



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RINITIS
ALÉRGICA, EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN LA
CMF "ORIENTE" ISSSTE.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,

PRESENTA:

DRA. ADRIANA ANGÉLICA MONTEJANO GONZÁLEZ

ASESORES:

M. EN C. DRA. LUZ MARÍA GALINDO AGUILAR
DR. RODRIGO HIROSHI GONZÁLEZ LUNA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A mí hijo Rafita:

Porque yo te di la vida, pero tú todos los días le das sentido a la mía. Eres mi solecito en los días nublados, y esos bracitos que se enredan en mi cuello, son mi joya más valiosa. Tú me inspiras a ser mejor día a día, ser la mejor versión de mí, ya que tú siempre sigues mis huellas, TE AMO PEDACITO MÍO.

A mis padres Ángeles y Heraclio:

Quien mejor para cuidar una parte de mí, ese enanito que nos llena la vida de alegría. Gracias por todo su apoyo, por los regaños, por los mimos, por los litros de café, las comidas. Sin ustedes no sería la madre, la mujer, ni la profesionalista que soy, y esto llamado especialidad no se hubiese logrado. LOS AMO.

A José de Jesús:

Me encontraste sin andarte buscando, reparaste los pedazos que quedaron de mí y los volviste mi mejor versión. Me enseñaste que una pareja te suma, no te resta, no se avergüenza de ti, te deja ser y te impulsa. Gracias por desvelarte conmigo, por aguantar mis mil cambios de humor al día, por los litros de coca y café, por las colaciones, por las toallas, y por esas interminables noches de guardia. Si se pudo. TE AMO.

A Kary (De la Rouse):

La amistad y hermandad si se encuentra en la Residencia, y se dice que estas dos duplican las alegrías y dividen las angustias por la mitad. Tu me viste hecha pedazos y nunca dejaste que dijera ya no puedo. ¡¡¡Terminamos la tesis!!!! TE QUIERO BIEN HARTO.

A mis maestros:

Son tantos, y a veces la memoria y el espacio no son suficientes, como tampoco lo son las palabras para agradecerles todo lo que me enseñaron, como Médicos y como personas. Muchísimas gracias.

ABSTRACT

Introduction

Allergic rhinitis is a set of nasal symptoms, consisting of nasal congestion, runny nose, pruritus and sneezing, being one of the 10 main reasons for consulting primary care services.

Knowledge about good practices such as anamnesis and physical examination is essential for better management and better control of this pathology, this would therefore mean enormous economic and socio-sanitary savings, providing an active and healthy life for patients with rhinitis. allergic.

Objectives.

To evaluate the level of knowledge about allergic rhinitis, in primary care physicians, in the CMF Oriente ISSSTE”

Method.

40 Family, General and Resident Physicians of the CMF Oriente answered a questionnaire on personal and professional data and knowledge on allergic rhinitis and ARIA. SPSS was used.

Results.

It was observed that doctors with a medical practice of less than 1 year: 1 year: 1 (100%) with a regular level; 1-5 years: 1 (25%) with a regular level and 3 (75%) with a poor level; 6-10 years: 9 (75%) with a fair level and 3 (25%) with a poor level; More than 10 years: 19 (82.6%) with a fair level and 4 (17.3%) with a poor level. In other words, in terms of global knowledge, no doctor achieved a good level, leaving biases in proper diagnosis, timely treatment to avoid complications of the disease, and timely referral to the next level if necessary.

Conclusions.

Less than 50% of the Physicians of the Oriente Family Medicine Clinic have adequate levels of knowledge about diagnosis, anamnesis and treatment of allergic rinitis.

RESUMEN

Introducción

La rinitis alérgica, es un conjunto de síntomas nasales, consistentes en congestión nasal, rinorrea, prurito y estornudos, siendo uno de los 10 principales motivos de consulta a los servicios de atención primaria.

El conocimiento sobre las buenas prácticas como anamnesis y exploración física, es fundamental para la mejor gestión y un mejor control de esta patología, esto supondría por tanto un enorme ahorro económico y socio-sanitario, proporcionando una vida activa y saludable a los pacientes con rinitis alérgica.

Objetivo.

Evaluar el nivel de conocimiento sobre rinitis alérgica, en médicos de primer nivel de atención, en la CMF Oriente ISSSTE”

Método.

40 Médicos Familiares, Generales y Residentes de la CMF Oriente, respondieron un cuestionario sobre datos personales, profesionales y conocimiento en rinitis alérgica y ARIA. Se utilizó SPSS.

Resultados.

se observó que los médicos con un ejercicio médico de menos de 1 año: 1 año: 1 (100%) con un nivel regular; 1-5 años: 1 (25%) con un nivel regular y 3 (75%) con mal nivel; 6-10 años: 9 (75%) con nivel regular y 3 (25%) con mal nivel; Más de 10 años: 19 (82.6%) con regular nivel y 4 (17.3%) con mal nivel. Es decir, en cuanto al conocimiento global, ningún médico logró un buen nivel, dejando sesgos en el diagnóstico adecuado, tratamiento oportuno para evitar complicaciones propias de la enfermedad y envió oportuno al siguiente nivel de ser necesario.

Conclusiones.

Menos del 50% de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene niveles adecuados de conocimientos sobre diagnóstico, anamnesis y tratamiento de rinitis alérgica

ÍNDICE

1. Marco teórico.....	6
I. Introducción.....	6
II. Definición.....	7
III. Epidemiología.....	8
IV.- Clasificación de rinitis alérgica.....	9
V. Etiología.....	10
VI. Fisiopatología.....	12
VII.- Diagnóstico.....	13
VIII.- Tratamiento.....	15
IX.- Intervención oportuna del primer nivel de atención.....	19
2. Planteamiento del problema.....	21
3. Justificación.....	22
4. Hipótesis.....	23
5. Objetivo general.....	23
6. Objetivos específicos.....	23
7. Metodología.....	24
7.1 Diseño y tipo de estudio.....	24
7.2 Población de estudio.....	24
7.3 Universo de trabajo.....	24
7.4 Tiempo de ejecución.....	24
7.5 Esquema de selección.....	24
7.5.1 Definición del grupo control.....	24
7.5.2 Definición del grupo a intervenir.....	24
7.5.3 Criterios de inclusión.....	24
7.5.4 Criterios de exclusión.....	24
7.5.5 Criterios de eliminación.....	24
7.6 Tipo de muestreo.....	24
7.6.1 Muestreo probabilístico.....	24
7.6.2 Muestreo no probabilístico.....	24
7.7 Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra.....	24
7.8 Descripción operacional de las variables.....	25
7.9 Técnicas y procedimientos a emplear.....	28
8. Aspectos éticos.....	29
9. Resultados.....	31
9.1 Primera parte.....	31
9.2 Segunda parte.....	36
10. Discusión.....	45
11. Conclusiones.....	47
12. Recomendaciones.....	47
13. Bibliografía.....	48
14. Anexos.....	49

1. MARCO TEÓRICO

I. INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica, se define como un conjunto de síntomas nasales, consistentes en congestión nasal, rinorrea, prurito y estornudos, siendo uno de los 10 principales motivos de consulta a los servicios de atención primaria

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades alérgicas ocupan el sexto lugar entre las enfermedades infantiles y representan un tercio de las enfermedades crónicas en los niños, dentro de estas, se incluye la rinitis alérgica, la cual será nuestro objeto de estudio.

El conocimiento sobre las buenas prácticas como anamnesis y exploración física, es fundamental para la mejor gestión y un mejor control de esta patología, esto supondría por tanto un enorme ahorro económico y socio-sanitario, proporcionando una vida activa y saludable a los pacientes con rinitis alérgica.

La anamnesis es la pieza clave para el diagnóstico oportuno de la rinitis alérgica, sin embargo, el diagnóstico etiológico de un mismo paciente, puede ser diferente al ser valorado por diferentes médicos.

Es por ello, que, a pesar de su capacidad, pocos médicos de primer nivel poseen conocimientos suficientes para el manejo de pacientes alérgicos, dando como resultado infradiagnósticos, tratamientos inadecuados y envíos tardíos a alergología.

Por todo esto es imperativa una reflexión sobre el adecuado o inadecuado proceder como médico de primer nivel de atención, con el diagnóstico oportuno de niños que padecen rinitis alérgica.

La capacitación y actualización constante, pueden ser instrumentos que contribuyan a los objetivos de esta investigación, dado como resultado un mejor manejo de esta patología, evitando complicaciones en nuestros niños, mejorando costes en las instituciones y la calidad de vida de ellos y sus familias. ^(1,2,3,7)

II. DEFINICIÓN.

La Rinitis Alérgica (RA), se define como un síndrome caracterizado por la inflamación o disfunción de la mucosa nasal. Se deben presentar dos o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea acuosa, prurito y estornudos en salva; siendo uno de los 10 principales motivos de consulta a los servicios de atención primaria. Se considera un problema de salud de primer nivel, debido a su alta prevalencia, su repercusión negativa en la calidad de vida y los costos sanitarios que genera. ^(1,2)

Se considera rinitis alérgica cuando se presenta la siguiente triada: congestión nasal, rinorrea acuosa y estornudos en salva. Las guías ARIA definen la RA como un proceso inflamatorio de las fosas nasales, tras la exposición a uno o varios alérgenos, por una inflamación IgE, mediada en las membranas y mucosa nasal. ^(5,10, 17)

El endotipo de la rinitis alérgica es uno de los mejor conocidos y se caracteriza por una inflamación predominantemente eosinofílica, mediada por anticuerpos IgE y desencadena por la exposición de alérgenos ambientales. ⁽¹⁾

Los síntomas de la RA, interfieren con el patrón de sueño, con lo cual el paciente duerme durante el día, haciéndose más comunes la ansiedad, depresión, fatiga, problemas con la interacción social y se perciben signos de disfunción cognitiva; todo esto se extiende hacia los padres y la familia del niño, mermando su calidad de vida. ⁽¹¹⁾

Por lo tanto, la RA es considerada una carga médica y social, lo cual es preocupante, ya que la actualidad tiene una alta prevalencia en países industrializados ⁽³⁾

III. EPIDEMIOLOGÍA.

En México, se reporta una prevalencia de asma más rinitis alérgica que va del 4.6% al 42%, observándose una mayor incidencia en la Ciudad de México, predominando en niños de 6 a 12 años. ⁽¹⁴⁾

En estados del sur, se reporta una prevalencia del 15% y en ciudades del norte un 24% ⁽⁵⁾

La frecuencia es mayor en sexo femenino (62%) y menor en el sexo masculino (38%) ⁽⁶⁾

Se ha reportado que la sintomatología es estacional, predominando los estornudos en salva, en los meses de marzo a mayo, en donde hay alérgenos típicamente “estacionales” como polen denominándose alérgenos perennes (70%) y un pico menor en el mes de Septiembre (otoño). Con menor frecuencia y de manera intermitente, se presentan los alérgenos no perennes, los cuales corresponde a los ácaros (43%) y epitelios (21%). ^(1,11)

IV. CLASIFICACIÓN DE RINITIS ALÉRGICA.

De acuerdo con el fenotipo, la RA se clasificó inicialmente atendiendo su causa y al periodo en el que aparecían los síntomas (estacional o perenne), pero la distinción es simplista e insuficiente. Estos términos, son conceptualmente diferentes y no intercambiables. ⁽¹⁾

En 2001 un grupo de expertos elaboró un consenso sobre manejo de la rinitis alérgica con metodología basada en la evidencia, la guía ARIA. Esta propone una nueva clasificación, según la frecuencia de los síntomas en intermitente o persistente y según su gravedad en leve, moderada o grave. ⁽¹⁾

La clasificación de las guías ARIA (2019), incluye: ^(13, 17, Tabla1)

TIPO DE RINITIS ALÉRGICA	DEFINICIÓN
Intermitente	Menor de cuatro días a la semana y menor de cuatro semanas consecutivas
Persistente	Mayor de cuatro días a la semana y mayor a cuatro semanas consecutivas
Leve	Sueño normal, no afecta las actividades diarias, deportivas, no afecta la escuela o el trabajo, síntomas presentes, pero no molestos
Moderada-severa	Cuando existe alteración del sueño, interferencia en las actividades diarias, interfiere en la actividad escolar o de trabajo y síntomas molestos, de tal modo que podemos tener rinitis alérgica leve intermitente o persistente y moderada-severa intermitente o persistente.

