



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF No. 7

T E S I S

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**LUCIA HERNÁNDEZ CARRILLO
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

MATRÍCULA: 99389646

LUGAR DE TRABAJO: CONSULTA EXTERNA
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
No. CEL. 044-55-34111962. FAX: SIN FAX
e-mail: lucy_8513@hotmail.com

**SANDRA VEGA GARCÍA
ASESOR RESPONSABLE**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR CON DIPLOMADO EN ADICCIONES
MATRÍCULA: 99380884

LUGAR DE TRABAJO: CONSULTA EXTERNA
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
No. CEL. 044-55-34567750. FAX: SIN FAX
e-mail: dra_svega@hotmail.com/drjp_bono@hotmail.com

Ciudad Universitaria, Cd de Mex. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

RESUMEN

“PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF No. 7”

Hernández Carrillo Lucía (*), Sandra Vega García (**)

(*) Médico residente de tercer año Unidad de Medicina Familiar No. 7

(**) Médico Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar No.7

Antecedentes: La rinitis es un problema de salud común en atención primaria que implica un alto costo sanitario; en México se encuentra dentro de las primeras diez causas de atención médica, siendo la población infantil la de mayor impacto epidemiológico afectando hasta un 42%.

Objetivo: Determinar la prevalencia de rinitis en población infantil de la UMF 7

Material y métodos: Se realizará estudio descriptivo, prospectivo, transversal donde se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, se le explicará de manera verbal al tutor en que consiste el estudio y se aplicará cuestionario tipo encuesta. Se aplicará el programa estadístico y se realizará un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Recursos: Equipo de cómputo, impresora, tinta de impresora, plumas, lápices, hojas blancas, USB, los gastos del estudio serán financiados por la autora del mismo.

Infraestructura: Instalaciones de la clínica familiar No. 7 Tlalpan Cd. De México consulta externa.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollar: Se realizara de marzo 2016 – febrero 2018. Según sea claro está. El investigador principal cuenta con experiencia y ha dirigido tesis de postgrado.

“PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF No. 7”

MARCO TEÓRICO

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA RINITIS

La rinitis es un problema de salud común en el primer nivel de atención. Sus síntomas pueden deteriorar la calidad de vida de forma importante tanto en niños como en adultos teniendo un impacto socioeconómico importante.

Datos de la Organización Mundial de la Salud estiman que aproximadamente 400 millones de personas en el mundo sufren de esta condición, que aumenta especialmente con los cambios en la temperatura. En Europa presentan una prevalencia de 15% aproximadamente, mientras que en los Estados Unidos varía entre 18 y 30%, Australia 35%; mientras que en México se estima una frecuencia entre 20 y 30%.¹ Sin embargo, la falta de estandarización en la identificación del paciente ha obstaculizado la obtención de cifras que apoyen estos datos. La incidencia de rinitis no alérgica es más difícil de determinar, se estima que representa del 23 al 29% de pacientes evaluados por rinitis alérgica.² Una revisión de nueve estudios de prevalencia de rinitis concluyeron que de 52,850 individuos estudiados, el 71% tenía rinitis alérgica y el 29% tenía rinitis no alérgica.³

Aunque la prevalencia de enfermedades alérgicas en los niños es dependiente de la edad, ha tenido un incremento en su incidencia de más de 30-50% en los últimos 20 años. Encontrando cada vez mayor número de sintomatología existente en pacientes de menor edad con una prevalencia de hasta 40% en niños escolarizados.⁴

ANATOMÍA DE LA NARIZ

La nariz está formada por la pirámide nasal y las fosas nasales. La pirámide nasal está formada por huesos, cartílagos y planos musculares. Los huesos son los huesos propios de la nariz y la rama ascendente del maxilar superior. Los cartílagos que forman la estructura de la pirámide nasal son el cartílago cuadrangular del tabique, los cartílagos alares de la nariz, los cartílagos triangulares y por último los accesorios. Los músculos de la nariz son constrictores y dilatadores del orificio nasal anterior (narina).

La válvula nasal interna es la región más estrecha de la vía aérea y está constituida por el cartílago triangular, el cuadrangular y la cabeza del cornete inferior.⁵

Las fosas nasales presentan cuatro paredes: interna, externa, superior e inferior, y dos orificios, anterior o narina y posterior o coana. La pared interna de las fosas nasales corresponde al tabique nasal, conformado por el cartílago cuadrangular, lámina perpendicular del etmoides y vómer. La pared lateral está constituida por distintas estructuras óseas articuladas entre sí. La masa lateral del etmoides, ubicada en la región superior, articulada anteriormente con la rama ascendente del maxilar superior y posteriormente, con el cuerpo del esfenoides. En su cara medial se destacan, la apófisis unciforme y los cornetes superior y medio. El maxilar con su rama ascendente constituye la porción anterior. La rama vertical del palatino, ubicada en la región posterior, articulada con el maxilar, apófisis pterigoides y cuerpo del esfenoides. Por último el cornete inferior, el cual es un hueso independiente, que se articula con la cresta del maxilar y el palatino.⁶

La irrigación de la nariz incluye la arteria esfenopalatina, rama de la arteria maxilar interna, que se origina en la carótida externa. Las arterias etmoidales anteriores y posteriores, ramas de la arteria oftálmica, que se origina de la carótida interna y la arteria facial, rama de la carótida externa. El “área de Kiesselbach” (región anteroinferior del tabique) es una red arterial formada por la convergencia de la arteria esfenopalatina, arteria del subtabique y arteria etmoidal anterior. Las venas son satélites de las arterias.⁷

La inervación está dada por las ramas maxilar superior y maxilar inferior del “V par craneal” (trigémino), dando inervación sensitiva a toda la cara. La inervación sensorial está a cargo del “nervio olfatorio”. Los sistemas nerviosos simpático y parasimpático dan la inervación neurovegetativa, a través del simpático cervical y del nervio vidiano.⁶

FISIOLOGÍA NASAL

Las fosas nasales presentan tres funciones: respiratoria, olfatoria y fonatoria.

