

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249
TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
RINITIS ALÉRGICA EN PACIENTES DE 1 A 19 AÑOS EN LA UMF
234 DEL IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NANCY YURINA TORRES ALMAZAN



TLAXOMULCO, EDO DE MEX.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

2019



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.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RINITIS ALÉRGICA EN PACIENTES DE 1 A 19 AÑOS EN LA UMF 234 DEL IMSS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

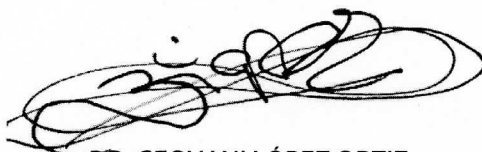
PRESENTA:

DRA. NANCY YURINA TORRES ALMAZAN

AUTORIZACIONES



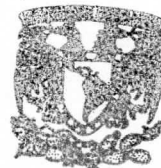
DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RINITIS ALÉRGICA EN PACIENTES DE 1 A 19 AÑOS EN LA UMF 234 DEL IMSS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M. C. NANCY YURINA TORRES ALMAZAN

AUTORIZACIONES


EMF ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAJOMULCO**

EMF ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO**


INVESTIGADOR ASOCIADO

EMF. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222, TOLUCA ESTADO DE MEXICO**


EME. JOSUE JACIEL AGUILAR REYES

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD DE
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE
MEXICO**



TOLUCA, MEXICO 2019

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RINITIS ALÉRGICA EN PACIENTES DE 1 A 19 AÑOS EN LA UMF 234 DEL IMSS

AUTORES: MC NANCY YURINA TORRES ALMAZAN M.F. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES; M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY

ANTECEDENTES: Las enfermedades alérgicas constituyen un problema de salud pública global, con prevalencia en aumento. En América Latina la prevalencia de rinitis alérgica, es elevada; las restricciones económicas y de acceso a la atención médica, retrasa o impide el diagnóstico y manejo, sumándose factores de riesgo propuestos para explicar incremento en la frecuencia de rinitis alérgica: ambientales y socioeconómicos como (tabaquismo en los padres, exposición a aeroalérgenos domésticos), así como características propias del huésped, atopia y tipo de alimentación al momento de nacer, entre otras.

OBJETIVO: Identificar factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en UMF 234 del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se realizó un cuestionario validado y estandarizado a partir de la Fase III ISSAC, aplicado a los padres de pacientes diagnosticados con rinitis alérgica en UMF 234 del IMSS, presentando los resultados en cuadros y gráficas.

RESULTADOS: participaron 72 niños incluidos en el estudio, con diagnóstico de rinitis alérgica, la edad promedio de 9.1 años, identificando factores de riesgo como antecedente de atopia en el 44.4%, exposición a humo de tabaco por padres u otro familiar del 55.5%, la convivencia con animales estuvo presente en el 76.3%, lactancia materna exclusiva por más de 6 meses en el 38.2%.

CONCLUSIONES: los resultados indican que los factores de riesgo para rinitis alérgica son similares al reporte en estudios previos, no encontrándose asociación directa del antecedente de padres con enfermedad atópica.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, rinitis alérgica.

ABSTRACT

IDENTIFICATION OF RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ALLERGIC RHINITIS IN PATIENTS FROM 1 TO 19 YEARS IN UMF 234 OF THE IMSS

AUTHORS: MC NANCY YURINA TORRES ALMAZAN M.F. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES; M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY

BACKGROUND: Allergic diseases are a global public health problem, with an increasing prevalence. In Latin America, the prevalence of allergic rhinitis is high; economic restrictions and access to medical care, delay or prevent diagnosis and management, adding risk factors proposed to explain increased frequency of allergic rhinitis: environmental and socioeconomic factors (smoking in parents, exposure to domestic aeroallergens), as well as characteristics of the host, atopy and type of feeding at birth, among others.

OBJECTIVE: To identify risk factors associated with allergic rhinitis in patients aged 1 to 19 years in the UMF 234 of the IMSS.

MATERIAL AND METHODS: Observational, descriptive and transversal study. Performing a validated and standardized questionnaire from the Phase III ISSAC, applied to the parents of patients already diagnosed with allergic rhinitis in UMF 234 of the IMSS, presenting the results in tables and graphs.

RESULTS: 72 children included in the study participated, with a diagnosis of allergic rhinitis, the average age of 9.1 years, identifying risk factors as a history of atopy in 44.4%, exposure to tobacco smoke by parents or another relative of 55.5%, the coexistence with animals was present in 76.3%, exclusive breastfeeding for more than 6 months in 38.2%.

CONCLUSIONS: the results indicate that the risk factors for allergic rhinitis is similar to the report in previous studies, not finding a direct association of the history of parents with atopic disease.

KEY WORDS: Risk factors, allergic rhinitis.

INDICE

INTRODUCCION	Pág. 1
1. MARCO TEORICO	Pág. 2
1.1. RINITIS ALERGICA	Pág. 2
1.1.1 Epidemiología	Pág. 2
1.1.2 Definición	Pág. 3
1.1.3 Clasificación	Pág. 3
1.1.4 Fisiopatogenia	Pág. 4
1.1.5 Diagnóstico	Pág. 5
1.1.6 Diagnóstico Diferencial	Pág. 7
1.1.7 Manejo	Pág. 7
1.1.8 Relación rinitis alérgica-asma	Pág. 9
1.2 Factores de riesgo	Pág. 9
1.2.1 Definición	Pág. 9
1.2.2 Atopia	Pág. 10
1.2.3 Tabaquismo	Pág. 10
1.2.4 Peso y tipo de alimentación	Pág. 10
1.2.5 Estado nutricional	Pág. 11
1.2.6 Convivencia prenatal con animales	Pág. 11
1.3 Cuestionario ISSAC	Pág. 12
2. METODOLOGIA	Pág. 13
2.1 Justificación	Pág. 13
2.2 Planteamiento del problema	Pág. 14
2.3 Objetivos	Pág. 15
2.4 Hipótesis	Pág. 16
2.5 Material y métodos	Pág. 17
2.6 Criterios de selección	Pág. 18
2.7 Operacionalización de las variables	Pág. 19
2.8 Análisis estadístico	Pág. 20
2.9 Recolección de datos	Pág. 21
2.10 Consideraciones éticas	Pág. 22
3. Resultados	Pág. 23
4. Discusión	Pág. 37
5. Conclusión	Pág. 39
6. Bibliografía	Pág. 40
7. Anexos	Pág. 42

INTRODUCCION

Las enfermedades alérgicas constituyen un problema de salud pública global, cuya prevalencia sigue en constante aumento, estimándose que entre el 30% y el 40% de la población se encuentra afectada alguna de ellas. En América Latina la prevalencia de rinitis alérgica, aunque variable, es muy elevada, la iniciativa rinitis alérgica y su impacto en asma, globalmente conocida como ARIA, comenzó durante un taller de la OMS realizado en 1999 y que se publicó en 2001. Las restricciones económicas y de acceso a la atención médica primaria, retrasa o impide el diagnóstico adecuado y las medidas de manejo racional de la enfermedad, a esto se suman una gran cantidad de factores de riesgo que han sido propuestas para explicar el incremento en la frecuencia de rinitis alérgica.

La rinitis alérgica es un proceso inflamatorio a nivel de la mucosa nasal que se caracteriza por rinorrea hialina de predominio matutino, prurito nasal, obstrucción, estornudos desencadenados por mecanismos de hipersensibilidad tipo 1, secundarios a la exposición de alérgenos del medio ambiente.⁽¹⁾

Hoy en día todavía no son bien conocidas las causas de la rinitis alérgica, de tal manera que se llevan a cabo investigaciones para tratar de determinarlas. Así, el protocolo ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) ha permitido profundizar en la epidemiología del asma, la RA y el eczema atópico en poblaciones escolares de todo el mundo mediante un cuestionario estandarizado y una metodología común. Los resultados han sido inconsistentes, reportándose regiones del mundo donde se han observado incrementos, otras en las que no ha habido modificaciones e incluso ha habido regiones donde ha habido decrementos.⁽¹⁶⁾

Existe gran variedad de factores de riesgo que han sido propuestos como promotores o protectores del desarrollo de las enfermedades alérgicas, pero los resultados han sido contradictorios. Los principales factores de riesgo descritos son ambientales y socioeconómicos como el tabaquismo en los padres, hacinamiento, humedad, higiene insuficiente, exposición elevada a aeroalérgenos domésticos, también se incluyen las características propias del huésped, atopia, el peso, tipo de alimentación al momento de nacer y el estado nutricional.⁽²¹⁾

1.- MARCO TEORICO

1.1 RINITIS ALERGICA

1.1.1 EPIDEMIOLOGIA

Las enfermedades alérgicas constituyen un problema de salud pública global, cuya prevalencia sigue en constante aumento, estimándose que entre el 30 y el 40% de la población se encuentra afectada de una de ellas. La OMS dentro de sus estadísticas menciona que cientos de millones de sujetos en el mundo sufren rinitis alérgica y se estima que 300 millones tienen asma; enfermedades que afectan de manera importante la calidad de vida de los pacientes que la padecen y de sus familiares y que, además generan un impacto negativo en el bienestar socioeconómico de la sociedad.

En América Latina la prevalencia de rinitis alérgica, aunque variable, es muy elevada, la iniciativa rinitis alérgica y su impacto en asma, globalmente conocida como ARIA, comenzó durante un taller de la OMS realizado en 1999 y que se publicó en 2001. ARIA propuso una nueva clasificación de rinitis alérgica en persistente o intermitente y leve o moderada-severa, también desarrollo pautas para el diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica y de prácticas clínicas para el manejo de las comorbilidades de la rinitis alérgica y el asma.

Las restricciones económicas suelen dificultar el acceso a la atención médica primaria, al diagnóstico adecuado y a las medidas de manejo racional de la enfermedad, finalmente los medicamentos pueden no estar disponibles o su costo ser inalcanzable, especialmente en niños indigentes, a esto se suman una gran cantidad de factores de riesgo que han sido propuestas para explicar el incremento en la frecuencia de rinitis alérgica; factores de riesgo ambientales y socioeconómicos como el tabaquismo en los padres, hacinamiento, humedad, higiene insuficiente, exposición elevada aeroalérgenos domésticos, también se incluyen las características propias del huésped, atopia, el peso y tipo de alimentación al momento de nacer, el estado nutricional.

La prevalencia de rinitis alérgica es alta. El Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Niñez (ISAAC de International Study of Asthma and Allergies in Childhood) Fase III reporta una prevalencia estimada total en México de 4.6%.⁽¹³⁾

Hoy en día todavía no son bien conocidas las causas de la rinitis alérgica, de tal manera que se llevan a cabo investigaciones para tratar de determinarlas. Así el protocolo ISSAC (Internatinal Study of Asthma and Allergies in Chilhood), éste ha aportado amplia información sobre la epidemiología de las enfermedades

alérgicas, al tiempo que ha permitido la comparación entre países e identificado amplia variabilidad en sus prevalencias, mediante un cuestionario estandarizado.

El cuestionario diseñado para estimar la frecuencia de enfermedades alérgicas del grupo ISSAC, es una valiosa herramienta que ha permitido evaluar desde el punto de vista epidemiológico el comportamiento de dichas entidades, pudiendo ser aplicados en diferentes tipos de población y área geográfica, así como en diferentes periodos de tiempo.

