

MARIA ALVAREZ.
THAYDE DI GREGORIO
JOSE MEDINA
JESUS SAYEGLE
CARLOS TONOS
JUAN VARELA

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCION
INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I
“SANTA ROSA” EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

BARQUISIMETO, NOVIEMBRE 2009

MARIA ALVAREZ.
THAYDE DI GREGORIO
JOSE MEDINA
JESUS SAYEGLE
CARLOS TONOS
JUAN VARELA

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE
ATENCION INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I "SANTA ROSA" EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

BARQUISIMETO, NOVIEMBRE 2009

UNIVERSIDAD CENTOCCIDENTAL “LISANDRO ALVARADO”

DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD DR PABLO ACOSTA ORTIZ.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
MEDICINA INTEGRAL EN EL MEDIO URBANO

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE
ATENCION INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I “SANTA ROSA” EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

AUTORES:

MARIA ALVAREZ
THAYDE DI GREGORIO
JOSE MEDINA
JESUS SAYEGLE
CARLOS TONOS
JUAN VARELA

TUTORA:

DRA. ZULEIMA ATACHO.

ASESORA:

DRA. ANA JARA.

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE
ATENCION INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I "SANTA ROSA" EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

TUTORA.

DRA. ZULEIMA ATACHO

ASESORA.

DRA. ANA JARA.

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE
ATENCION INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I "SANTA ROSA" EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

MARIA ALVAREZ.
THAYDE DI GREGORIO
JOSE MEDINA
JESUS SAYEGLE
CARLOS TONOS
JUAN VARELA

TUTORA.
DRA. ZULEIMA ATACHO

JURADO

JURADO

BARQUISIMETO, NOVIEMBRE 2009

DEDICATORIA

“A toda la comunidad de Santa Rosa en especial a su patrona la Divina Pastora por ayudarnos e iluminar nuestro camino en el desarrollo de esta investigación. Así como también a nuestros padres por su apoyo incondicional en todo momento”

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su agradecimiento en primer lugar a Dios por darnos fuerza, paciencia y sabiduría. Agradecemos a nuestros padres por ser nuestros grandes apoyos, a todo el equipo de trabajo del ambulatorio de Santa Rosa por recibirnos y permitirnos ser parte de ellos, a todos los pacientes que formaron parte de esta investigación por su valiosa colaboración, a la Dra. Zuleima Atachacho, tutor, y a la Dra. Ana Jara, asesora metodológica, por sus valiosas enseñanzas y guía durante la investigación.

FRECUENCIA DE RINITIS ALERGICA, ASMA Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES EN EDAD PEDIATRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE
ATENCION INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I “SANTA ROSA” EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.

MARIA ALVAREZ, THAYDE DI GREGORIO, JOSE MEDINA,
JESUS SAYEGLE, CARLOS TONOS, JUAN VARELA.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, transversal con pacientes en edad pediátrica que acudieron a l Ambulatorio Tipo I de Santa Rosa, para determinar frecuencia de Rinitis alérgica, Asma y algunos factores de riesgo, durante el período Junio- Noviembre 2009. La muestra estuvo constituida por 54 niños en edades entre 1 mes y 12 años, de ambos sexos, que accedieron a colaborar con la investigación. Se les realizó historia clínica, examen físico y se les aplicó una encuesta de preguntas cerradas distribuidas en VIII partes, posteriormente para corroborar los diagnósticos se realizaron pruebas de IgE sérica específica para ambas patologías, citología nasal y Rx de tórax. Basados en los parámetros del laboratorio, la clínica y lo interrogado en la encuesta, se determinó que 20 de los pacientes presentaban rinitis alérgica, 14 asma y 20 eran pacientes sanos. Según grupo etario la rinitis predominó 75% en lactantes menores y el asma 55% en escolares. El sexo masculino predominó 52% en la rinitis alérgica, en el asma para ambos sexos la frecuencia fue de 41%. De los pacientes en contacto con animales domésticos 56% presentó rinitis alérgica y 43% asma. De los pacientes tanto con rinitis como con asma el 95% estuvo expuesto al polvo casero. De los pacientes expuestos al humo de cigarrillo 95% presentó rinitis y 71% asma. Por último se determinó que 69% de los expuestos a caña de azúcar presentó rinitis alérgica y 57% presentó asma. Se espera que los resultados obtenidos sean útiles para informar a la población, crear programas de prevención de estas afecciones, con el objeto de disminuir su aparición y que sirva de referencia para estudios ulteriores.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	VIII
RESUMEN	IX
INDICE.....	X
I. INTRODUCCION	11
II. METODOLOGIA	22
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSION	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS.....	46

I. INTRODUCCION

Las enfermedades alérgicas son una causa importante de morbilidad infantil que afecta la calidad de vida de esta población y sus familiares a escala mundial, siendo la rinitis alérgica y el asma desde el punto de vista respiratorio, las enfermedades crónicas más frecuentes en salud pública ¹.

Se presentan como inflamación de las mucosas, causada por el contacto permanente con un alérgeno, el cual conduce a una sobreproducción de IgE y liberación de sustancias inflamatorias. Se conoce como alérgeno al antígeno capaz de desencadenar una respuesta humoral y celular de hipersensibilidad inmediata ².

Los niveles normales de IgE están entre los 50 mg/ml mientras que en personas atópicas se pueden encontrar elevados hasta 1000mg/ml. La atopia es la predisposición genética de responder ante un alérgeno con el que se tuvo un contacto primario previo, produciéndose así una sensibilización inmunológica ².

Durante el contacto primario con el alérgeno, se desencadena una respuesta inmunológica tipo TH2, es decir, linfocitos capaces de producir citoquinas como IL4 principalmente (citoquina central de la respuesta), y otras como IL13, IL5 e IL6, las cuales promueven y regulan un incremento en la concentración de IgE a nivel local y sistémico que permanecerá durante el tiempo. Al realizarse un segundo contacto con el alérgeno, esta respuesta TH2 se desencadena nuevamente pero con una producción de IgE mucho mayor a la primaria y conjuntamente se induce la migración de otras células como macrófagos, mastocitos, basófilos y eosinófilos que secretan mediadores inflamatorios tales como histamina, prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos, dando como resultado una

reacción de de hipersensibilidad inmediata con inflamación crónica de mucosas de vías aéreas en este caso².

La Rinitis Alérgica (RA) se describe como una inflamación de la mucosa nasal después de la exposición a uno o varios alérgenos determinados, esta patología afecta a la población en general y su prevalencia está aumentando en la actualidad cada día más, en países como Inglaterra y Australia la prevalencia es de 10% y 28%, en los Estados Unidos es del 20% , en México del 5 y 10% y en Venezuela del 20%, considerándose de gran importancia por el impacto sobre la calidad de vida y el rendimiento escolar³.