Función respiratoria: se basa, principalmente, en llevar el aire al interior y hacia el exterior de la zona respiratoria y que así se produzca el intercambio de gases; y para calentar, humidificar y filtrar el aire antes de que alcance la región crítica del intercambio gaseoso.⁸

Función olfatoria y Fonatoria La columna superior llega a la zona olfatoria de Schültze, un área de 2 cm² donde se encuentran las terminaciones nerviosas del nervio olfatorio responsable de transmitir los estímulos. Área que tapiza parte del cornete superior, tabique nasal y techo de las fosas nasales. Histológicamente es un epitelio neurosensorial, donde las células neurosensoriales olfatorias corresponden a la primera neurona de la vía olfatoria, y sus prolongaciones centrales conforman el nervio olfatorio. Las fosas nasales actúan como cámaras de resonancia, agregan timbres armónicos a la voz dando el sonido durante la fonación.⁹

RINITIS

DEFINICIÓN

La rinitis es una enfermedad crónica que afecta a un número importante de individuos. Se define como un proceso inflamatorio de la mucosa nasal, caracterizada por la presencia de los siguientes síntomas clínicos: rinorrea anterior o posterior, estornudos, taponamiento o congestión nasal y/o prurito/picor de la nariz. Estos síntomas han de estar presentes durante dos o más días consecutivos y más de una hora de duración.⁴

ETIOLOGÍA

La etiología de la rinitis es bastante diversa; así hay causas de carácter idiopático, o puede ser causada por múltiples factores precipitantes, incluidos atópicos, inducidos por fármacos, hormonales, metabólicos, infecciosos, inflamatorios y precipitantes estructurales.²

CLASIFICACIÓN

La clasificación clínica de la rinitis más avalada por un amplio consenso internacional es la que se propone en el documento *Allergic rhinitis and its impact on asthma* (ARIA).¹⁰ La cual se expone a continuación: de acuerdo a su etiología, se clasifican en: infecciosas y no infecciosas

Dentro de la etiología de origen infeccioso, se encuentran la rinitis provocada por virus, bacterias u otros agentes infecciosos.

La rinitis de origen no infeccioso, puede presentarse por las siguientes causas:

ALÉRGICA

Según alérgeno causal: perenne, estacional o laboral. Según duración: intermitente o persistente. Según gravedad: leve, moderada o grave.

OCUPACIONAL

Según duración: intermitente o persistente. Según gravedad: leve, moderada o grave.

INDUCIDA POR FÁRMACOS

Como pueden ser ácido acetilsalicílico, bloqueadores betaadrenérgicos, IECA, descongestivos nasales.

HORMONAL

El embarazo, la pubertad, el uso de anticonceptivos orales, el hipotiroidismo y la acromegalia pueden.

OTRAS CAUSAS

Síndrome de rinitis no alérgica con eosinofilia, mejor conocida como rinitis vasomotora. Por irritantes (tabaco, aire frío, etc.). Estructurales. Gustatorias: fibrosis quística. Emocional: atrófica

IDIOPÁTICA

Donde no se conoce la causa.

Con base en la presencia o ausencia de inmunoglobulina E se reconocen dos amplias categorías: 1) Rinitis alérgica con individuos alérgicos a un alérgeno identificado, 2) Rinitis no alérgica, que engloba individuos con presentación heterogénea.¹¹

FISIOPATOLOGÍA

Los mecanismos fisiopatológicos de la rinitis alérgica están bien descritos, son secundarios a la aparición de una respuesta inmunitaria (reacción de hipersensibilidad tipo I) frente a los alérgenos, mediada por IgE específicas frente a los distintos alérgenos. El proceso fisiopatológico se puede subdividir en dos etapas: durante la fase inicial, de sensibilización, la presentación del alérgeno induce la formación de anticuerpos de tipo IgE específicos frente a éste por parte de los linfocitos B; más tarde, en la fase clínica, aparecen los síntomas como respuesta a exposiciones subsecuentes.¹²

En el grupo de rinitis no alérgica, la fisiopatología no es bien conocida y su diagnóstico se llega por exclusión. Se han propuesto diferentes mecanismos fisiopatológicos como: proceso inflamatorio con producción local de IgE en la mucosa nasal, mecanismos neurogénicos y alteraciones de la permeabilidad de la mucosa.¹³

Mecanismos neurogénicos. El tono vasomotor de la mucosa nasal está regulado por el sistema nervioso vegetativo, con predominio del tono simpático en condiciones normales. En sujetos con rinitis se sugiere que existe una disfunción entre el sistema nervioso simpático y parasimpático, con un predominio del parasimpático; es decir, se produce una reactividad parasimpática y una hipoactividad simpática, lo que produce secreción y obstrucción nasal. En muchos de estos pacientes se ha visto que desarrollan la sintomatología al entrar en contacto con estímulos inespecíficos, como cambios de temperatura, humo, tabaco, olores intensos, comidas muy condimentadas, ansiedad, estrés, etcétera.¹⁴

Alteraciones de la permeabilidad de la mucosa. La inhalación de aire frío puede inducir síntomas de rinitis en algunas personas susceptibles, estos síntomas están relacionados con el aumento de mediadores de la inflamación.

El mecanismo por el que se produce esta liberación de mediadores es el aumento de la osmolaridad de las secreciones nasales que acontece por la estimulación con aire frío.¹⁴

Producción local de IgE en la mucosa nasal. Se haya un estado de hiperreactividad nasal, que es el aumento de la respuesta nasal frente a estímulos inespecíficos, produciendo obstrucción nasal, rinorrea y estornudos.¹⁵

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Engloba a un grupo diverso de trastornos nasales caracterizados por estornudos, prurito nasal, rinorrea y obstrucción o congestión nasal, que pueden acompañarse de cefaleas, dolor facial y epistaxis. Otros síntomas otorrinolaringológicos pueden ser: hipoacusia, otalgia, adenopatías cervicales, molestias faríngeas, tales como, disfonía, tos, expectoración, entre otros.¹⁶

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de rinitis alérgica puede basarse presumiblemente en los tipos de síntomas y el historial de desencadenantes de alérgenos. La confirmación requiere la documentación de la reactividad específica de IgE a través de la determinación de la sensibilidad del alérgeno usando la prueba cutánea o la determinación in vitro de IgE. ²

La rinitis no alérgica se caracteriza por síntomas nasales persistentes o intermitentes que pueden ser iniciados por una variedad de estímulos que generalmente no son factores desencadenantes para individuos sanos²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la Guía de Práctica Clínica/ IMSS-587-12: Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento, ofrece una guía de historia clínica otorrinolaringológica orientada a identificar el tipo de rinitis. La cual incluye los siguientes aspectos:

HISTORIA FAMILIAR:

Antecedentes de atopía, rinitis estacional o asma sugieren que sea más probable el diagnóstico de rinitis alérgica.

