

11226  
40

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIDAD ACADÉMICA:  
CLÍNICA HOSPITAL «B» ZAMORA, MICHOACÁN.

«PREVALENCIA DE RINITIS ALÉRGICA EN LA C.H. «B» DEL ISSSTE EN  
ZAMORA, MICH.»

(AGOSTO DE 1994 A JULIO DE 1995)

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JESÚS MACIEL RODRÍGUEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ISSSTE  
D RECC DI  
SET. 5 2003  
CLÍNICA HOSPITAL  
ZAMORA, MICH.

ZAMORA, MICHOACÁN

2003



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.

**“PREVALENCIA DE RINITIS ALÉRGICA EN LA C.H. “B ” DEL ISSSTE EN  
ZAMORA, MICH. ”**

**(AGOSTO DE 1994 a JULIO DE 1995)**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.**

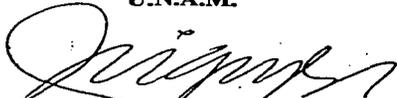
**PRESENTA:**

Autenticado por el Sistema General de Bibliotecas de la UNAM en formato electrónico impreso el 03/08/2010 a las 10:00 AM. Trabajo Especializado. Autor: Jesús Maciel Rodríguez Fecha: 05/Septiembre/03 Firma: [Signature]

**DR. JESUS MACIEL RODRIGUEZ**

**AUTORIZACIONES:**

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.~~

  
**DR. ARNULFO RIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

  
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.**

**P R E S E N T A:**

**DR. JESUS MACIEL RODRIGUEZ.**



**DR. PABLO CRUZ MENDEZ.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA  
CLINICA HOSPITAL " B " DEL ISSSTE EN ZAMORA, MICHOACAN.**



**DR. FRANCISCO DEL TORO LUGO,  
ASESOR DE TESIS.**



**DR. EMILIO GRANJEL GUERRERO  
ASESOR DE TESIS POR PARTE DEL  
I.S.S.S.T.E.**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR.  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

**CLINICA HOSPITAL " B " ZAMORA, MICHOACAN.**

**1999.**

**TESIS CON  
FOLIO DE ORIGEN**

**AGRADECIMIENTOS**

- A Dios...
  
- A Alma por su comprensión,  
apoyo y amor...
  
- A mis hijos  
Mauricio, Jesús, Enrique,  
Fernando y Juan Pablo  
Por todo el tiempo que no les dediqué...
  
- A Mi familia  
Por su apoyo incondicional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

Durante el período comprendido de Agosto de 1994 a Julio de 1995, se realizó una investigación clínica, descriptiva, retrospectiva, transversal y observacional en la Clínica Hospital «B» del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la ciudad de Zamora, Mich.

El promedio global de la muestra fue de 51 años, con desviación estándar de 20 años. La mayor prevalencia se encontró en el grupo de los menores de 2 años de edad con 41.4%; las demás edades se presentaron poco menos del 20% de manera homogénea.

La frecuencia por sexo fue de 1.5:1 a favor femenino. Los tres principales factores desencadenantes fueron las atopias (41.9%), la rinofaringitis en el 25.8% al igual que el polvo - pasto.

Tanto la estación de la primavera como el clima mixto predominaron con 41.7% de frecuencia; se identificó presencia de alérgeno en solo el 8.6% de los casos.

La rinorrea continúa se encontró en el 69% e intermitentemente en el 31%; el 82.8% fue rinorrea bilateral y el horario de noche es cuando empeoran más los síntomas en el 32.8%, al igual que disminuye con la posición de decúbito dorsal en el 39.7%. La rinorrea anterior y posterior predominó en el 70% y la anterior en el 24.2%.

La respiración nasal, el ronquido y el estornudo fueron las características clínicas más frecuentes en el 93.1%, 86.2% y 84.5% respectivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE

Marco Teórico	7
Planteamiento del problema	12
Justificación	13
Objetivos	15
*General	
*Específico	
Hipótesis	15
Metodología	16
Resultados	18
Discusión	33
Conclusiones	35
Anexos	36
Bibliografía	39

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEÓRICO

Históricamente desde el antiguo Egipto ya se reconocían las funciones respiratoria y olfatoria de la nariz como situaciones de importancia. En escritos atribuidos a Hipócrates, se señala que “debe considerarse a la respiración libre como un factor que contribuye en gran medida a la sanidad del paciente”; sin embargo, Aristóteles, el filósofo griego de la antigüedad, consideraba que la función principal de la nariz era estornudar, reconoció incluso que era posible omitir la nariz y aerear los pulmones “sin el proceso de respiración nasal” (1).

Galeno comprendía también la función respiratoria de la nariz, pero a pesar de ello, en ninguno de sus trabajos sobresalientes menciona a la obstrucción nasal o la inflamación de la nariz propiamente dicha. Tuvo que presentarse posteriormente la época del Renacimiento y su floreciente aspecto científico, para que el interés médico surgiera hacia estos tópicos. Fue entonces que en el siglo XIX, comenzaron a comprenderse con mayor claridad los aspectos funcionales de la fisiología nasal, y el concepto claro de las bases fisiológicas y fisiopatológicas nasales, esperaron a los albores del siglo XX (1).

La alteración de la fisiología normal de la vía respiratoria es de vital importancia, en función de que la nariz es el órgano que guarda el primer contacto con el aire inspirado. Este aire, generalmente está cargado de agentes contaminantes como material suspendido, microorganismos y otras sustancias nocivas. Es seco y frío y requiere de calentarse y humedecerse antes de llegar a las vías respiratorias inferiores; resulta obvio que estas necesidades exigen un complejo sistema, además, muy especializado, el cual es la nariz, quien además, sirve como detector sensible de productos químicos transportados por el aire, y participa también en la percepción del sabor de las sustancias que se ingieren (1).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por último, tiene una función muy importante en el sistema inmunitario, porque es el primer sitio de contacto de muchos alérgenos transportados por el aire con el sistema de defensa del organismo (conducción, filtración, acondicionamiento del aire y olfacción) (1).

De esta forma, la rinitis alérgica es una entidad clínica derivada de las anteriores situaciones fisiológicas explicadas y se constituye como un problema de obstrucción nasal crónico, agudo o crónico agudizado, ya sea mediado por sustancias inmunes, ambientales o mecánicas (2-5). La primera manifestación suele ser en la infancia o adolescencia, estacional o perene, con rinorrea, congestión y prurito nasales y de ojos y orofaríngea (6-8). Se constituye como un trastorno inflamatorio de la mucosa nasal iniciado por hipersensibilidad mediada por Ig E. Es la enfermedad más común de las vías respiratorias; es también, una de las principales causas de consulta en los servicios de Alergología.