La rinitis alérgica es un problema global de salud pública, tiene un gran impacto sanitario debido a su elevada prevalencia, la existencia de enfermedades comorbidas (sinusitis, asma, otitis, poliposis, conjuntivitis e infecciones del tracto respiratorio superior), la afectación de la calidad de vida del paciente (el rendimiento escolar, alteración de los patrones de sueño, la actividad social, cansancio y disminución de la capacidad de concentración mental), y los elevados gastos que ocasiona. ^(2,6)

La causa más frecuente de la rinitis en los niños es la infecciosa, la más importante de las rinitis no infecciosas es la rinitis alérgica que la padece hasta un 20 % de la población, existe una demostrada relación entre la rinitis alérgica y el asma. ⁽¹⁾ El 20 % de los casos de rinitis alérgica comprende rinitis intermitente y el 80% restante es por rinitis persistente. ⁽²⁾

1.1.2 DEFINICION

Es un proceso inflamatorio de la mucosa nasal, mediada por IgE e inducida por la exposición a alérgenos, caracterizada por la presencia de 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, se puede acompañar de síntomas oculares, oticos y faríngeos. ⁽¹⁾⁽²⁾

La guía de práctica clínica ARIA se desarrolló en colaboración entre diversas organizaciones no gubernamentales, asociaciones médicas de varios países y los especialistas más influyentes en el tema con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento integral, así como proveer recomendaciones basadas en evidencia para asistir a médicos y pacientes en el tratamiento de este padecimiento. ⁽¹³⁾

1.1.3 CLASIFICACION

La OMS recomienda utilizar la clasificación establecida por el programa ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma): ^(2,6)

Por la duración de los síntomas:

- Intermitente: menos de 4 días a la semana o menos de 4 semanas consecutivas al año.
- Persistente: más de 4 días a la semana y más de 4 semanas consecutivas al año.⁽¹⁾⁽²⁾

Según la intensidad del síntoma (teniendo en cuenta el compromiso clínico del paciente):

- Leve: sueño normal, sin impedimento de las actividades diarias, deportes y ocios normales, trabajo y actividad escolar normal, síntomas presentes pero no molestos.
- Moderada
- Grave : alteración del sueño, interferencia en actividades diarias, deportivas o de ocio, interferencia en la actividad escolar o el trabajo.⁽¹⁾⁽²⁾

Según el alérgeno causal

- Perenne
- Estacional
- Laboral

Los alérgenos son: Inhalantes domésticos, ácaros (Dermatophagoides, lepidoglyphus, etc); epitelio de animales (gatos, perros, caballos, roedores, aves, etc); esporas de hongos y pólenes ^(1,14)

1.1.4 FISIOPATOGENIA

La sensibilización con IgE específica de alérgeno, activa los mastocitos en los cuales hay liberación de mediadores químicos, como la histamina y leucotrienos, principalmente. La enfermedad alérgica presenta dos etapas bien diferenciadas:

1. Sensibilización (predisposición genética): debe existir un huésped predispuesto a inducir una respuesta inmunitaria a los alérgenos, susceptibilidad dependiente de que se genere un arreglo genético para producir IgE, capaz de sensibilizar a la célula mastocitaria.⁽¹⁾ En un estudio de prevalencia de sensibilización a aeroalérgenos en pacientes con rinitis alérgica con la prueba Prick; la mayor sensibilización correspondió a los ácaros domésticos, el de más alta prevalencia fue el dermatophagoides pteronyssinus .⁽⁴⁾

2. Presencia de síntomas (interacción huésped medio ambiente): el contacto de esta célula sensibilizada con el alérgeno produce la activación celular que desencadena el proceso inflamatorio en dos fases: *inmediata* (dependiente de mediadores químicos e interleucinas) a los pocos minutos del contacto; y *tardía* dependiente del infiltrado celular (eosinófilos, neutrófilos, mastocitos).⁽¹⁾

Esta activación del sistema por interacciones vasculares y neurogénicas genera los síntomas. Por tanto en la microscopia de la mucosa nasal de pacientes con rinitis alérgica se visualiza un infiltrado de células inflamatorias (mastocitos, basófilos, eosinófilos, neutrófilos y linfocitos TCD4). Los principales mediadores químicos con un papel central para que se desencadene la sintomatología son:

- Histamina: principal mediador de la fase inmediata de la reacción alérgica, actúa sobre los receptores H1 y causa los principales síntomas de rinitis.
- Leucotrienos: son formados de novo del ácido araquidónico por la vía de la lipooxigenasa, liberados principalmente por el mastocito en la fase temprana y por eosinófilos y neutrófilos en la fase tardía. Los leucotrienos producen bloqueo e incremento de la secreción, pero no estornudos.
- Citoquinas: son liberadas por los linfocitos T durante la reacción de fase tardía y por el mastocito; resultan importantes para mantener la inflamación crónica.⁽²⁾

1.1.5 DIAGNOSTICO

- Anamnesis o historia clínica:

Enfermedad actual.- síntomas nasales:

- Obstrucción nasal: respiración bucal crónica, falta de aire, hiposmia, anosmia, voz nasal, babeo, dolor de garganta, ronquido, disfunción tubaria.
- Rinorrea (anterior y/o posterior): ruidos nasales, necesidad de sonarse la nariz, necesidad de aclararse la garganta, tos faríngea, náuseas molestia abdominal y disminución de apetito, dilatación abdominal por aerofagia.
- Prurito palatino y nasofaríngeo: frotamiento, movimientos linguales enérgicos, cloqueo, gárgaras.
- Estornudos: lagrimeo por activación de reflejo naso lagrimal, cierre de párpados.
- Otros síntomas asociados: fatiga, irritabilidad, prurito ocular, hiperemia conjuntival, edema palpebral, quemosis, cefalea, dolor facial, epistaxis, hipoacusia, otalgia, adenopatías cervicales, desencadenantes de los

síntomas (cambios de temperatura, esfuerzos, exposición), tratamientos previos para rinitis, alteración de su calidad de vida por el proceso. ^(1,2)

Antecedentes personales: medicaciones habituales, antecedentes de traumatismo o cirugía facial, antecedentes de dermatitis atópica, sinusitis o asma, antecedentes familiares principalmente rinitis, asma y dermatitis atópica. Cronicidad y recurrencia de los síntomas. ⁽¹⁾

Interrogar sobre las características ambientales del lugar donde vive el niño, el conocimiento de los factores desencadenantes de los síntomas es crucial en el diagnóstico de rinitis

- Exploración física:

Nasal: inspección para apreciar posibles desviaciones y posible surco nasal transversal, así como rinoscopia anterior (en busca de deformidades o desviaciones del septum nasal, que impidan el flujo normal de aire). Mucosa inflamada, pálida, gris-azulada, con secreción hialina. Los cornetes edematizados. ⁽²⁾

Ocular: edema peri orbitario, conjuntivitis, líneas de Dennie Morgan (pliegue palpebral supernumero).

Oídos: otoscopia para valorar conducto auditivo externo y tímpano.

Auscultación pulmonar: presencia de sibilancias.

Piel: lesiones de eccema o dermatitis atópica.

Cuello: palpar en busca de adenopatías. ⁽¹⁾

-Exámenes complementarios:

- Recuento de eosinófilos en sangre periférica
- Citología nasal: con análisis de secreción nasal y análisis de mucosa nasal, el predominio de eosinófilos sugiere patología alérgica, pero no es un hallazgo patognomónico.
- IgE específica: Pruebas cutáneas, Rast (radioinmunoanálisis), ELISA (enzimoinmunoanálisis), Fast (inmunofluorescencia), al igual que en todas las pruebas deben interpretarse en el contexto de la historia clínica de cada paciente.
- Pruebas cutáneas de lectura inmediata: la introducción directa de un antígeno por micropuntura en la piel del paciente es la técnica de elección para determinar los anticuerpos IgE frente a los antígenos específicos. ^(2,15)

Estudios complementarios especiales:

- Rinofibroscopía es el mejor modo para examinar el interior de las fosas nasales.
- Diagnóstico por imágenes: - radiología convencional (radiografía de senos paranasales, radiografía de cavum, tomografía computada.)
- Rinomanometría.
- Pruebas de provocación nasal.^(1,2)

1.1.6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico no siempre es fácil, en especial en niños, debido a las variaciones sintomáticas que se establecen durante el año y al no reconocimiento de los síntomas por parte de los pacientes, por otro lado la sintomatología es compartida por varias enfermedades de diversa etiología, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

- Rinitis infecciosa (viral, bacteriana, micótica).
- Rinitis inducida por medicamentos (aspirina, otros).
- Pólipos
- Alteraciones estructurales (desviación septal, hipertrofia adenoidea, cuerpo extraño, atresia de coanas).
- Tumores (benignos, malignos).
- Granulomas (granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, infeccioso, granuloma letal de la línea media).
- Defectos ciliares.
- Rinorrea cerebroespinal.
- Otras causas (rinitis eosinofílica no alérgica, irritantes, alimentos, emocional, atrófica, reflujo gastroesofágico).⁽²⁾

1.1.7 MANEJO

La estrategia terapéutica incluye:

1. Educación para la salud: el reconocimiento del niño y de su familia de la rinitis como enfermedad crónica, permite conocer el impacto de la enfermedad sobre la fisiología de la vía aérea y en la calidad de vida. ^(1,2)
2. Evitar alérgenos y contaminantes o control ambiental: evitar factores desencadenantes, disminuir la exposición a alérgenos (ácaros, hongos, alérgenos animales, pólenes) y mejorar las condiciones medioambientales (humo de tabaco).

3. Farmacoterapia: debe ser ajustada al grado de gravedad de la sintomatología y al impacto de la calidad de vida.
 - 3.1 Antihistamínicos H1 de segunda generación (cetirizina, ebastina, fexofenadina, loratadina, mizolastina). La loratadina se considera el fármaco de administración oral de elección por motivos de seguridad, eficacia, adecuación y coste en el tratamiento de rinitis alérgica.⁽¹⁾ Estos cruzan la barrera hematoencefálica por lo que existen mayores efectos adversos sobre sistema nervioso central. Los antihistamínicos de segunda generación tienen mayor selectividad por los receptores H1, por lo que disminuye los efectos colaterales anticolinérgicos como boca seca, retención urinaria, constipación taquicardia.⁽¹⁰⁾
 - 3.2 Glucocorticoides tópicos: (beclometasona, budesonida, fluticasona, mometasona, triamcinolona) son los fármacos antiinflamatorios, constituyen la primera línea de tratamiento de la rinitis alérgica persistente moderada/grave y/o con síntomas persistentes, sobre todo cuando predomina la obstrucción nasal.^(1, 15)
 - 3.3 Descongestivos intranasales: (oximetazolina y xilometazolina) pueden utilizarse por un periodo corto en pacientes con obstrucción nasal, su uso prolongado puede causar una rinitis medicamentosa.
 - 3.4 Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast y zafirlukast).
 - 3.5 Anticolinérgicos tópicos (bromuro de ipratropio).
 - 3.6 Cromonas tópicas (cromoglicato de sodio).
 - 3.7 Omalizumab anti IgE.^(1, 17)

4. Inmunoterapia alérgeno específico: Es la administración repetida de alérgenos específicos a pacientes con afecciones mediadas por IgE, su objetivo es modificar la respuesta inmunitaria e inducir un estado de tolerancia a la exposición alérgica con la consiguiente disminución de síntomas y reacciones inflamatorias asociadas con la exposición natural a dichos alérgenos.⁽³⁾ Es eficaz en el tratamiento de la rinitis alérgica causada por pólenes, ácaros, y determinados epitelios, en adultos y en niños, en su forma de administración subcutánea o sublingual. Está contraindicada en pacientes que presentes asma severa. La vía subcutánea es efectiva si se administra de forma adecuada, en los niños se acepta el uso de la inmunoterapia a partir de los 5 años.⁽¹⁾ No existe un acuerdo acerca de la duración óptima del tratamiento, la mayoría de los expertos aconseja 3-5 años para alcanzar y mantener una respuesta clínica favorable. La eficacia de esta terapia esta en directa relación con su indicación correcta y el uso de alérgenos de alta calidad y estandarización. Sus principales efectos adversos, los cuales la mayoría se observa dentro de los primeros 30 minutos de la aplicación, son reacciones

locales (edema e inflamación en el sitio de la inyección) y sistémicas (rinorrea, urticaria, angioedema, asma grave y shock anafiláctico).⁽³⁾

5. Cirugía: Se limita a la corrección de las deformidades anatómicas, sinusitis crónica y presencia de pólipos mayoritariamente.⁽¹⁾

1.1.8 RELACION RINITIS-ASMA

Hoy en día se considera que la rinitis y el asma alérgicas son diferentes expresiones clínicas de una misma enfermedad inflamatoria mediada por IgE, que afecta a toda la vía respiratoria. En las rinitis persistentes o en las moderadas y/o graves se debe valorar la existencia concomitante de asma bronquial. Tanto la rinitis alérgica como la rinitis no alérgica han demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de asma bronquial.⁽⁶⁾

Así, el 80% de asmáticos presenta rinitis, mientras que el 20-25% de riniticos tiene asma clínicamente relevante. Los pacientes con Rinitis Alérgica persistente deben ser evaluados sobre el asma mediante la historia clínica, el examen físico, y si es posible, mediante la valoración de la obstrucción al flujo aéreo antes y después del broncodilatador.⁽¹¹⁾

1.2 FACTORES DE RIESGO

1.2.1 DEFINICION

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.⁽²¹⁾

Un estudio realizado en Castellon España menciona que entre los diversos factores de riesgo que estudiaron, destacan en relación con una mayor prevalencia de rinoconjuntivitis, el sexo femenino, la historia familiar de rinitis alérgica y la de sinusitis y bronquitis, fumar la madre en casa y el vivir en una calle con paso de camiones muy frecuente.⁽¹⁶⁾ El estudio internacional cuestionario “Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia” (International Study Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC), ha aportado amplia información sobre la epidemiología de las enfermedades alérgicas, al tiempo que ha permitido la comparación entre países e identificado amplia variabilidad en sus prevalencias.