HISTORIA SOCIAL:

En orden de evaluar la exposición a posibles alérgenos e irritantes, investigar las Condiciones de la vivienda, ocupación y en niños historia alimentaria.

MEDICAMENTOS:

Realizar una detallada historia de ingestión de fármacos como simpaticomiméticos tópicos, alfa bloqueadores y otros anti hipertensivos, aspirina o anti inflamatorios no esteroideos. Preguntar sobre la eficacia de tratamientos previos de rinitis y detalles de cómo fueron utilizados y por cuánto tiempo.

OCUPACIÓN:

Investigar exposición a desencadenantes de los síntomas relacionados con la ocupación.

SÍNTOMAS:

Los estornudos en salva, prurito nasal y prurito del paladar, están presentes con mayor frecuencia en la rinitis alérgica.

En cuanto a la presentación, resulta conveniente investigar: ¿En la misma temporada del año?; ¿En casa? Mascotas, plantas, humedad y polvo; ¿En el trabajo? alérgenos o irritantes ocupacionales; ¿En días de descanso? la remisión sugiere una causa ambiental.

La rinorrea, síntoma cardinal, conviene interrogar: ¿anterior o posterior? Color: clara: poco probable que sea proceso infeccioso; amarilla: alergia o infección; verde: usualmente infección. Si la rinorrea es unilateral, sospechar tumor, cuerpo extraño, rascado o trauma nasal, mala aplicación de espray nasal, fuga de líquido cefalorraquídeo. Si la rinorrea es bilateral: mala aplicación de espray nasal, desordenes granulomatosos, alteraciones hemorrágicas o rascado nasal.

La obstrucción nasal, en caso de presentarse, puede ser: unilateral que usualmente sugiere desviación septal, pero también debe considerarse cuerpo extraño, pólipo antrocoanal y tumores. Cuando la obstrucción es bilateral puede indicar desviación septal, pero más probablemente rinitis o pólipo nasal. Si la obstrucción es alternante puede ser que se trate del ciclo nasal fisiológico.

Las costras nasales: las costras nasales severas, especialmente en la parte superior de la nariz son síntoma inusual y requieren de investigación adicional. Se debe considerar rascado nasal, enfermedades granulomatosas, sarcoidosis, otras vasculitis. Raramente los esteroides nasales pueden ocasionarlas.

Los síntomas oculares se asocian con rinitis alérgica y particularmente con la rinitis estacional, incluyen prurito intenso, hiperemia y edema periorbital. Los síntomas se resuelven habitualmente en las primeras 24 horas si se remueve el alérgeno desencadenante.

EXAMEN FÍSICO

Al realizar el examen físico, de forma intencionada, deberá buscar lo siguiente: la línea de Dennier (línea horizontal en el dorso nasal formada por saludo alérgico) que sugiere el diagnóstico de rinitis alérgica. Otras características del dorso nasal es encontrarlo deprimido e indica post cirugía, granulomatosis de Wegener o uso de cocaína. Una pirámide nasal ensanchada sugiere pólipos o tumor nasal. El eritema nodoso en tobillos y muñecas orienta a una sarcoidosis.

Con la rinoscopia anterior se debe valorar la apariencia de los cornetes así como presencia o ausencia de secreción purulenta. Presencia o ausencia de pólipos nasales (puede ser que los pequeños no puedan observarse). Los grandes pólipos pueden observarse en la NARES y ser indistinguibles del cornete inferior. Los nódulos submucosos amarillos con apariencia de empedrado sugieren sarcoidosis. Las costras y granulaciones incrementan la posibilidad de vasculitis. La perforación septal puede ocurrir después de cirugía septal, vasoconstricción crónica (cocaína, agonistas alfa), granulomatosis de Wegener, rascado nasal y muy raramente por uso de esteroide nasal en aerosol.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe estar individualizado en función de tipo de alergia, la edad, frecuencia, severidad, patrón de exposición a alérgenos y comorbilidades. El tratamiento de la rinitis tiene la finalidad de disminuir los síntomas y signos, permitiendo así que el paciente pueda desarrollar su vida cotidiana dentro de unos márgenes de normalidad. Para cumplir este objetivo deben considerarse 4 tipos de tratamiento: no farmacológico, farmacológico, inmunoterapia y cirugía.¹⁷

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Es fundamental evitar los factores desencadenantes, como medicamentos, irritantes o alérgenos. En el tratamiento de cualquier tipo de rinitis se recomienda realizar lavados nasales con solución salina al 0.9%, como terapia adjunta al tratamiento tópico nasal. Se sugiere realizarlos 2 a 3 veces al día hasta que mejoren los síntomas.¹⁷ Si no se cuenta con solución salina se puede realizar un preparado casero de la siguiente manera: 1 litro de agua más 1 cucharada cafetera raza de sal (de preferencia de grano).¹⁸

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En términos generales, el manejo de la rinitis alérgica consiste en la evitación de alérgenos, antihistamínicos orales, corticoides intranasales, antagonistas del receptor de leucotrienos (ARLT), uso combinado de corticoides y antihistamínicos nasales, así como la inmunoterapia.¹⁹

Para la rinitis no alérgica, es recomendable ofrecer el tratamiento de acuerdo al síntoma predominante: ²⁰

- Predominio de obstrucción nasal: descongestionantes: puede ser esteroide nasal durante 1 a 6 meses.
- Predominio de rinorrea: anticolinérgicos: bromuro de ipratropio 120 a 300 microgramos cada 3 a 6 horas durante 1 mes
- Predominio de estornudos y prurito nasal: esteroides y antihistamínicos tópicos. En caso de proporcionar esteroide nasal, utilizar de 1 a 6 meses.

INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia se indica en los casos en que el paciente no se controle con las medidas ambientales y de farmacoterapia mencionadas con anterioridad. Ha demostrado ser eficaz tanto a corto como a largo plazo, y previene el desarrollo de asma.²¹

CIRUGÍA

La cirugía se utiliza para corregir las deformidades anatómicas o en caso de obstrucción persistente no controlada con otros tratamientos.²²

COMPLICACIONES EN LA EDAD INFANTIL

Debido a la falta de expulsión de mucosidad, se observan con mayor frecuencia ronquidos nocturnos y tos con el objeto de expulsar la secreción mucosa. La manipulación repetida de la nariz, debido a la congestión o a la rinorrea, puede provocar excoriaciones de las narinas y la aparición de un pliegue permanente en la unión de los tercios medio e inferior del puente nasal.²³ Además, pueden presentar facies alérgica (boca abierta, con la barbilla hacia atrás y con ojeras alérgicas). Otras alteraciones comunes son trastorno del sueño, presentando somnolencia diurna, malestar general, astenia y cefalea; así como, hiperreactividad bronquial.²⁴

CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica: Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento:

Es recomendable que los pacientes con rinitis medicamentosa, hormonal, ocupacional y gustativa se traten en el primer nivel de atención. En caso de que no respondan al tratamiento establecido, considerar envío al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención.

Referir al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención a los pacientes con rinitis y:

- Anormalidades anatómicas que condicionen alteraciones funcionales como desviación septal, hipertrofia de cornetes, crecimiento adenoideo, paladar hendido, tumores y cuerpos extraños
- Sangrado y/o descarga nasal unilateral de aparición reciente
- Sospecha de rinorrea ocasionada por fistula de líquido cefalorraquídeo (rinorrea hialina con o sin antecedente de traumatismo, cirugía nasal o abordaje neuroquirúrgico vía nasal; rinorrea unilateral; presentación nocturna; sensación metálica y salada en la boca)
- Sospecha de rinitis alérgica, rinitis no alérgica con eosinofilia, asociada a variantes anatómicas o enfermedades sistémicas y vasomotoras (para confirmar el diagnóstico y establecer tratamiento).

JUSTIFICACIÓN

La rinitis es un problema de salud común en atención primaria que implica un alto costo sanitario, y México no escapa de esta situación. En nuestro País se encuentra dentro de las primeras diez causas de atención médica, siendo la población infantil la de mayor impacto epidemiológico.

La importancia de la rinitis alérgica no debe ser subestimada por no poner en riesgo la vida del paciente, por el contrario debe ser altamente considerada, especialmente en sus forma crónica, ya que interfiere de manera notable con la calidad de vida. En los niños, por ejemplo, puede provocar dificultades en su concentración y por consecuencia tener un bajo rendimiento escolar. Además está asociada a un riesgo potencial alto de desarrollar asma bronquial subsecuente.

Siguiendo este precepto se hará la siguiente investigación, con la perspectiva de estudiar la prevalencia de rinitis en la población infantil, buscando así dejar la pauta para implementar actividades de salud que permitan al médico familiar realizar acciones de promoción a la salud que prevengan el desarrollo o complicación de esta patología; brindando así, al paciente, una alta rentabilidad en calidad de vida y disminuyendo el coste económico del problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La rinitis, es una rinopatía de etiología multicausal, común en el primer nivel de atención, caracterizada, principalmente, por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: prurito nasal, estornudos, rinorrea. Puede ser idiopática o ser causada por múltiples factores precipitantes, incluidos atópicos, inducidos por fármacos, hormonales, metabólicos, infecciosos, inflamatorios y precipitantes estructurales.

Existen 2 grandes grupos de rinitis, alérgica (RA) y no alérgica (RNA). Estadísticamente, se ha notificado que la RA afecta aproximadamente al 14% de la población adulta en los Estados Unidos, pero en poblaciones pediátricas seleccionadas puede estar presente hasta en un 42%.²⁴ Esto representa entre 30 y 60 millones de personas en los Estados Unidos y la prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, lo que la convierte en la quinta enfermedad crónica más común y costosa, pues se estima que hay 3.5 millones de días de trabajo perdidos y 2 millones de días escolares perdidos.⁷

Por otra parte, la prevalencia de RNA ha sido aún más difícil de determinar de manera precisa. Se estima que afecta a más de 19 a 20 millones de pacientes en los Estados Unidos, y la rinitis vasomotora es el subtipo más común.²⁵⁻²⁶

En nuestro país aunque se estima una frecuencia entre 20 y 30% no tenemos datos nacionales que sostengan este dato. Por ello, la finalidad del presente trabajo es conocer la prevalencia de la rinitis en población infantil atendida en la consulta externa de la UMF No 7 Tlalpan.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de rinitis en población infantil de la UMF7 No. 7?

OBJETIVOS

GENERAL:

- Describir la prevalencia de rinitis en población infantil de la UMF 7

ESPECÍFICOS:

- Identificar a la población usuaria de la UMF 7 en edades de 2 a 10 años.
- Describir los factores heredo familiares asociados a la rinitis
- Describir los factores alimentarios asociados a la rinitis.
- Describir la frecuencia de asma en esta población.
- Identificar los factores más frecuentes asociados a rinitis

HIPÓTESIS

El 40% de la población infantil de la consulta externa de la UMF No 7 presenta rinitis.