Tabla 1: Clasificación de rinitis alérgica de acuerdo a la duración y severidad (Guías ARIA)

V. ETIOLOGÍA.

Actualmente, se ha presentado un aumento en la prevalencia de RA, particularmente en la población urbana. Entre las múltiples causas está el nivel socioeconómico, las condiciones de salud y alimentación, además de las ambientales, como las condiciones de vivienda y la humedad. ⁽⁴⁾

Se considera que la exposición de individuos atópicos a factores ambientales externos juega un papel crucial en la patogenia de la RA. La exposición al ambiente externo incluye principalmente contaminación del aire ambiental, aeroalérgenos (polen, mohos y ácaros) y el clima. Un estudio reciente ha revelado que la contaminación del aire podría contribuir a una mayor prevalencia de AR. ⁽¹⁴⁾

El potencial efecto del cambio climático, aumento de la temperatura y la exposición continua y prolongada al dióxido de carbono, se ha asociado al aumento de casos de RA ⁽¹¹⁾

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de rinitis alérgica se incluyen la introducción temprana de alimentos, tabaquismo, materno o paterno en el primer año de vida, historia familiar de primer grado de alergias, presencia de mascotas con pelo en casa, niveles elevados de IgE de los nueve meses a los 6 años ⁽¹³⁾

Los contaminantes químicos en el aire generados por fuentes tanto sintéticas como naturales se clasifican principalmente en gases de escape (p. Ej., Dióxido de nitrógeno [NO₂], dióxido de azufre [SO₂] y ozono [O₃]). Los mecanismos relacionados incluyen estrés oxidativo en las vías respiratorias, inflamación sostenida, remodelación estructural y mayor riesgo de sensibilización. ⁽¹⁴⁾

Los aeroalérgenos (polen, mohos y ácaros) son partículas inhaladas que son la principal causa de RA. Varios estudios mostraron que la incidencia o gravedad de la RA está estrechamente relacionada con los niveles de alérgenos de polen en el aire en varios países y regiones. ⁽¹⁴⁾ (Figura 1)

Diversos datos demuestran que la exposición al moho o la humedad durante la infancia aumentan el riesgo de asma y rinitis hasta los 16 años de edad, particularmente de rinitis y asma persistente durante la adolescencia. ⁽¹⁴⁾

Por lo tanto, la rinitis alérgica impacta severamente la calidad de vida del paciente, ya que produce irritabilidad, trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, cefalea, depresión y disminución del estado de alerta, lo cual afecta el desempeño escolar y alteraciones constantes en su dinámica familiar y social.
(4)

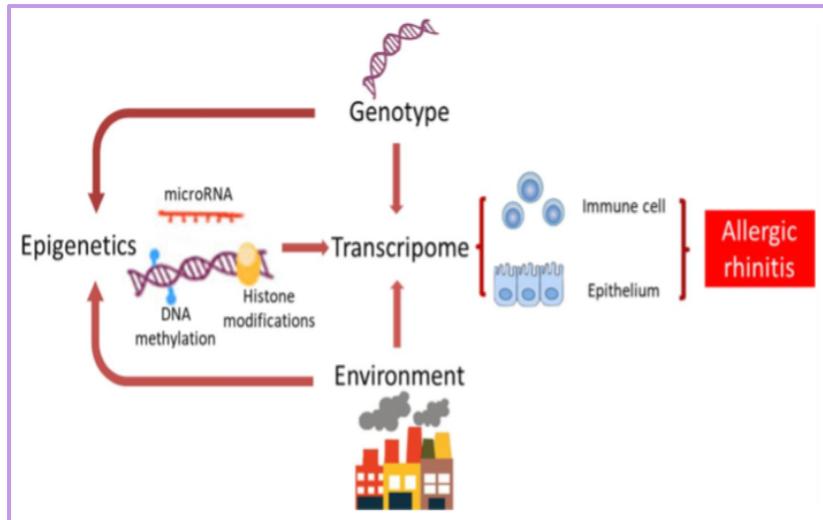


Figura 1.- Etiología de la rinitis alérgica (RA)

VI. FISIOPATOLOGÍA

La rinitis alérgica es mediada por la producción de Inmunoglobulina E (IgE), la cual responde a la exposición de alérgenos. Cuando la mucosa nasal está expuesta a alérgenos incitantes como el polen y los ácaros, las células inmunitarias innatas y adaptativas están involucradas en el mecanismo fisiopatológico de la RA, inducen la producción de IgE específica, la activación de eosinófilos y la desgranulación de los mastocitos y basófilos, con los consiguientes síntomas clínicos de RA. ^(6,14)

Las células T helper (Th) 2 de memoria patógena son impulsoras vitales en la patología de enfermedades alérgicas como la RA. IL - 5 + IL - 13 + CD27- CD161 + CD4 + reactivas a HDM y células ST2 + CD45RO + CD4 + se encontraron en la sangre periférica de pacientes con RA. ⁽¹⁴⁾

Según se informa, los subconjuntos de células Th2 de memoria que expresan ST2 en pacientes con AR aumentan sustancialmente la expresión de IL-5 en comparación con los pacientes sensibilizados asintomáticos.

Las células Th2 de memoria patógena están asociadas con la sensibilización y el estadio de RA. Estas células Th2 de memoria patogénica pueden desempeñar un papel clave en la patogenia de la RA. ⁽¹⁴⁾

Se describió que el subconjunto de células B reguladoras (Bregs) (CD19 + CD73- CD25 + CD71) en sangre periférica suprime la respuesta Th2 a través de la secreción de IL-10. Las células Bregs productoras de IL-10 y las células auxiliares foliculares T (TfH) que expresan IL-21 están reducidas en pacientes con RA. ^(6, 14) (Figura 2)

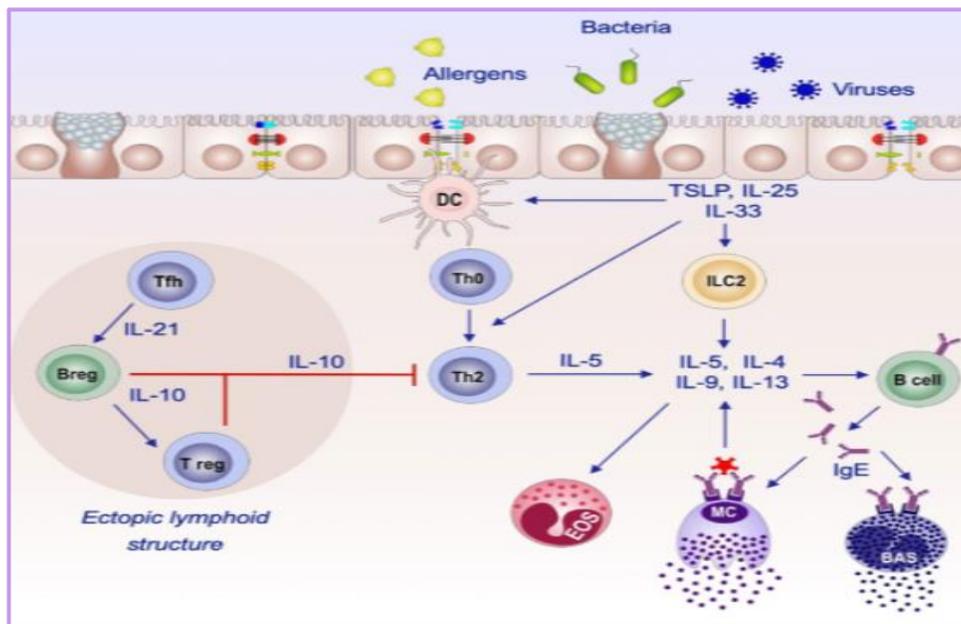


Figura 2.- Mecanismos involucrados en el desarrollo de la Rinitis Alérgica (RA)

La producción de IL-21 por las células T_H actúa como una molécula crítica involucrada en la maduración de Bregs y su producción de IL-10.

Bregs podría facilitar la inducción de células T reguladoras (Tregs), lo que sugiere que los Bregs ejercen efectos directos al inducir tolerancia a través de la generación de IL-10 y efectos indirectos a través de la inducción de Tregs. ⁽¹⁴⁾

Se informó que la activación del receptor activado por proteasa (PAR) -2 promueve la supresión de IL-10 en las células B, que puede inhibirse al tratar las células B con Liposomas portadores de ARNhc de la proteína 12 similar a Bcl2 (Bcl2L12). Estos datos sugieren que la regulación de Bcl2L12 puede ser un enfoque novedoso en el tratamiento de la RA. ⁽¹⁴⁾

VII. DIAGNÓSTICO

Como en otras patologías, el diagnóstico se basa en una correcta historia clínica, la exploración física y la realización de pruebas complementarias cuando sean precisas. ⁽¹⁾

HISTORIA CLÍNICA

Es la llave para un diagnóstico temprano y preciso de rinitis alérgica. La historia debe estar dirigida a la naturaleza y severidad de los síntomas, factores y conductas de riesgo, y así descartar aquella sintomatología que no esté ligada a la RA. La mayoría de los niños con RA reportan estornudos en salva, irritación nasal, picazón en el paladar, descarga nasal y sensación de plenitud nasal bilateral. ⁽¹⁴⁾

Debemos también recoger antecedentes personales y familiares de atopia, características del entorno del paciente (vivienda, ocio, trabajo), características de los síntomas, síntoma predominante, síntomas desencadenantes, alteraciones del olfato, síntomas sugestivos de asma, tratamientos previos y respuesta clínica. ⁽¹⁾

Se debe evaluar también el impacto en la calidad de vida, sobre todo si tiene dificultades en el habla debido a la calidad nasal de la voz y afectación en la calidad del sueño. ⁽¹⁴⁾

EXPLORACIÓN FÍSICA

La rinoscopia anterior es una técnica sencilla que permite visualizar el tercio anterior de la cavidad nasal. ⁽¹⁾

Los niños con rinitis alérgica crónica y severa, frecuentemente revelan hipertrofia de cornetes nasales en la rinoscopia anterior, y se produce descarga nasal hialina o purulenta. ⁽¹⁴⁾

La examinación de los ojos es importante para descartar conjuntivitis alérgica. Los pólipos nasales pueden estar presentes en rinitis alérgica con bloqueo nasal. ⁽¹⁴⁾

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

a. Pruebas cutáneas.

El diagnóstico de la rinitis alérgica, se basa en demostrar la existencia de IgE específica frente a un alérgeno sospechoso de causar la clínica. Para ello las pruebas cutáneas son la herramienta fundamental y la técnica recomendada es la intra-epidérmica o prick. Es fácil y se correlaciona bien con los síntomas y las pruebas específicas de provocación nasal con alérgenos. ^(1,14)

Se considera uno de los principales medios de diagnóstico etiológico de la rinitis alérgica, ya que cuenta con un menor costo y mayor sensibilidad. ⁽¹³⁾

b. Pruebas de provocación nasal.