Cuba formó parte del proyecto ISAAC en América Latina en su fase III B y realizó estudios de prevalencia y factores de riesgo de rinitis, asma y eccema en niños de 6-7 años y adolescentes de 13 y 14 en la provincia La Habana dentro de los resultados, las variables asociadas significativamente como factores de riesgo a los síntomas de rinitis fueron: sexo femenino, color de la piel no blanco, historia familiar de asma y alergia (identificada esta como la de mayor peso), tenencia de

hermanos mayores, fumadores en el hogar o ningún fumador, hacinamiento en la vivienda, ventilación inadecuada, ubicación de la cocina en habitación de uso común, tenencia de perro, consumo de dipirona al menos 1 vez/mes, ubicación de vivienda y escuela en avenidas principales, frecuencia de realización de ejercicios físicos intensos capaces de provocar dificultad para respirar de más de una vez en la semana, permanecer más de una hora diaria frente al televisor y solucionar los problemas del núcleo familiar con peleas, en vez de usar la conversación.⁽¹⁶⁾

Los factores de riesgo asociados a desarrollo de rinitis alérgica son la introducción precoz de fórmulas lácteas o alimentación sólida, tabaquismo materno durante el primer año de vida, exposición a alérgenos intra o extra domiciliarios; además influirían en su desarrollo el nivel socioeconómico, cambios en los hábitos dietarios, menor tamaño del grupo familiar, las condiciones habitacionales, mejoría de la higiene, uso de piso alfombrado, humedad intradomiciliaria y presencia de mascotas.⁽²⁰⁾

Existe una gran cantidad de factores de riesgo que son considerados para explicar el incremento en la frecuencia de rinitis alérgica:

1.2.2 Atopia: El antecedente de enfermedad alérgica en algún miembro de la familia, pero no el asma, estuvo asociado significativamente a la presencia de rinitis alérgica. Un estudio realizado en escolares en Ciudad Guzmán, México en 2007 concluyó que la atopia estuvo asociado de manera muy importante al desarrollo de la rinitis alérgica, pero no hubo asociación franca con los otros factores de riesgo estudiados.⁽⁵⁾

1.2.3 Tabaquismo en los padres Según Jurgita Saulyte, Carlos Regueira, Agustín Montes Martínez, Polyna Khudyakov, Bahi Takkouche. La rinitis alérgica y la exposición activa y pasiva de tabaco. PLoS Med 2014 marzo. La rinitis alérgica no se asoció con el tabaquismo activo (RR combinado 1,02 [IC 95% 0,92 a 1,15]), pero se asoció con el tabaquismo pasivo (RR agrupado 1.10 [IC 95% 1.6 a 1.15]). En un estudio publicado en la revista panorama médico en noviembre de 2014 indica que la variable fumador pasivo no presenta asociación estadísticamente significativa, con el diagnóstico de rinitis Alérgica, ni con la mejoría con el tratamiento administrado ni con el tipo de rinitis alérgica.⁽⁸⁾

1.2.4 Peso y tipo de alimentación al nacer en un estudio se observó la asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú; se concluyó un efecto

protector para rinitis alérgica en niños que reciben lactancia materna exclusiva; no se encontró asociación entre prematuridad y bajo peso al nacer con rinitis alérgica. Esta asociación protectora no se ve alterada por los antecedentes de atopia familiar ni de exposición temprana al humo del tabaco.⁽²⁰⁾

1.2.5 El estado nutricional: La información disponible acerca del efecto protector de la lactancia materna exclusiva en los primeros tres a seis meses de vida no es concluyente. Un metanálisis de seis estudios prospectivos que abarcaron 3 303 pacientes no encontró una asociación significativa entre la alimentación materna y la protección contra la aparición de RA en la niñez. En un estudio en el cual se analizaron las revisiones sistemáticas y los metanálisis al respecto no se comprobó una reducción del riesgo de RA en relación con la lactancia materna. Sin embargo, las dificultades metodológicas de los estudios prospectivos y la falta de seguimientos prolongados complican la interpretación de los resultados. En los trabajos de observación, el sesgo asociado con las preferencias maternas acerca de la alimentación de sus hijos merece especial atención. Por ende, si bien la lactancia materna sigue siendo recomendada, sus beneficios, en términos de la prevención de la RA, no han sido confirmados.⁽⁷⁾ Los niños que se encuentran con sobrepeso u obesidad han tenido síntomas de rinitis alérgica alguna vez en la vida, aunque no ha sido documentado para rinitis alérgica existe evidencia que el tejido adiposo tiene propiedades proinflamatorias y que estas repercuten en el comportamiento del asma.⁽⁵⁾

1.2.6 Convivencia con animales prenatal y posnatal. Los hallazgos de un trabajo aleatorizado, un metanálisis de 11 estudios de cohorte y una revisión de la literatura en los cuales se analizó la influencia de la presencia de mascotas en el hogar en los primeros años de vida, en términos de la aparición de atopia (predisposición genética a generar niveles altos de IgE específica para alérgenos) y de sensibilización, no fueron concluyentes.^(7, 18)

1.3 CUESTIONARIO ISSAC

El International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) se diseñó con la finalidad de investigar la enfermedad asmática, la rinitis y conjuntivitis alérgica y el eccema atópico en la niñez, en el ámbito de la población. El ISAAC atrajo interés en el mundo entero y la participación fue a gran escala. La fase tres del ISAAC permitirá determinar con precisión la prevalencia de síntomas de asma y enfermedades alérgicas en todo el mundo y establecer modificaciones ocurridas en el tiempo. Posiblemente brindará nuevas perspectivas en relación con la etiología de estas patologías.

La fase uno del ISAAC (ISAAC I): Esta fase de la investigación puso de manifiesto amplias variaciones en la prevalencia de síntomas de asma, rinitis y conjuntivitis alérgica y eccema atópico en diversas regiones del mundo.

La fase dos del estudio (ISAAC II), analiza esencialmente el papel de posibles agentes protectores y la influencia de factores de riesgo que podrían explicar la distinta prevalencia de estas enfermedades registrada en la primera fase.

La fase tres del ISAAC (ISAAC III) se creó con el propósito de aprovechar el diseño de la primera fase para conocer más acerca de la etiología del asma, de la rinitis y conjuntivitis alérgica y del eccema atópico.

El ISAAC III es un estudio transversal multicéntrico realizado en niños en edad escolar en áreas geográficas definidas

El cuestionario abarca aspectos demográficos (edad, escolaridad, sexo y fecha de la entrevista).

El período transcurrido entre el ISAAC I y el ISAAC III es de al menos 5 años, con el 85% de los estudios del ISAAC III entre 6 y 8 años después del ISAAC I.

Se considera que el ISAAC III permitirá determinar con precisión la prevalencia de los síntomas de asma y enfermedades alérgicas en todo el mundo; establecer modificaciones ocurridas en el tiempo y posiblemente brindar nueva visión en relación con la etiología de estas patologías. (VER ANEXO 3) ⁽²²⁾

2.- METODOLOGIA

2.1 JUSTIFICACION

La rinitis alérgica es un problema global de salud pública, su elevada prevalencia, la existencia de enfermedades comórbidas, principalmente asma, la afectación de la calidad de vida del paciente y los elevados gastos que ocasiona son razones necesarias para considerarla una enfermedad con impacto sanitario importante.

La calidad de vida de los pacientes con síntomas de rinitis alérgica depende de la intensidad o gravedad de esta, pero en general como es sub diagnosticada o mal tratada por falta de recursos médicos o económicos, merma mucho; en niños sobre todo, en actividades tanto escolares, rendimiento intelectual, físico como en casa, se observan problemas de no descanso tras el sueño, este no se torna reparador ya que si persisten síntomas como congestión nasal, los niños despertaran cansados, somnolientos.

A pesar de que a la fecha, se han realizado una gran cantidad de trabajos en la línea de investigación de las enfermedades alérgicas y los factores de riesgo, existen aspectos que no son del todo concluyentes, hay mucho por hacer todavía. Los estudios deben realizarse tanto a nivel micro, con mayor rigurosidad metodológica, como a nivel macro; con estudios de campo en las diferentes regiones del mundo, con instrumentos diseñados acorde con la idiosincrasia de cada región, respetando aspectos culturales y de lenguaje que pueden ser factores que maten los resultados, además, es conveniente utilizar instrumentos ad hoc que cuenten con validez y confiabilidad científica.

El realizar esta investigación ayuda a conocer cuáles son los factores de riesgo más frecuentemente asociados a rinitis alérgica y cuales hasta cierto punto son prevenibles o evitables para que no se desencadene o se desarrolle, o en caso de atopía al no poder evitarlo, orientar y educar sobre los mismos y disminuir la incidencia de esta patología.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchos estudios sobre rinitis alérgica a nivel mundial presentan diferentes valores de prevalencia dependiendo de cada región; se trata de una enfermedad extremadamente frecuente, afecta como mínimo de un 10 a un 40% de la población y su prevalencia está en aumento.

Aunque normalmente no constituye una enfermedad grave, altera la vida social de los pacientes, afecta el rendimiento escolar y la productividad laboral. Además los costos que ocasiona son significativos.

La rinitis alérgica en México y en todo el mundo es un problema de salud pública, a veces se conoce su causa desencadenante, el tipo de alérgeno y en otras no, y estos forman parte de la vida de la persona, estos a su vez pueden ser alérgenos del interior como polvo, ácaros o ya sea del exterior como se trata del polen de flores y otras sustancias; es importante saber qué factores son los de mayor predisposición para un mejor manejo de la patología, en cuanto a los aspectos de diagnóstico y tratamiento.

Se sabe que los factores de riesgo ambientales y socioeconómicos como el tabaquismo en los padres, hacinamiento, humedad, higiene insuficiente, exposición elevada aeroalérgenos domésticos, también se incluyen las características propias del huésped, atopia, el peso y tipo de alimentación al momento de nacer, el estado nutricional; pueden determinar la presentación o no de rinitis alérgica por lo que es importante conocer cuáles son los factores de riesgo más importantes que se identificaron en pacientes ya diagnosticados con rinitis alérgica en mi unidad de trabajo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la rinitis alérgica en pacientes ya diagnosticados de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS?

2.3.- OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS.

2.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el género que presenta rinitis alérgica con más frecuencia en pacientes de 1 a 19 años de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.
- Identificar la edad de mayor prevalencia en pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.
- Identificar la atopia como factor de riesgo asociada a diagnóstico de rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.
- Identificar tabaquismo activo y/o pasivo como factor de riesgo para desarrollo de rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.
- Identificar convivencia con animales como factor de riesgo para rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.
- Identificar la lactancia materna como factor protector a desarrollar rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años de la UMF 234 Villa de Colorines Valle de Bravo Estado de México.

2.4 HIPOTESIS

HO La atopia familiar y el tabaquismo de los padres son los factores de riesgo relacionados con rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS.

H1 La atopia familiar y el tabaquismo de los padres no son los factores de riesgo relacionados con rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS.

2.5 MATERIAL Y METODOS

2.5.1 Tipo de estudio

Se diseñó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal y prospectivo. El cual se llevó a cabo por medio de un cuestionario validado y estandarizado (ISSAC), se aplicó a los padres de niños ya diagnosticados con rinitis alérgica en la unidad de medicina familiar 234 del IMSS en Villa de Colorines, Valle de Bravo, Estado de México.

2.5.2 Población, Lugar y Tiempo:

El estudio se realizó en pacientes de 1 a 19 años ya diagnosticados con Rinitis Alérgica en la Unidad de Medicina Familiar No 234 del IMSS, Villa de Colorines, Valle de Bravo, Estado de México en los meses de Marzo a Agosto de 2018.

2.5.3 Tipo de muestra:

Por cuota

2.5.4.-Tamaño de la muestra.

Total de la muestra 72 pacientes de 1 a 19 años diagnosticados con Rinitis Alérgica en la UMF 234 del IMSS.

2.6 CRITERIOS DE SELECCION

2.6.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes turno matutino y vespertino de 1-19 años de edad con diagnóstico de rinitis alérgica de la UMF 234.
- Pacientes derechohabientes que decidieron participar en el estudio.

2.6.2 Criterios de no inclusión

- Niños y niñas de 1-19 años que no cuenten con diagnóstico de rinitis alérgica.
- Niños y niñas menores de 1 año de edad y mayores de 19 años 11 meses con diagnóstico de rinitis alérgica

2.6.3 - Criterios de eliminación

- Aquellos que no contestaron los cuestionarios de manera completa.
- Aquellos que abandonaron el estudio.