MATERIALES Y METODOS

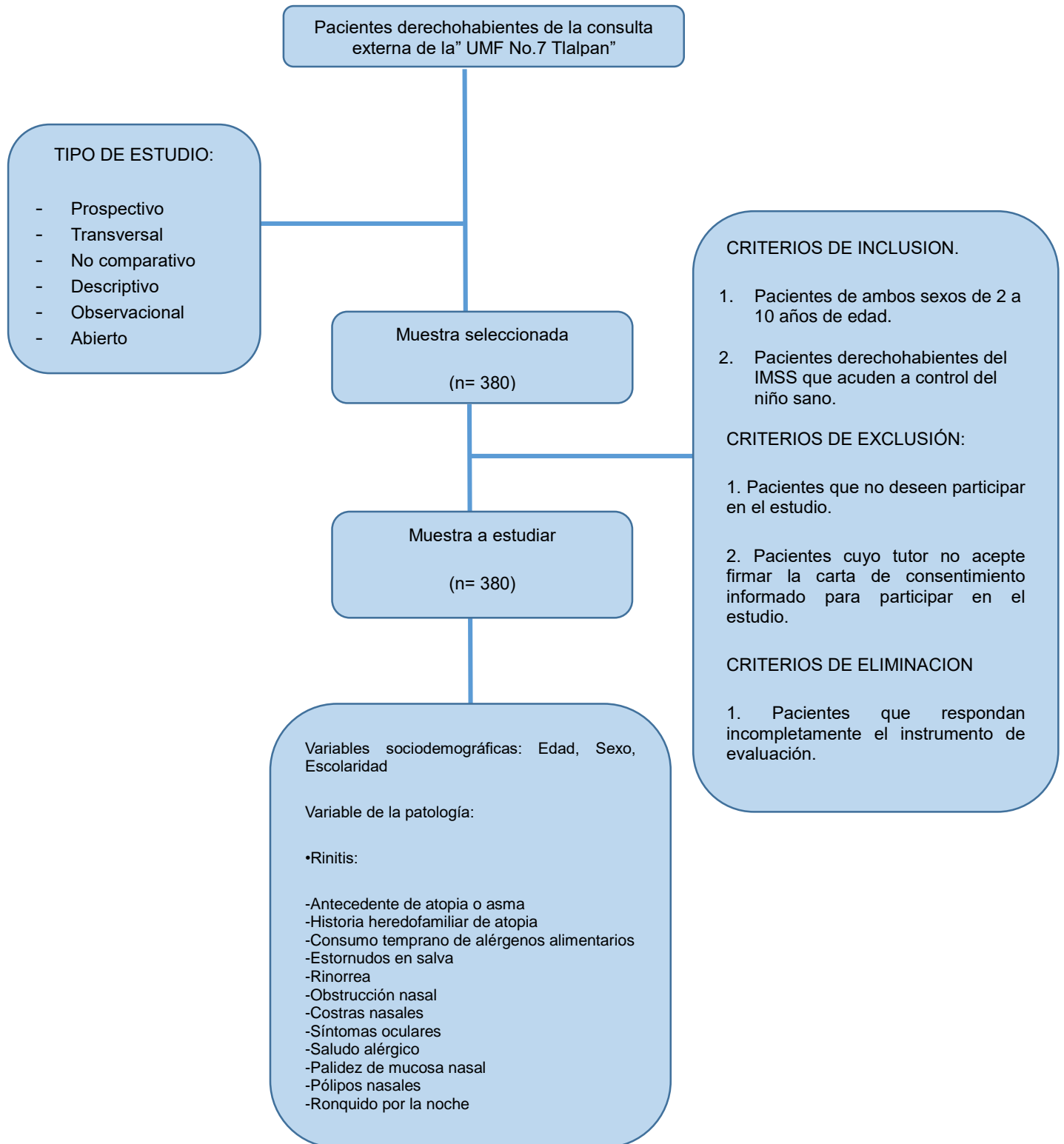
El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No 7 correspondiente al primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuenta con una población de aproximadamente 271 016 derechohabientes. Se brinda un promedio de 451 997 consultas anuales.

De acuerdo al tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **PROSPECTIVO.**
2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRASVERSAL.**

3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**
6. Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: **ABIERTO**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



Periodo y sitio de estudio: El presente estudio se realizara en la UMF 7 del IMSS D.F Delegación Sur durante el periodo comprendido de diciembre del 2017 a febrero del 2018.

Universo de trabajo: Toda la población derechohabiente adscrita a la UMF 7 del IMSS D.F Delegación Sur que acuda a consulta externa.

Población de estudio: Población infantil de entre 2-10 años de edad derechohabiente adscrita a la UMF 7 del IMSS D.F Delegación Sur que acuda a consulta externa.

Unidad de observación y análisis: Pacientes de 2 a 10 años usuarios de la UMF 7 del IMSS D.F Delegación Sur que acuda a consulta externa.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos de 2 a 10 años de edad.
- Pacientes derechohabientes del IMSS que acuden a control del niño sano.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes cuyo tutor no acepte firmar la carta de consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que respondan incompletamente el instrumento de evaluación.

MUESTREO

Se realizara un muestreo no aleatorio por casos consecutivos.

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se realiza estimación de cálculo de tamaño de muestra con fórmula para estudios descriptivos cuyo objetivo es cálculo de una proporción. Para población infinita.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96.

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.45) (0.55)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416) (0.45) (0.55)}{0.0025} = \frac{0.95}{0.0025} = 380$$

El tamaño de muestra para el siguiente estudio será de 380 pacientes

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Género
- Escolaridad
- Alimentación complementaria
- Exposición a zoonosis
- Exposición a polvos alérgenos

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

- Antecedente de atopia o asma
- Historia heredofamiliar de atopia
- Consumo temprano de alérgenos alimentarios
- Estornudos en salva
- Rinorrea
- Obstrucción nasal
- Costras nasales
- Síntomas oculares
- Saludo alérgico
- Palidez de mucosa nasal
- Pólipos nasales
- Ronquido por la noche

VARIABLES DE INSTRUMENTO

- Presencia de rinitis

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Valor	Tipo de Variable	Escala de Medición
Género	RAE: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde el punto de vista sociocultural.	División del género humano en dos grupos	1=Masculino 2.=Femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	RAE: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Registro de los años cumplidos	Años cumplidos	Cuantitativa	Continua discreta
Escolaridad	RAE: Conjunto de años cursados en un establecimiento docente	Grados de educación formal avalados por una institución educativa	1= Aun no acude 2= preescolar 3= primaria 4= guardería	Cualitativa	Ordinal