Como ya se enunció, se ha demostrado que esta mediación de la IgE produce y se asocia con inflamación nasal de intensidad variable (7) y se ha mencionado concretamente que en los casos con rinitis alérgica, la IgG1 e IgG4 y anti IgE se encuentra significativamente elevadas en comparación con los pacientes con rinitis no alérgica (9); además de una activación en la sobre-regulación de las moléculas de adhesión del endotelio del leucocito y un aumento en la interleucina 4 (10).

Es muy común en niños y adultos jóvenes. Ross y Fleming ya demostraron que las concentraciones de óxido de nitrógeno y de ozono, al igual que la sensibilización al polvo y moho influyen considerablemente en la frecuencia de casos de rinitis alérgica (3,6,11).

García Caballero y colaboradores mostraron una clasificación de la rinitis de acuerdo al tipo de la misma, según fuese infecciosa o no infecciosa, así como las pruebas cutáneas y células predominantes en la secreciones respectivamente (12).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CLASIFICACION DE LA RINITIS (12)

TIPO	PRUEBAS CUTANEAS	CELULAS PREDOMINANTES
Infecciosa (purulenta):		
* Catarro común	(-)	Neutrófilos
* Rinosinusitis	(-)	Neutrófilos
* Pólipos con infección	(-)	Neutrófilos
No infecciosa (no purulenta):		
*Rinitis alérgica estacional	(+)	Eosinófilos
* Rinitis alérgica perenne	(+)	Eosinófilos
*Rinitis no alérgica, perenne:		
* Con eosinófilos	(-)	Eosinófilos
* Sin eosinófilos	(-)	Neutrófilos
* Pólipos nasales	+/-	Eosinófilos

Fuente: García-Caballero R, López JG, Solano-Soto j. Rinitis alérgica en niños. Cuadro clínico y diagnóstico. Alergia Pediátrica. 1990;1(1):40-42.

De igual forma, diversos investigadores en la materia han involucrado otros tópicos relacionados a la rinitis alérgica, tal es el caso de Serra-Battles y asociados, quienes estudiaron la respuesta de la nariz al ejercicio en sujetos sanos y en pacientes con rinitis y asma, concluyendo que la nariz responde diferentemente desde los bronquios al realizar el ejercicio y que ello induce obstrucción de la vía aérea e indican que los mecanismos reguladores de la respuesta de la nariz al ejercicio, son diferentes de los involucrados en la respuesta del árbol bronquial normal (13). Hasegawa reportó la obstrucción nasal inducida por la postura en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pacientes con rinitis alérgica y encontró que en algunos de ellos, la posición supina o lateral propicia la obstrucción nasal completa (14).

Los síntomas de rinitis alérgica incluyen rinorrea hialina, la cual puede ser mucoide o como resultado de obstrucción nasal o infección secundaria. Los estornudos matutinos y vespertinos paroxísticos son característicos del patrón diurno a alteraciones atópicas. Los síntomas pueden provocarse por exposición a irritantes como el humo del cigarrillo, olores de ciertas pinturas y otros, así como la exposición a alérgenos. Pueden ser intermitentes o continuos, estacionarias o durante todo el año (11,12), particularmente en las comunidades urbanas (15). Si la obstrucción nasal es severa, puede llegar a impetiginización; también puede haber tos nocturna, respiración oral, ronquidos, voz nasal, hasta alteraciones en el sueño y pérdida del apetito con anosmia o hiposmia (11,12).

El prurito puede ser nasal, ocular y, con menos frecuencia ótico y en el paladar. A menudo se asocia con alergia a pólenes y a derivados animales. La inflamación crónica, los estornudos, la limpieza y la fricción nasales, aumentan la incidencia de epistaxis, sobre todo en los preescolares; puede presentarse alteraciones del carácter, irritabilidad y fatiga, alteraciones de lenguaje y/o conducta, asociado a secreciones elevadas de eosinófilos (12,16). Se ha referido que la presencia de pólipos nasales agrava la situación (17) y para diferenciar aspectos alérgicos de una rinorrea infecciosa, se analiza la presencia de eosinófilos y neutrófilos (4).

Suelen utilizarse sprays tópicos nasales, especialmente esteroides, en el tratamiento de rinitis alérgica. Los esteroides nasales son ampliamente usados y son seguros en efectividad, como los antihistamínicos, en controlar los síntomas

de la rinitis (18,19). Sin embargo, si se usan inapropiadamente, traen consigo muchos efectos colaterales indeseables. Resulta indispensable que los pacientes aprendan a utilizar con las técnicas correctas, el empleo de esteroides vía nasal (18,20). Los descongestionantes son de utilidad en disminuir la congestión nasal dada su penetración en la cavidad, pero su uso debe limitarse a no más de 3 días y ya Kobayashi y su grupo demostraron además, que el empleo prolongado de descongestivos nasales tópicos, no tienen lugar en el tratamiento de la rinitis alérgica y sí se asocian con significativos efectos indeseables, específicamente el posible efecto de rebote e irritación a la mucosa nasal (18)

En pacientes con rinitis alérgica, el índice de eosinófilos en las muestras preparadas, suele ser de por lo menos el 10% y puede llegar hasta un 100% (21), siendo los valores normales de eosinófilos(1-6%) y de IgE(10 -500 U/ml).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente la Rinitis Alérgica ocupa el segundo lugar en la demanda de consulta externa de otorrinolaringología y alergología de esta Unidad.

Los pacientes son canalizados por las Unidades de primer nivel a las que se le brinda apoyo, y en su mayoría no son protocolizados para comprobar el diagnóstico de envío, lo que ocasiona una saturación de los servicios mencionados y un retraso en la atención hasta por 3 meses; Así mismo cuando se atiende al paciente ya se ha iniciado tratamiento a base de esteroides y/o antihistamínicos lo que ocasiona el rechazo por la especialidad consultada.

En otros casos los pacientes son enviados con estudio de IgE con resultados normales, ya sea por mal diagnóstico o por el tratamiento instituido, lo que ocasiona gastos innecesarios y mala calidad de atención.

Derivado de lo anterior nace la inquietud para la elaboración del presente estudio donde se pretende conocer.