2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE (objetivos)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha actual	ordinal	1 a 19 años	Cuantitativa continua
Sexo	en términos de Biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino	Masculino femenino	nominal	Hombre/mujer	Cualitativa nominal dicotómica
Atopia	Carácter hereditario de una persona que presenta reacciones alérgicas con una frecuencia anormalmente elevada.	Si sus padres presentan alguna enfermedad alérgica	Nominal	Si/no	Cualitativa dicotómica
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco	Si está en contacto con humo de tabaco por padres fumadores	Nominal	Si/no	Cualitativa dicotómica
Convivencia con animales	Vivir o habitar con animales domésticos en el mismo lugar	Estar con animales en casa	Nominal	Si/no	Cualitativa dicotómica
Lactancia materna	Período de la vida durante el cual se alimentan básicamente de leche, especialmente de la que maman de su madre	Si los pacientes fueron amamantados	Nominal	Si/no	Cualitativa dicotómica
Rinitis alérgica	Es un proceso inflamatorio de la mucosa nasal, mediada por IgE e inducida por la exposición a alérgenos, caracterizada por la presencia de rinorrea anterior o posterior, estornudos, taponamiento o congestión nasal y/o prurito/picor de la nariz	Los que ya fueron diagnosticados con rinitis alérgica	Nominal	Si/no	Cualitativa dicotómica

2.8 ANALISIS ESTADISTICO

2.8.1 Estadística descriptiva

Se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas y desviación estándar con medidas de tendencia central, dispersión, de normalidad para variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

2.8.2 Estadística inferencial

Para la presentación de los resultados se utilizaron graficas de barra, pastel y cuadros de frecuencia.

De acuerdo al estudio que es descriptivo, transversal no se utilizaron fórmulas estadísticas

2.9 RECOLECCION DE DATOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, en la Unidad de Medicina Familiar 234, en Villa de Colorines, Valle de Bravo, Estado de México, con previa autorización del Director

La población de referencia se solicitó al sistema de información ARIMAC de la unidad donde se refirieron pacientes de 1 a 19 años de los cuales se buscarón los pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica, se pidió su nombre y número de afiliación.

Se buscó los expedientes de los pacientes para ver sus síntomas al momento del diagnóstico de rinitis alérgica.

Con dicho censo, se solicitó al servicio la afiliación, la dirección y el teléfono de la familia, y se localizaron a los padres de los pacientes mediante el apoyo de trabajo social, quienes dieron cita con el investigador.

Una vez localizado los padres se les informó cuales son los fines de la investigación y se les preguntó si deseaban participar de forma voluntaria, a lo cual accedieron.

Para el trabajo de investigación se utilizó un instrumento que consta de dos partes: la primera parte contempla la ficha de identificación con 5 incisos; la segunda parte es el cuestionario ISSAC sobre factores de riesgo para rinitis alérgica, el cual consta de 12 preguntas dirigidas a los padres de los niños con rinitis alérgica.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se encuentra el de Salud, el cual, como lineamientos de estratégicas, completa cinco grandes áreas de política siendo la última la "Formación, Capacitación e Investigación" dirigida fundamentalmente al impulso de las áreas biomédicas, médico-social y de servicios de salud de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el Programa de Investigación para la salud.

1. La Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.
2. La investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley;
3. La investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; los cuales se mencionan en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

A partir de las bases éticas mencionadas se solicitó la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

4. La declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:
 - a) 29ª asamblea médica mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
 - b) 35ª asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
 - c) 41ª asamblea médica mundial, Hong kong, septiembre 1989
 - d) 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
 - e) 52ª asamblea general, Edimburgo, escocia, octubre 2000.

Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos fueron utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que fue estrictamente confidencial. Previa autorización por consentimiento informado del padre del paciente.

3. RESULTADOS.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, que incluyó a un total de 72 pacientes, las cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

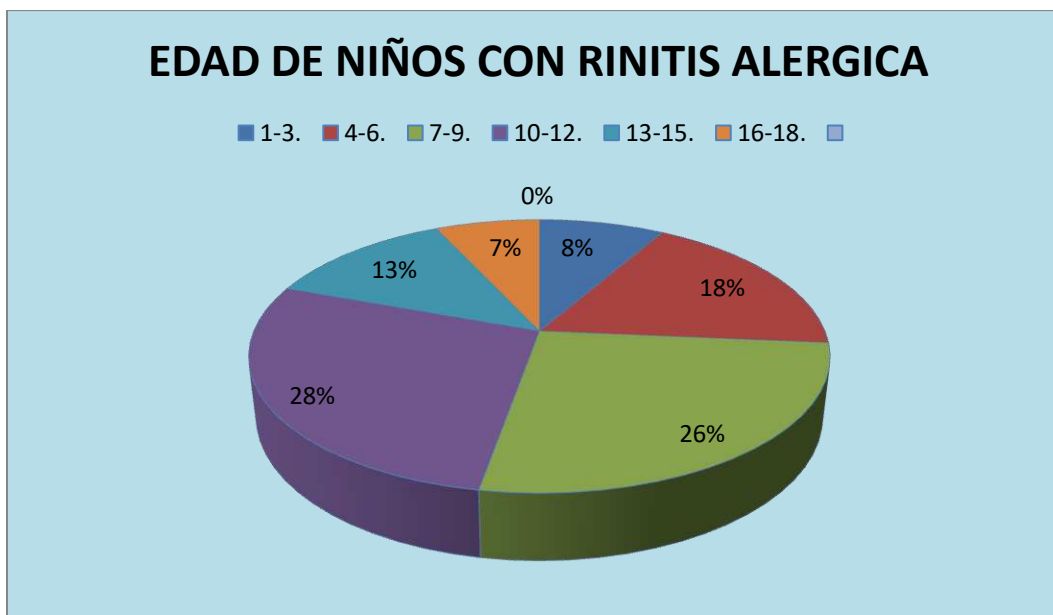
Con respecto a la edad de los niños de la población en estudio con rinitis alérgica se observa que el intervalo de 1-3 años corresponde al 8%, de 4-6 años el 18%, de 7-9 años el 26%, de 10-12 el 20%, del 13-15 el 13% y de 16-18 el 7%; encontrándose más del 50% de pacientes con rinitis alérgica entre los 7 a 12 años. (Tabla 1. Grafica 1)

TABLA 1. EDAD DE NIÑOS CON RINITIS ALERGICA

EDAD	NUMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE (%)
1-3	6	8
4-6	13	18
7-9	19	26
10-12	20	28
13-15	9	13
16-18	5	7
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 1. EDAD DE NIÑOS CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

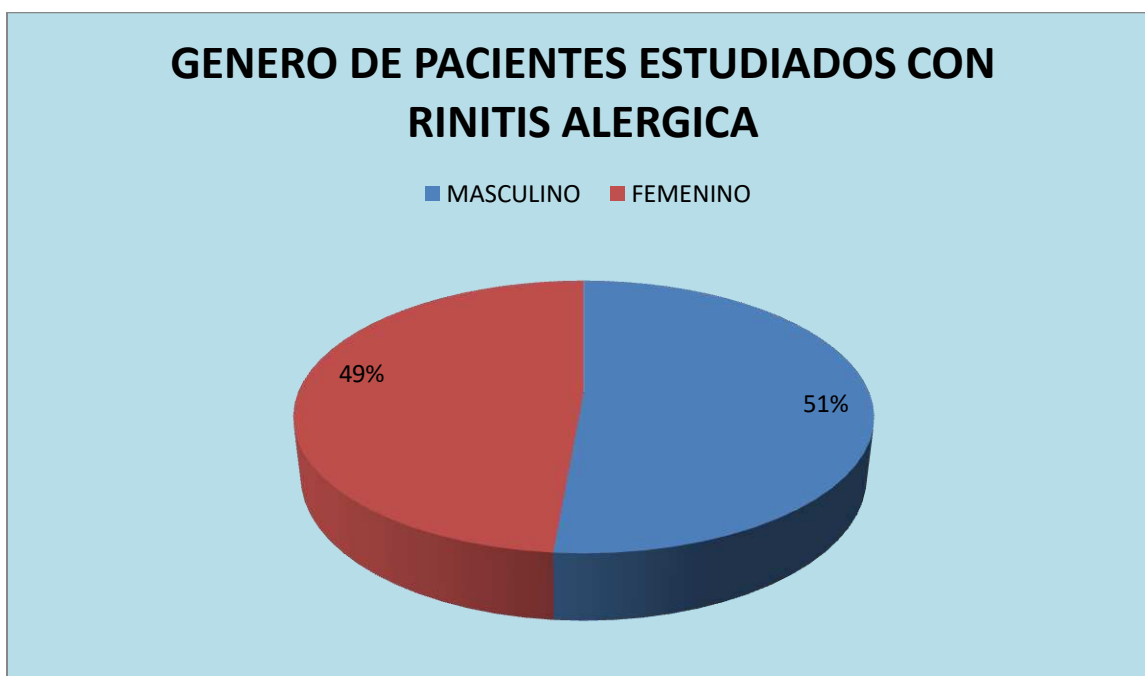
En cuanto a género se refiere de un total de 72 pacientes estudiados con rinitis alérgica, 37 pertenecen al género masculino y representan el 51 % ; 35 pertenecen al género femenino y representan el 49% del total, encontrándose mayor número de pacientes hombres. (Tabla2. Grafica 2)

TABLA 2. GÉNERO DE PACIENTES ESTUDIADOS CON RINITIS ALÉRGICA

GENERO	PACIENTES	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	37	51
FEMENINO	35	49
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALÉRGICA

GRAFICA 2 GÉNERO DE PACIENTES ESTUDIADOS CON RINITIS ALÉRGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALÉRGICA

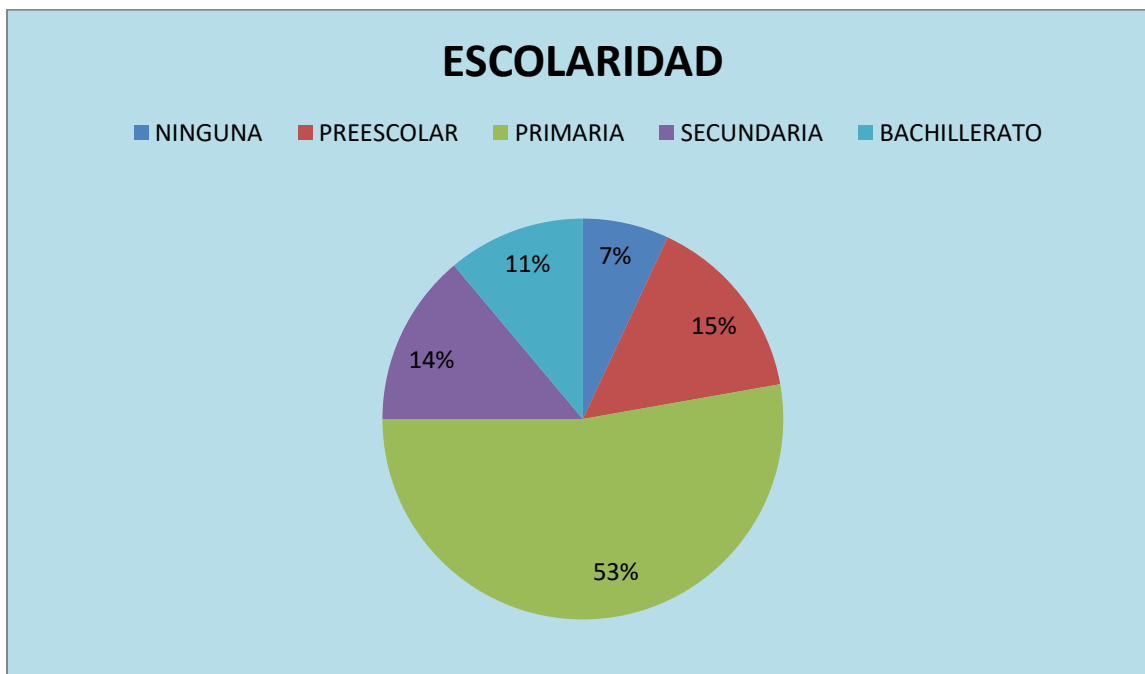
Con respecto a la escolaridad de los pacientes estudiados con diagnóstico de rinitis alérgica encontramos que no tienen grado escolar 5 pacientes los cuales representan el 7%, debido a que son menores de 3 años y aún no inician etapa escolar; en nivel preescolar se encuentran 11 pacientes que representan el 15%, en nivel primaria; 38 pacientes con el 53%, representando más de la mitad de la muestra; en nivel secundaria son 10 pacientes o el 14%, y por último el nivel más alto de la población en estudio es bachillerato encontrándose 8 pacientes que representan el 11%. (Tabla 3. Grafica 3)

TABLA 3. ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON RINITIS

ESCOLARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
NINGUNA	5	7
PREESCOLAR	11	15
PRIMARIA	38	53
SECUNDARIA	10	14
BACHILLERATO	8	11
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