Se cree que dicha enfermedad es frecuentemente infradiagnosticada e infratratada por no tomar en cuenta los factores de riesgo, factores predisponentes y la clínica que la caracteriza, por lo cual desde 1995 se creó el programa educativo de Rinitis Alérgica y su Impacto en Asma (ARIA), que en colaboración con la Organización Mundial de la Salud definieron el concepto, la clínica, factores y lineamientos necesarios para un buen y precoz diagnóstico de la RA³.

Según el ARIA se define el cuadro clínico de la RA con la siguiente sintomatología:

Rinorrea hialina, estornudos en salva de predominio matutino o nocturno, prurito y obstrucción nasal y al examen físico: mucosa nasal pálida, hipertrofia de cornetes, obstrucción nasal por edema de la mucosa nasal, surco nasal en el dorso de la nariz en su tercio inferior, respiración bucal, ojeras y líneas de Dennie-Morgan (doble pliegue palpebral) principalmente³. (Anexo 1)

La clasifica en intermitente y persistente con base en el tiempo de duración de los síntomas y de acuerdo con la intensidad de los síntomas y la calidad de vida, se clasifica en: leve y moderada-severa³.

Intermitente: menor de 4 días a la semana o menor de 4 semanas.

Persistente: mayor de 4 días a la semana y mayor de 4 semanas

Leve: el sueño es normal, sin impedimento de las actividades diarias, no afecta la escolaridad ni el trabajo y no presenta síntomas problemáticos

Moderada/Grave: (se diagnostica con un síntomas o más) sueño anormal, impedimento para realizar las actividades diarias, escolaridad y trabajo, presentando síntomas problemáticos.

En cuanto a los alérgenos más relacionados con la RA son los aeroalergenos, más que los alimentos; por lo general proceden de plantas, animales o insectos. Los alérgenos intradomiciliarios más frecuentes son: los ácaros, las cucarachas, otros insectos y los animales domésticos (perros, gatos y aves) siendo los extradomiciliarios más comunes los pólenes y los hongos. El principal agente desencadenante relacionado con la contaminación dentro del hogar es el humo del tabaco y en el ambiente extradomiciliario los más estudiados son: el bióxido de carbono, el bióxido de azufre, el ozono y las partículas suspendidas en el aire⁴.

Para realizar un diagnóstico consistente de RA se debe tomar en cuenta la clínica, examen físico y paraclínicos, como las pruebas cutáneas de alergia o determinación de IgE específica frente a alérgenos en suero y la citología nasal⁵.

El Asma, es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias inferiores que está conformado por el árbol bronquial, fisiopatológicamente ocurre obstrucción episódica variable al flujo aéreo de manera reversible tanto espontánea como acológicamente, inducida por estímulos extrínsecos (alérgenos) e intrínsecos (predisposición genética) que desencadenan una respuesta inmunológica de hipersensibilidad inmediata. Esta inflamación crónica aumenta el carácter contráctil de las vías aéreas inferiores (Hiperreactividad bronquial) frente al estímulo, que causa espasmo muscular liso y edema de la mucosa, que conlleva a la hipersecreción de moco, lo cual contribuye a la obstrucción del flujo aéreo ². Se calcula que alrededor de 55 millones de personas en el mundo sufren de asma con una tasa de crecimiento anual del 2.3% ¹.

Dado que se trata de una enfermedad de elevada prevalencia en morbilidad, impone una carga económica considerable, aunque en los últimos años se han realizado grandes avances en la terapéutica, todavía está entre las principales causas de atención de emergencias y hospitalización en niños ^{1,2}.

El Asma se caracteriza por episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos, especialmente nocturna o durante la madrugada ⁶.

Entre los factores de riesgo más importantes se incluyen la exposición a alérgenos (ácaros en el polvo casero, animales, cucarachas, pólenes y moho), irritantes ocupacionales, humo de cigarrillo, infecciones respiratorias virales, ejercicio, estado de ánimo, irritantes químicos y medicamentos (aspirina y beta bloqueantes) ⁶.

Al igual que la RA el asma fue clasificada, en este caso no solo por ARIA, sino también por Iniciativa Global para el Asma (GINA), el Programa Nacional de Educación y

Prevención en Asma de Estados Unidos (NAEPP) y el Consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría, los cuales se centran principalmente en estrategias de control de la enfermedad, que puede estar influenciado según ellos, no solo por la severidad intrínseca del proceso, sino también por exposición a factores de riesgo, la calidad de vida y el manejo médico. La clasificación actualmente más utilizada es la clasificación según el GINA: ⁷ (Anexo 2)

Según su nivel de control en:

Controlado / Parcialmente controlado / No controlado

En base a: síntomas diurnos, limitación de actividades, síntomas nocturnos, necesidad de medicamento de rescate, función pulmonar y exacerbaciones ⁷.

Para el diagnóstico definitivo de asma se debe considerar la clínica, el examen físico, determinación de IgE específica frente a alérgenos en suero o pruebas cutáneas de alergia y en algunos casos pruebas de función pulmonar, como la espirometría (estas pruebas son difíciles de realizar en menores de 5 años, ya que no realizan correctamente la técnica) ^{5,6}.

En conclusión, ambas patologías son enfermedades que se correlacionan; están unidas por características epidemiológicas, histológicas, etiológicas, inmunopatológicas y hasta por su tratamiento. Según estudios realizados últimamente se considera un mismo concepto de patología para ambas, donde la rinitis precede frecuentemente la aparición del asma; diferenciándose entre sí por el mecanismo de obstrucción de la vía respiratoria, la

rinitis por hiperemia de los vasos sanguíneos y el asma obstruye por la contracción del músculo liso de la misma vía¹.

La prevalencia de estas patologías es variable de acuerdo al área donde se estudia, tomando en cuenta el ámbito mundial, latinoamericano, nacional y regional. En el mundo entero estas patologías consideradas como atópicas, prevalecen entre 5 y 20%, en el país la prevalencia va de 20 y 30%, siendo de las primeras 25 causas de consulta en las emergencias de hospitales y ambulatorios.

En España, en el Hospital general de Castellón, fue realizado un estudio por Tomador A. y colaboradores en el 2002 que consistió en determinar la incidencia de rinitis alérgica en escolares entre 1994 y 2002 en Castellón según el estudio Isaac, en el cual concluyeron que la incidencia acumulada de rinitis alérgica según la primera definición fue de 9,3 y 1,2 % anual, comparable a las estimadas en estudios de cohorte de poblaciones adolescentes⁸.