¿ Cual será la prevalencia de Rinitis alérgica en la Clínica Hospital del ISSSTE de Zamora, Mich.?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACION

Se ha referido mundialmente que la rinitis alérgica es una de las causas más comunes de enfermedades crónicas y tienen un impacto (-), sobre la calidad de vida ocupacional en el sitio laboral (22); por otro lado, se reporta que es una entidad que va en aumento (23) y producen morbilidad significativa, además de alteraciones dañinas sobre la calidad de vida del sujeto (24,25), de ahí la importancia de conocer a fondo esta entidad en las diversas áreas geográficas necesarias.

De acuerdo con las estadísticas norteamericanos de rinitis en la consulta de Medicina General y Medicina Familiar, se estima que aproximadamente el 30% de la población en general, presenta una u otra forma de rinitis crónica. La mayoría de estas personas padecen rinitis alérgica, se indica que al menos el 20% son adolescentes y adultos jóvenes y 10% niños. El primer porcentaje resulta trascendente en función de ser la población económicamente activa y en ocasiones, requieren de suspender sus labores o actividades cotidianas, en virtud de los trastornos clínicos que les causa la rinitis alérgica. Esta entidad es también una de las dos principales causas de consulta en los servicios de Alergia y se indica una relación por sexo de 2:1 a favor del sexo masculino (11).

Ya se ha indicado que la prevalencia de rinitis alérgica es mayor en el área urbana, hasta del 75%, en comparación con las reas rurales, en donde sólo es del 25% máximo. La rinitis alérgica es muy común en niños y adultos jóvenes, como ya se mencionó, y se conoce que las concentraciones de óxidos de nitrógeno y de ozono, inmersos en el aire mismo, influyen considerablemente en la frecuencia de casos de rinitis alérgica (11).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En esta Unidad Médica de las 360 consultas mensuales de otorrinolaringología, 120 son con diagnóstico de rinitis alérgica, de las cuales el 50% resultan positivas; lo que generan 5 incapacidades mensuales por 12 días con promedio de 2.40. Y siendo el grupo de edad más afectado en niños, se ocasiona se otorguen cuidados maternos con un promedio de 3 días.

No existen estudios de la localidad, ni institucionales, respecto a la prevalencia de rinitis alérgica, ni las características clínicas y laboratoriales que guardan estos pacientes.

De ello se genero la inquietud de realizar el presente estudio de investigación y se considero de interés el retroinformar a la institución para que el mismo estudio sea un instrumento de consulta para el personal médico y paramédico de los algrismos que llevan al diagnóstico y así formular el protocolo de envío y manejo del paciente con esta entidad nosológica. Al mismo tiempo reducir las consultas de ORL y alergología, y el diferimiento en la atención en la y en los gastos de las Unidades Médicas de primer nivel en estudios y viáticos de los pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

### GENERAL:

Identificar la prevalencia de la rinitis alérgica y sus principales características clínicas en la Clínica Hospital del ISSSTE en Zamora, mich, De Agosto de 1994 a Julio de 1995.

### ESPECÍFICOS:

1. Identificar la prevalencia por grupos etáreos.
2. Detectar la frecuencia de acuerdo a sexo.
3. Diagnosticar las principales características clínicas en la muestra a estudiar.

### HIPÓTESIS

\* No necesaria por tratarse de un estudio de investigación eminentemente descriptivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODOLOGIA

Se realizó una investigación clínica, descriptiva, retrospectiva, transversal y observacional en la Clínica Hospital "B" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la ciudad de Zamora, Mich.

### MUESTREO:

El universo de la muestra se encuentra formado por la cobertura de pacientes que son derechohabientes institucionales; el muestreo fue no probabilístico, mediante diseño cronológico del primero de agosto de 1994 al 31 de julio de 1995, estimando al menos de 4 a 5 por mes, con global aproximado de 50 o más casos, con lo cual resultaron 58 casos definitivos.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con manifestaciones clínicas de rinitis alérgica, diagnosticadas por médico familiar y que contaran laboratorialmente con la IgE además de eosinófilos en moco nasal, independientemente de edad y sexo de ellos.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

No correspondieron, por ser un estudio de casuística.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Se indagaron los diagnósticos de rinitis alérgica del archivo clínico de la consulta externa de Medicina Familiar de la institución referida, para ubicar los expedientes clínicos y proceder a consignar las variables contenidas en el anexo 1.

El anexo 1 enuncia variables generales del paciente, tales como: edad (la cual se anotó en años cumplidos), sexo, fecha de inicio del padecimiento para conocer el tiempo de evolución (medido en meses para homogeneizar a la muestra de pacientes).

De igual forma, se anotaron la presencia o ausencia de factores desencadenantes (estación del año, clima específico o alérgeno conocido) y las características clínicas del padecimiento (rinorrea, estornudos, ronquido, respiración oral, epistaxis y/o cefalea), además de los parámetros de laboratorio: IgE y búsqueda de eosinófilos en moco nasal.

### ÉTICA:

No correspondió, por tratarse de un estudio de casuística.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron medidas relativas (porcentuales), de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar) para la edad y tiempo de evolución, así como el cálculo de la sensibilidad y falsos negativos de la prueba, a fin de conocer si se sobrediagnosticó o no clínicamente el padecimiento en cuestión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Durante el período de tiempo estudiado, se pudieron ubicar 58 casos con rinitis alérgica, cuyo promedio de edad fue de 51 años y desviación estándar de 20, con valores mínimo y máximo de 5 y 82 años respectivamente. La relación por sexo fue de 1.5:1.0 a favor femenino, como se muestra en el cuadro 1 y la figura 1 con 60.3% y 39.7% para los sexos masculino y femenino correspondientemente.

La figura 2 y cuadro 2 presentan la edad de inicio de acuerdo a grupos de edad, predominando en primer sitio de interés, los menores de 2 años, con el 41.4%; las demás edades se encontraron ligeramente inferiores al 20% todas ellas. El tiempo medio de evolución fue de 5 años y un mes y el rango de valores fue de 1 mes a 25 años, con lo cual la dispersión fue tan amplia como de 14 años.

Se puede observar en el cuadro 3 y la figura 3, que la presencia de factores desencadenantes se encontró positivo en el 53.3% y en la figura 4, se explicitan cuáles factores fueron los más frecuentes, entre los que se encontraron: 41.9% por atopias, el 25.8% rinofaringitis y el 16.2% por polvo-pasto.

Respecto a la estación del año, la figura 5 y cuadro 5, muestran que la primavera es la involucrada en el 41.7% de los casos, el verano en el 33.3% y el invierno en el 25.0% de ellos. El cuadro 6 y la figura 6 contemplan que el clima mixto prevaleció en el 41.7%, el frío en el 33.3% y el clima seco en el 25.0%.