3. GRAFICA DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

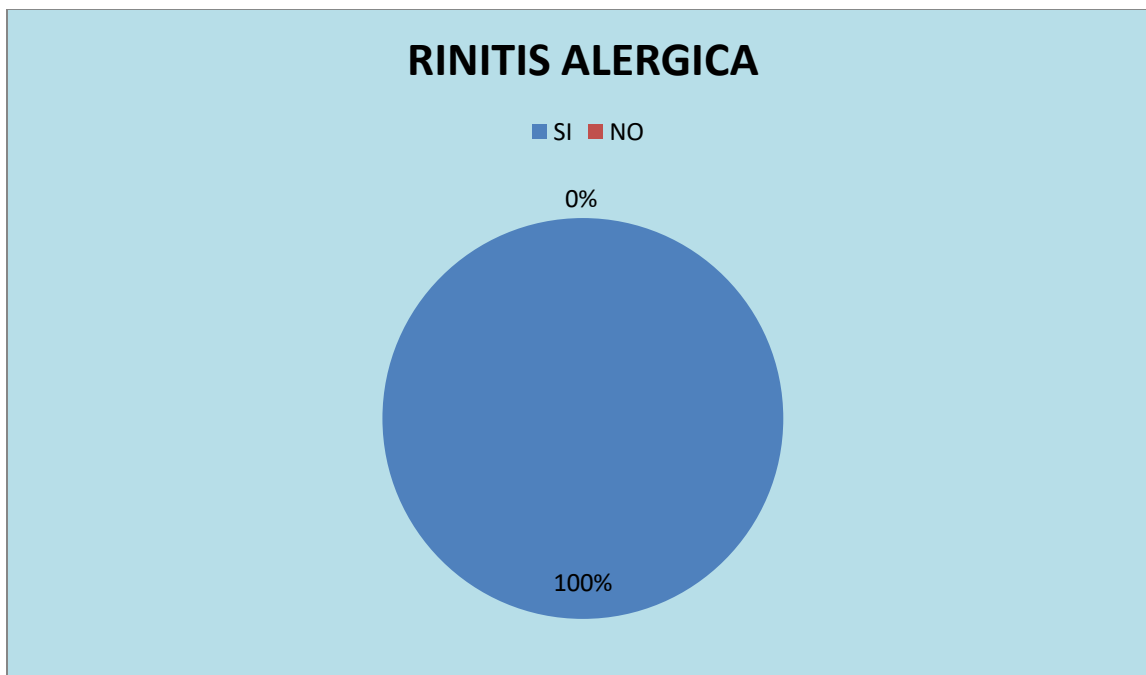
El total de nuestra población en estudio son pacientes con rinitis alérgica ya que se considera criterio de exclusión el no padecer esta enfermedad, por lo que los 72 pacientes, los cuales representan el 100%, padecen rinitis alérgica ya diagnosticada por un médico en algún momento de su vida. (Tabla 4. Grafica 4)

TABLA 4. NIÑOS CON RINITIS ALERGICA

PADECEN RINITIS	NUMERO	PORCENTAJE (%)
SI	72	100
NO	0	0
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 4. NIÑOS CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

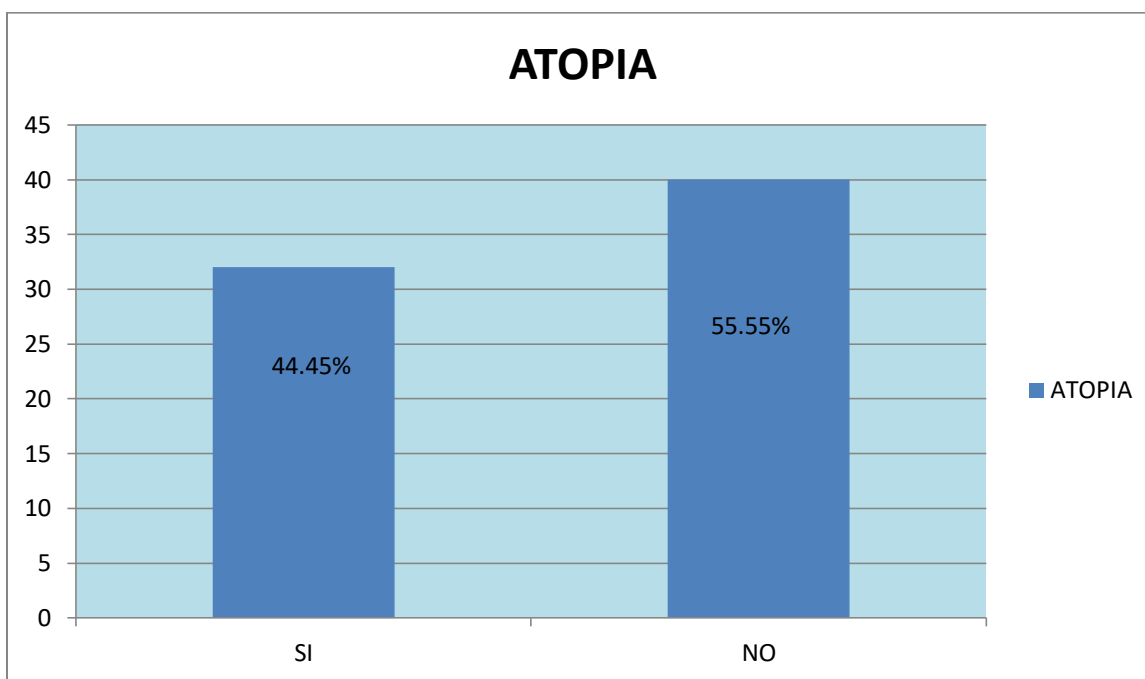
De los pacientes con diagnóstico de rinitis alérgica el 44.45% (32 pacientes) cuentan con antecedente de atopia, y el 55.55% (40 pacientes), no tienen antecedentes atópicos. Se consideran para atopia, padecimientos de padre, madre o hermanos. (Tabla 5. Grafica 5)

TABLA 5. ANTECEDENTE DE ATOPIA EN PACIENTES CON RINITIS ALERGICA

ATOPIA	PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SI	32	44.45
NO	40	55.55
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 5. ANTECEDENTE DE ATOPIA EN PACIENTES CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

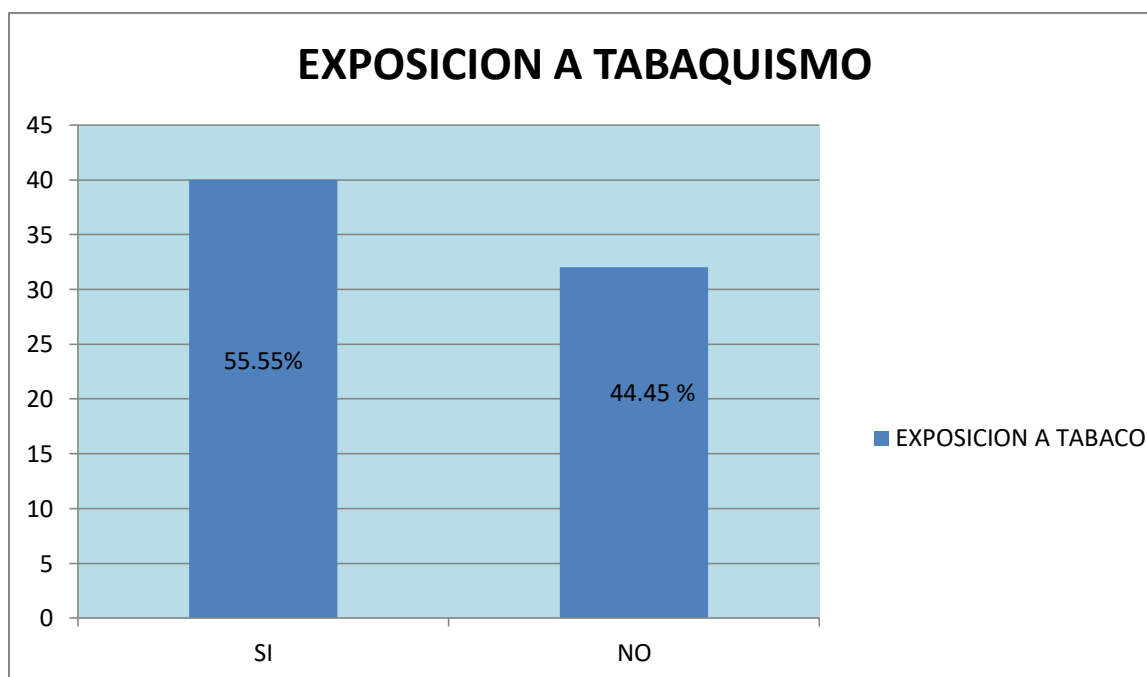
Con respecto a la exposición a humo de tabaco de pacientes con rinitis alérgica nos percatamos que el total de 40 pacientes, que representan el 55.55 % estuvieron o se encuentran expuestos a humo de tabaco, y el 44.45% que son 32 pacientes, no existe antecedente de exposición al humo de tabaco. (Tabla 6. Grafica 6)

TABLA 6. EXPOSICION A HUMO DE TABACO DE PACIENTES CON RINITIS ALERGICA

EXPOSICION	PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SI	40	55.55
NO	32	44.45
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 6. EXPOSICION A HUMO DE TABACO DE PACIENTES CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

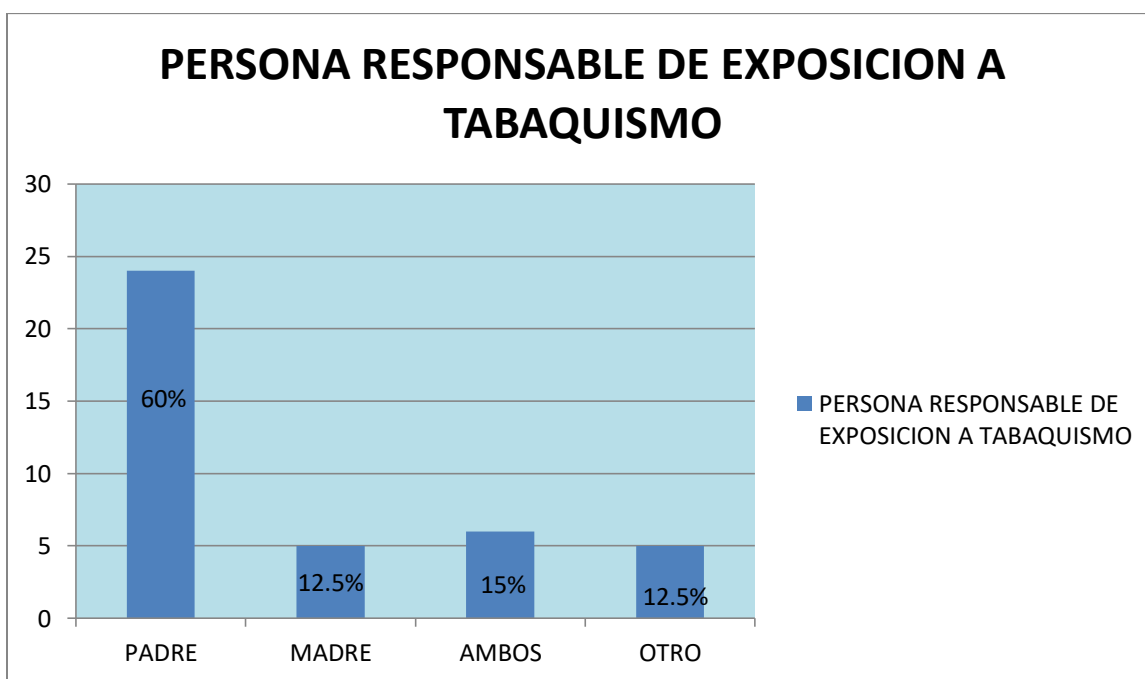
Las personas que son responsables de la exposición de los pacientes al humo de tabaco son su padre que representa el 60% del total con 24 pacientes; la madre representa el 12.5 % con 5 pacientes, ambos padres representando el 15% con 6 pacientes en total los cuales expusieron a esta sustancia, y otra persona responsable entre los que están tíos, hermanos, abuelos, representan el 12.5%, o sea 5 pacientes. (Tabla 7. Grafica 7)

TABLA 7. PERSONA QUE EXPUSO A NIÑO A HUMO DE TABACO

PERSONA QUE EXPONE A TABAQUISMO	PACIENTES	PORCENTAJE (%)
PADRE	24	60
MADRE	5	12.5
AMBOS	6	15
OTRO	5	12.5
TOTAL	40	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 7. PERSONA QUE EXPUSO A NIÑO A HUMO DE TABACO