Alimentación complementaria	OMS: proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos	Inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Exposición a zoonosis	OMS: aquellas enfermedades que se transmiten de forma natural de los animales al hombre, y viceversa	Contacto directo con animales	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Exposición a polvos alérgenos	RAE: Sustancia que induce una reacción alérgica en un organismo	Exposición a polvo, ácaros, polen	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Historia familiar de atopia	Es un estado genéticamente determinado, de hipersensibilidad a los alérgenos ambientales. Es una reacción de hipersensibilidad Tipo I mediada por IgE.	Antecedente en la familia de atopia, rinitis estacional o asma	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Consumo temprano de alérgenos alimentarios	OMS: alimentos que pueden provocar reacciones alérgicas	Consumo de Huevo, pescado, almendras, nueces, cacahuete, fresas, chocolate, trigo, soya antes de 1 año de edad.	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Estornudos en salva	DRAE: Acto reflejo que se produce por una irritación en la mucosa de la nariz y consiste en Despedir o arrojar con violencia e l aire de los pulmones, por la espri ración involuntaria y repentina.	Secuencia de estornudos seguidos	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Rinorrea	DRAE: Salida de fluidos por las fosas nasales, provocada por un incremento de las secreciones de moco	Presencia de escurrimiento nasal	1=Si , 2= No 1=Anterior 2= Posterior 1=Clara 2=Amarilla 3=Verde 1=Unilateral 2=Bilateral	Cualitativa	Ordinal
Obstrucción nasal	dificultad para el paso del aire por las fosas nasales	Sensación de nariz tapada	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Costras nasales	Recubrimiento duro que se forma sobre la superficie de una sustancia húmeda o blanda	Aparición de costras en la nariz	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Síntomas oculares	respuesta que producen los ojos cuando entran en contacto con una situación o agente irritante	incluye prurito intenso, hiperemia, edema periorbital	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Saludo alérgico	Frotamiento hacia arriba de la nariz	Línea horizontal en dorso de la nariz.	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Palidez de mucosa nasal	Es una pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas.	Existe palidez de la mucosa nasal	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Pólipos nasales	Son crecimientos blandos no dolorosos ni cancerosos que se forman en el revestimiento de los conductos nasales y los senos paranasales.	Presencia o ausencia de pólipos en la nariz.	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal
Ronquido por la noche	Ruido producido por la vibración del velo del paladar durante el sueño	Presencia de ronquido por la noche	1=Si 2= No	Cualitativa	Ordinal

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El investigador se presentará en la consulta externa de la UMF 7, se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, se le explicará de manera verbal al tutor en que consiste el estudio y previa autorización mediante consentimiento informado se aplicará cuestionario tipo encuesta, al completar el cuestionario será verificado por el investigador.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Una vez obtenidos los datos se procederá a la validación del vaciado mediante frecuencias y porcentajes. A continuación y de acuerdo a la información obtenida se decidirá el estadístico más adecuado con el fin de no afectar el objetivo de esta investigación. Se aplicará el programa estadístico de SPSS y se realizará un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN: Se realizará una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia médica disponible mediante buscadores electrónicos. Los participantes nunca conocerán las hipótesis de estudio.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN: Se aplicará el cuestionario en forma individual a partir de los criterios de inclusión y considerando los de exclusión. La prueba se realizará en 5 minutos. Durante la aplicación del cuestionario fue importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. Si el sujeto preguntara el significado de una palabra, deberá darse la definición de la misma del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Se empleará el coeficiente del alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala, lo que corroborará la consistencia de la prueba.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS: Se registrarán y analizarán los datos correctamente en Excel y toda la información será validada mediante un programa

epidemiológico.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo respeta las normas institucionales, nacionales e internacionales que rigen la investigación en seres humanos en nuestro país. Se incluye la Ley General de Salud, TITULO QUINTO Investigación para la Salud, capítulo único; la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Considerando lo especificado en el reglamento de la LEY GENERAL DE SALUD en materia de investigación para la salud, TITULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. CAPITULO I. El presente trabajo se considera como investigación con riesgo mínimo, tal como se establece en su artículo 17.

Artículo 17. II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros

Como en toda investigación médica, nuestro deber como médicos es proteger la vida, la salud la intimidad y la dignidad del ser humano. En base al Código de Núremberg, Declaración de Helsinki, el informe de Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS) se consideraran los 3 principios éticos generales dentro de la Investigación clínica:

1. Principio de Respeto. Todo individuo debe ser tratado como agente autónomo.
2. Principio de Beneficencia. El individuo debe ser tratado de manera ética no solo respetando sus decisiones y protegiendo de algún daño, sino también asegurar su bienestar.
3. Principio de Justicia: La distribución de beneficios y obligaciones debe realizarse de manera equitativa.

El presente proyecto de investigación será sometido a la consideración del comité local de investigación y ética de la investigación, donde se verificará que cumpla con los requisitos necesarios para ser realizado y, si procede, ser autorizado.

RESULTADOS

Se recolectaron 379 encuestas para el análisis de prevalencia.

1. Sexo: 200 fueron mujeres y 179 fueron hombres, lo que corresponde a 52.8% y 47.2% respectivamente
2. Edad: la media de edad fue de 3.99, la mediana de 4, la desviación estándar 2.518; con una edad máxima de 10 años y una mínima de 1 año.
3. Estado nutricional: el 56.5% se encontraba dentro de su peso normal, 21.6% se encontraba en peso bajo, con sobrepeso se encontró al 13.7% y con obesidad se encontró un 8.2% de los pacientes.
4. Alimentación complementaria: de los 379 pacientes analizados un 55.9% recibió alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.
5. Consumo temprano de alérgenos: un 44.6% consumió tempranamente alimentos del tipo alérgenos.

6. Exposición a alérgenos: un 42.2% estuvo expuesto a alérgenos.
7. Zoonosis: se encontró que un 75.2% de la muestra analizada convive con mascotas.
8. Antecedente familiar de atopia: el 4.1% presenta al menos un antecedente de historia familiar de atopia
9. Atopia: del total de la muestra un 40.1% presentó un cuadro de atopia.
10. Prurito nasal: estuvo presente en un 33.2% del total
11. Irritación ocular: se presentó en un 38% del total.
12. Saludo alérgico: solo el 28.9% de los pacientes refirieron este síntoma
13. Estornudos en salva: ocurrió en un 38% de los pacientes encuestados
14. Rinorrea estuvo presente en un 45%, de los cuales 172 presentaron rinorrea anterior, hialina un 43.3%, con un 30.6% bilateral.
15. La obstrucción nasal ocurrió en un 55.4%
16. Costras nasales: solo el 6.9%
17. Palidez de la mucosa: 34.6% del total.
18. Ronquido: 8.7%
19. Rinitis: del total de la muestra analizada el 28.5%, altamente sugestiva de rinitis alérgica; mientras que el 71.2% presenta datos de rinitis no alérgica.