La figura 7 y el cuadro 7 exhiben que la presencia de alérgeno identificado en el estudio, solamente se encontró en el 8.6% de los pacientes. La rinorrea continua se presentó en el 69.0% y la intermitente en el 31%, como se puede

observar en el cuadro 8 y la figura 8. El sitio de la rinorrea bilateral (en ambas narinas), fue el más frecuente con 82.8% y se encontró un 8.6%, tanto para el compromiso o flujo unilateral como para el alternante, como se muestra en la figura 9 y cuadro 9 correspondiente.

El cuadro 10 y la figura 10 presentan que en el 58.6% de los pacientes no se encontró ningún horario en el que empeoraba la rinitis alérgica, a diferencia del 32.8% que empeora por la noche, 5.2% en el día y 3.4% por la tarde. De igual forma, la figura 11, muestra que en el 39.7% de ellos, disminuía su rinorrea en decúbito dorsal y en el 60.3% de los casos, no disminuía en ninguna posición.

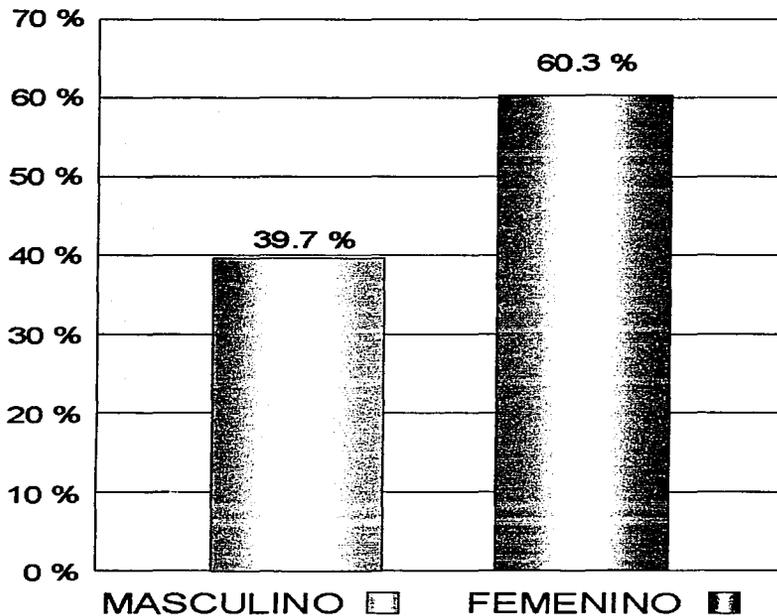
En relación con el sitio anatómico existente con la rinorrea, el 70.7% fue tanto anterior como posterior, y ninguna en el 3.4% seguido del 24.2% de rinorrea anterior, 1.7% rinorrea posterior; situaciones que pueden observarse en la figura 12 y cuadro 12.

Respecto a las características clínicas de la rinorrea, se encontró que las 3 principales manifestaciones clínicas fueron:

respiración nasal en el 93.1%, ronquido en el 86.2% y estornudos en el 84.5%; la característica de menor frecuencia fue la epistaxis con 27.6% como se muestra en la figura 13 y cuadro 13.

CUADRO 1	
FRECUENCIA POR SEXO	
SEXO	FRECUENCIA %
MASCULINO	39.7
FEMENINO	60.3

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

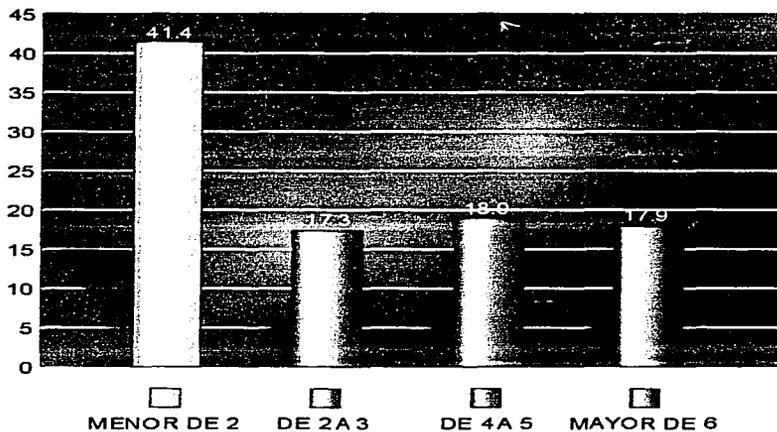


FUENTE: CUADRO 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 2	
EDAD DE INICIO EN AÑOS	
GRUPO EDAD	FRECUENCIA %
MENOR 2	41.4
2 - 3.1	17.3
4 - 5.1	18.9
MAYOR 6	17.9

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

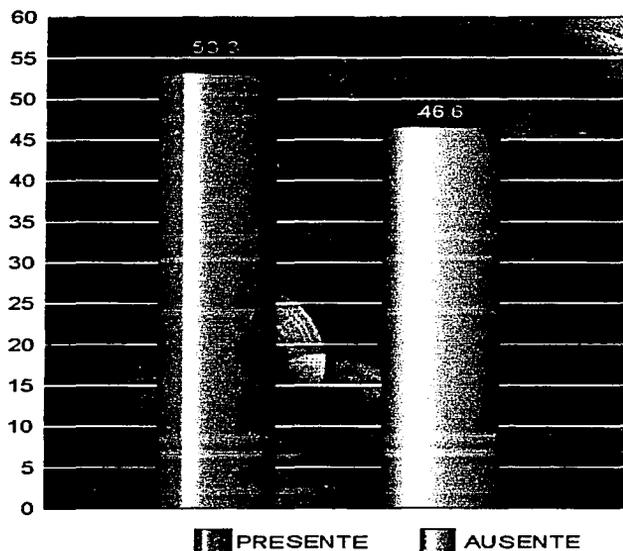


FUENTE: CUADRO 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3	
PRESENCIA DE FACTORES DESENCADENANTES	
EVENTO	FRECUENCIA %
PRESENTE	53.3
AUSENTE	46.6