La N- Acetilcisteína Nasal (NAC), es el estándar de oro para diagnosticar RA, ya que muestra una sensibilidad y especificidad óptima, además que es una técnica muy segura. Se utilizan extractos de alérgenos estandarizados y el alérgeno debe aplicarse bilateralmente. La medición del resultado de la NAC debe basarse en parámetros subjetivos (síntomas naso-oculares) y objetivos. Para evaluar la permeabilidad nasal, se aceptan varios métodos: flujo inspiratorio pico nasal, rinomanometría anterior activa, rinometría acústica y rinomanometría de cuatro fases. Un NAC se considera positivo si el paciente experimenta un cambio muy significativo en la puntuación de los síntomas o en la permeabilidad nasal. El NAC también puede considerarse positivo si se producen cambios moderados simultáneamente en ambos parámetros. ⁽¹⁴⁾

Esta prueba está indicada en la confirmación de la rinitis alérgica, cuando hay discrepancias entra la historia clínica y las pruebas cutáneas y la determinación de IgE específica, en el diagnóstico diferencial del paciente polisensibilizado antes de decidir una inmunoterapia, en estudios de investigación fisiopatológica y en el diagnóstico de certeza de la rinitis ocupacional. ⁽¹⁾

c. Recuento de eosinófilos.

En sangre periférica, se considera como eosinofilia >750 eosinófilos/mm³. Es un marcador poco sensible e inespecífico de atopia, aunque la rinitis alérgica puede cursar sin eosinofilia. ⁽¹³⁾

d. Citología nasal.

Análisis de secreción nasal o de la mucosa nasal, el predominio de eosinófilos sugiere patología alérgica y la ausencia de eosinófilos no descarta causa alérgica. También es una herramienta útil para evaluar la respuesta de tratamiento y evolución.

IgE sérica total. - es muy solicitada en la práctica pediátrica; sin embargo, sola tiene un bajo índice para predecir rinitis alérgica. ⁽¹³⁾

IgE específica. - permite el diagnóstico definitivo de la rinitis alérgica, existen pruebas cutáneas in vivo o radioinmunoanálisis, ELISA, FAST *in vitro*. ⁽¹³⁾

VIII.- TRATAMIENTO

El tratamiento de la RA, va encaminado a disminuir los síntomas, permitir un adecuado paso de aire por las fosas nasales, disminuir la inflamación, disminuir las secreciones, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida. ⁽¹³⁾

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

- a. Educación. - El reconocimiento de la rinitis alérgica como enfermedad crónica permite la comprensión de los familiares y el niño sobre el impacto de la calidad de vida. Se han realizado algunas aplicaciones móviles para monitorizar los síntomas, uso de los medicamentos y la calidad de vida de una manera más eficiente y de una manera puntual. ⁽¹⁴⁾
Es importante la estratificación del paciente, de una manera que englobe, su estrato social, grado de educación de los padres, y tipo de geografía donde habita. ⁽¹³⁾
- b. Control ambiental. - Es importante conocer los desencadenantes que influyen en la inflamación de la vía aérea, esto es un paso importante para la prevención, ya que evitando los alérgenos se logra disminuir los síntomas y un menor requerimiento de tratamiento farmacológico. ⁽¹⁴⁾
Evitar contaminantes ambientales, como humo del tabaco, ya que contiene una gran cantidad de sustancias que perjudican la vía aérea.
La reducción del medio ambiente de los ácaros, de alérgenos animales y polen favorece el control de la RA ⁽¹³⁾
- c. Enjuagues nasales. - Son muy efectivos, a realizarlos con irrigación de solución salina isotónica (spray o gotas), y su beneficio se traduce en una disminución importante de los síntomas de RA. ⁽¹⁶⁾
- d. La medicina tradicional China presenta una solución viable de tratamiento para la RA, la cual es la acupuntura. Estudios recientes demostraron que al aplicar acupuntura al ganglio esfenopalatino, provoca que haya una mejoría en la ventilación y modula la respuesta autonómica del nervio nasal. Esta medida es significativamente segura y eficaz, y provoca una mejoría importante de los síntomas y mejora la calidad de vida de los pacientes con RA. ⁽¹⁴⁾

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

La elección de tratamiento debe ser individualizada de acuerdo al tipo de rinitis, las preferencias del paciente y sus comorbilidades asociadas y las características del fármaco (eficacia y seguridad, vía de administración, relación/costo/eficacia). ⁽¹⁾

- a. Antihistamínicos. - Son los fármacos más usados, intranasal y oral, son los más usados en rinitis alérgica. También ya se cuenta con disponibilidad de preparaciones oculares. Son antagonistas de los receptores de histamina tipo H1, se observa una disminución de los síntomas como rinorrea hialina, prurito nasal y estornudos. Son la primera línea de tratamiento en rinitis leve intermitente y moderada severa intermitente. Se clasifican en:

Primera generación. - Estos producen somnolencia, atraviesan la barrera hematoencefálica, producen aumento del apetito, poseen actividad anticolinérgica, serotoninérgica, por lo que se reserva su uso en personas sensibles y no se recomienda la utilización conjunta con depresores del Sistema Nervioso Central.

Segunda generación. - Azelastina (uso tópico nasal), levocabastina (uso tópico nasal). Han demostrado actividad antihistamínica tópica similar a la loratadina.

La fenoxofenadina no presenta cambios electrocardiográficos.

- *Cetirizina.* - es uno de los antihistamínicos más potentes con un efecto desde los 40 minutos de su administración, posee también efecto antiinflamatorio e inhibidor de citosinas.
- *Loratadina.* - Tiene efecto antihistamínico y antiinflamatorio inhibidor del ICAM 1 de las células epiteliales, posee menor efecto sedante, no presenta alteraciones electrocardiográficas al combinarlo con otros fármacos.

Tercera generación. - Fexofenadina, desloratadina, desmetil-astemizol. Las guías ARIA recomiendan antihistamínicos de segunda generación, su uso es una a dos veces por día, no desarrollan taquifilaxia, no ocasionan sedación, sin efectos anticolinérgicos, tienen rápido efecto en síntomas nasales menor de una hora; sin embargo, se deben tomar en cuenta sus efectos adversos como el astemizol y la terfenadina que se reportaron casos de taquicardia ventricular, torsade de pointes, prolongación del QT al ser administrados con antimicóticos azoles, macrólidos, quininas y jugo de toronja tras competir con las enzimas encargadas de su metabolismo hepático. ^(13,16)

- b. Descongestivos nasales. - Se debe revisar que la congestión nasal, no sea de causas estructurales como desviación del tabique nasal, tumores, hipertrofia de cornetes, pólipos nasales, procesos infecciosos; en caso de que no sea ocasionado por daño estructural se utilizan descongestivos tópicos o sistémicos, que son vasoconstrictores alfas agonistas que disminuyen el flujo venoso sinusoidal. Sin embargo, tienen limitaciones en el tratamiento de la RA, ya que después de usarlos por varios días, provocan obstrucción nasal. Se dividen en los siguientes:

Simpaticomiméticos de corta duración. - como la efedrina, nafazolina, fenilefrina, tetrahidrozolina.

Simpaticomiméticos de larga duración. - oximetazolina, xylometazolina, con duración del efecto de minutos hasta 12hrs; sin embargo, el uso excesivo produce mecanismo de rebote vasoconstrictor después de utilizarlos más de siete días, no se recomienda el uso en niños menores de 2 años o con hipertensión. (13,16)

- c. Esteroides nasales.- Piedra angular del tratamiento junto con los antihistamínicos, tienen su mayor efecto modificando la síntesis proteica; se difunden a través de la membrana celular uniéndose al receptor de glucocorticoide específico llamado elemento de respuesta al esteroide en la cadena del ADN C5, suprime la transcripción genética, además se han encontrado múltiples efectos, donde destacan la inhibición de mediadores de leucotrienos, la disminución de la activación de interleucinas, y la disminución de los números de eosinófilos circulantes. Esto produce mejoría en la sintomatología nasal, rinorrea, estornudos y obstrucción nasal, con efecto superior, sin embargo, su uso prolongado y uso a altas dosis producen efectos adversos tales como disminuir el crecimiento óseo; sin embargo, los esteroides tópicos se consideran seguros, ya que sus efectos adversos son a nivel local como irritación, epistaxis y candidiasis. Cuando se inician dos semanas antes a la exposición de alérgenos, sobre todo la estacional, su eficacia aumenta. Es importante explicar a los niños y a sus padres los efectos adversos a nivel local y la forma correcta de uso. (13, 16)

- d. Inmunoterapia. - Consiste en la administración repetida y prolongada de alérgenos específicos, para personas alérgicas mediadas por IgE para reducir la severidad de la enfermedad. Potencialmente reduce los síntomas a largo plazo; la eficacia de la inmunoterapia para pólenes, pasto, olivo, abedul, ácaros, caspa de gato, está bien documentada, en mejoría de los síntomas y la disminución del uso de medicamentos y en la mejoría de la calidad de vida.

Para iniciar inmunoterapia, se debe contar con las siguientes condiciones:

- Alergias mediadas por IgE confirmadas por pruebas cutáneas o IgE específica.
- Demostrar la implicación de un alérgeno.
- Disponer de extractos de alta calidad estandarizados que hayan demostrado eficacia.
- No existir contraindicaciones.

Se administra por vía subcutánea, vía oral, sublingual, nasal y bronquial. Con el objetivo de disminuir efectos adversos. Se administran dosis crecientes de diluciones del alérgeno hasta llegar a la dosis que no induce reacciones adversas (dosis máxima de tolerancia), con una duración de 3-5 años. La administración consiste en una fase de inducción con inyecciones semanales que varían de entre 9 a 16 semanas.

Entre los efectos adversos más importante se incluyen reacciones sistémicas y locales agudas, incluidas la anafilaxia. Es importante determinar la función pulmonar antes de administrar la primera dosis de inmunoterapia oral con alérgenos. ^(13, 16)

IX.- INTERVENCIÓN OPORTUNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La rinitis alérgica en la actualidad se considera una carga médica y social, probablemente por la alta prevalencia en países industrializados y su relación con el asma y el impacto de esta en la calidad de vida.

Estos datos nos sugieren la necesidad de implementar guías o algoritmos que nos permitan realizar una valoración adecuada, para realizar un diagnóstico oportuno y brindar tratamiento y envío oportuno a un tercer nivel en alergología.

Como sea la rinitis alérgica aún es considerada una enfermedad trivial por la mayoría de los médicos de primer nivel, resultando siempre en un subdiagnóstico y tratamientos inadecuados.

El subdiagnóstico se traduce en un inadecuado conocimiento por parte del médico de primer nivel en cuanto a la sintomatología y un examen médico incompleto e inadecuado (hablando de la historia clínica) ⁽³⁾

Las enfermedades alérgicas se relacionan con el estilo de vida y los cambios en el ambiente y la contaminación.

El manejo de la RA por los Médicos Familiares es un reto, tanto por las características de la enfermedad, como por el pobre control que tienen los pacientes sobre su propia enfermedad. La mayoría de los pacientes piensa que al no estar expuesto a los alérgenos y llevar un tratamiento farmacológico de forma regular, es suficiente para evitar la sintomatología de la RA.

Los esfuerzos para informar al paciente sobre las causas y las consecuencias de la RA, es su fuerte asociación con asma, y la necesidad de monitorizar y de dar un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones, aumentar la calidad de vida y evitar costos excesivos en el sector salud.

El Médico Familiar es crucial en el rol para la referencia oportuna del paciente con RA, esto se puede realizar con un conocimiento adecuado de la guía ARIA y sus actualizaciones, para un manejo adecuado en primer nivel, o un envío inmediato a Alergología. ⁽⁸⁾

Estudios epidemiológicos demuestran que la mayoría de los pacientes con asma padecen también rinitis, la cual ocurre en un 75% de enfermos con asma alérgica

Al evaluar los errores diagnósticos de envío, se encontró de manera general, que el 56% de la correlación diagnóstica tanto interna como externa, por estadística los servicios con más errores son los de mayor

cantidad de pases envían a este servicio; sin embargo, al ajustar el número de pases totales con el número de errores, el envío de pacientes es muy por debajo de lo esperado y, aun así, se envían con diagnóstico erróneos.