DISCUSIÓN

Como se señaló en la introducción, la rinitis es una enfermedad altamente prevalente.

Además, su etiología es multifactorial, interviniendo factores muy diversos, entre los más importantes destacan los atópicos, inducidos por fármacos, hormonales, metabólicos, infecciosos, inflamatorios y precipitantes estructurales.

En este estudio, se tomaron en cuenta datos clínicos orientados a identificar el tipo de rinitis, con base en la aplicación de la Guía de Práctica Clínica: Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento, en pacientes que acudieron por presentar cuadro de vías respiratorias altas.

En este estudio se observó que la prevalencia de síntomas actuales relacionados con rinitis en población infantil es mayor en los menores de 5 años, específicamente en los de 1 año de edad.

La prevalencia de rinitis en el grupo estudiado, esta en promedio, comparado con la literatura reportada, la cual se encuentra en un 30% para la rinitis no alérgica y un 70% aproximadamente para la rinitis alérgica.

CONCLUSIONES

La prevalencia de rinitis en población infantil en la UMF No 7 es alta y tiene un alto porcentaje de subdiagnóstico.

Hay mayor prevalencia de rinitis en el sexo femenino. La edad donde hubo mayor prevalencia fue el grupo de 1 año de edad.

Los síntomas reconocidos más fácilmente son congestión nasal y rinorrea, aunque presenten también estornudos, y comezón nasal.

Los factores de riesgo para el desarrollo temprano de la rinitis alérgica basados en cuestionario llenado por los padres de los niños y valoración médica, incluyeron la introducción temprana de alimentos o de fórmula, antecedente de atopia, exposición a alérgenos.

RECURSOS

HUMANOS

1. Un médico residente de 3er año de residencia médica en Medicina Familiar.
2. Un asesor con especialidad en Medicina Familiar
3. Un asesor metodológico

MATERIALES

1. Bolígrafos
2. Hojas de recolección de datos
3. Equipo de cómputo para integrar datos, generar resultados y redacción de los mismos
4. Impresora, tinta de impresora,

ECONÓMICOS

Los gastos del estudio fueron financiados por la autora del mismo.

FINANCIEROS

El presente trabajo no recibió financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria

FACTIBILIDAD

La UMF No 7 cuenta con la infraestructura, los recursos materiales y humanos para la atención de estos pacientes, Por lo que se consideró que la investigación podía ser realizada y terminada en el tiempo programado.

INFRAESTRUCTURA

Las Instalaciones de la clínica familiar No. 7 Tlalpan Cd. De México consulta externa.

EXPERIENCIA DEL GRUPO Y TIEMPO A DESARROLLAR

Se realizara de marzo 2016 – febrero 2018. Según sea claro está. El investigador principal cuenta con experiencia y ha dirigido tesis de postgrado

DIFUSIÓN

Este estudio en su versión impresa como tesis será presentada para la obtención de la especialidad en Medicina Familiar; también será entregado un ejemplar en la UNAM y en las diferentes bibliotecas indicadas para incremento de los acervos.

BIBLIOGRAFIA

1. Sacre Hazouri J. Rinitis crónica no alérgica. *Rev Alerg Mex.* 2010;57(3):85-95.
2. Greiner A, Meltzer E. Overview of the Treatment of Allergic Rhinitis and Nonallergic Rhinopathy. *Proceedings of the American Thoracic Society.* 2011;8(1):121-131.
3. Settipane R. Epidemiology of Vasomotor Rhinitis. *World Allergy Organization Journal.* 2009;2(6):115-118.
4. Brożek J, et.al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 2017;140(4):950 - 958.
5. Drake R, Drake R, Vogl W, Mitchell A, Gray H. *Gray Anatomía para estudiantes.* Madrid: Elsevier; 2015.
6. Pró E. *Anatomía clínica.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. Romero Cabello R. *Manual de Infecciones del aparato respiratorio.* México: IDISA; 2014.
8. Costanzo L. *Fisiología.* Barcelona: Elsevier; 2014.
9. Farauzorl.org.ar. 2017 [cited 20 November 2017]. Available from: <http://www.farauzorl.org.ar/Libroalumno/nariz.pdf>
10. Villafáfila Ferreroa R, Sanjuan Sanchís E, Fuentes Arias M. Rinitis no infecciosa. *FMC.* 2011;18(8):470-480.
11. *Guía de Práctica Clínica: Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento. Guía de Referencia Rápida.* 2012
12. Ahmad N, Zacharek M. Allergic Rhinitis and Rhinosinusitis. *Otolaryngologic Clinics of North America.* 2008;41(2):267-281.
13. Di Lorenzo G, Pacor M, Amodio E, Leto-Barone M, La Piana S, D'Alcamo A et al. Differences and Similarities between Allergic and Nonallergic Rhinitis in a Large Sample of Adult Patients with Rhinitis Symptoms. *International Archives of Allergy and Immunology.* 2011;155(3):263-270.

14. Suárez Nieto C, Gil-Carcedo L. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2nd ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. Pp 693-705
15. Powe DG, Huskisson RS, Carney AS, et al. Evidence for an inflammatory pathophysiology in idiopathic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2001; 31:864–72.
16. Scarupa MD, Kaliner MA. Nonallergic rhinitis, with a focus on vasomotor rhinitis: clinical importance, differential diagnosis, and effective treatment recommendations. *World Allergy Organiz J* 2009;2:20-5
17. Wallace D, Dykewicz M, Bernstein D, Blessingmoore J, Cox L, Khan D et al. The diagnosis and management of rhinitis: An updated practice parameter. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2008;122(2):S1-S84.
18. Guía de Práctica Clínica: Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento. Evidencias y recomendaciones. 2012
19. Antolín Américo Soto D, Sánchez González M, Barbarroja Escudero J, Álvarez-Mon M. Rinitis alérgica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12(30):1757-1766.
20. Tran N, Vickery J, Blaiss M. Management of Rhinitis: Allergic and Non-Allergic. *Allergy, Asthma and Immunology Research*. 2011;3(3):148.
21. Durham S, Emminger W, Kapp A, Colombo G, de Monchy J, Rak S et al. Long-term clinical efficacy in grass pollen–induced rhinoconjunctivitis after treatment with SQ-standardized grass allergy immunotherapy tablet. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2010;125(1):131-138.
22. Baena Parejo M. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre rinitis alérgica [Internet]. Universidad de Granada. [cited 21 November 2017]. Available from: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_RINITIS.pdf
23. Lakhani N, North M, K. Ellis A. Clinical Manifestations of Allergic Rhinitis. *Journal of Allergy & Therapy*. 2012;01(S5).
24. Allergies in America survey. [Accessed november 20, 2017.] Available from <http://www.myallergiesinamerica.com>).