En Lima, en el servicio de Emergencia pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia fue realizado un estudio por Pérez J. y colaboradores en el año 2003, que consistió en Prevalencia de Rinitis alérgica en pacientes pediátricos que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el cual concluyeron, la coexistencia de Rinitis alérgica y asma es frecuente en nuestro medio. Es necesario reconocerla para un mejor manejo y hay una falta de conocimiento e información de los padres sobre esta alergia y su relación con el asma⁹.

En España, en la Universidad de La Rioja fue realizado un estudio por Marco H. y colaboradores en el año 2004 que consistió en Rinitis alérgica e hiperactividad bronquial, en el cual concluyeron que según los últimos consensos en el tratamiento y control de la

rinitis alérgica The Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Workshop Report asma bronquial y rinitis alérgica son distintas manifestaciones de una sola vía aérea y de la misma patología. Con los resultados que se han obtenido se sugiere la valoración sistemática de la hiperactividad bronquial en el protocolo de estudio de la rinitis alérgica en pacientes que no refieren clínica de asma bronquial ¹⁰.

En Chile, fue realizado un estudio por Caussade S. y colaboradores en el año 2006, el cual consistió en Prevalencia de síntomas de rinitis alérgica y su relación con factores de riesgo en escolares de Santiago; en el cual concluyeron, que la prevalencia de síntomas de rinitis en los últimos 12 meses y diagnóstico médico de rinitis aumentó significativamente en un período corto de tiempo (6 años). Los resultados apoyan una asociación positiva entre diagnóstico médico de rinitis y situación socioeconómica ¹¹.

En Caracas, en el Hospital de niños J.M de los Rios fue realizado un estudio por Isea L. y colaboradores en Agosto del año 2003, que consistió en Rinitis alérgica y su relación con el asma en el cual concluyeron, que de cada 10 niños con rinitis alérgica 1 ha presentado asma bronquial ¹².

En Chile, fué realizado un estudio por Mallol J. y colaboradores en el año 2000, el cual consistió en Prevalencia del asma en escolares chilenos. Estudio descriptivo de 24.470 niños. ISAAC-Chile; en el cual concluyeron, que la prevalencia de asma en escolares chilenos es tan alta y variable como en los países industrializados ¹³.

En México, fué realizado un estudio por Barraza A. y colaboradores en el año 2001, el cual consistió en Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de ciudad Juárez, Chihuahua; en el cual concluyeron, que la prevalencia de asma tanto por

diagnóstico médico como por síntomas, resulta relativamente baja en relación con otros estudios realizados con la misma metodología, pero las prevalencias de rinitis y eczema fueron altas¹⁴.

En Cuba, en el Hospital docente general “Armando Cardozo” carretera central oeste Gualmaro 72600 Camaguey, fue realizado un estudio por Coronel C. en el año 2003 que consistió en factores asociados al asma bronquial en los niños, en el cual concluyeron la importancia de la atopía en la génesis de este problema y la estrecha relación entre el tabaquismo, el uso de leña en el hogar y la probable presencia de alérgenos de animales domésticos¹⁵.

En Colombia, en la Universidad del Valle, Cali fue realizado un estudio por Arévalo M. y colaboradores, en el año 2003 que consistió en determinar la prevalencia y el comportamiento epidemiológico de las enfermedades alérgicas en preescolares de la ciudad de Cali, en el cual concluyeron: La prevalencia de asma fue 20.6% y de rinitis alérgica 18.1% y su comportamiento diferente, presentándose con más frecuencia el asma en niños de estratos bajos (27% vs 13%) pero en niños de estrato alto la rinitis fue más prevalente (29.3% vs 8.1%). El antecedente familiar de alergia fue más frecuente en los niños con asma que con rinitis. No se encontró asociación entre género, edad o padres fumadores, con alguna de las enfermedades alérgicas¹⁶.

En Colombia, fue realizado un estudio por Mendoza D. y colaboradores en el año 2008, el cual consistió en Identificación de ácaros del polvo casero en colchones y almohadas de niños alérgicos de Santa Marta; en el cual concluyeron, que los ácaros presentes en el polvo casero son de la familia Pyroglyphidae principalmente, con un 84.58%, teniendo a Dermatophagoides faringe como la especie más abundante con un 23.85%, seguido por Dermatophagoides pteronyssinus 7.31%, con niveles superiores a los 500 ácaros/gramo,

considerado como de alto riesgo para sensibilización alérgica , ya que la mayoría de estos ácaros son responsables de un gran número de casos de alergias respiratorias en Colombia, evidenciado por el alto porcentaje de individuos asmáticos que poseen pruebas cutáneas y serológicas positivas para estos¹⁷ .

En Caracas, fue realizado por Martin T. y colaboradores en el año 2002, el cual consistió en Asma leve persistente. Estudio histopatológico de mucosa bronquial y nasal; en el cual concluyeron, que existen cambios inflamatorios en ambas mucosas nasal y bronquial. La severidad del proceso inflamatorio es igual en ambas mucosas y que los pacientes con un comportamiento clínico-funcional leve, presentan cambios inflamatorios activos y severos en todo el tracto respiratorio¹⁸ .

En Barquisimeto, fue realizado un estudio por Beatriz D´Onghia y colaboradores, en el año 2000 que consistió en Prevalencia del Asma, rinitis alérgica, hipertrofia adenoidea, sinusitis y la relación del Asma con estas afecciones en niños de 4 a 9 años de la comunidad de Santa Bárbara del área de influencia del Ambulatorio Urbano tipo III “Don Felipe Ponte H”. Cabudare. Mayo-Septiembre.2000, en el cual concluyeron que los niños con hipertrofia adenoidea y los niños con sinusitis predominaron en todos los tipos de severidad de Asma. En cuanto a las razones de prevalencia se determinó que la presencia de hipertrofia adenoidea conlleva a un aumento de la probabilidad de sufrir Asma, aunque no resultó estadísticamente significativo. Padecer sinusitis aumenta 1.67 veces la probabilidad de sufrir Asma, siendo epidemiológica y estadísticamente significativo. No fue aplicable para Rinitis alérgica¹⁹ .

En Barquisimeto, fue realizado un estudio por Rodríguez J. y colaboradores, en el año 2007 que consistió en Frecuencia de Asma y algunos factores predisponentes en pacientes menores de 6 años que acuden a las diferentes consultas del Ambulatorio urbano tipo I

“Nuevo Barrio”. Barquisimeto. Enero-Mayo 2007, en el cual concluyeron que las condiciones sanitarias deficientes influyen notablemente en la aparición del Asma en los pacientes. Lo que demuestra que los factores de riesgo más frecuentes son prevenibles mediante el diseño de programas educativos dirigidos a las madres representantes y personal del Ambulatorio responsable de la promoción de la salud en la comunidad²⁰.