Los errores más frecuentes, son RA que es confundida con Rinitis Vasomotora. El otro dato que más llama la atención son los envíos de pacientes con diagnóstico de asma, pero no se debe al sobrediagnóstico, si no, que no se asocia a RA. Conocer estas asociaciones, es imprescindible para tratamiento conjunto adecuado y la búsqueda intencionada de sus manifestaciones en el primer contacto con el paciente. Debido a que según la historia natural de las enfermedades alérgicas y según la marcha atópica, son enfermedades con presentaciones etarias y progresivas en estadios, por lo que un mal diagnóstico retrasa o impide un buen manejo.

Otro punto no menos importante, son los costos que genera al sistema de salud. Se ha demostrado que pacientes controlados, son pacientes que no acuden a la sala de urgencias y pueden ser manejados en Primer Nivel de atención Médica.

Para corregir estas deficiencias, es importante dar a conocer a los médicos en formación y actualizar a los médicos en formación y de Primer Nivel, en las diferentes guías de tratamiento y diagnóstico. ⁽¹²⁾

Estas preguntas incluyen tipo de alergia, rino-conjuntivitis acompañante, asma, dermatitis atópica, anafilaxia y alergias alimentarias. ⁽⁹⁾

Durante los últimos años, se han desarrollado directrices internacionales para el diagnóstico y tratamiento de la RA, con el objetivo de mejorar la atención médica de estos pacientes, sin embargo, el impacto de estas directrices en los Médicos de Primer nivel, es poco conocido.

Por ello se propone la realización de talleres y pláticas, que junto con un conocimiento más profundo de las Guía ARIA, incrementará la sensibilización de los Médicos de Primer Nivel, para la utilización de las nuevas tecnologías, donde se podrán encontrar mejores gestiones para el mejor manejo y envío oportuno de los pacientes con RA. (3)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La rinitis alérgica es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida, así como por generar importantes costos económicos y sociales

Las buenas prácticas como anamnesis y exploración física, es fundamental para la mejor gestión y un mejor control de esta patología, esto supondría por tanto un enorme ahorro económico y socio-sanitario, proporcionando una vida activa y saludable a los pacientes con rinitis alérgica.

El diagnóstico etiológico de un mismo paciente, puede ser diferente al ser valorado por diferentes médicos, ya que, a pesar de su capacidad, pocos médicos de primer nivel poseen conocimientos suficientes y actualizados para el manejo de pacientes alérgicos, dando como resultado infradiagnósticos, tratamientos inadecuados y envíos tardíos a alergología.

Durante las rotaciones en clínica y especialidad de alergología pediátrica se observa reiteradamente confusión entre rinitis alérgica y rinitis vasomotora y el dato que más llama la atención es el envío de pacientes con diagnóstico de asma, el cual está sobre diagnosticado y no se asocia a rinitis alérgica ⁽¹²⁾.

Por lo que resulta de gran importancia indagar: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre rinitis alérgica, de los médicos de primer nivel de atención de la Clínica de Medicina Familiar de Oriente?

3. JUSTIFICACIÓN

La rinitis alérgica es considerada una enfermedad alérgica, esta a su vez es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida, así como por generar importantes costos económicos y sociales, para el paciente, sus familiares y las instituciones de salud.

Como sea la rinitis alérgica aún es considerada una enfermedad trivial por la mayoría de los médicos de primer nivel, resultando siempre en un subdiagnóstico y tratamientos inadecuados.

En México, se reporta una prevalencia de asma más rinitis alérgica que va del 4.6% al 42%, observándose una mayor incidencia en la Ciudad de México, predominando en niños de 6 a 12 años. En estados del sur, se reporta una prevalencia del 15% y en ciudades del norte un 24%. La frecuencia es mayor en sexo femenino (62%) y menor en el sexo masculino (38%). Se ha reportado que la sintomatología es estacional, predominando los estornudos en salva, en los meses de marzo a mayo, en donde hay alérgenos típicamente “estacionales” como polen denominándose alérgenos perennes (70%) y un pico menor en el mes de Septiembre (otoño). Con menor frecuencia y de manera intermitente, se presentan los alérgenos no perennes, los cuales corresponde a los ácaros (43%) y epitelios (21%).

De acuerdo con el fenotipo, la RA se clasificó inicialmente atendiendo su causa y al periodo en el que aparecían los síntomas (estacional o perenne), pero la distinción es simplista e insuficiente. Estos términos, son conceptualmente diferentes y no intercambiables.

En su mayoría, los Médicos Familiares están convencidos que mediante una anamnesis bien dirigida son capaces de determinar los síntomas clínicos de la rinitis alérgica, sin embargo, las evidencias indican que a pesar de su capacidad pocos médicos de primer nivel poseen conocimientos suficientes para el manejo de pacientes alérgicos, lo que dificulta su diagnóstico y determina su seguimiento inadecuado.

El Médico de primer nivel, es crucial en el rol para la referencia oportuna del paciente con RA, esto se puede realizar con un conocimiento adecuado de la guía ARIA y sus actualizaciones, para un manejo adecuado en primer nivel, o un envío oportuno a Alergología.

Esto se llevará a cabo, aplicando un cuestionario sobre conocimientos de rinitis alérgica y la actualización de las guías ARIA, dirigido a médicos de primer nivel de atención, en la Clínica de Medicina Familiar Oriente, contribuye a apreciar el nivel de conocimiento para el diagnóstico y tratamiento, a la par que influye en la reflexión de los médicos interrogados para mejorar la detección y el tratamiento o

derivación oportuna para disminuir el riesgo de complicaciones complicación o comorbilidad asociada a una forma de rinitis alérgica más grave.

4. HIPÓTESIS

Menos del 50% de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene niveles adecuados de conocimientos sobre diagnóstico, anamnesis y tratamiento de rinitis alérgica

5. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento sobre rinitis alérgica, en médicos de primer nivel de atención, en la CMF Oriente ISSSTE”

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el conocimiento sobre el cuadro característico para el diagnóstico de rinitis alérgica
- Averiguar el conocimiento sobre la correcta anamnesis para el diagnóstico de rinitis alérgica
- Detectar el conocimiento y la aplicación de la correcta prescripción para el tratamiento de rinitis alérgica.

7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño y tipo de estudio

Estudio Descriptivo, Transversal y Prospectivo.

7.2 Población de estudio

- Médicos Familiares y Generales del turno matutino y vespertino, a cargo de la consulta, de CMF Oriente del ISSSTE. Se incluyó al Médico del consultorio de MIDE, no se incluyó al servicio de epidemiología.
- Médicos Residentes de Medicina Familiar de 1er y 2do año

7.3 Universo de trabajo

Médicos de Atención Primaria. CMF Oriente ISSSTE

7.4 Tiempo de ejecución

28 de agosto 2022 al 18 de agosto del 2023

7.5 Esquema de selección

7.5.1 Definición del grupo control

No aplica

7.5.2 Definición del grupo a intervenir

No aplica

7.5.3 Criterios de inclusión

- Médicos Familiares y Generales del turno matutino y vespertino, a cargo de la consulta, de CMF Oriente del ISSSTE. Se incluyó al Médico del consultorio de MIDE, no se incluyó al servicio de epidemiología.
- Médicos Residentes de Medicina Familiar de 1er y 2do año

7.5.4 Criterios de exclusión

- Médicos que no estuvieron de acuerdo en proporcionar información.
- Que no estuvieron de acuerdo en dar seguimiento al estudio.

7.5.5 Criterios de eliminación

Médicos que no completaron el instrumento de evaluación.

7.6 Tipo de muestreo

7.6.1 Muestreo probabilístico

No aplica

7.6.2 Muestreo no probabilístico

Se considera un estudio no probabilístico, ya que se estudió al total de la población. (25 médicos basificados y 15 médicos residentes de primer y segundo año)

7.7 Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra.

Muestra recabada por cuota. Se estudió al total de la población de interés.

7.8 Descripción operacional de las variables.

Nombre de la variable	OPERACIONALIZACIÓN O DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE TOMA	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Edad	Edad. - Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa discontinua	Desde los 25 años hasta los 66 años	Promedio, mediana moda, desviación estándar, rango, intervalo, normalidad. Análisis bivariado con el nivel de conocimientos sobre rinitis alérgica.
Grupo de Edad	Edad. - Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. Clasificado por grupo de edad (décadas a partir de los 25 años de edad)	Cualitativa ordinal	1. 25-34 años 2. 35 a 44 años 3. 45 a 54 años 5. 55 a 64 años 6. mayores de 65 años	Porcentajes, y frecuencias se realizará análisis bivariado con el nivel de conocimientos sobre rinitis alérgica.
Género	Género. - Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes.	Cualitativa dicotómica	1. Mujer 2. Hombre	Porcentajes, y frecuencias se realizará análisis bivariado con el nivel de conocimientos sobre rinitis alérgica
Tipo de contratación	Contratación. - La contratación es un proceso que implica una serie de servicios para la búsqueda, selección de empleados.	Cualitativa ordinal	1. Concurso público-estado (base) 2. Concurso público-provincial o departamental (interinato, guardias y suplencias) 3. Contratación temporal (residentes)	Porcentajes, y frecuencias se realizará análisis bivariado con el nivel de conocimientos sobre rinitis alérgica
Refiere conocer la definición de rinitis	La percepción del médico sobre el conocimiento de la enfermedad denominada rinitis alérgica.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	Se analizará si tiene asociación con el nivel de conocimiento que tienen los médicos de la rinitis alérgica
Síntomas de rinitis	Síntomas identificados como clave para el diagnóstico de rinitis alérgica	Cualitativa nominal	1) Secreción nasal intensa 2) Conjuntivitis 3) Cefalea 4) Estornudos 5) Obstrucción nasal 6) Tos 7) Dificultad para dormir 8) Picazón en la nariz 9) Picazón de los ojos 10) Silbido en el pecho 11) Dificultad para realizar ejercicio	Estadística descriptiva porcentajes. Se evaluará si eligen la triada diagnóstica de Rinitis alérgica para evaluar su conocimiento sobre el diagnóstico.
información de los síntomas	Frecuencia con la que el médico refiere preguntar sobre síntomas relacionados con rinitis alérgica en un paciente con cuadro de vías respiratorias altas	Cualitativa ordinal	1) Nunca pregunto 2) Siempre pregunto 3) Raramente pregunto 4) Frecuentemente pregunto	Estadística descriptiva
Presencia de los síntomas en los pacientes	Respuesta del médico a si interroga sobre la presencia de síntomas de rinitis alérgica en los pacientes con cuadro de vías respiratorias altas Síntoma. - Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	

	una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.			porcentajes
Sintomatología estacional (en determinadas épocas del año)	Respuesta del médico a si interroga sobre Sintomatología estacional (en determinadas épocas del año) ya que se ha reportado que la sintomatología es estacional, predominando los estornudos en salva, en los meses de marzo a mayo y un pico menor en el mes de Septiembre (otoño).	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	Cada respuesta correcta contribuirá a la suma de 12 respuestas acertadas para evaluar la correcta anamnesis para el adecuado diagnóstico de Rinitis Alérgica
Refiere indagar sintomatología con exposición a alérgenos	Respuesta del médico a si interroga sobre si hay sintomatología con exposición a alérgenos como polen, ácaros o epitelios	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	
Refiere indagar si el paciente es portador de rinitis alérgica	Respuesta del médico a si interroga sobre el antecedente de rinitis alérgica en el paciente que acude por cuadro de vías respiratorias altas.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	
Refiere indagar sobre el uso de descongestionantes nasales	Respuesta del médico a si interroga sobre el uso de descongestionantes nasales, ya que los descongestivos tópicos o sistémicos, que son vasoconstrictores alfas agonistas disminuyen el flujo venoso sinusoidal, y después de tratamientos prolongados provocan obstrucción nasal.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	
Refiere indagar sobre Secreción nasal	Respuesta del médico a si interroga sobre Secreción nasal, (exceso de drenaje, que va desde un líquido claro a moco espeso y proviene de la nariz y las fosas nasales).	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	
Refiere indagar al paciente si tiene silbido o dolor en el pecho	Respuesta del médico a si interroga sobre presencia de silbido o dolor en el pecho	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	Estadística descriptiva porcentajes
Refiere indagar sobre antecedente de asma en el paciente	Respuesta del médico a si interroga antecedente de asma en el paciente. Afección en la que las vías respiratorias de una persona se inflaman, estrechan y producen mayores cantidades de mucosa de lo normal, lo que dificulta la respiración.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	Cada respuesta correcta contribuirá a la suma de 12 respuestas acertadas para evaluar la correcta anamnesis para el adecuado diagnóstico de Rinitis Alérgica
Refiere indagar relación asma-rinitis	Respuesta del médico a si indaga si el paciente ha tenido asma y rinitis, y la relación entre ellas. El asma y la rinitis son enfermedades muy prevalentes que frecuentemente coexisten. La rinitis alérgica es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de asma.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	