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

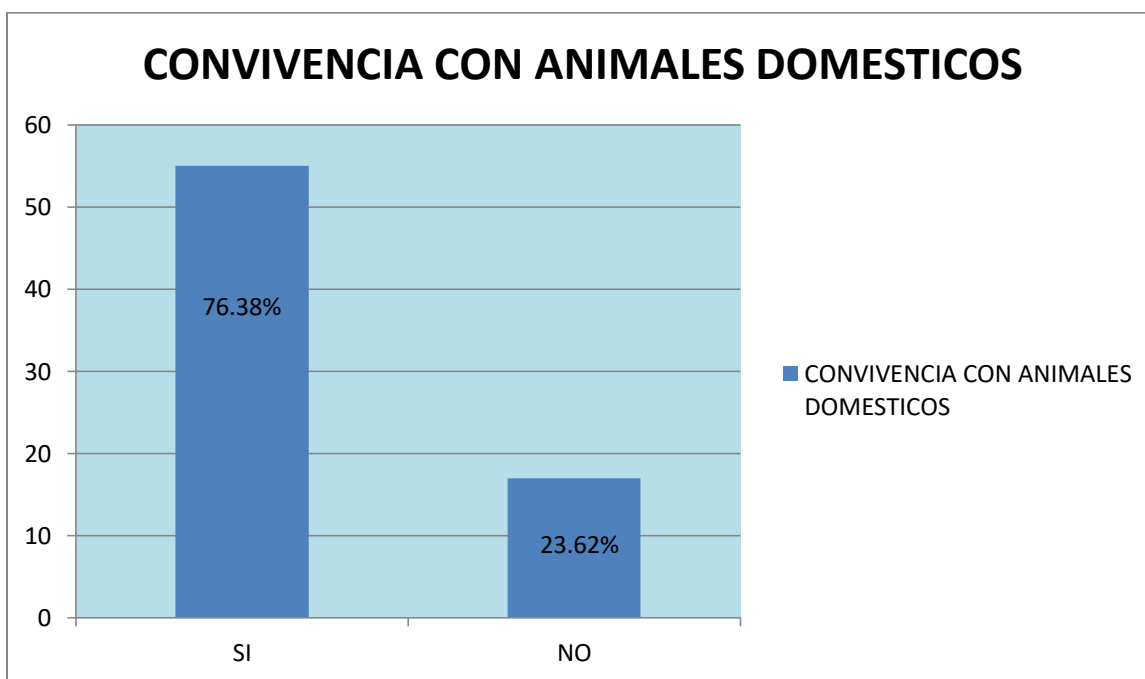
Con respecto a la convivencia de pacientes diagnosticados con rinitis alérgica, y animales domésticos se observa que si hay convivencia de 55 pacientes representando el 76.38 % y pacientes que no convivieron con estos animales domésticos son 17 pacientes, que representan el 23.62%. (Tabla 8. Grafica8)

TABLA 8. CONVIVENCIA DE PACIENTES CON RINITIS ALERGICA Y ANIMALES DOMESTICOS

CONVIVENCIA	PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SI	55	76.38
NO	17	23.62
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 8. CONVIVENCIA DE PACIENTES CON RINITIS ALERGICA Y ANIMALES DOMESTICOS



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

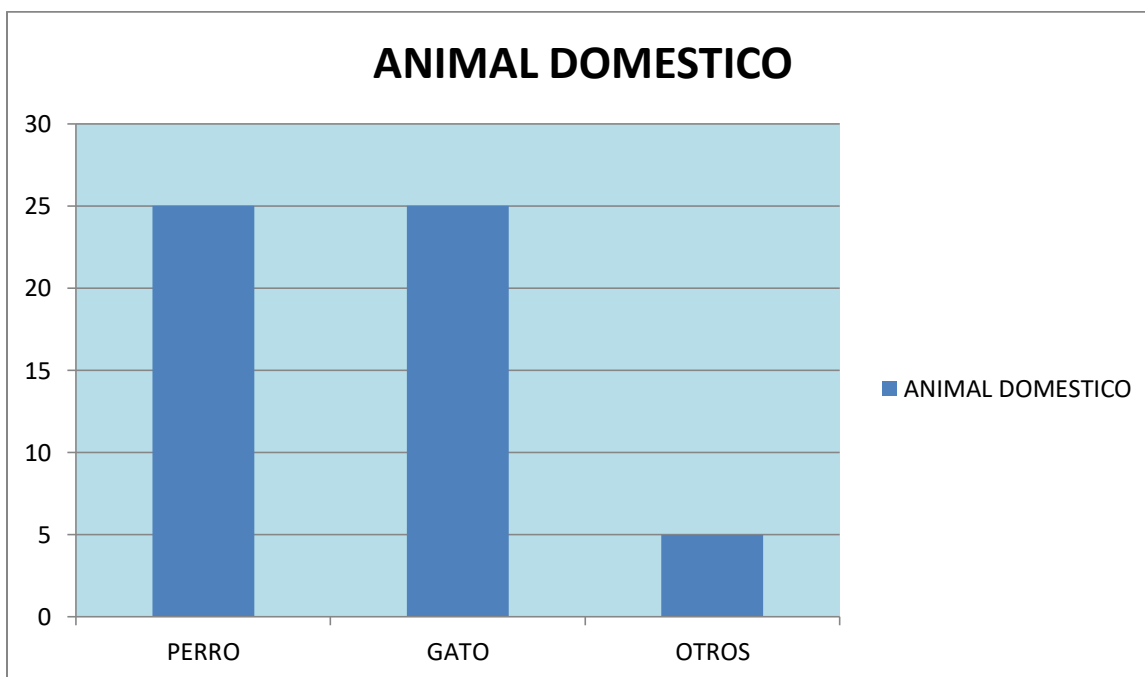
Los tipos de animales a los que se expusieron los pacientes que conviven con estos son 55 pacientes de los cuales 25 niños conviven con perros (45.45%), los gatos también 25 niños representando el 45.45 %; mencionan también convivencia con otros tipos de animales entre ellos hámster , aves, peces; solo 5 pacientes representando el 9.1%. (Tabla 9. Grafica 9)

TABLA 9. TIPO DE ANIMALES DE CONVIVENCIA CON PACIENTES DE RINITIS ALERGICA

ANIMALES DE CONVIVENCIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
PERRO	25	45.45
GATO	25	45.45
OTROS	5	9.1
TOTAL	55	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 9. TIPO DE ANIMALES DE CONVIVENCIA CON PACIENTES DE RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

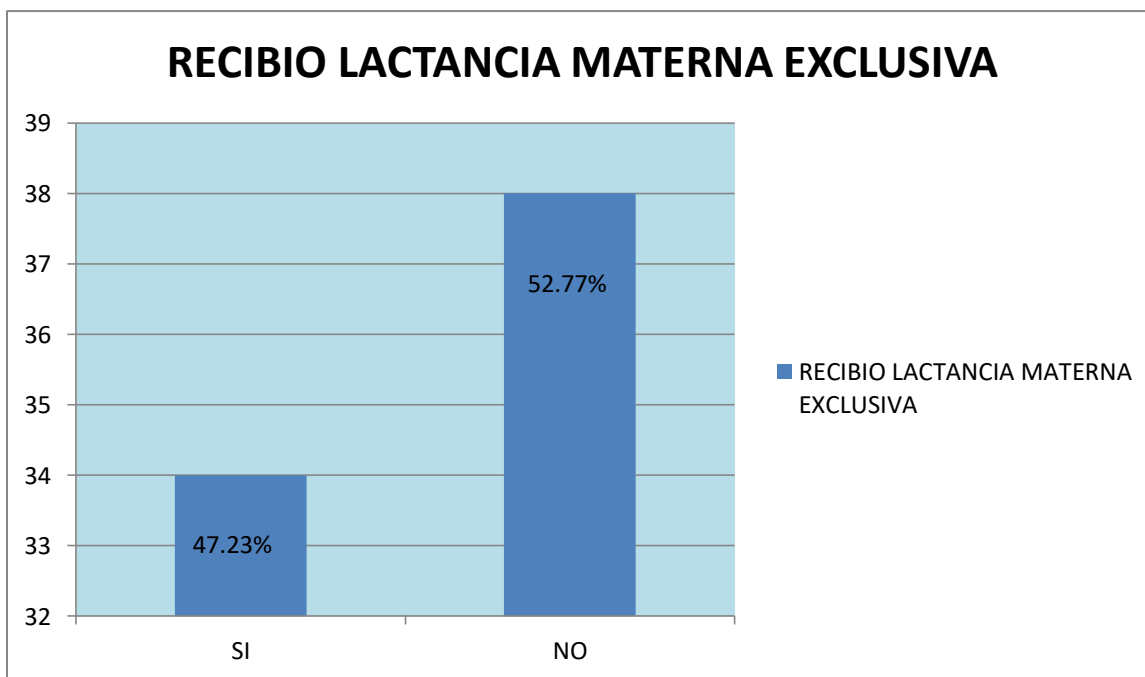
Respecto a los pacientes que padecen rinitis alérgica 34 recibieron lactancia materna exclusiva representando el 47.23 %, y 38 pacientes no recibieron lactancia materna exclusiva, representando el 52.77%. (Tabla 10. Grafica 10)

TABLA 10. PACIENTE CON RINITIS ALERGICA QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

RECIBIO LACTANCIA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SI	34	47.23
NO	38	52.77
TOTAL	72	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 10. PACIENTE CON RINITIS ALERGICA QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

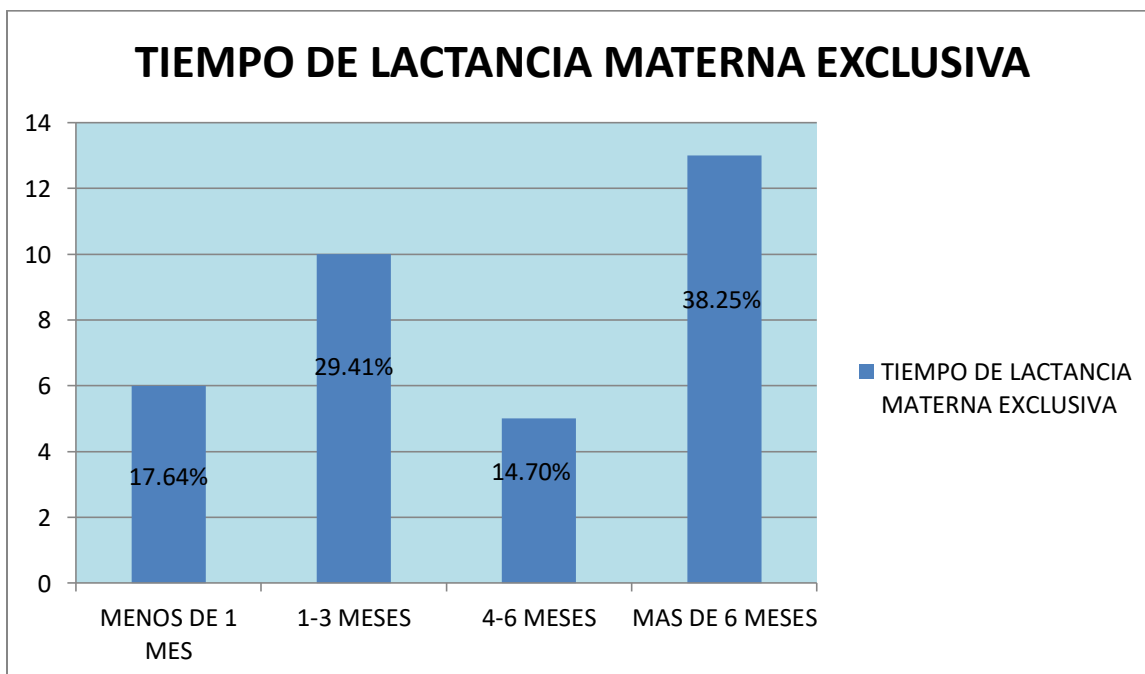
De los pacientes con rinitis alérgica que recibieron lactancia materna exclusiva, un total de 34 pacientes; encontramos que recibieron menos de un mes 6 pacientes representando el 17.64 %; de 1-3 meses 10 pacientes representando el 29.41%; de 4 a 6 meses, 5 pacientes que representan 14.70%, y de los pacientes que recibieron por más de 6 meses la lactancia exclusiva ala seno materno fueron 13 representando el 38.25%. (Tabla 11. Grafica 11)

TABLA 11. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PACIENTES CON RINITIS ALERGICA

DURACION DE LACTANCIA MATERNA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 1 MES	6	17.64
DE 1 A 3 MESES	10	29.41
DE 4-6 MESES	5	14.70
MAS DE 6 MESES	13	38.25
TOTAL	34	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 11. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PACIENTES CON RINITIS ALERGICA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