En Barquisimeto, en el consultorio popular de Chirgua I “Manuelita Sáenz”, del área de salud integral comunitaria Santa Rosa-Lara- Venezuela, fue realizado un estudio por Romero Y. y colaboradores en el 2008, que consistió en Prevalencia de asma bronquial en edad pediátrica, donde concluyeron que el asma predomina en el grupo de 6 a 10 años, sexo masculino y la escolaridad primaria. Predominaron las familias nucleares y los factores de riesgos de mayor incidencia fueron el polvo y las infecciones víricas respiratorias, así como las familias que no tienen control ambiental. Y por último el nivel de conocimiento que tienen sobre asma bronquial tanto en pacientes como familiares es insuficiente²¹.

A todo lo expuesto se le suma el registro de morbilidad de epidemiología del Ministerio del Popular para la Salud, que reporta desde el año 2005 hasta el mes de abril del 2009 que tanto la Rinitis alérgica como el Asma figuran dentro de las primeras 25 causas de morbilidad en municipio de Iribarren, figurando la primera con una tasa de 320,0 en el 2009 y la segunda con una tasa de 878,3 en el 2009²². (Anexo 3).

En la comunidad de Santa Rosa del Municipio Iribarren, no se había realizado estudios sobre la frecuencia de Rinitis alérgica, Asma y sus factores de riesgo; a pesar de ser estas patologías los motivos de consulta más frecuentes en la edad pediátrica de dicha comunidad, que traen como consecuencias: ausentismo escolar y desmejora de la calidad de vida en la población infantil.

Por todo esto se realizó un trabajo descriptivo transversal, para determinar la frecuencia de Rinitis alérgica, Asma y algunos factores de riesgo en pacientes en edad pediátrica que acuden a consulta de atención integral del Ambulatorio Urbano tipo I “Santa Rosa” en el periodo Junio-Noviembre 2009. Donde a demás se determinó la frecuencia de rinitis alérgica y asma según sexo, grupo etario y la exposición o no a factores como el humo de cigarrillo, el polvo casero, la caña de azúcar y animales domésticos .

La importancia de esta investigación radica en que se determinarán todos los factores a los que la comunidad se encuentra expuesta, con el objeto de que el equipo de salud del ambulatorio utilice los datos aportados para crear planes de diagnostico precoz y prevención, y estos sean difundidos a los familiares de los paciente y comunidad en general, buscando el control completo y efectivo de estas patologías y así mejorar la calidad de vida de la población infantil.

II. METODOLOGIA

Se realizo un estudio de tipo descriptivo transversal, según la guía de metodología para la realización del trabajo de investigación de medicina integral en el medio urbano de la Dra. D'Apollo y Colaboradores, ya que la investigación se realizo para determinar la frecuencia de Rinitis Alérgica, Asma y algunos factores de riesgos en pacientes en edad pediátrica que acudieron a la consulta de medicina integral del Ambulatorio Urbano tipo I Santa Rosa en el periodo junio – noviembre 2009 23.

La población estuvo representada por todos los pacientes en edad pediátrica que acudieron a consulta de atención integral del ambulatorio urbano tipo I Santa Rosa, en el periodo de junio – noviembre de 2009; calculada en 73 pacientes según la morbilidad del ambulatorio del mes de mayo 2009 . La muestra estuvo constituida por los pacientes anteriormente mencionados cuyos padres aceptaron que fueran incluidos en el estudio, y estuvo conformada por un número de 54 pacientes aproximadamente. El muestreo fue de tipo no probabilístico por cuotas o accidental, ya que los individuos fueron seleccionados tomando como referencia la edad de los pacientes.

Se notifico y solicito por escrito al Coordinador del Ambulatorio urbano tipo I Santa Rosa el permiso para la realización del estudio (Anexo 4); luego de autorizado, se realizo invitación verbal a todos aquellos pacientes con clínica de rinitis alérgica y asma en edad pediátrica que acudieron a la consulta de medicina integral en dicho ambulatorio, a participar y colaborar con la investigación.

A los familiares de los pacientes que decidieron participar se les solicito: dirección, teléfono y el consentimiento informado por escrito (Anexo 5), para así poder aplicar el

instrumento de recolección de datos el cual nos indico si había o no exposición de los pacientes a los factores de riesgos.

Posteriormente se le realizaron a los pacientes incluidos en el estudio que presentaron la clínica de rinitis y asma las pruebas diagnósticas (IgE sérica, citología nasal y radiografía de tórax), necesarias para corroborar los diagnósticos de rinitis alérgica y asma terminando de recabar todos los datos necesarios para la investigación.

Se solicito por escrito una ayuda financiera a diferentes laboratorios farmacológicos y al Centro de Radiodiagnóstico CENRADI (Anexo 6) para la realización de estas pruebas; obteniendo solo la colaboración del centro de radiodiagnóstico y se autofinancio el resto de los exámenes realizados.

Finalmente, los resultados obtenidos de las pruebas diagnósticas, el instrumento aplicado y los datos recabados en la consulta fueron analizados estadísticamente mediante cuadros; basándose en ellos fueron elaboradas las conclusiones y recomendaciones.

La fuente de recolección de datos fue primaria mediante la técnica de observación usando la exploración física en la consulta, y una encuesta estructurada realizada por el grupo de investigación (Anexo 7) , en la cual se tomaron en cuenta las siguientes variables: datos de identificación del niño y su representante, procedencia, sexo (masculino y femenino), grupo etario (Recién Nacido 0-28días, Lactante menor 29 días-11meses, Lactante mayor 12-23 meses, Pre-escolar 24 meses-5 años, Escolar 6-12 años), síntomas (rinorrea hialina, estornudos, prurito y obstrucción nasal, sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos), exposición a humo de cigarrillo, a ácaros del polvo, animales domésticos como perros, gatos o gallinas y exposición a ceniza de la quema de caña.

El instrumento de recolección de datos agrupo toda la información aportada por la encuesta estructurada, el examen físico realizado en la consulta y el resultado de las pruebas diagnósticas, de las cuales se utilizaron para el caso de la rinitis alérgica la citología nasal y la IgE específica sérica; y en el caso del asma las pruebas realizadas fueron Rayos x de tórax y la IgE específica sérica.

Para corroborar la rinitis alérgica mediante los exámenes paraclínicos se tomaron como positivas todas aquellas pruebas cuyos resultados de IgE específica sérica estuviesen por encima de 60 UI/ML valor de referencia del laboratorio, asociadas a una eosinofilia del 20% o más en la citología nasal. En algunos casos de eosinofilia relativa, en el rango de 10% a 19% se tomo también como positiva si se encontraba asociada a un valor muy alto de IgE específica sérica.