Refiere indagar si la rinitis interfiere en las actividades diarias del paciente	Respuesta del médico a si interroga si la rinitis interfiere en las actividades diarias del paciente (patrón de sueño, ansiedad, depresión, fatiga, problemas con la interacción social, signos de disfunción cognitiva)	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	
Evaluación de anamnesis referida por los médicos	Respuestas positivas al adecuado interrogatorio para el diagnóstico de rinitis alérgica. El cuestionario a aplicar, contiene 12 preguntas acerca de la anamnesis (interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes)	Cualitativa ordinal	1. Mala (menos de 6 respuestas correctas) 2. Regular (entre 6 a 9 respuestas correctas) 3. Buena (10 a 12 respuestas correctas)	Estadística descriptiva porcentajes, Análisis bivariado con edad, sexo, tipo de contratación, nivel de conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica.
Tipo de medicación que recomendaría	La elección de tratamiento debe ser individualizada de acuerdo al tipo de rinitis, las preferencias del paciente y sus comorbilidades asociadas y las características del fármaco (eficacia y seguridad, vía de administración, relación/costo/eficacia).	Cualitativa nominal	1) Antihistamínicos de 1ra generación 2) Antihistamínico + vasoconstrictor sistémico 3) Corticoesteroides orales 4) Corticoesteroides inhalados 5) Antihistamínicos de segunda generación 6) Vasoconstrictoras tópicos nasales 7) Corticoesteroides tópicos nasales 8) Homeopatía 9) Ninguna	Estadística descriptiva porcentajes Se evaluará si eligen los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA para Rinitis alérgica
Evaluación de conocimiento sobre el tratamiento de rinitis alérgica	Conocimiento del médico sobre el tratamiento para rinitis alérgica	Cualitativa ordinal	1. Malo (No identifica los principales esquemas) 2. Regular (identifica uno de los esquemas terapéuticos recomendados) 3. Bueno (identifica los dos esquemas terapéuticos)	Estadística descriptiva porcentajes
Refiere sugerir envío a especialista	Envío a segundo o tercer nivel de atención oportuno, evitando complicaciones en los pacientes	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No	Estadística descriptiva porcentajes
Nivel de conocimiento	Conocimientos sobre triada diagnóstica, tratamiento.	Cualitativa Ordinal	1. Malo (no lo sabe identificar ni lo sabe tratar) 2. Regular (o lo sabe identificar o lo sabe tratar) 3. Bueno (lo sabe identificar y lo sabe tratar)	Estadística descriptiva porcentajes Se realizará análisis bivariado con edad, sexo, tiempo de ejercer. Se evaluará correlación y significancia estadística.

7.9 Técnicas y procedimientos a emplear.

Se sensibilizó a los Médicos de base y médicos residentes sobre la importancia de la rinitis alérgica, al ser una de las principales causas de consulta en primer nivel.

Se recabó consentimiento informado, para aplicar el cuestionario de conocimientos sobre rinitis alérgica, tomado del artículo: Urrutia M., Fernández C., et. Al., "Primary care physicians' knowledge about allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA guidelines): a comparative Brazilian/Paraguayan/Uruguayan pilot study", Rev. Alerg Mex 2018; 65 (4), pp 324-325

Posteriormente se evaluó los resultados obtenidos en los cuestionarios previamente aplicados.

Se ingresaron los resultados en la base de datos y a partir de ahí se obtuvieron resultados. En base a estos resultados, se propusieron estrategias para la actualización de conocimientos sobre rinitis alérgica.

8. ASPECTOS ÉTICOS.

Respeto a la confidencialidad de los datos, respetando los 4 principios básicos de la bioética:

1. *Autonomía.* - La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. Este punto se aplica al no obligar a ningún médico de base o médico residente a contestar el cuestionario, son libres de decidir si contestan o no el cuestionario.

2. *No maleficencia.* - hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («lo primero no dañar»). Es decir, no se expondrán los datos personales, de los médicos que participen en este estudio, guardando la confidencialidad absoluta de los mismos.

3. *Beneficiencia.* - a beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. De acuerdo a los resultados, se llevarán a cabo dos estrategias principales, la primera será brindarle una mejor atención a los pacientes que lleguen a la consulta con este padecimiento, y la segunda será, llevar a cabo acciones y estrategias para la actualización de guías y conceptos de rinitis alérgica a los médicos.

4. *Justicia.* - la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. No se obligó a nadie a participar en el estudio, se hizo por voluntad propia y solo los que accedieron a contestar el cuestionario.

LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

TEXTO VIGENTE

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010

El presente estudio considera y se apega a los artículos:

Artículo 10.- No será necesario el consentimiento para el tratamiento de los datos personales cuando:

VI. Sean indispensables para la atención médica, la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, mientras el titular no esté en condiciones de otorgar el consentimiento, en los términos que establece la Ley General de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables y que dicho tratamiento de datos se realice por una persona sujeta al secreto profesional u obligación equivalente.

Artículo 19.- Todo responsable que lleve a cabo tratamiento de datos personales deberá establecer y mantener medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas que permitan proteger los datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, este estudio es de tipo:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas,

psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

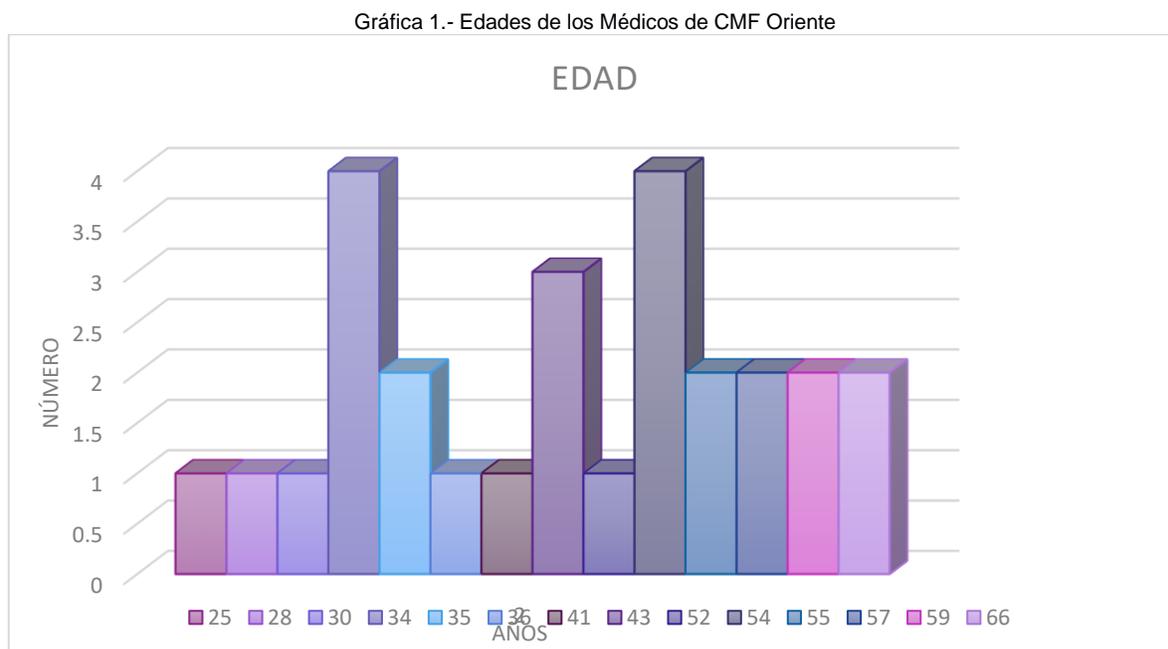
Valor social. - Los resultados estarán encaminados a Mejorar la calidad de atención a los niños que padecen rinitis alérgica, para evitar un infradiagnóstico, evitar envíos con retraso a tercer nivel, evitar que la sintomatología interfiera en la calidad de vida de los pacientes y su familia y evitar elevación de costes a nivel salud

Valor científico. - se trata de un estudio indagatorio, poco común, que aporta datos sobre los conocimientos de una patología subdiagnosticada respetando el anonimato de los participantes y contribuyendo a la concientización de búsqueda y aplicación de información sobre patologías con repercusión en la calidad de vida.

9. RESULTADOS

9.1 PRIMERA PARTE

Se aplicaron 40 cuestionarios, donde se incluyeron 40 médicos, ahí se encontró que, la Mediana de la edad de los Médicos de la clínica de Medicina Familiar Oriente, es de 42.5 años, la media 44.7 años y Moda de 34 años. (Gráfica 1, Tabla 2)



Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

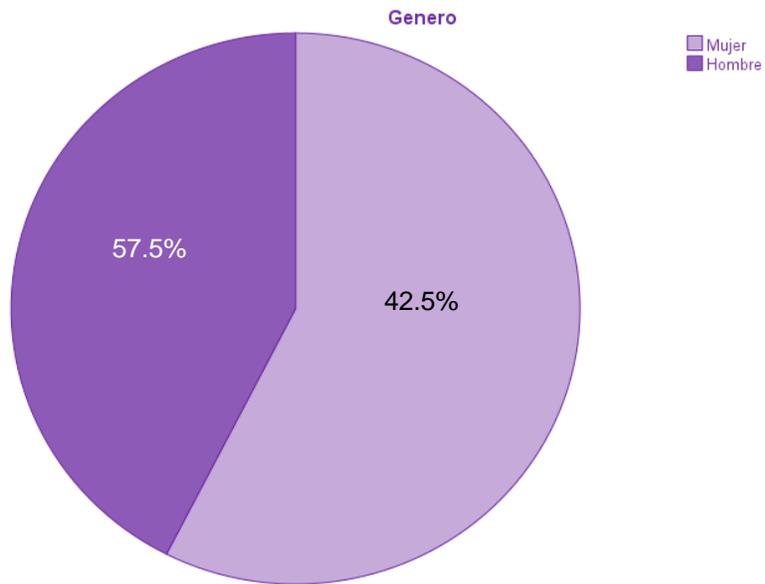
Tabla 2.- Media, Mediana y Moda de edades de los Médicos de la CMF Oriente

N	Válido	40
	Perdidos	0
Media		44.75
Mediana		42.50
Moda		34 ^a
Desv. estándar		12.133

Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

En cuanto al género, del total de 40 médicos (100%), del cual 57.5% son mujeres y 42.5% son hombres (Gráfico 2)

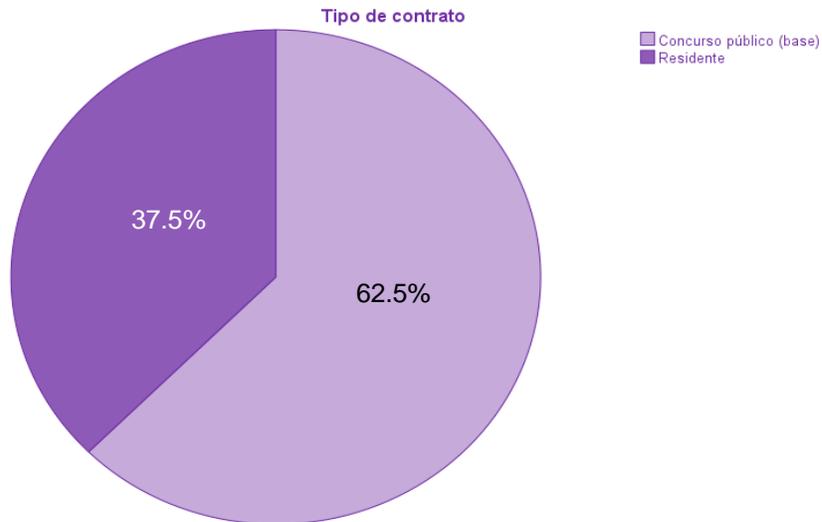
Gráfico 2.- Género de los Médicos de la CMF Oriente



Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

De este total de población, el 62.5% son Médicos con contrato permanente (Base) y el 37.5% son Médicos con contrato temporal (Residentes) (Gráfico 3). No se incluyeron interinatos, ni al servicio de epidemiología.

Gráfico 3.- Tipo de contratación



Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

De este total de población, el 2.5% de los médicos llevan ejerciendo 1 año, 10% de 1-5 años, el 30% de 6-10 años y el 57.5% más de 10 años. (Gráfico 4).

Gráfico 4.- Tiempo ejerciendo como Médicos.



Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

Sobre la percepción del conocimiento y la anamnesis, se obtuvieron los siguientes resultados: (Tabla 3)

Tabla 3.- Conocimiento de la anamnesis de RA.

Variable	Número de médicos que realizan correcta anamnesis	Porcentaje
Refiere saber que es la rinitis alérgica	40	100%
Refiere saber síntomas principales de rinitis alérgica	22	55%
Frecuencia con la que solicita información sobre los síntomas cuando el paciente acude a la consulta con síntomas respiratorios	28	70%
Desde hace cuánto tiempo presenta los síntomas	40	100%
Sintomatología estacional (en determinadas épocas del año)	35	87.5%
Refiere indagar sintomatología con exposición a alérgenos	32	80%
Refiere indagar si el paciente es portador de rinitis alérgica	32	80%
Refiere indagar sobre el uso de descongestionantes nasales	34	85%
Refiere indagar sobre Secreción nasal	40	100%
Refiere indagar al paciente si tiene silbido o dolor en el pecho	26	65%
Refiere indagar sobre antecedente de asma en el paciente	26	65%
Refiere indagar relación asma-rinitis	26	65%
Refiere indagar si la rinitis interfiere en las actividades diarias del paciente	31	77.5%
Pregunta al paciente si está usando algún medicamento o tiene alguna enfermedad	37	92.5%
Tipo de medicación que recomendaría	26	65%

Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

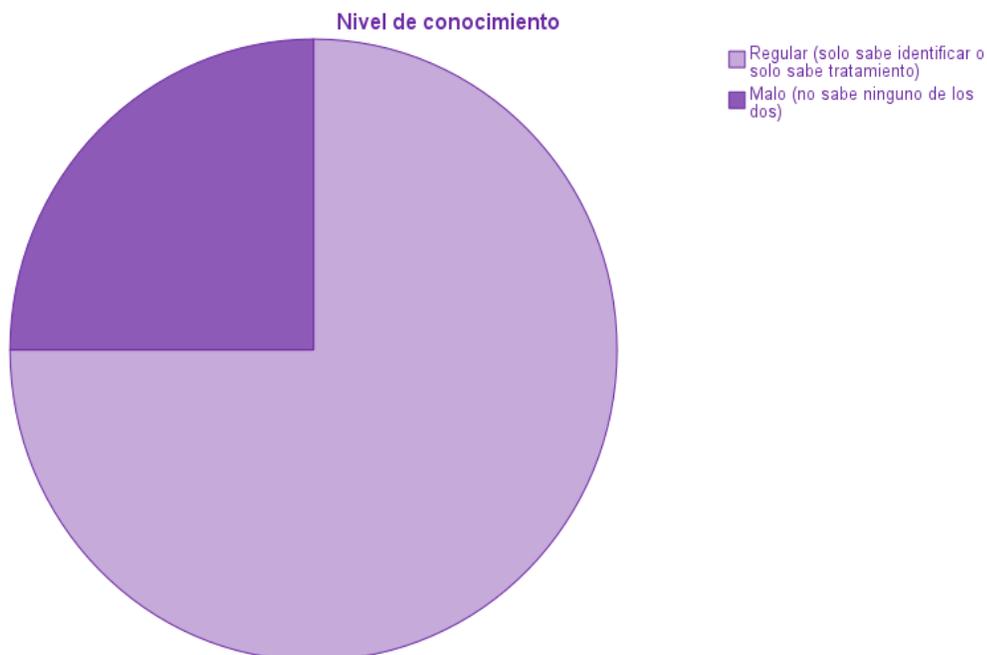
De acuerdo a la evaluación del conocimiento, del total de las 40 encuestas, 75% de los Médicos tienen un regular conocimiento y el 25% tiene un mal conocimiento. Ninguno de los Médicos obtuvo un buen conocimiento de la RA. (Tabla 4, Gráfico 5).

Tabla 4.- Evaluación del conocimiento sobre RA

Evaluación del conocimiento sobre RA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular (solo sabe identificar o solo sabe tratamiento)	30	75.0	75.0	75.0
	Malo (no sabe ninguno de los dos)	10	25.0	25.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

Gráfico 5.- Evaluación del conocimiento sobre RA.



Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

9.2 SEGUNDA PARTE:

Se evaluaron los conocimientos que lo Médicos de primer contacto tienen sobre la RA y las Guías ARIA.

La primera medición que se realizó, fue mediante la creación de una variable dependiente, la cual mide el tipo de contrato de Médico (Base o Residente) y la evaluación de la definición (triada) de RA. (Tabla 5)

Tabla 5.- Tipo de contrato y conocimiento de la definición (triada) de RA

Tipo de contrato y conocimiento de la definición (triada) de RA					
		Evaluación del conocimiento			Total
		Bueno (4)	Regular (2-3)	Inadecuado (menos de 2)	
Tipo de contrato	Concurso público (base)	14 (56%)	10 (40%)	1 (4%)	25
	Residente	8 (53.33%)	7 (46.6%)	0 (0%)	15
Total		22	17	1	40

Chi².- .701; Spearman .008; (p= .962)

Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

En cuanto al tiempo del ejercicio médico y conocimiento de la definición (triada) RA, se encontró: (Tabla 6)

Tabla 6.- Tiempo del ejercicio médico y conocimiento de la definición (triada) de RA

Tiempo ejerciendo y evaluación del conocimiento					
		Evaluación del conocimiento			Total
		Bueno (4)	Regular (2-3)	Inadecuado (menos de 2)	
Tiempo ejerciendo	1 año	1 (100%)	0	0	1
	1-5 años	0	4 (100%)	0	4
	6-10 años	7(58.33%)	5 (41.66%)	0	12
	Mas de 10 años	14 (60.86%)	8 (34.7%)	1 (4.34%)	23
Total		22	17	1	40

Chi².- .291; Spearman -.155; (p= .340)

Fuente: encuestas realizadas al personal Médico de la CMF Oriente 2023

Los resultados demuestran que, de los 25 Médicos de base, 14 (56%) tuvieron un nivel bueno de conocimiento; 10 (40%) un nivel regular y 1 (4%) un nivel inadecuado. En cuanto a los 15 Médicos Residentes, 8 (53.33%) tuvieron un nivel bueno de conocimiento; 7 (46.6%) tuvieron un nivel regular y 0 un nivel inadecuado.

De acuerdo al ejercicio Médico, los Médicos con menos 1 año: 1 (100%) tuvo un nivel bueno de conocimiento; 1-5 años: 4 (100%) tuvieron un conocimiento regular; 6-10 años: 7 (58.33%) tuvieron un buen conocimiento y 5 (41.66%) con regular conocimiento; más de 10 años: 14 (60.86%) tuvieron buen conocimiento, 8 (34.7%) tuvieron regular conocimiento y 1(4.34%) tuvo inadecuado conocimiento; siendo los médicos con más de 10 años de ejercicio médico, los que tienen mejor conocimiento de la sintomatología de la RA.

La segunda medición, se realizó de acuerdo al tipo de contrato, tiempo de ejercicio médico y la evaluación de anamnesis, se encontró, que de los 40 Médicos evaluados:

De acuerdo al tipo de contrato y la evaluación de la anamnesis se encontró: (Tabla 7)

Tabla 7.- Tipo de contrato y evaluación de anamnesis

Tipo de contrato y evaluación de anamnesis					
		Evaluación de la anamnesis			Total
		Excelente (11-12)	Buena (9-10)	Regular (6-8)	
Tipo de contrato	Concurso público (base)	15 (60%)	4 (16%)	6 (24%)	25
	Residente	6 (40%)	5 (33.3%)	4 (26.6%)	15
Total		21	9	10	40

Chi².- .369; Spearman .150; (p= .356)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

De acuerdo al tiempo del ejercicio médico y la evaluación la anamnesis de RA, se encontró: (Tabla 8)

Tabla 8.- Tiempo de ejercicio médico y evaluación de anamnesis

Tiempo de ejercicio médico y evaluación de anamnesis					
		Evaluación de la anamnesis			Total
		Excelente (11-12)	Buena (9-10)	Regular (6-8)	
Tiempo ejerciendo	1 año	0	1 (100%)	0	1
	1-5 años	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	4
	6-10 años	8 (66.6%)	2 (16.6%)	2 (16.6%)	12
	Más de 10 años	12 (52.1%)	5 (21.7%)	6 (26%)	23
Total		21	9	10	40

Chi² .421; Spearman -.048; (p= .770)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Los resultados arrojan que, de los 25 Médicos de base, 15 (60%) tuvieron un nivel excelente de anamnesis; 4 (16%) tuvieron un buen nivel y 6 (24%) tuvieron un nivel regular. En cuanto a los 15 Médicos Residentes, 6 (40%) tuvieron un nivel excelente de anamnesis; 5 (33.3%) tuvieron un nivel bueno y 4 (26.6%) un nivel regular. En ambos casos, ningún Médico tiene una mala anamnesis de la RA.

De estos, los médicos con ejercicio médicos de menos de 1 año: 1 (25%) tiene un nivel bueno; 1-5 años: 1 (25%) con nivel excelente, 1(25%) con nivel bueno, 2 (50%) con nivel regular; 6-10 años: 8 (66.6%) con nivel excelente, 2 (16.6%) nivel bueno y 2(16.6%) con nivel regular; más de 10 años: 12 (52.1%) con excelente nivel, 5 (21.7%) con buen nivel, 6 (26%) con regular nivel. Se observó que los médicos con un ejercicio médico de 1 a más de 10 años tienen un excelente nivel de anamnesis, llegando a una regular anamnesis, sin llegar a una mala anamnesis.

La tercera medición que se realizó, fue mediante la creación de una variable dependiente, la cual mide el tipo de contrato de Médico (Base o Residente) tiempo que lleva ejerciendo la práctica médica y si eligen los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA para Rinitis alérgica.

De acuerdo al tipo de contrato y conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA, se encontró, que de los 40 Médicos evaluados: (Tabla 9)

Tabla 9.- Tipo de contrato y conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA

Tipo de contratación y conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA					
		Tratamiento			Total
		Bueno (identifica el tratamiento)	Regular (solo identifica algunos)	Malo (no identifica)	
Tipo de contrato	Concurso público (base)	2 (8%)	18 (72%)	5 (20%)	25
	Residente	0 (0%)	12 (80%)	3 (20%)	15
Total		2	30	8	40

Chi².- .369; Spearman .150; (p= .356)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

De acuerdo al tiempo del ejercicio médico y que recomendaría conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA, se encontró: (Tabla 10)

Tabla 10.- Tiempo de ejercicio médico y conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA

Tiempo de ejercicio médico y conocimiento de los esquemas de tratamiento recomendados por las guías ARIA					
		Tratamiento			Total
		Bueno (identifica el tratamiento)	Regular (solo identifica algunos)	Malo (no identifica)	
Tiempo ejerciendo	1 año	0	1 (100%)	0	1
	1-5 años	0	4 (100%)	0	4
	6-10 años	0	10 (83.3%)	2 (16.6%)	12
	Mas de 10 años	2 (8.6%)	15 (65.2%)	6 (26%)	23
Total		2	30	8	40

Chi².- .705; Spearman .099; (p= .545)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Los resultados muestran que, de los Médicos de base, 2 (8%) tuvieron un buen nivel de conocimiento de esquema de tratamiento; 18 (72%) tuvieron un regular nivel y 5 (20%) tuvieron un mal nivel.

En cuanto a los Médicos Residentes, 12 (80%) tuvieron un regular nivel de conocimiento de esquema de tratamiento y 3 (20%) tuvieron un mal nivel. Solo 2 Médicos de base, tienen un buen conocimiento del esquema de tratamiento.

De estos, se observó que los médicos con un ejercicio médico de menos de 1 año: 1 (100%) tuvo un nivel regular; 1-5 años: 4 (100%) tuvieron un nivel regular; 6-10 años: 10 (83.3%) tuvieron un nivel regular, 2 (16.6%) tuvieron un nivel malo; Más de 10 años: 2 (8.6%) tuvieron buen nivel, 15 (65.2%) tuvieron un nivel regular, 6 (26%) tuvieron un mal nivel. Solo 2 médicos que tiene ejerciendo más de 10 años son los que tienen un buen conocimiento del esquema de tratamiento, lo que nos habla de poca actualización en cuanto a las guías ARIA y en manejo de la RA.

La cuarta medición que se realizó, fue mediante la creación de una variable dependiente, la cual mide el tipo de contrato de Médico (Base o Residente), tiempo que lleva ejerciendo la práctica médica y el nivel de conocimiento global, es decir si saben identificar la RA, anamnesis adecuada y tratamiento adecuado.

Se observa que de acuerdo al tipo de contrato y el nivel de conocimiento global, es decir, identificación de la sintomatología de rinitis alérgica, anamnesis adecuada, y tratamiento de acuerdo a las guías ARIA, se encontró, que de los 40 Médicos evaluados: (Tabla 11)

Tabla 11.- Tipo de contrato y conocimiento global

Tipo de contrato y conocimiento global				
		Nivel de conocimiento		Total
		Regular (solo sabe identificar o solo sabe tratamiento)	Malo (no sabe ninguno de los dos)	
Tipo de contrato	Concurso público (base)	20 (80%)	5 (20%)	25
	Residente	10 (66.6%)	5 (33.3%)	15
Total		30	10	40

Chi².- .889; Spearman .149; (p= .349)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

De acuerdo al tiempo del ejercicio médico y conocimiento global, es decir, identificación de la sintomatología de rinitis alérgica, anamnesis adecuada, y tratamiento de acuerdo a las guías ARIA, se encontró: (Tabla 12)

Tabla 12.- Tiempo del ejercicio médico y conocimiento global

Tiempo ejerciendo y conocimiento global				
		Regular (solo sabe identificar o solo sabe tratamiento)	Malo (no sabe ninguno de los dos)	
Tiempo ejerciendo	1 año	1 (100%)	0	1
	1-5 años	1 (25%)	3 (75%)	4
	6-10 años	9 (75%)	3 (25%)	12
	Más de 10 años	19 (82.6%)	4 (17.3%)	23
Total		30	10	40

Chi²- 6.377; Spearman -.249; (p= .130)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Los resultados muestran que, de los 25 Médicos de base, 20 (80%) tuvieron un nivel regular; 5 (20%) tuvieron un mal nivel. En cuanto a los 15 Médicos Residentes, 10 (66.6%) tuvieron un regular nivel y 5 (33.3%) tuvieron un mal nivel.

De estos, se observó que los médicos con un ejercicio médico de menos de 1 año: 1 año: 1 (100%) con un nivel regular; 1-5 años: 1 (25%) con un nivel regular y 3 (75%) con mal nivel; 6-10 años: 9 (75%) con nivel regular y 3 (25%) con mal nivel; Más de 10 años: 19 (82.6%) con regular nivel y 4 (17.3%) con mal nivel. Es decir, en cuanto al conocimiento global, ningún médico logró un buen nivel, dejando sesgos en el diagnóstico adecuado, tratamiento oportuno para evitar complicaciones propias de la enfermedad y envió oportuno al siguiente nivel de ser necesario.

La quinta y última medición que se realizó, fue mediante la creación de una variable dependiente, la cual mide el género, evaluación de la definición de RA (Tabla 13), evaluación de la anamnesis (Tabla 14), evaluación del tratamiento (Tabla 15) y conocimiento global (Tabla 16), es decir, identificación de la sintomatología de rinitis alérgica, anamnesis adecuada, y tratamiento de acuerdo a las guías ARIA, se encontró:

Tabla 13.- Género y conocimiento de la definición (triada) de RA

Género y conocimiento de la definición de RA					
		Evaluación del conocimiento			Total
		Bueno (4)	Regular (2-3)	Inadecuado (menos de 2)	
Género	Mujer	10 (43.4%)	13 (56.5%)	0 (0%)	23
	Hombre	12 (70.5%)	4 (23.5%)	1 (5.8)	17
Total		22	17	1	40

Chi².- 6.377; Spearman -.234; (p= .050)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Tabla 14.- Género y evaluación de la anamnesis

Género y evaluación de la anamnesis					
		Evaluación de la anamnesis			Total
		Excelente (11-12)	Buena (9-10)	Regular (6-8)	
Genero	Mujer	8 (34.7%)	7 (30.4%)	8 (34.7%)	23
	Hombre	13 (76.4%)	2 (11.7%)	2 (11.7%)	17
Total		21	9	10	40

Chi².- 6.822; Spearman -.397; (p= .050)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Tabla 15.- Género y evaluación de tratamiento

Género y evaluación de tratamiento					
		Tratamiento			Total
		Bueno (identifica el tratamiento)	Regular (solo identifica algunos)	Malo (no identifica)	
Genero	Mujer	1(4.3%)	19 (82.6%)	3 (13%)	23
	Hombre	1 (5.8%)	11 (64.7%)	5 (29.4%)	17
Total		2	30	8	40

Chi².- 1.773; Spearman -.162; (p= .650)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Tabla 16.- Género y evaluación de conocimiento global

Género y evaluación de conocimiento global				
		Nivel de conocimiento		Total
		Regular (solo sabe identificar o solo sabe tratamiento)	Malo (no sabe ninguno de los dos)	
Genero	Mujer	16 (69.5%)	7 (30.4%)	23
	Hombre	14 (82.3%)	3 (17.6%)	17
Total		30	10	40

Chi².- .853; Spearman -.146; (p= .356)

Fuente: encuestas realizadas al personal médico de la CMF Oriente 2023

Los resultados muestran que, de los 40 Médicos que conforman la CMF Oriente 23 (57.5%) son mujeres y 17 (42.5%) hombres.

En cuanto a la definición (triada) de RA, el 43.4% de las mujeres, tienen buen conocimiento y 56.5% un conocimiento regular. El 70.5% de los hombres tienen buen conocimiento, 23.5% tiene un conocimiento regular y 5.8% tienen un mal conocimiento.

En cuanto al conocimiento de la anamnesis, el 34.8% de las mujeres tienen un excelente nivel, 30.4% un nivel bueno y 34.7% un regular nivel. Los hombres, el 76.4% tiene un excelente nivel 11.7% un buen nivel y 11.7% un regular nivel.

Sobre el tratamiento que darían a los pacientes, tenemos que 4.3% de las mujeres identifica el tratamiento, 82.6% solo identifica algunos medicamentos del tratamiento y 13% no identifica el tratamiento. Los hombres, el 11.7% identifica el tratamiento, 64.7% solo identifica algunos medicamentos del tratamiento y 23.6% no identifica el tratamiento.

La evaluación del conocimiento global, es decir definición de RA, una correcta anamnesis y brindar el tratamiento correcto, se ve de la siguiente manera: El 69.5% de las mujeres tuvo un nivel de conocimiento regular, es decir solo sabe identificar la definición y anamnesis o solo identifica el tratamiento, el 30.4% tuvo un mal nivel de conocimiento. Los hombres, el 82.3% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 17.6% un mal nivel de conocimiento.

10. DISCUSIÓN

Se hizo una comparación con los resultados del artículo “Conocimiento de médicos de atención primaria sobre Rinitis Alérgica y su impacto en el Asma (ARIA): estudio piloto comparativo Brasil, Paraguay, Uruguay”, de donde se sacó nuestro instrumento de medición.

Participaron 336 MAP: 109 de Brasil, 127 de Paraguay y 100 de Uruguay. En comparación en mi estudio Participaron 40 Médicos que laboran en el turno matutino y vespertino de la CMF Oriente, de los cuales el 62.5% son Médicos con contrato permanente (Base) y el 37.5% son Médicos con contrato temporal (Residentes).

En ambos predominó el sexo femenino.

El promedio de edad fue de 31 años, mientras que en la CMF Oriente La mediana de la edad fue de 42 años.

Con relación al tiempo de formación, el 34% de los MAP de Brasil tenía más de 10 años, 67% de los de Paraguay entre uno y cinco años y 82% de los MAP de Uruguay menos de un año. En la CMF Oriente con relación al tiempo de ejercicio médico, 2.5% de los médicos llevan ejerciendo 1 año, 10% de 1-5 años, 30% de 6-10 años y el 57.5% más de 10 años.

Los Médicos de Brasil y Uruguay reconocieron los principales síntomas de RA (84-100%); en Paraguay 64.6% reconoció como síntomas principales el prurito nasal y 28.3% el estornudo. El 100% de los médicos de la CMF Oriente refirió saber el concepto de Rinitis Alérgica, sin embargo, solo el 55% identificó la triada de RA (congestión nasal, rinorrea, prurito y estornudos), mientras que el 45% solo identificó alguno de los cuatro síntomas de la triada.

Los Médicos de Brasil y Paraguay reconocieron la importancia de la exposición del paciente a alérgenos, así como el impacto de las comorbilidades asociadas con RA, en ellas el asma y su impacto de la calidad de vida del paciente. En la CMF Oriente el 70% de los médicos solicitó información sobre los síntomas cuando el paciente acude a consulta con sintomatología respiratoria, mientras que el 30% omite preguntar esta información. Sin embargo, el 100% de los médicos pregunta el tiempo de evolución de la sintomatología.

En Uruguay, 97% de los MAP no preguntaba al paciente sobre la presencia de los síntomas nasales y el contacto con alérgenos, 67% nunca preguntaba al paciente sobre diagnóstico de RA, 43% no solicitaba información sobre frecuencia de uso de descongestionantes nasales. De los médicos de la CMF Oriente el 80% de los indagan la importancia de la exposición del paciente a alérgenos e indagan si el paciente es portador de rinitis alérgica.

El 85% de los médicos refiere indagar el uso de descongestionantes nasales y el 100% indaga si el paciente presenta secreción nasal.

En cuanto a la información sobre asma, En Uruguay los MAP no indagaban acerca de diversos aspectos, 93% sobre el diagnóstico médico de asma, 72% sobre la falta de aire o silbidos en el pecho del paciente, 94% si la presencia de RA empeoraba los síntomas de asma, 90% sobre la interferencia de los síntomas de RA en las actividades diarias del paciente y 84% sobre todos los problemas de salud o uso concomitante de otro medicamento. En la CMF Oriente en cuanto a la información sobre asma, 65% indagan si el paciente tiene silbido o dolor en el pecho; 65% indaga si el paciente tiene antecedentes de asma; 65% si hay relación entre RA y asma, 77.5% sobre la interferencia de síntomas de RA en las actividades diarias y 92.5% sobre otros problemas de salud o uso de algún otro medicamento.