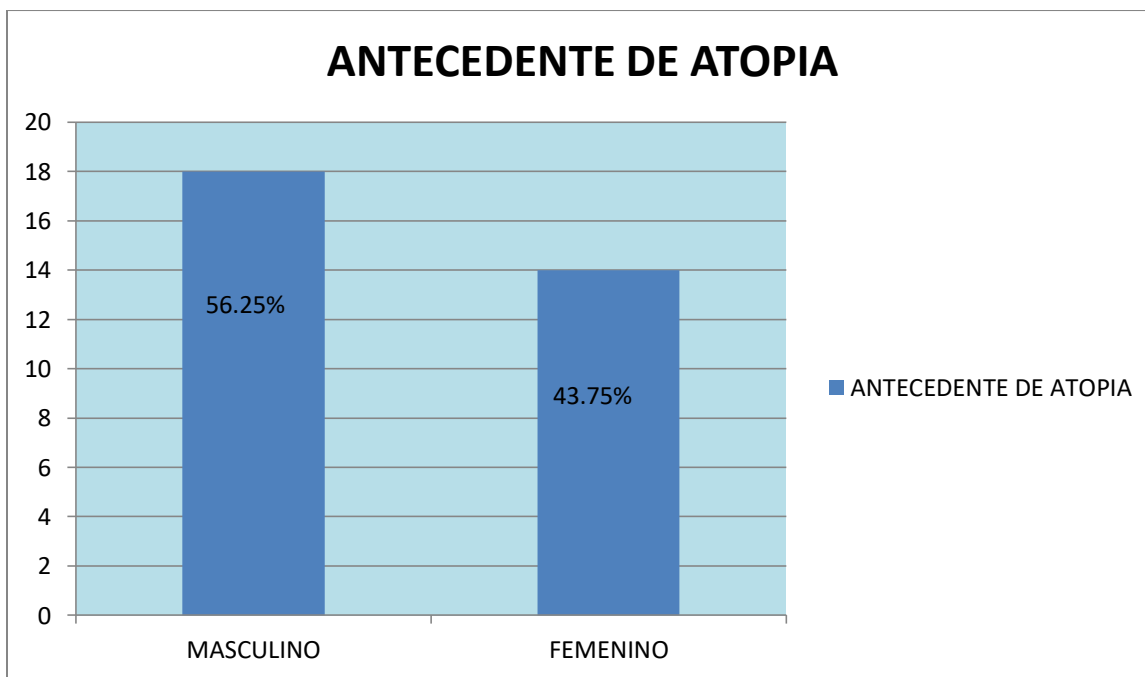
De los pacientes que tienen antecedente de atopia ya sea por parte de madre, padre o hermanos (44.45% del total de la muestra) el 56.25% son del género masculino y el 32.44% son del género femenino. (Tabla 12. Grafica 12)

TABLA 12. GENERO DE LOS NIÑOS QUE TIENEN ANTECEDENTE DE ATOPIA

GENERO	PACIENTES CON ATOPIA	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	18	56.25
FEMENINO	14	43.75
TOTAL	32	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 12. GENERO DE LOS NIÑOS QUE TIENEN ANTECEDENTE DE ATOPIA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

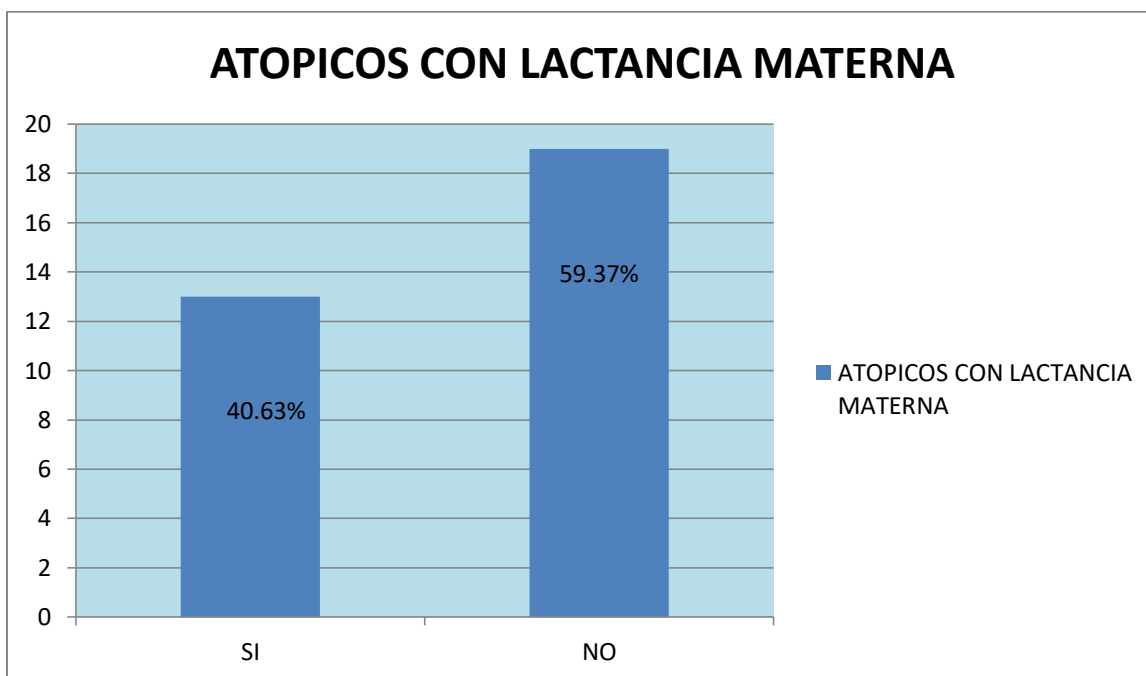
De los pacientes con rinitis alérgica que presentaron atopia (32 pacientes, 44.45% del total de la muestra), 13 recibieron lactancia materna (59.37%) y 19 pacientes, 40.63 % no recibieron lactancia materna. (Tabla 13. Grafica 13)

TABLA13. PACIENTES ATOPICOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA

RECIBIERON LACTANCIA MATERNA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
SI	13	59.37
NO	19	40.63
TOTAL	32	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

GRAFICA 13. . PACIENTES ATOPICOS QUE RECIBIERON LACTANCIA MATERNA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

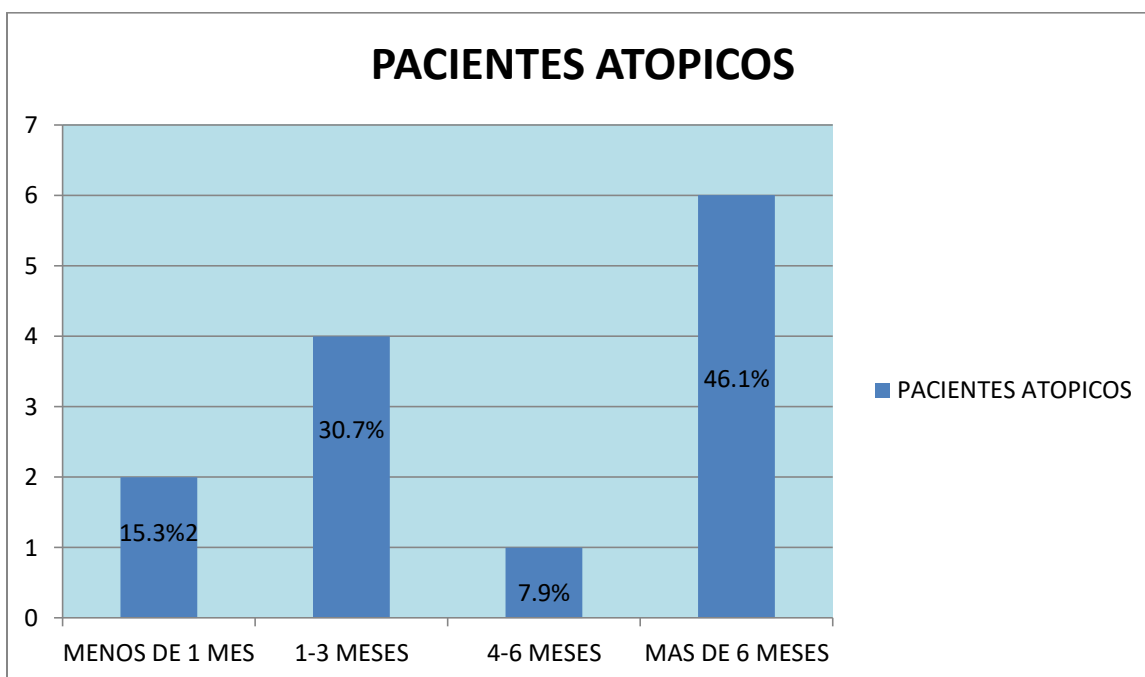
De los pacientes con rinitis alérgica que presentaron atopía (32 pacientes, 44.45% del total de la muestra), 13 recibieron lactancia materna (59.37%), el 15.3% la recibió menos de 1 mes, 30.7% la recibió de uno a 3 meses; 7.9% recibió lactancia materna por 4-6 meses y el 46.1% recibió lactancia materna por más de 6 meses. (Tabla 14. Grafica 14)

TABLA 14. EDAD HASTA LA CUAL LOS PACIENTES ATOPICOS RECIBIERON LACTANCIA MATERNA

DURACION DE LACTANCIA MATERNA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 1 MES	2	15.3
1 – 3 MESES	4	30.7
4-6 MESES	1	7.9
MAS DE 6 MESES	6	46.1
TOTAL	13	100

FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

Grafica 14. EDAD HASTA LA CUAL LOS PACIENTES ATOPICOS RECIBIERON LACTANCIA MATERNA



FUENTE: SABANA DE DATOS DE CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PARA RINITIS ALERGICA

4. DISCUSION

Existe gran variedad de factores de riesgo que han sido propuestos como promotores o protectores del desarrollo de enfermedades alérgicas, pero los resultados han sido contradictorios. El cuestionario diseñado para estimar la frecuencia de enfermedades alérgicas del grupo ISSAC, es una valiosa herramienta que ha permitido evaluar desde el punto de vista epidemiológico el comportamiento de dichas entidades, pudiendo ser aplicado en diferente tipos de población, área geográfica, así como en diferentes periodos de tiempo. Se utilizó un cuestionario de síntomas estandarizado y validado a partir de la Fase III de ISSAC, fue aceptado y realizado por los padres de los pacientes incluidos en el estudio, se recopiló de manera más precisa información acerca de los factores de riesgo, en particular atopia, tabaquismo, convivencia con animales y lactancia materna.

La presentación de los diferentes factores de riesgo en pacientes con rinitis alérgica fue muy similar en ambos sexos. La influencia del sexo en la frecuencia de las enfermedades alérgicas ha sido reportada repetitivamente en los estudios que han empleado la metodología del grupo ISSAC, los niños tienen mayor predisposición que las niñas durante la etapa preadolescente lo cual coincide con nuestros resultados.

En predominio de género, nuestro estudio reporta resultados de mayoría del género masculino y en el estudio de Pac-Sa⁽¹⁶⁾ hay predominio género femenino. Cerino Javier y cols.⁽²⁵⁾, encontró que la rinitis alérgica se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino lo que concuerda con el presente estudio donde el predominio del género masculino con diagnóstico de rinitis alérgica con edad media de 6 años de edad, la mayor numero de pacientes se encuentra entre los 7 y 12 años.

Bedolla –Barajas y cols⁽⁵⁾, en Ciudad Guzmán México y Cerino Javier y cols.⁽²⁵⁾, mencionan el antecedente de enfermedad alérgica en algún miembro de la familia como factor de riesgo asociado significativamente a rinitis alérgica, nuestro estudio reporta atopia, pero en menor significancia, solo menos del 50% de los pacientes que padecen rinitis alérgica, lo que sugiere que no es un factor determinante pero si muy importante en el desarrollo de la misma. Se consideran para atopia, padecimientos de padre, madre o hermanos.

Respecto de la exposición a humo de tabaco en escolares de siete años de edad, en Trinidad y Tobago, por Monteil y cols.⁽²⁶⁾, así como en otros estudios transversales, se ha considerado el hecho que los padres o los abuelos fumen como factor de riesgo de rinitis, aunque hay discusión al respecto. En un estudio

realizado en México por Bedolla –Barajas y cols.⁽⁵⁾, no encontraron asociación con diagnóstico de rinitis alérgica y el antecedente paterno o materno de tabaquismo, lo que contrasta con los resultados de este estudio en donde si predomina el antecedente de tabaquismo en pacientes diagnosticados con rinitis alérgica y las personas que son responsables de la exposición son el padre, siguiendo en frecuencia la madre y otras personas como tíos, hermanos, abuelos.

En este estudio se encontró que los factores de riesgo en cuanto a tabaquismo pasivo se debe a exposición por parte del padre en contraste con el estudio de Pac-Sa María Rosario y col.⁽¹⁶⁾, Castellón España, donde el tabaquismo predominante es por parte de la madre en casa.

En cuanto a convivencia, de pacientes diagnosticados con rinitis alérgica y animales domésticos, en nuestro estudio se observa que si existe esta asociación de convivencia como antecedente de importancia en el momento del diagnóstico de rinitis alérgica, (perros, gatos, hámster, aves), lo cual concuerda con un estudio de la presencia de animales domésticos: gatos y perros; realizado por Morales Suarez- Varela y cols.⁽²³⁾, donde mencionan una asociación entre la exposición de animales domésticos y el diagnóstico rinitis alérgica en el 14.5% de su población estudiada, concluyendo que es debido probablemente a sensibilización provocada en los niños. Acevedo Villafañe y cols.⁽²⁴⁾, menciona que sobre todo las aves es un factor asociado desfavorablemente para el desarrollo de enfermedades alérgicas.