En el caso del asma el valor de la IgE específica sérica que se tomo para corroborar dicha patología fue el mismo que en el caso de la rinitis alérgica, y en cuanto a la Rx de Tórax recordando que el patrón radiológico del paciente asmático es habitualmente normal, sobre todo si no está presentando la crisis en ese momento se tomo por sugerencia de la radiólogo como Rx patológica (positiva para corroborar la patología) todas aquellas que reportaron un patrón congestivo hiliar: Inflamatorio.

La información finalmente obtenida en el instrumento de recolección de datos se ordeno por categoría de variables a estudiar, presentándose en cuadros los resultados obtenidos expresados en números reales y porcentaje.

III. RESULTADOS.

CUADRO N° 1

**FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN
PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA
DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009.**

Grupo etario	RINITIS		ALERGICA		Total	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Lactante menor	6	75	2	25	8	100
Lactante mayor	3	37	5	63	8	100
Pre-escolar	6	43	8	57	14	100
Escolar	5	50	5	50	10	100
Total	20	50	20	50	40	100

Se observó que 75% de los lactantes menores presentaron rinitis alérgica, seguido por 50% de los escolares, 43% los preescolares y por último 37 % de los lactantes mayores.

CUADRO N° 2

**FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN EL GRUPO ETARIO EN PACIENTES DE
EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE
SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-
NOVIEMBRE 2009**

ASMA						
Grupo erario	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lactante menor	-	-	2	100	2	100
Lactante mayor	-	-	5	100	5	100
Pre-escolar	8	50	8	50	16	100
Escolar	6	55	5	45	11	100
Total	14	41	20	59	34	100

Se observó que 55% de los escolares presentaron asma y 50% de los preescolares también la presentó.

CUADRO N° 3

FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

SEXO	RINITIS		ALERGICA		TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	11	52	10	48	21	100
FEMENINO	9	47	10	53	19	100
TOTAL	20	50	20	50	40	100

La presencia de Rinitis Alérgica, predominó 52% en el sexo masculino y 47% en el sexo femenino.

CUADRO N° 4

FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN EL SEXO EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

SEXO	ASMA					
	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	7	41	10	59	17	100
FEMENINO	7	41	10	59	17	100
TOTAL	14	41	20	59	34	100

Se evidenció que tanto para el sexo femenino como para el masculino predominó el Asma 41%.

CUADRO N° 5

FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN EL CONTACTO CON ANIMALES DOMÉSTICOS, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

Contacto con animales domésticos	RINITIS		ALERGICA		Total	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	15	56	12	44	27	100
Ausente	5	38	8	62	13	100
Total	20	50	20	50	40	100

Se demostró que de los pacientes que tenían contacto con animales domésticos 56% presentó rinitis alérgica, mientras que del grupo que negó tener contacto con animales domésticos 38% presentó la patología.

CUADRO N° 6

FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN EL CONTACTO CON ANIMALES DOMÉSTICOS, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

Contacto con animales domésticos	ASMA					
	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	9	43	12	57	21	100
Ausente	5	38	8	62	13	100
Total	14	41	20	59	34	100

Se demostró que de los pacientes que tenían contacto con animales domésticos 43% presentó asma, mientras que del grupo que negó tener contacto con animales domésticos 38% presentó la patología.

CUADRO N° 7

FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL POLVO CASERO, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

Rinitis	Exposición a polvo casero				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
Alérgica	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	19	95	1	5	20	100
Ausente	7	35	13	65	20	100
Total	26	65	14	35	40	100

Se destaca que de los pacientes con rinitis alérgica 95% estuvo expuesto a polvo casero y de los pacientes que no tenían rinitis se expusieron 35%.

CUADRO N° 8

**FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL POLVO CASERO, EN
PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A LA CONSULTA
DE MEDICINA INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO
TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009**

Asma	Exposición a polvo casero				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	13	95	1	5	14	100
Ausente	7	35	13	65	20	100
Total	20	59	14	41	34	100

Se destaca que de los pacientes con asma 95% refirió exposición al polvo casero y de los pacientes que no tenían asma sólo 35% refirió exposición al factor.

CUADRO N° 9

FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL HUMO DEL CIGARRILLO, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

Rinitis	Exposición al humo de cigarrillo				Total	
	Presente		Ausente		N°	%
Alergica	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	19	95	1	5	20	100
Ausente	9	45	11	55	20	100
Total	28	72	11	28	40	100

Se constató que de los pacientes con rinitis alérgica 95% refirió exposición al humo de cigarrillo, mientras que de los que no presentaron la enfermedad 45% refirió que estuvo expuesto a este factor.

CUADRO N° 10

FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN LA EXPOSICIÓN AL HUMO DEL CIGARRILLO, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE 2009

Asma	Exposición al humo de cigarrillo					
	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	10	71	4	29	14	100
Ausente	11	55	9	45	20	100
Total	21	62	13	38	34	100

Se demostró que 71% de los pacientes con asma estuvieron expuestos al humo del cigarrillo y 55% de los pacientes sin asma estuvieron expuesto también a este factor.

CUADRO N° 11

FRECUENCIA DE RINITIS ALÉRGICA SEGÚN LA EXPOSICIÓN O NO A LAS CENIZAS PROVENIENTES DE LA QUEMA DE CAÑA, EN PACIENTES DE EDAD PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE SANTA ROSA EN EL PERIODO JUNIO-OCTUBRE 2009

Rinitis	Exposición a ceniza de caña				Total	
	Presente		Ausente			
Alérgica	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	11	69	9	31	20	100
Ausente	9	31	11	69	20	100
Total	20	50	20	50	40	100

Se observó que de los pacientes con rinitis alérgica 69% estuvo expuesto a la ceniza de la quema de caña y 31% de los pacientes sin rinitis alérgica también estuvo expuesto a este factor.

CUADRO N° 12

**FRECUENCIA DE ASMA SEGÚN LA EXPOSICIÓN O NO A LAS CENIZAS
PROVENIENTES DE LA QUEMA DE CAÑA, EN PACIENTES DE EDAD
PEDIÁTRICA, QUE ACUDEN A CONSULTA DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I DE
SANTA ROSA EN EL PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE 2009**

Asma	Exposición a ceniza de caña				Total	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Presente	8	57	6	43	14	100
Ausente	9	45	11	55	20	100
Total	17	50	17	50	34	100

Se observó que de los pacientes con asma 57% estuvo expuesto a la ceniza de la quema de caña y 45% de los pacientes sin asma también estuvo expuesto a este factor.

IV. DISCUSION

La Rinitis alérgica y el Asma son patologías que afectan predominantemente a nuestra población infantil de forma crónica o recurrente, desmejorando su calidad de vida. Con el pasar del tiempo cada vez es mayor la frecuencia con que estas son diagnosticadas sobre todo en el caso de la rinitis alérgica.