25. Kaliner MA. Classification of nonallergic rhinitis syndromes with a focus on vasomotor rhinitis, proposed to be known henceforth as nonallergic rhinopathy. *World Allergy Organiz J* 2009;2:98-101. 27.
26. Kaliner MA, Farrar JR. Consensus review and definition of nonallergic rhinitis with a focus on vasomotor rhinitis, proposed to be known henceforth as nonallergic rhinopathy: part 1. introduction. *World Allergy Organiz J* 2009;2:97

AXEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF 7

Actividades	ENE 2017	febre 2017	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017
Planteamiento del problema y marco teórico.												
Hipótesis y variable												
Objetivos												
Calculo de muestra												
Hoja de registro												
Presentación ante el comité												
Aplicación de cuestionario	2018											
Análisis de resultados		2018	2018	2018								
Elaboración de conclusiones		2018	2018	2018								
Presentación de tesis					2018	2018						

ANEXO 2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF 7

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF 7						
Patrocinador externo (si aplica):	NO aplica.						
Lugar y fecha:	El estudio se realizará en la Ciudad de México durante los meses de diciembre del 2017 a febrero del 2018.						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario para determinar la prevalencia de rinitis en población infantil. La rinitis es un problema común, en México, se encuentra dentro de las 10 primeras causas de consulta en el primer nivel de atención. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de rinitis en población infantil de la UMF 7						
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará un cuestionario tipo encuesta						
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que al participar en este estudio no habrá una intervención, por parte de los investigadores, que pueda causarme daño o lesión alguna. Solo que puedo tener un poco de incomodidad, molestia, malestar, tristeza al tener que responder preguntas que puedan llegar a tocar mis sentimientos, como información sobre mis antecedentes.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, solamente que contribuiré para generar evidencia sobre la prevalencia de rinitis en población infantil, con ello permitirá mejorar las necesidades de salud de la población. En caso de ser necesario, se me derivará a segundo nivel de atención (Pediatria y/o Otorrinolaringología)						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre la rinitis hay información que deberé recibir de mi médico tratante, pero derivado de este estudio no hay alguna alternativa, pues solo se recabarán datos a través de un cuestionario.						
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificara de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	NO aplica						
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Debido a que se trata solamente de recabar datos, entiendo que como beneficio contribuiré para generar evidencia sobre la prevalencia de rinitis en población infantil, con ello permitirá mejorar las necesidades de salud de la población.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Sandra Vega García. Especialista en Medicina Familiar con Diplomado en Adicciones. Matrícula: 99380884. Lugar de trabajo: Consulta Externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Cel. 044-55-34567750. E-Mail: dra_svega@hotmail.com / drip_bono@hotmail.com						
Colaboradores:	Lucia Hernández Carrillo. Médico Residente de Medicina Familiar. Matrícula: 99389646. Lugar De Trabajo: Consulta Externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Cel. 044-55-34111962. E-Mail: lucy_8513@hotmail.com						

Nombre y firma del sujeto

HERNÁNDEZ CARRILLO LUCIA

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Clave: 2810-009-013



ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
PREVALENCIA DE RINITIS EN POBLACIÓN INFANTIL DE LA UMF 7

INSTRUMENTO.						No llenar
1	FOLIO _____					_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____					_ _ _ _
3	Nombre: _____		Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____	Nombre (s) _____
4	NSS: _____		5	Teléfono _____		_ _ _ _ _ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()					_
7	Número de Consultorio: (____)					_
8	Edad: _____ años cumplidos		9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		_ _ _ / _
9	PESO: _____ kgs	10	TALLA _____ cms	11	IMC peso/talla ²	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
12	<ul style="list-style-type: none"> • ESTADO NUTRICIONAL 1= Bajo peso IMC <20 () 2= Peso normal IMC 20-25. () 3= Sobrepeso IMC 26-29 () 4= Obesidad IMC >30 					_
13	Escolaridad 1= Aun no acude, 2= preescolar, 3= primaria, 4= guardería					_
14	Alimentación complementaria: ¿papillas antes de los 6 meses de edad? 1=Si, 2= No					_
15	¿Consumo temprano de alérgenos alimentarios (Huevo, pescado, almendras, nueces, cacahuete, fresas, chocolate, trigo, soya) antes de 1 año de edad? 1=Si, 2= No					_
16	Exposición a zoonosis: ¿Tiene mascotas en casa) 1=Si, 2= No					_
17	Exposición a alérgenos (polvo, ácaros, polén) 1=Si, 2= No					_
18	¿Antecedente en la familia de atopía, rinitis estacional o asma? 1=Si, 2= No					_
19	¿El niño ha tenido cuadros de atopía, rinitis estacional o asma? 1=Si, 2= No					_
20	Prurito nasal 1=Si, 2= No					_
21	Irritación ocular 1=Si, 2= No					_
22	Saludo alérgico 1=Si, 2= No					_
23	Secuencia de estornudos seguidos (Estornudos en salva) 1=Si, 2= No					_
24	Esguerramiento nasal (Rinorrea) 1=Si, 2= No 1=Anterior o 2= posterior (que sienta que se trague el moco) 1=Clara o 2=Amarilla: 3=verde 1= unilateral o 2=Bilateral					_ _ _ _
25	Sensación de nariz tapada (Obstrucción nasal) 1=Si, 2= No					_
26	Costras nasales 1=Si, 2= No					_
27	Palidez de mucosa nasal 1=Si, 2= No					_
28	Pólipos nasales 1=Si, 2= No					_
29	Ronquido por la noche 1=Si, 2= No					_
GRACIAS POR SU COLABORACION						

De acuerdo al test presenta: 1=rinitis, 2= No rinitis

“SI” a todas las preguntas 15-23=Clínicamente rinitis alérgica