La lactancia materna como factor de riesgo, o factor protector dependiendo del tiempo de la misma, en nuestro estudio reporta un porcentaje importante de los pacientes que padecen rinitis alérgica los cuales recibieron lactancia materna exclusiva por menos de 6 meses; coincide con Acevedo-Villafañe y cols.⁽²⁴⁾, quienes al evaluar la relación entre las prácticas de la lactancia materna y el desarrollo de las enfermedades alérgicas como asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica; obtuvieron como resultado que los niños que recibieron por menos tiempo lactancia materna exclusiva (en promedio 3 meses) padecían alguna de ellas; y de la misma manera en un estudio realizado en México por Bedolla – Barajas y cols.⁽⁵⁾, se encontró que los niños a los que no se les ha diagnosticado rinitis alérgica tienen como antecedente mayor frecuencia de alimentación al seno materno. Algunos trabajos indican que los efectos benéficos de la lactancia materna se ven más en niños en que los padres tienen enfermedades atópicas. El impacto de la leche materna en el desarrollo de enfermedades alérgicas aún permanece controversial.

5. CONCLUSIONES

- La rinitis alérgica es considerada como una enfermedad multifactorial con reconocida importancia del factor hereditario, como atopia familiar, y existen factores ambientales, como la influencia del tabaquismo por parte de los padres, (lo que probablemente modifiquen la respuesta inmune de los niños y conduzca hacia el desarrollo de la enfermedad alérgica); observando estos factores en conjunto, existe una estrecha relación respecto a los niños en los que se diagnostica rinitis alérgica; considero de suma importancia tomar medidas en cuanto a la mayor difusión del problema del tabaquismo, haciendo énfasis en las consecuencias importantes sobre el tabaquismo pasivo en los niños; ya que el componente atópico no se puede prevenir.
- En conjunto no todos los factores de riesgo hallados pueden explicarse gracias a la llamada “hipótesis higiénica” sobre el incremento reciente de las enfermedades alérgicas, debatida en la actualidad; en este caso parece prosperar una hipótesis más basada en cambios ambientales y culturales. Los factores de riesgo prevalentes vislumbran intervenciones específicas en la prevención de esta patología.
- Se destaca la importancia de la convivencia de los animales con los niños, como factor importante de riesgo presente al diagnóstico de rinitis alérgica, haciendo hincapié en la adecuada información a mujeres que desean o se encuentran embarazadas, en consulta general o consultas prenatales, del riesgo que puede implicar tener convivencia estrecha con animales principalmente perros, gatos y aves.
- Nuevamente se confirma la importancia de la lactancia materna desde el nacimiento, ya que además de favorecer el apego materno y la convivencia madre e hijo, puede ser un factor protector para el desarrollo de enfermedades alérgicas entre ellas la rinitis alérgica, por lo que la difusión de lactancia materna exclusiva y/o como alimento más importante después de la ablactación puede evitar padecer estas enfermedades.
- Las limitaciones de este estudio radican en la estimación transversal de los factores de riesgo, las diferencias en la participación por edad, sexo; los casos detectados de curso crónico, los potenciales sesgos de memoria de los padres y las diferencias socioculturales en la comprensión y llenado de los cuestionarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Villafáfila Ferrero, Rosa; Sanjuan Sanchis Estefania; Fuentes Arias Miguel; Rinitis no infecciosa. Formacion Médica Continuada en Atención Primaria. 2011; 18(8): 470-80.
2. Lozano, Alejandro; Croce. Víctor H. y cols. Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Neumología y Comité de otorrinolaringología de SAP Filial Córdoba. Concenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría. Arch Argent Pediatr 2009;107(1):67-81.
3. Saranz, Ricardo J. y cols. Comité Nacional de Alergia, Sociedad Argentina de Pediatría, Subcomisiones, Comités y equipos de trabajo. Inmunoterapia con alérgenos para la prevención y el tratamiento de las enfermedades alérgicas respiratorias de la infancia. Arch Argent Pediatr 2010;108(3):258-265.
4. Narvaéz-Gómez, Eliot Iván; Prevalencia de sensibilización a aeroalergenos en pacientes con rinitis alérgica en el sur de Bolivia VacciMonitor 2016;25(2):49-54.
5. Bedolla Barajas Martín; Cuevas Rios German; Prevalencia y factores asociados a la rinitis alérgica en escolares de ciudad Guzmán, México. Revista de investigación clínica. Vol 62, Num. 3. Mayo-Junio, 2010. pp 244-251.
6. Navarro Ana; Anton Encarnacion; et col; Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Rinitis. 2010 pp 7-14
7. Seidman M, Gurgel R, Nnacheta L y colaboradores. Diagnóstico y tratamiento de la Rinitis Alérgica. Colección guías distinguidas serie enfermedades respiratorias vol 2 no. 1 mayo 2015.
8. Moreno Dávila José Fernando, Brito Jurado Iván, Jaramillo Oyervide Julio; Prevalencia de Rinitis Alérgica y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Marzo –Agosto 2014. Panorama Medico volumen 8 no. 2 noviembre de 2014 pp. 50-55.
9. Rodríguez Olimpo, Labrada Alexis, Celio Rodolfo. Comparación de la potencia de extractos alergénicos de ácaros en pacientes con asma y rinitis alérgica. VacciMonitor 2012;21(1):25-29.
10. Moreno María, Tassinari Paolo, Antihistamínicos y Rinitis Alérgica. Informe Médico 2012; 14 (1):19-25.
11. Munyo Andrés; López Paullier Matías; Schiavo Luis. Rinitis Alérgica factor de riesgo para asma. Tendencias en medicina. Mayo 2011 pp. 97-101.
12. Baena-Cagnani Carlos, Sánchez Borges Mario, Zernotti Mario E, Larenas-Linnemann Désireé. ARIA (Rinitis Alérgica y su impacto en Asma). Logros en 10 años y necesidades futuras en América Latina. Revista Alergia México 2013;60:184-192.
13. Larenas-Linnemann Désireé. Mayorga-Butron José Luis, ARIA México 2014 Adaptación de la Guía de Práctica Clínica ARIA 2010 para México. Metodología ADAPTE. Revista Alergia México 2014;61 (Supl. 1):S3-116.

14. ARIA 2007 WORKSHOP REPORT, WHO, ALLERGEN, WONCA, Magnament of allergic rhinitis and its impact on Asthma Pocket guide. Pp1-7.
15. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-041-08 pp 7-31.
16. Rosario Pac-Sa, Museros –Recalata Lidon, Arnedo-Pena Alberto, Factores de Riesgo de síntomas de rinitis alérgica en adolescentes de Castellon España. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 23 (5),2008 pp 333-340.
17. Okubo Kimihiro, Kurono Yuichi, Ichimura Keiichi, Japanese guidelines for allergic rhinitis 2017, Japanese Society of Allergology. Allergology International 66 (2017) 205-219.
18. Bailón Franco, Nydia; Huerta López Jose G.; Gutiérrez Hernandez J. Alonso; Diagnóstico diferencial de la eosinofilia periférica y nuevas opciones de tratamiento. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas Vol. 21, Num. 2 Mayo-Agosto 2012 pp 63-71.
19. Beasley Richard, MBChB, FRACP; International patterns of the prevalence of pediatric asthma The ISSAC program; Pediatr Clin N Am 50 (2003) 539-553.
20. Goycochea Valdivia, Walter Alfredo; Hidalgo Tunque Carlos Martin; Hernández Díaz Herminio; Centeno Huaman Jorge. Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2-7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Peru.2011
21. Organización Mundial de la Salud. Factores de Riesgo 2017 http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
22. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 9(1):10-16, Ene 2005
23. Morales Suarez-Varela; Jimenez-Lpez; Llopis- Gonzalez y Garcia Marcos, Estudio de la presencia de animales domesticos: gatos y perros, y su papel en el asma, la rinitis alérgica y la dermatitis atópica en niños , cartas de investigación, Atencion Primaria 2005; 36(9) 525-526.
24. Acevedo Villafañe, Claudia; Latorre Latorre, Fidel; Cifuentes Cifuentes Liliana; Diaz-Martinez Luis Alfonso y Garza Acosta Oscar; influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños. Atencion Primaria 2009;41(12):675-680.
25. Cerino Javier Ruth; Carballo Cruz Martin; Garcia Caballero Rodolfo; estigmas atópicos en preescolares con rinitis alérgica; Revista de Alergia, Asma e inmunología Pediátricas; Vol 16 num 2. Mayo-Agosto 2007 pp:47-53
26. Monteil MA, Joseph G, y cols., Smoking at home in strongly associated with symptoms of asthma and rinitis in children of primary school age in Trinidad and Tobago. Rev Panam Salud Publica 2004;16(3):193-8.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): NO APLICA ES OBSERVACIONAL

Beneficios al término del estudio: IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

MC NANCY YURINA TORRES ALMAZAN

Colaboradores:

M.F. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES
M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY

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:

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS)

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en pacientes de 1 a 19 años en la UMF 234 del IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	UMF 234 VILLA DE COLORINES VALLE DE BRAVO
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIAN A RINITIS ALERGICA
Procedimientos:	APLICACIÓN DE CUESTIONARIO, OBSERVACIONAL
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MEJORAR TRATAMIENTO E IDENTIFICAR FACTORES DE EXACERBACION
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LAS NECESARIAS
Participación o retiro:	DECISIÓN DEL PACIENE
Privacidad y confidencialidad:	COMPLETAMENTE

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.
 Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA ES OBSERVACIONAL
Beneficios al término del estudio:	IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	MC NANCY YURINA TORRES ALMAZAN
Colaboradores:	M.F. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY

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:

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ANEXO 3

Ficha de identificación

1. Nombre _____
2. Numero de seguridad social _____
3. Edad _____
4. Sexo _____
5. Escolaridad _____

Cuestionario sobre factores de riesgo de rinitis alérgica:

1. ¿El niño/a toma algún medicamento (aerosol, inhalador, pastillas, jarabes, cremas, spray nasal, gotas) para rinitis alérgica?

SI _____ NO _____

2. El médico le ha diagnosticado alguna vez al niño/a que padecía asma/neumonía/bronquitis/ sinusitis/otitis.

SI _____ NO _____

3. El médico ha diagnosticado que la madre, el padre, o los hermanos del niño/a han padecido: asma/rinitis alérgica/Dermatitis atópica?

SI _____ NO _____

4. ¿Fuman los padres, hermanos/as u otros convivientes en casa?

SI _____ NO _____

Padre/madre/otro (hermanos, etc.)

5. ¿Ha habido animales en casa?

Alguna vez: perro, gato, otro. _____

En la actualidad: perro, gato, otro. _____

6. ¿El niño/a recibió exclusivamente lactancia materna?

SI _____ NO _____

En caso afirmativo, podría indicar ¿cuántos meses duró esta lactancia?

Menos de un mes ____ 1–3 meses ____ 4–6 meses ____ más de 6 meses ____

7. ¿El niño/a ha asistido a una guardería antes de los tres años?

SI _____ NO _____

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando empezó a ir a la guardería?

Seis meses o menos ____ De 7–12 meses ____ 1 año ____ 2 años ____

8. ¿Tiene el niño/a hermanos/as mayores?

SI _____ NO _____

¿Cuántos son mayores que él/ella? _____

9. ¿Tiene el niño/a hermanos/as menores?

SI _____ NO _____

¿Cuántos son menores que él/ella? _____

10. ¿Cuál es la edad de los padres del niño/a?

Madre _____ Padre _____

11. ¿Con qué frecuencia pasan camiones por la calle donde vive el niño/a en días laborables?

Nunca _____ Rara vez _____ Frecuente _____ Constante _____

12. ¿Podría indicar la ocupación de los padres?

Padre _____ Madre _____

Observaciones _____

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE GANNT

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL				
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RINITIS ALÉRGICA EN PACIENTES DE 1 A 19 AÑOS EN LA UMF 234 DEL IMSS				
NOMBRE M.C NANCY YURINA TORRES ALMAZAN				
PROGRAMADO		ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL	
2017-2018			2018-2019	
1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE		1ER. SEMESTRE	2DO. SEMESTRE
		Planteamiento del problema		
		Revisión y análisis de bibliografía		
		Selección Director de Tesis		
		Justificación		
		Formulación de objetivos		
		Material y métodos		
		Resumen del proyecto		
		Presentación del protocolo al CLIS		
		Elaboración de correcciones sugeridas por CLIS		
		Presentación de correcciones al CLIS		
		Recolección de datos		
		Codificación de los datos		
		Análisis estadístico de los datos		
		Elaboración de cuadros y graficas de los datos		
		Redacción de resultados		
		Redacción de Discusión conclusiones		
		Informe Final al CLI		
		Difusión de los resultados		
		Redacción del escrito científico		
		Publicación de los resultados		
Elaboró:		M.C NANCY YURINA TORRES ALMAZAN		