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

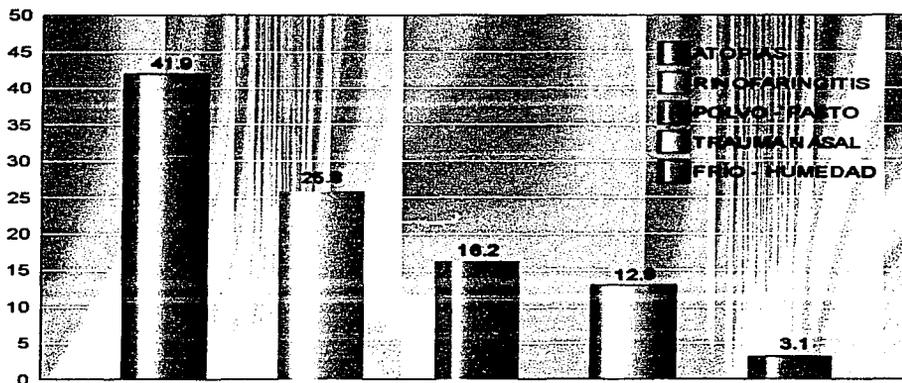


FUENTE: CUADRO 3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4	
FACTORES DESENCADENANTES	
FACTOR	FRECUENCIA %
ATOPIAS	41.9
RINOFARINGITIS	25.8
POLVO-PASTO	16.2
TRAUMA NASAL	12.9
FRÍO-HUMEDAD	3.1

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

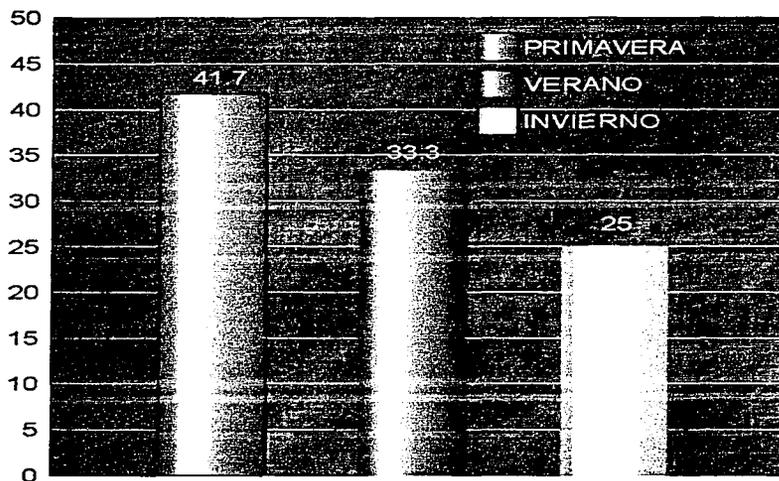


FUENTE: CUADRO 4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 5	
PREVALENCIA POR ESTACIÓN	
ESTACIÓN	FRECUENCIA %
PRIMAVERA	41.9
VERANO	25.8
INVIERNO	16.2

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

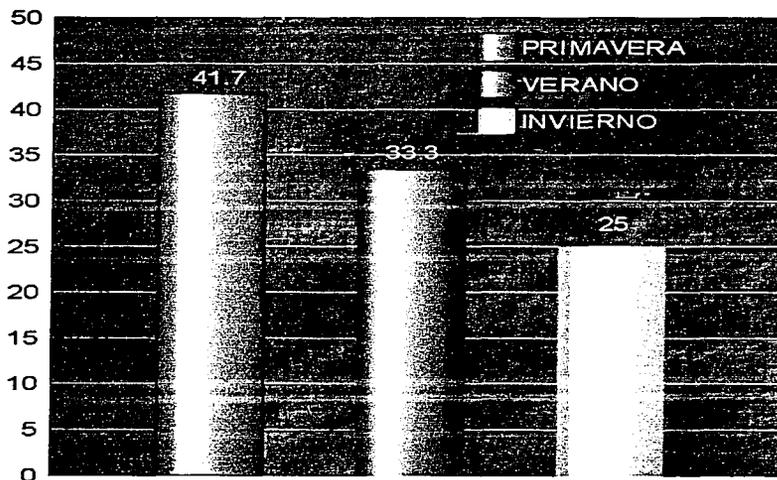


FUENTE: CUADRO 5

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

CUADRO 5	
PREVALENCIA POR ESTACIÓN	
ESTACIÓN	FRECUENCIA %
PRIMAVERA	41.9
VERANO	25.8
INVIERNO	16.2

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

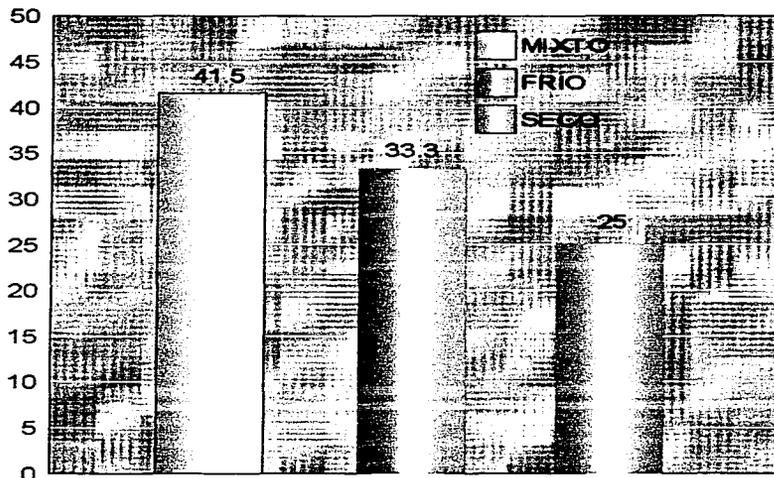


FUENTE: CUADRO 5

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

CUADRO 6	
FRECUENCIA POR CLIMA	
TIPO	FRECUENCIA %
MIXTO	41.5
FRÍO	33.3
SECO	25.0

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

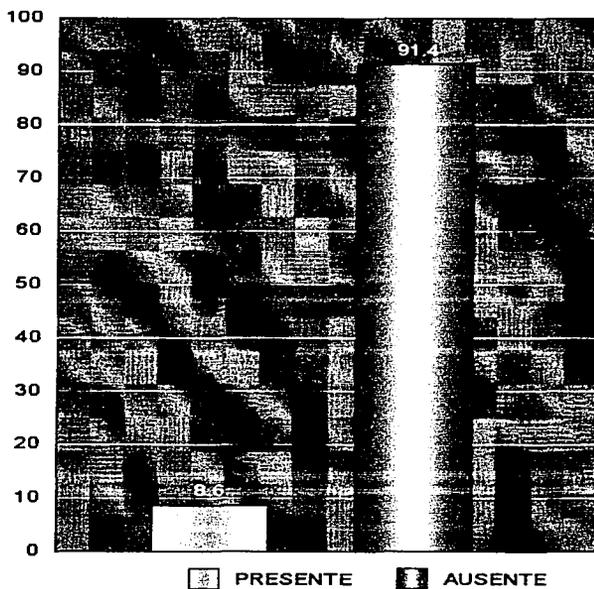


FUENTE: CUADRO 6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 7	
PRESENCIA DE ALERGENO	
EVENO	FRECUENCIA %
PRESENTE	8.6
AUSENTE	91.4