Existen muchos factores de riesgo o desencadenantes de dichas patologías y es debido a la presencia y permanencia de muchos de estos alrededor de la población que no se logra prevenir o controlar realmente su aparición.

En esta investigación, al estudiar la frecuencia de rinitis alérgica, asma y factores de riesgo en pacientes en edad pediátrica que acuden a consulta de atención integral del Ambulatorio Urbano tipo I Santa Rosa, se observó que en el caso de la Rinitis alérgica el grupo etario con mayor frecuencia es el de lactantes menores en un 75% seguido por el grupo de escolares en un 50%. En el caso del Asma el grupo etario con mayor frecuencia es el grupo de escolares en un 55% seguido por el grupo de preescolares en un 50%, resultados similares a los obtenidos por Romero Y. y colaboradores en el 2008, que consistió en Prevalencia de asma bronquial en edad pediátrica, donde concluyeron que el asma predomina en el grupo de 6 a 10 años y la escolaridad primaria²¹.

En el caso de la frecuencias de aparición de ambas patologías según la variable sexo en la rinitis alérgica la frecuencia para los pacientes del sexo masculino fue 52% y en el sexo femenino solo alcanza un 47%. En cambio en el caso del asma o no hubo diferencia significativa ya que tanto para el sexo masculino como el femenino la frecuencia fue de 41%. Esto en contraposición a los resultados obtenidos por Romero Y. y colaboradores en

el 2008, que consistió en: Prevalencia de asma bronquial en edad pediátrica, donde otras de las conclusiones fue que el asma predomina en el sexo masculino ²¹.

En cuanto a los factores de riesgo que se estudiaron se determinó que de los niños en exposición a los animales domésticos 56% presentó rinitis alérgica y solo un 44% de los expuestos no la presentó, por lo cual, se puede considerar un factor determinante para el desarrollo de esta enfermedad. En el caso del Asma ocurrió lo contrario ya que se observó la enfermedad sólo en un 43% de los pacientes expuestos, predominando con 57% los pacientes sanos expuestos al factor.

Por otra parte en cuanto a la exposición al polvo casero se observó un predominio de 95% de pacientes con rinitis alérgica que estuvieron expuestos y solo se observó un 35% de pacientes sanos expuestos. Para el caso del asma ocurrió exactamente lo mismo, con lo que se podría decir que es bastante significativa la exposición a este factor para ambas patologías, concordando con lo observado por Meza, M. y colaboradores en el año de 1999, donde concluyeron que los aeroalergenos más frecuentes encontrados en la serie de 2,000 pacientes fueron en orden decreciente: el ácaro del polvo casero, aspergillus y gato (todos intradomicilarios).⁴

Al analizar los resultados de la exposición al humo de cigarrillo se demostró que 95% de pacientes expuestos a este factor presentó rinitis alérgica y sólo un 45% los pacientes sanos también expuestos. En el caso de los asmáticos 71% estuvo expuesto y de los sanos sólo 55%, por lo que se pudiese considerar como un factor de riesgo determinante para ambas patologías.

En cuanto a la exposición a ceniza de caña se observó que 69% de los pacientes expuestos presentó rinitis alérgica, mientras que sólo un 31 % de los pacientes sanos estuvo expuesto. En el caso del asma el predominio de los pacientes expuestos que presentaron la enfermedad fue de 57% y el de los pacientes sanos expuestos sólo alcanzó un 45%. Pudiendo así entonces catalogar este factor como un como relativamente determinante para desencadenar ambas patologías.

De un total de 54 pacientes estudiados a la hora del examen físico no todos presentaban una clínica florida para Rinitis Alérgica o para Asma pero si presentaban en su mayoría antecedentes de episodios de cualquiera de estas dos patologías, razón por la cual se piensa que no fue posible corroborar a través de los exámenes paraclínicos dichas patologías en la totalidad de los casos. Otro hallazgo que se observó al examen físico es que algunos de los pacientes con Rinitis Alérgica habían presentado en alguna oportunidad crisis asmáticas o viceversa y en vista que para ambas patologías los factores de riesgos determinantes fueron comunes, podemos pensar que existe en muchos de los casos de pacientes atópicos coexistencia de las patologías, así como lo refiere Isea L. y colaboradores en Agosto del año 2003, en una investigación que consistió en Rinitis alérgica y su relación con el asma en el cual concluyeron, que de cada 10 niños con rinitis alérgica 1 ha presentado asma bronquial¹².

Basándonos en los hallazgos, resultados y conclusiones de la investigación se recomienda:

Al Ministerio del Poder Popular para la Salud: se recomienda realizar campañas de prevención de salud en cuanto al asma y la rinitis alérgica basados en todos los factores predisponentes de fácil control por parte de los mismos pacientes y que muchas veces los

desconocen, así como también controlar todos aquellos factores predisponentes que dependen de organismos públicos.

Al Decanato de Ciencias de la Salud: Que continúe promoviendo estudios de investigación de este tipo donde se aporte datos importantes para la prevención y control de las patologías más frecuentes de nuestra comunidad.

Para la comunidad universitaria continuar con un estudio de investigación de este tipo con una población y muestra más amplia establecer unos resultados más significativos y donde se pueda también establecer la coexistencia de ambas patologías como lo sugieren algunos hallazgos fortuitos de esta investigación y otros trabajos previos.

Al personal del Ambulatorio tipo I de Santa Rosa: dar a conocer y hacer mayor hincapié en cuáles son los factores de riesgo o desencadenaste tanto de la rinitis alérgica como del asma a los que se expone la comunidad diariamente.

A los padres y representantes de la población infantil: en riesgo de la comunidad buscar eliminar y controlar los factores de riesgos a los que se exponen sus niños ya que la mayoría de estos son fáciles de controlar o eliminar por ellos mismos.

Entre las limitaciones que se presentaron para la realización de esta investigación se encontraron:

La falta de colaboración por parte del laboratorio de inmunología del Decanato de Ciencias de la Salud quien se había ofrecido a brindar apoyo en la toma de muestras y análisis de las mismas, como también la falta de financiamiento por parte de laboratorios privados, aunado a esto la disminución en afluencia de los pacientes al ambulatorio en la fecha de recolección de muestras nos llevo a disminuir la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez M, Perdomo D, Urdaneta R, Villarroel M, Capriles A, Sanssone D. **Consideraciones Especiales en Asma**, Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2003; 66(2): 59-64.
2. Perdomo D, Urdaneta R, Capriles A, Rodríguez M, Villarroel M, Sanssone D. **Asma: Inmunología**. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2003; 66(1): s11-s16.
3. Arana Muñoz, Oswaldo. **Consenso Mexicano de Actualización de Rinitis Alérgica y su impacto en el Asma,2005.ARIA**. 2005; 52(1): 51-64.
4. Velásquez M, Espinoza S, Orozco S, Rosales M, Huerta J. **Cambios en la sensibilidad a alérgenos intradomiciliarios en la ciudad de México: Estudio de 2000 niños a lo largo de 10 años**. 1999; 8(6):160-164.
5. Van der Molen T, Goncalves C, Stubbe M, Ostrem A, Singh R, Stallberg B. **Eje terapéutico del asma**, Manual de Diagnostico y tratamiento del IPAG: Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias. Enero 2005; 19-24.
6. **Guía de Bolsillo para el manejo y prevención del Asma en niños**. 2006; 4-24.
7. Nefer Hugo. **Comparación de las últimas actualizaciones** , Evaluación del control del asma en pediatría. Estudio PEACE 2008.
8. Tomador E, Tosca R, Peña A, Barberá J, Bellido J, Pac-Sa M. **Incidencia De Rinitis Alérgica En Escolares Entre 1994 Y 2002 En Castellón Según El Estudio Isaac**. Anales Españoles De Pediatría [Revista En Línea] 2007 [Citado El 22/06/2009]; 66 (2): 154-157. Disponible En Url: [Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Articulo?Codigo=2249190](http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Articulo?Codigo=2249190).

9. Pérez J, Centeno J, Chiarella P, Pérez, Sialer S. **Prevalencia De Rinitis Alérgica En Pacientes Pediátricos Que Acuden Al Servicio De Emergencia Del Hospital Nacional Cayetano Heredia Por Crisis De Asma.** Revista Médica Herediana [Revista En Línea] 2003 [Citado El 27/06/2009]; 14 (3): 111-116. Disponible En Url: [Http://Www.Scielo.Org.Pe/Scielo.Php?Pid=S1018-130x2003000300](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130x2003000300).
10. Marco H, Larramona M, Bosque L, Valdesoiro J, Antón O. **Rinitis Alérgica E Hiperreactividad Bronquial.** Allergologia Et Immunopathologia: International Journal For Clinical And Investigate Allergology And Clinical Immunology [Revista En Línea] 2004 [Citado El 22/06/2009]; 32 (6): 340-343. Disponible En Url: [Http://Dialnet.Unirioja.Es/Servlet/Articulo?Codigo=1087845](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1087845).
11. Caussade S, Valdivia G, Navarro H, Pérez E, Aquevedo A, Sánchez I. **Prevalencia De Síntomas De Rinitis Alérgica Y Su Relación Con Factores De Riesgo En Escolares De Santiago, Chile.** Revista Médica De Chile [Revista En Línea] 2006 [Citado El 07/07/2009]; 134 (4): 456-464. Disponible En Url: [Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Pid=S0034-98872006000400008](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400008).
12. Lucyiloily I, Martínez M, Torres M, Pérez Y. **Rinitis Alérgica Y Su Relación Con El Asma.** Biblioteca Virtual Em Saúde [Revista En Línea] 2003 [Citado El 27/06/2009]; 39 (2): 31-34. Disponible En Url: [Http://74.125.47.132/Search?Q=Cache:Skjrcvmou6mj:Bases.Bireme.Br/Cgi-Bin/Wxislind.Exe/Iah/Online/%3fisisscript%3diah/Iah.Xis%26src%3dgoogle%26base%3dlilas%26lang%3dp%26nextaction%3dlnk%26exprsearch%3d401822%26indexsearch%3did+Fi+siopatologia+Del+Asma+Bronquial+Y+Rinitis+Alergica&Cd=4&Hl=Es&Ct=Clnk&Gl=Ve](http://74.125.47.132/search?q=Cache:Skjrcvmou6mj:Bases.Bireme.Br/Cgi-Bin/Wxislind.Exe/Iah/Online/%3fisisscript%3diah/Iah.Xis%26src%3dgoogle%26base%3dlilas%26lang%3dp%26nextaction%3dlnk%26exprsearch%3d401822%26indexsearch%3did+Fi+siopatologia+Del+Asma+Bronquial+Y+Rinitis+Alergica&Cd=4&Hl=Es&Ct=Clnk&Gl=Ve)
13. Mallol J, Cortez E, Amarales L, Sánchez I, Calvo M, Soto S. Y Colaboradores. **Prevalencia Del Asma En Escolares Chilenos. Estudio Descriptivo De 24.470 Niños. Isaac- Chile.** Revista Médica De Chile [REVISTA EN LÍNEA] 2000 [CITADO EL 07/07/2009]; 128 (3). Disponible En Url: [Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Pid=S0034-98872000000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000300005).

14. Barraza A, Sanin L, Téllez M, Lacasaña M, Romieu I. **Prevalencia De Asma Y Otras Enfermedades Alérgicas En Niños Escolares De Ciudad Juárez, Chihuahua.** Revista Médica De Salud Pública En México [Revista En Línea] 2001 [Citado El 07/07/2009]; 43 (5): 433-443. Disponible En Url: [Http://Redalyc.Uaemex.Mx/Src/Inicio/Artpdfred.Jsp?Icve=10643](http://Redalyc.Uaemex.Mx/Src/Inicio/Artpdfred.Jsp?Icve=10643).
15. Coronel Carvajal C. **Factores Asociados Al Asma Bronquial En Los Niños,** Revista Mexicana De Pediatría [Revista On Line] 2003 [Citada El 07/07/09]:70(5): 22-236. Disponible En Url: Http://Www.Imbiomed.Com.Mx/1/1/Articulos.Php?Method=Showdetail&Id_Articulo=17336&Id_Seccion=195&Id_Ejemplar=1817&Id_Revista=45
16. Arévalo M. **Asma Y Rinitis Alérgica En Pre-Escolares De Cali.** Colombia Médica [Revista En Línea] 2003 [Citado El 22/06/2009]; 34: 4-8. Disponible En Url: <Http://Www.Monografias.Com/Trabajos904/Asma-Rinitis-Alergica>.
17. Meza J, Mendoza D, Mercado D. **Identificación De Ácaros Del Polvo Casero En Colchones Y Almohadas De Niños Alérgicos De Santa Marta, Colombia.** Duazary [Revista En Línea] 2008 [Citado El 07/07/2009]. Disponible En Url: Http://Www.Imbiomed.Com.Mx/1/1/Articulos.Php?Method=Showdetail&Id_Articulo=51956&Id_Seccion=2051&Id_Ejemplar=5260&Id_Revista=127
18. Martín T, Campos M, Garrido L, Istúriz, G. **Asma Leve Persistente. Estudio Histopatológico De Mucosa Bronquial Y Nasal.** Gaceta Médica De Caracas [Revista En Línea] 2002 [Citado El 07/07/2009]; 110 (2). Disponible En Url: <Http://Www.Scielo.Org.Ve/SciELO.Php?Pid=S0367-47622002000200>.
19. D'Onghia B, Fuentes M, Villegas A, Vivas L. **Prevalencia del Asma, rinitis alérgica, hipertrofia adenoidea, sinusitis y la relación del Asma con estas afecciones en niños de 4 a 9 años de la comunidad de Santa Bárbara del área de influencia del Ambulatorio Urbano tipo III "Don Felipe Ponte H". Cabudare. Mayo-Septiembre.2000.** (Tesis de Pregrado UCLA 2007.)

20. Rodríguez J, Rodríguez J, Segovia A, Silva R, Vizcaya E. **Frecuencia de Asma y algunos factores predisponentes en pacientes menores de 6 años que acuden a las diferentes consultas del ambulatorio Urbano Tipo I “Nuevo Barrio”. Barquisimeto Enero –Mayo 2007.** (Tesis de Pregrado UCLA 2007.)
21. Romero Y, Valdéz R, Días Y, López A, Yáñez A. **Prevalencia De Asma Bronquial En Edad Pediátrica.** Monografías [Revista En Línea] 2008 [Citado El 02/06/2009]. Disponible En Url: [Http://Www.Monografias.Com/Trabajos66/Prevalencia-Asma-Infantil](http://Www.Monografias.Com/Trabajos66/Prevalencia-Asma-Infantil).
22. **Veinticinco Primeras Causas de Morbilidad en el Municipio Autónomo de Iribarren Estado Lara 2001 – 2008 (Ene.-Abr.2009)**
23. D’apollo R, Jara A, Najul M, Rodriguez R, Vidal A. **Guía De Introducción Para La Realización Del Trabajo De Investigación De Medicina Integral Del Medio Urbano. Junio 2005**

.

ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE LA RINITIS ALÉRGICA

SÍNTOMAS INTERMITENTES

< 4 días por semana

y < 4 semanas

SÍNTOMAS PERSISTENTES

> 4 días por semana

y > 4 semanas

LEVE

Sueño normal

Actividades diarias normales

Actividad laboral y escolar
normales

Sin síntomas problemáticos

MODERADA / GRAVE

Sueño anormal

Impedimento de actividades diarias

Actividad laboral y escolar
alteradas

Síntomas problemáticos

ANEXO 2

NIVELES DEL CONTROL DEL ASMA (GINA)

CARACTERÍSTICA	CONTROLADO (Todas las siguientes)	PARCIALMENTE CONTROLADO (Cualquier semana)	NO- CONTROLADO
Síntomas diurnos	No (2 ó menos/semana)	Más de 2 veces/semana	Tres o más características del asma parcialmente controlado presentes en cualquier semana
Limitación de actividades	No	Alguna	
Síntomas nocturnos/ despiertan al paciente	No	Alguna	
Necesidad de medicamentos de rescate	No (2 ó menos/semana)	Más de 2 veces/semana	
Función pulmonar (FEP/VEF ₁)*	Normal	<80% valor predictor o mejor valor personal	
Exacerbaciones	No	Una o más / año *	
			* Una vez / semana

ANEXO 3

ANEXO 4

ANEXO 5

ANEXO 6

ANEXO 7

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR PABLO ACOSTA ORTIZ.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.
ASIGNATURA: MEDICINA INTEGRAL DEL MEDIO URBANO.

Ambulatorio_____

Fecha_____

INSTRUMENTO

La rinitis alérgica y el asma son unas de las principales causa de consultas en este ambulatorio, ambas patologías son desencadenadas por diversos factores de riesgos, los cuales están presentes en esta comunidad. Motivo por el cual surgió la necesidad de investigar la frecuencia de rinitis alérgica, asma y algunos factores de riesgos en pacientes de edad pediátrica que acuden a la consulta integral del ambulatorio urbano tipo 1 de santa rosa.

Agradecemos su valiosa colaboración en la realización de esta encuesta, recordándoles que la información recabada es confidencial y no tiene ninguna calificación.

INSTRUCCIONES:

- 1) Lea detenidamente cada unas de las preguntas
- 2) El instrumento consta de VIII partes. De la I,II,III y VI selección única y de la IV a V selección múltiple
- 3) Marque con una equis (x) la(s) alternativa(s) que considere correcta(s)
- 4) El instrumento es de carácter individual
- 5) Cualquier duda que desee aclarar comuníquese con el facilitador

Gracias por su colaboración
Septiembre 2009

I. Datos de Identificación

Nombre y Apellido del paciente

Edad_____ Sexo_____

Dirección_____

Nombre del Representante _____

II Referente a la Rinitis Alérgica

1. ¿Ha presentado su hijo moco claro por la nariz?

Si_____ No_____

2. ¿Su hijo estornuda frecuentemente?

Si_____ No_____

En caso de ser Si su respuesta, en que momento del dia:

Mañana_____ Tarde_____ Noche_____

3. ¿Ha notado usted que su hijo se rasca la nariz con frecuencia?

Si_____ No_____

4. ¿Se le tapa la nariz a su hijo frecuentemente?

Si_____ No_____

En caso de ser Si su respuesta, ¿en que momento del dia lo ha notado?:

Mañana_____ Tarde_____ Noche_____

II. Referente al Asma:

1. ¿Ha presentado su hijo dificultad para respirar?

Si_____ No_____

En caso de ser si su respuesta, ¿con que frecuencia?:

Poco frecuente_____ Muy frecuente_____

2. ¿ Su hijo a presentado episodios de tos seca?

Si_____ No_____

En caso de ser si su respuesta, ¿en qué momento del día?:

Mañana_____ Tarde_____ Noche_____

3. ¿Su hijo le ha referido que tiene el pecho apretado?

Si_____ No_____

III. En cuanto al Humo de Cigarrillo :

- Fuman alguien dentro de su casa Si_____ No_____
- El niño mantiene contacto con personas fumadoras Si_____ No_____

IV. En cuanto al Polvo Casero:

- En la habitación del niño existen:

Alfombras:___ Cortinas___ Peluches ___ Muebles ___ Ventilador___

- Cada cuanto tiempo limpia su casa:

Diario ___ Semanal ___ Quincenal___ Mensual___

- En casa entra polvo proveniente de :

Calles de tierra___ Construcciones ___ Industrias _____

V. En cuanto a los animales domésticos:

- Esta su hijo en contacto con:

Perros ___ Gatos___ Aves ___ Conejos___ Chivos ___

VI. En cuanto a las cenizas de caña:

- Quemar caña cerca de su casa:

Si_____ No _____

VII. Radiografía:

- Normal_____
- Patológica_____

VIII. Ig E

- Positiva_____
- Negativa_____

ANEXO 8

ANEXO 9

ANEXO 10