australia se correspondía con ese nivel de ingesta de maní.

Después de abordar el primer punto de riesgo y si el beneficio de la introducción temprana es igual entre los niños que tienen eccema, por ejemplo, en comparación con los que no tienen, pudimos analizar esta pregunta con nuestros datos de HealthNuts. En HealthNuts, pudimos mostrar que la introducción temprana del maní solo lleva a una prevalencia reducida de la alergia al maní entre los niños que tuvieron aparición temprana de eccema. A partir de los datos, parecería que los niños que no tienen eccema no necesariamente se benefician de la introducción temprana del maní. Son principalmente los niños con aparición temprana de eccema que se considera que corren alto riesgo de desarrollar alergia al maní los que se benefician de una introducción temprana. Y si recuerdan, es una de las razones por las que las pautas estadounidenses para los niños que no se consideran de alto riesgo sugieren que simplemente se recomiende la introducción de maní según lo desee la familia.

Ahora bien, ¿cuáles son los aprendizajes clave de la experiencia australiana y los datos que podemos compartir de Australia? Primero, la introducción de maní antes de los 12 meses parece eficaz en la prevención de la alergia al maní. Hay una reducción sorprendente en las admisiones por anafilaxia y una reducción más leve en la prevalencia de la alergia al

maní en la comunidad. Segundo, es más probable que los padres sigan los consejos si están respaldados por recomendaciones de expertos a través de un sitio web fácilmente disponible y también por información sobre cómo introducir los alimentos. En Australia, nuestra aplicación móvil, SmartStartAllergy, que indica a los padres ofrecer maní a los 6 meses, a los 9 meses y a los 12 meses, parece ser eficaz para mejorar la probabilidad de introducir el maní en el primer año de vida. Esto sugiere que podrían aprovechar la oportunidad cuando ven a pacientes a los 6 meses y a los 9 meses para hacer preguntas e indicarles a las familias ofrecer maní de manera regular.

Los datos nacionales de admisiones en Australia reafirman que la recomendación de introducir maní, al menos, un poco antes en el primer año de vida no causa un aumento general en las tasas de anafilaxia. Sí cambia la presentación de la anafilaxia en niños que ya son alérgicos y que probaron el maní en una etapa temprana, pero no parece aumentar la probabilidad de reacciones graves en dichos niños.

La conclusión para llevar a sus consultorios es que la introducción temprana de alimentos alergénicos puede mejorar la tolerancia a dichos alimentos y reducir la probabilidad de desarrollar alergias. Los mensajes constantes son muy importantes y la tecnología con recordatorios puede aprovecharse para mejorar la introducción de alimentos sólidos alergénicos junto con recordatorios oportunistas en las consultas de pacientes durante el primer año de vida, posiblemente en las consultas de vacunación.