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

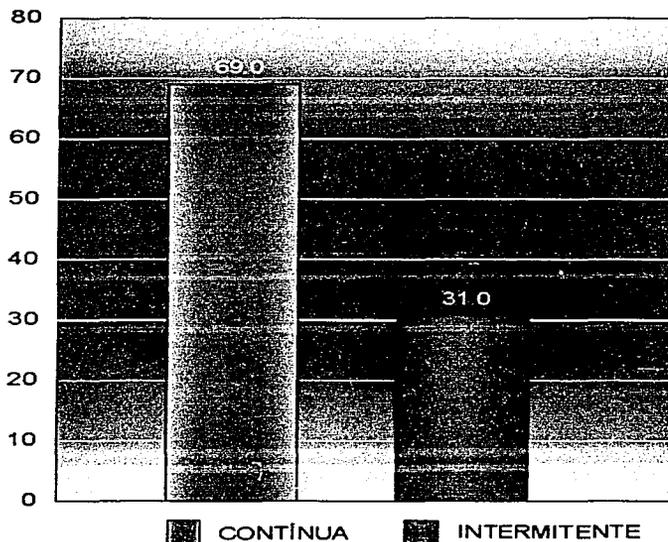


FUENTE: CUADRO 7

TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

CUADRO 8	
TIPO DE RINORREA	
TIPO	FRECUENCIA %
CONTÍNUA	69.0
INTERMITENTE	31.0

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

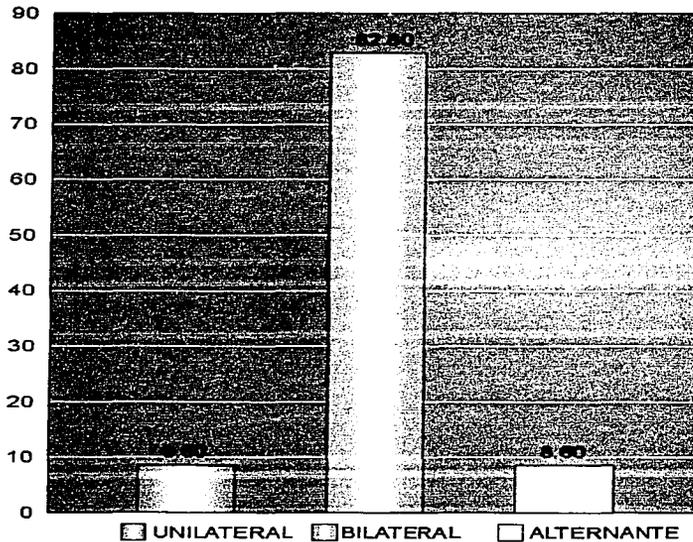


FUENTE: CUADRO 8

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 9	
SITIO DE RINORREA	
SITIO	PORCENTAJE
UNILATERAL	8.6
BILATERAL	82.8
ALTERNANTE	8.6

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

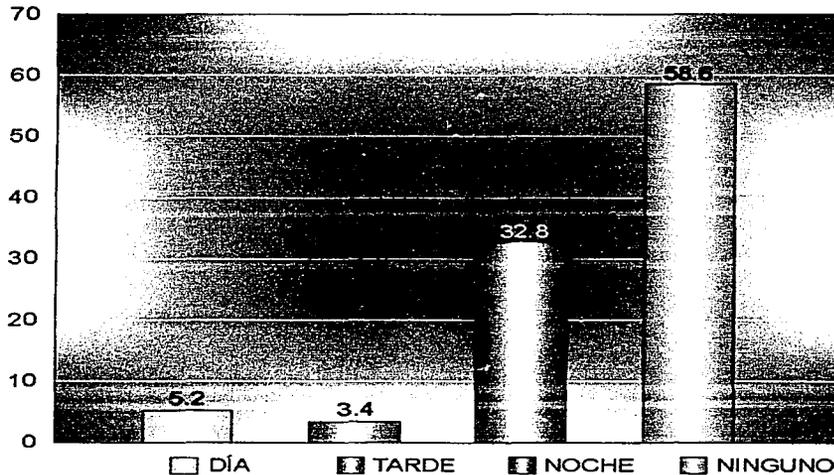


FUENTE: CUADRO 9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 10	
HORARIO EN QUE EMPEORA	
MOMENTO	FRECUENCIA %
DÍA	5.2
TARDE	3.4
NOCHE	32.8
NINGUNO	58.6

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA



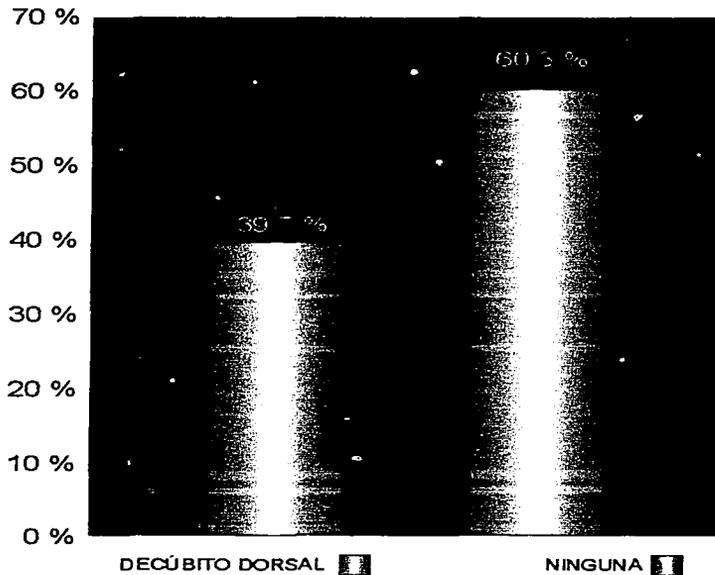
FUENTE: CUADRO 10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE RINITIS ALÉRGICA 30