El tratamiento fue variable, la utilización de corticoesteroides tópicos nasales en Brasil se observó en 78%, en Paraguay en 92% y en Uruguay en 54%. En relación con los antihistamínicos, 41.3% de los MAP de Brasil prescribió los de primera generación; solo 6.3% de los MAP en Paraguay los prescribieron (3.9% de primera generación y 2.4% de segunda generación) y 17% de los MAP en Brasil prescribía homeopatía. El tratamiento empleado por los Médicos de CMF Oriente se distribuyó de la siguiente manera: 65% de los médicos utilizaría antihistamínicos de primera generación, 37.5% antihistamínicos de segunda generación, 20% corticoesteroides nasales, 10% vasoconstrictores tópicos nasales, 7.5% corticoesteroides inhalados, 5% corticoesteroides orales o no daría ningún tratamiento y 2.5% antihistamínicos + vasoconstrictor sistémico y corticoesteroides tópicos nasales.

En cuanto a la derivación de los pacientes a especialistas 73.4% de los MAP de Brasil, 78% de Uruguay y 100% de Paraguay no derivan al paciente con RA al especialista y solamente 26.6% de Brasil 62% de Paraguay y 6% de Uruguay conocían la existencia de la guía ARIA. En la CMF Oriente el 92.5% de los médicos derivan al paciente y 7.5% no lo derivan y solamente el 47% de los médicos conoce la existencia de las guías ARIA.

En el presente estudio se incluyó una variante por género, la cual nos muestra que, en cuanto a la evaluación del conocimiento global, es decir definición de RA, una correcta anamnesis y brindar el tratamiento correcto, se ve de la siguiente manera: El 69.5% de las mujeres tuvo un nivel de conocimiento regular, es decir solo sabe identificar la definición y anamnesis o solo identifica el tratamiento, el 30.4% tuvo un mal nivel de conocimiento. Los hombres, el 82.3% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 17.6% un mal nivel de conocimiento.

11. CONCLUSIONES.

De los resultados obtenidos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Más del 50% de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene buenos conocimientos sobre el cuadro característico para el diagnóstico de Rinitis Alérgica.
2. Más del 50% de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene excelentes conocimientos sobre la correcta anamnesis para el diagnóstico de Rinitis Alérgica.
3. Ninguno de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene buenos conocimientos en cuanto a la aplicación de la correcta prescripción para el tratamiento de rinitis alérgica, el 80% aproximadamente se sitúa en un nivel regular.
4. Menos del 50% de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente tiene niveles adecuados de conocimientos sobre diagnóstico, anamnesis y tratamiento de rinitis alérgica.
5. No se aprecia una significancia estadística, por lo que los resultados solo se aplican a la población de estudio, por lo cual no se pueden generalizar, sin embargo, los resultados aquí presentados son de utilidad para establecer el nivel de conocimientos en la población estudiada, ampliar el estudio a unidades médicas de la Zona oriente y así poder establecer estrategias de mejora en el diagnóstico y tratamiento del padecimiento que nos ocupa.

12. RECOMENDACIONES

El conocimiento sobre la Guía ARIA incrementará la sensibilización de los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar Oriente, donde podrán encontrar las herramientas necesarias para mejorar los niveles de conocimientos sobre diagnóstico, anamnesis y tratamiento de rinitis alérgica.

Esto puede llevarse a cabo mediante reuniones mensuales con grupos reducidos de Médicos, de la mano con Médicos especialistas en el tema y así llevar a cabo la actualización de las guías.

Al llevarse a cabo la capacitación, se puede realizar una segunda medición, para verificar que haya más aciertos en cuanto la anamnesis correcta de RA.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Lluch M., "Actualización en rinitis", *Medicina Respiratoria*, 2017; 10 (3): 41-53.
2. Urrutia M., Fernández C., et. AL., "Conocimiento de médicos de atención primaria sobre Rinitis Alérgica y su impacto en el Asma (ARIA): estudio piloto comparativo Brasil, Paraguay, Uruguay", *Rev. Alerg Mex*, 2018; 65 (4): 321-330.
3. Spinozzi F., Murgia N., et. Al., "Characteristics and predictors of allergic rhinitis undertreatment in primary care" *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 201; 29 (1), 129-136.
4. Vilchis E., Espinoza G., et. Al., "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica en una unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México", *Aten Fam*, 201; 18 (4): 74-77.
5. Mancilla E., González E., "Prevalencia de rinitis alérgica y los síntomas como indicadores de riesgos en escolares de la sierra norte de Puebla", *Rev Alerg Mex*, 2018; 65 (2): 140-147.
6. Mancilla E., Medina M., et. Al., "Prevalencia de rinitis alérgica en poblaciones de varios estados de México", *Revista Alergia México*, 2015; 62: 196-201.
7. Solé D., Urrutia M., "La carta de Jerusalén: un nuevo paradigma en el cuidado de los niños y adolescentes alérgicos en las escuelas de Latinoamérica", *Rev Alerg Mex*, 2017; 64 (1): 3-6.
8. Demoly P., Bossé I., "Perception and control of allergic rhinitis in primary care", *Primary Care Respiratory Medicine*, 2020; 30: 37.
9. Bertine MJ., Flokstra B.; "Development of an allergy management support system in primary care" *Journal of Asthma and Allergy*, 2017; 10: 57-65
10. Rivera D., Ponce E., et. Al., "Validación del cuestionario: "Calidad de vida de paciente con Rinitis Alérgica"", *Archivos en Medicina Familiar*, 2016; 18 (4): 85-93.
11. Flavia C., Harold S., "Recent advances in allergic rhinitis [version 1; referees: 2 approved]", *F1000 Faculty Rev*, 2018; 1333
12. Rojo M., Herrera D., "Evaluación de errores diagnósticos de envío en alergia e inmunología" *Rev Hosp Jua Mex*, 2014; 81(3): 141-146.
13. García A., Huerta J., et. Al., "Rinitis alérgica: tiempo de mejoría de síntomas con inmunoterapia en pacientes mexicanos y revisión de la literatura", *Alergia, Asma e inmunología pediátricas*, 2019; 28 (1), 8-17.
14. Meng Y, Wang Ch., et. Al., "Recent developments and highlights in allergic rhinitis", *Allergy*, 2019; 74: 2320-2328.
15. Eguiluz I, Pérez N., et. Al., "How to Diagnose and Treat Local Allergic Rhinitis: A Challenge for Clinicians" *Journal of clinical medicine*, 2019; 8: 1062.
16. Dayasiri K, Tradchanamoorthy V., et. Al., "Diagnosis and management of Allergic Rhinitis in Children" *International Journal of Human and Health Sciences*, 2021; 5 (2), 159.152

14. ANEXOS

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PARTE I

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad _____ años
2. Género Femenino () Masculino ()
3. ¿Dónde trabaja? _____
4. Este establecimiento, administrativamente, puede ser encuadrado como:
 - a) Unidad básica de salud ()
 - b) Clínica privada ()
 - c) Unidad de urgencias ()
 - d) Servicio universitario ()
5. Vínculo laboral
 - a) Concurso público-estado ()
 - b) Concurso público-provincial o departamental ()
 - c) Contratación temporal ()
6. ¿Hace cuántos años ejerce cómo médico de atención primaria?
 - a) 1 año ()
 - b) 1 a 5 años ()
 - c) 6 a 10 años ()
 - d) Más de 10 años ()
7. ¿En qué año se graduó y en qué Institución Universitaria?
 - a) Año de conclusión del curso: _____
 - b) Institución pública ()
 - c) Institución privada ()

PARTE II

CONOCIMIENTOS.

8. ¿Sabe usted que es la rinitis alérgica?
 - a) Si ()
 - b) No ()

9. De haber respondido afirmativamente, marque los principales síntomas de rinitis alérgica:
- a) Secreción nasal intensa ()
 - b) Conjuntivitis ()
 - c) Cefalea ()
 - d) Estornudos ()
 - e) Obstrucción nasal ()
 - f) Tos ()
 - g) Dificultad para dormir ()
 - h) Picazón en la nariz ()
 - i) Picazón de los ojos ()
 - j) Silbido en el pecho ()
 - k) Dificultad para realizar ejercicio ()
10. Frecuencia con que usted solicita información al paciente sobre sus síntomas cuándo este concurre a la consulta con síntomas respiratorios.
- a) Nunca pregunto ()
 - b) Siempre pregunto ()
 - c) Raramente pregunto ()
 - d) Frecuentemente pregunto ()
11. ¿Le pregunta al paciente cuánto tiempo hace que presenta síntomas?
- a) Si ()
 - b) No ()
12. ¿Pregunta al paciente si tiene esos síntomas todo el tiempo en épocas específicas del año?
- a) Si ()
 - b) No ()
13. ¿Pregunta al paciente si estos síntomas ocurren cuando está cerca de animales o expuesto a algún alérgeno en su casa o trabajo?
- a) Si ()
 - b) No ()
14. ¿Pregunta al paciente si alguna vez un médico lo ha diagnosticado como portador de rinitis alérgica?
- a) Si ()
 - b) No ()
15. Si el paciente usa descongestionantes nasales, ¿le pregunta con qué frecuencia lo hace?
- a) Si ()
 - b) No ()

16. ¿Pregunta al paciente si la secreción nasal, es clara o purulenta?
a) Si ()
b) No ()
17. ¿Pregunta al paciente si además presenta falta de aire o silbido en el pecho?
a) Si ()
b) No ()
18. ¿Ha preguntado al paciente si alguna vez ha sido diagnosticado como asmático, o le han dicho que tiene asma?
a) Si ()
b) No ()
19. En este caso ¿los síntomas de rinitis alérgica, agravan el asma?
a) Si ()
b) No ()
20. ¿Los síntomas de rinitis alérgica que presenta el paciente interfieren en sus actividades diarias (escuela o trabajo)
a) Si ()
b) No ()
21. ¿Le pregunta usted al paciente si tiene otros problemas de salud o está usando cualquier otra medicación?
a) Si ()
b) No ()
22. Si el paciente solicita una orientación, ¿qué medicación recomendaría?
a) Antihistamínicos de 1ra generación ()
b) Antihistamínico + vasoconstrictor sistémico ()
c) Corticoesteroides orales ()
d) Corticoesteroides inhalados ()
e) Antihistamínicos de segunda generación ()
f) Vasoconstrictores tópicos nasales ()
g) Corticoesteroides tópicos nasales ()
h) Homeopatía ()
23. ¿Le sugeriría al paciente consultar un especialista?
a) Si ()
b) No ()
24. ¿Conoce usted las guías ARIA (Rinitis Alérgica y su Impacto en el Asma) para médicos de atención primaria?
a) Si ()
b) No ()

Consentimiento Informado

Declaro que he sido informado (a) e invitado (a) a participar en una investigación denominada “Nivel de conocimiento sobre rinitis alérgica, de los médicos de primer nivel de atención de la Clínica de Medicina Familiar de Oriente.”,

Entiendo que este estudio busca conocer cuál es el nivel de conocimiento sobre rinitis alérgica, de los médicos de primer nivel de atención de la Clínica de Medicina Familiar de Oriente, y sé que mi participación consistirá en responder un cuestionario que me demorará de cinco a diez minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, y que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

En caso de dudas o si desea retirar el consentimiento informado, comunicarse con Adriana Angélica Montejano González, al número 5547272593

Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma y nombre del participante:

Fecha:

ABREVIATURAS

CMF.- Clínica de Medicina Familiar Oriente

RA.- Rinitis Alérgica

IgE.- Inmunoglobulina E

IgG.- Inmunoglobulina G

OMS Organización Mundial de la Salud