CUADRO 11	
DISMINUYE CON POSICIÓN	
POSICIÓN	FRECUENCIA %
DECÚBITO DORSAL	69.0
NINGUNA	31.0

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA

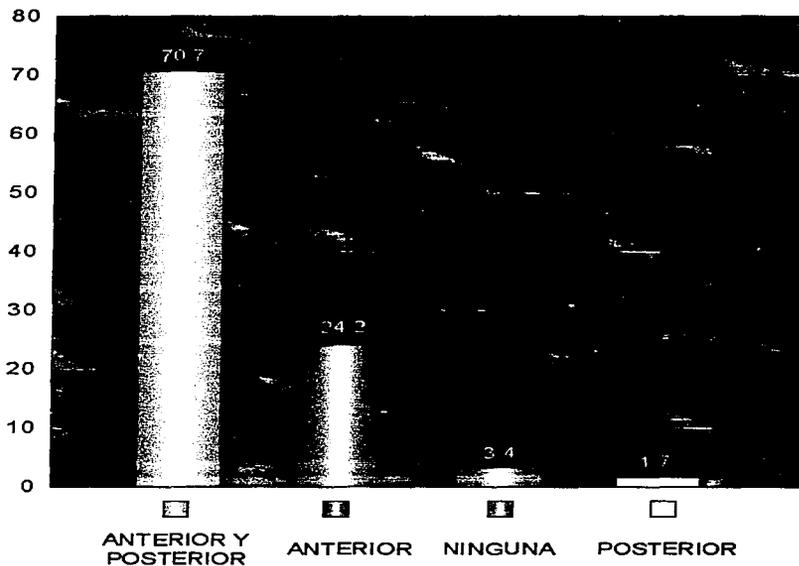


FUENTE: CUADRO 11

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 12	
TIPO DE RINORREA	
TIPO	FRECUENCIA %
ANTERIOR Y POSTERIOR	70.7
ANTERIOR	24.2
NINGUNA	3.4
POSTERIOR	1.7

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA



FUENTE: CUADRO 12

RINITIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 13	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
TIPO	FRECUENCIA %
RESPIRACIÓN NASAL	93.1
RONQUIDO	86.2
ESTORNUDO	84.5
CEFALEA	51.7
HIPOSMIA	41.4
EPISTAXIS	27.6

FUENTE: CÉDULA DE ENCUESTA



FUENTE: CUADRO 13

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSION

Se ha reconocido que la rinitis alérgica es una entidad que ha ido en aumento, especialmente en las dos últimas décadas (11), debido a los avances tecnológicos, el crecimiento demográfico y los factores diversos del ambiente que contaminan el medio y repercute en la fisiopatología de la respiración (1) lo cual es trascendente en todas las regiones geográficas del mundo.

De acuerdo con lo reportado por Ross y Fleming, las frecuencias con cada año pueden variar de acuerdo a las condiciones, por otro lado, se ha establecido que la entidad es más frecuente en niños y adultos jóvenes (11), situación que concuerda con lo encontrado en el presente estudio, en función de que la mayor incidencia es en niños menores de 2 años de edad, y los demás grupos etéreos se comportaron casi con iguales frecuencias, todas ellas superiores al 15% pero inferiores al 20%. Se desconoce si ello es debido a que posiblemente se atiendan más niños de estas edades en la consulta externa de Medicina Familiar, lo cual constituiría un sesgo en esta variable, o si efectivamente el comportamiento encontrado en esta muestra es la realidad; por otro lado, para corroborar esta condición, idealmente deberían establecerse grupos de iguales cantidades, en diversos grupos de edad en los cuales se valoraría la presencia de rinitis alérgica integralmente y con ello, corroborar o validar, que efectivamente, las mayores prevalencias de esta entidad se presentan en los menores de edad y en la adultez joven, tal como lo refieren los investigadores referidos.

Cuando diversos investigadores indican que una de las situaciones que ejercen influencia es la clase social (11), se podría afirmar que no es un punto de vista comparativo con el presente estudio, en función de que en esta investigación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

no se analizó dicha variable y resultaría de interés realizar estudios que contemplen además las variables sociodemográficas, que generalmente inciden sobre diversos problemas de salud poblacional.

Por otro lado, las manifestaciones clínicas ubicadas en el diagnóstico de la rinitis alérgica, tanto por García-Caballero y colaboradores (12), como por otros ya conocidos expertos en la materia, son coincidentales todas ellas con los hallazgos de la presente investigación.

Consideramos que idealmente deben existir estudios prospectivos (en tiempo presente), longitudinales (con seguimiento), que involucren la entidad clínica que interese, a fin de conocer de manera más real la situación clínica, laboratorial, pronóstica, etc. que compete a la misma; por ejemplo, estudios de factores de riesgo que relacionan la historia familiar, hábitos personales específicos, infecciones del tracto respiratorio superior y características de residencia con la prevalencia de esta entidad (26,27).

Es posible que los avances terapéuticos puedan dar la pauta para realizar estudios comparativos que repercutan en beneficio de la salud y calidad de vida de los pacientes, o de igual forma, implementar estudios de investigación terapéutica, para apoyo de la gamma de manifestaciones clínicas que muestran los pacientes, basados en los estratégicos ya existentes en otras áreas geográficas (28) y así prevenir complicaciones posteriores conectadas o subsecuentes a la rinitis alérgica (29) pero que vayan en detrimento de la calidad de vida del sujeto y del impacto en su productividad laboral si se encuentra ya en esa etapa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CONCLUSIONES

1. La mayor prevalencia se encontró en el grupo de los menores de 2 años de edad con 41.4%; las demás edades se presentaron poco menos del 20% de manera homogénea.
2. La frecuencia por sexo fue de 1.5:1 a favor femenino.
3. Los 3 principales factores desencadenantes fueron las atopias (41.9%), la rinoфаринgitis en el 25.8% y el polvo-pasto también en el 25.8%.
4. Tanto la estación de la primavera como el clima mixto predominaron con 41.7% de frecuencia; se identificó presencia de alérgeno en sólo el 8.6% de los casos.
5. La rinorrea continua se encontró en el 69% e intermitente en el 31%; el 82.8% fue rinorrea bilateral y el horario de noche es cuando empeoran más los síntomas en el 32.8%, al igual que disminuye con la posición de decúbito dorsal en el 39.7%.
6. La rinorrea anterior y posterior predominó en el 70.7% y la anterior en el 24.2%. La respiración nasal, el ronquido y el estornudo fueron las características clínicas más frecuentes en el 93.1%, 86.2% y 84.5% respectivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANEXO

FORMATO DE CAPTURA DE LOS DATOS

Folio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

1. Edad (en años cumplidos) \_\_\_\_\_

2. Sexo (1= Masculino, 2= Femenino) \_\_\_\_\_

3. Edad de inicio del padecimiento: \_\_\_\_\_

4. Tiempo de evolución (en meses completos) \_\_\_\_\_

5. Factores desencadenantes:

1= Si

2= No \_\_\_\_\_

6. Estación del año:

1= Primavera

2= Verano

3= Otoño

4= Invierno

5= Indistinta

6= Mixta \_\_\_\_\_

7. Clima:

1= Frío

2= Seco

3= Mixto

4= Ninguno

\_\_\_\_\_  
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8. Alergeno:

1= Si

2= No

CARACTERISTICAS CLINICAS:

9. Presentación:

1= Continua

2= Intermitente

10. Tipo de rinorrea anatómica:

1= Unilateral

2= Bilateral

3= Alternante

11. Horario en que se exagerba:

1= De día (08.00 a 16.00 horas)

2= Tarde (16.01 a 24.00 horas)

3= Noche (00.01 a 07.59 horas)

12. Período en que se mejora:

1= De día (08.00 a 16.00 horas)

2= Tarde (16.01 a 24.00 horas)

3= Noche (00.01 a 07.59 horas)

4= Ninguna

13. Rinorrea:

1= Anterior

2= Posterior

3= Ambas

4= Ninguna

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE RINITIS ALÉRGICA 38

Para las preguntas 14 a 18: 1= Si, 2= No.

14. Estornudos:

\_\_\_\_\_

15. Ronquido:

\_\_\_\_\_

16. Respiración oral:

\_\_\_\_\_

17. Epistaxis:

\_\_\_\_\_

18. Cefalea:

\_\_\_\_\_

17. Valor de la Ig E:

\_\_\_\_\_

18. Eosinófilos en moco nasal (%):

\_\_\_\_\_

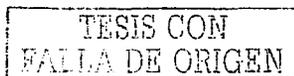
OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFIA**

1. **Kimmelman ChP. El problema de la obstrucción nasal. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica. 1989;22(2):247-259.**
2. **Marty D. Ear, Nose and Throat Disorders. Chronic nasal blockage. Australian Family Phisician. 1994;23(11):2103-2107.**
3. **Verhoeff AP, Van Strein RT, Van Wijnen JH, Brunefreef B. Damp Housing and Childhood Respiratory Symptoms: The Role of Sensitization of Dust Mites and Molds. American Journal of Epidemiology. 1995;141(2):103-110.**
4. **Godley FA. Chronic Sinusitis: An Update. American Family Physician. 1992;45(5):2190-2199.**
5. **Settipane GA. Chronic Rhinitis: An Updated Clinical Review. American Journal of Rhinology. 1991;5(5):199-206.**
6. **Noble SL, Forbes RC, Woodbridge HB. Allergic rhinitis. Am Fam Physician. 1995;51(4):837-46.**
7. **Bousquet J, Vignola AM, Michel FB: Pathophysiology of allergic rhinitis. Int Arch Allergy Immunol. 1996;110(3):207-18.**



TESIS NO SALE  
LA BIBLIOTECA

8. **Ferguson BJ: Allergic rhinitis. Recognizing signs, symptoms, and triggering allergens. Postrad Med. 1997;101(5):110-6.**
9. **Smith SJ, Jones NS, Shakib F: The prevalence of IgG1 and autoantibodies to IgE in patients with allergic and non allergic rhinitis. Clin Otolaryngol. 1995;20(6):540-3.**
10. **Howarth PH: The cellular basis of allergic rhinitis. Allergy. 1995;50(23 Suppl):6-10.**
11. **Ross AM, Fleming DM. Frecuencia de Rinitis Alérgica en Medicina General, 1981-1992. British Medical Journal. 1994;2:171-175.**
12. **García-Caballero R, Lepez JG, Solano-Soto J. Rinitis alérgica en niños. Cuadro clínico y diagnóstico. Alergia Pediátrica. 1990;1(1):40-42.**
13. **Serra-Battles J, Montserrat JM, Mullol J, Ballester E, Xaubet A, Picado C. Response of the nose to exercise in healthy subjects and in patients with rhinitis and asthma. Thorax. 1994;49(2):128-132.**
14. **Hasegawa M. Posture-induced nasal obstruction in patients with allergic rhinitis. Clin Otolaryngol 1994;19(2):135-137.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

15. **Lund VJ: Seasonal allergic rhinitis a review of current therapy. Allergy 1996;51(28 Suppl):5-7.**
16. **Lee HS, Majima Y, Sakakura Y, Shinogy J, Kawaguchi Sh, Woo-Kim B. Quantitative Cytology of Nasal Secretions Under Various Conditions. Laryngoscope 1993;103:533-537.**
17. **Escamilla JR. Rinitis al,rgica y vasomotora. En: Oídos, nariz, garganta y cirugía de cabeza y cuello. Manual Moderno; México. 1991:293-307.**
18. **Kobayashi RH, Kiechel F, Kobayashi ALD, Mellion MB. Topical Nasal Sprays: Treatment of Allergic Rhinitis. American Family Phisician. 1994;50(1):151-160.**
19. **Nightingale CH: Treating allergic rhinitis second generation antihistamines. Pharmacotherapy. 1996;16(5)905-14.**
20. **Fokkens WJ, Godthelp T, Holm AF, Blom H, Klein Jan A: Allergic Rhinitis inflammation: the effect of nasal corticosteroid Therapy. Allergy. 1997; 52(36 Suppl): 29-32.**
21. **Estelle RF, Simons MD. Rinitis al,rgica: adelantos recientes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1988;5:1139-1163.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

22. **Fireman P: Treatment of allergic: effect on ocupation Productivity and work force costs. Allergy Asthma Porc. 997;18(2):63-7.**
23. **Baraniuk JN: Pathogenesis al allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 1997;99(2):S763-72.**
24. **Hogan MB, Grammer LC, Patterson R: Rhinitis. Ann Allergy. 994;72(4):293- 300; quiz 301-2.**
25. **Durham SR: Medical approach to rhinitis. Br J Hosp Med. 993;50(8):458 62.**
26. **Aberg N, Sundell J, Ericsson B, Hesselmar B, Aberg B: Prevalence of allergic diseases in Schoolchildren in relation to family History, upper respiratory infectiones, and residential haracteristics.Allergy. 1996;51(4):232-7.**
27. **Annesi I, Oryszczyn MP: Contribytion of epidemiology to the study of allergic responce in children. Rev Mal Respir. 994;11(4):325-44.**
28. **Fereman P: Treatment strategies designed to minimize medical Complications of allergic rhinitis. Am J Rhinol. 1997;11(2):95-102.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

29. **Fireman P: Otitis media and eustachian tube dysfunction: connection to allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 1997;99(2):S787-97.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN