

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“Dr. Raúl Dorticós Torrado”



FACULTAD
Ciencias Médicas
“Dr. Raúl Dorticós Torrado”

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

“Dr. Gustavo Aldereguía Lima”

Título: “Caracterización Alergológica de pacientes y su adherencia al tratamiento en el municipio de Lajas. 2020-2023.”

Autor: Dra. Yamileika Flores Roca.

Esp. 1^{er} grado en Medicina General Integral.

Residente de 1^{er} año Alergología.

Tutores: Ms C Dra. Nivia López Ramírez.

Máster en Ciencias en Atención Integral al niño.

Esp. 1^{er} grado en MGI. Esp. 1^{er} grado en Alergología.

Profesor Asistente.

Ms C. Dra. Marisela L Pérez Pacaréu.

Investigador Auxiliar. Master en Longevidad satisfactoria

Esp. 1^{er} y 2^{do} grado en Alergología.

Profesora Auxiliar.

PROTOCOLO DE TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO ACADÉMICO DE:
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ALERGOLOGÍA:

“Año 63 de la Revolución”

2021

RESUMEN:

La prevalencia de las enfermedades alérgicas, varía en todo el mundo con una tendencia al incremento en las últimas décadas. Constituyendo un problema de salud en el Mundo y en Cuba, son causas frecuentes de consulta y afectación de la calidad de vida de los pacientes. A pesar de ello se evidencia en la actualidad la no adherencia al tratamiento Alergológico.

OBJETIVO:

Determinar las características de los pacientes alérgicos que acuden a la consulta del municipio de Lajas y su adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de enfermedades alérgicas atendidos en la consulta del municipio de Lajas, en el período del 1 de octubre del 2020 hasta el 30 de septiembre del 2023. La investigación se apoyó en variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas y de laboratorio para establecer la caracterización Alergológica de estos pacientes. Se confeccionó una base de datos empleando el software estadístico SPSS versión 21.0, que permitió aplicar los procedimientos de estadística descriptiva para analizar los resultados y mostrarlos en tablas de frecuencia.

RESULTADOS:

Como resultado del estudio se identificaron las peculiaridades de las enfermedades alérgicas en nuestro medio y la adherencia de los pacientes al tratamiento.

CONCLUSIONES:

El Perfil Alergológico de los pacientes y su adherencia al tratamiento brindarán información detallada sobre las causas de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, lo que permitirá establecer mejores estrategias en su atención.

PALABRAS CLAVES:

Alergia. Enfermedades Alérgicas. Adherencia al tratamiento.

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.MARCO TEÓRICO	8
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	27
CAPÍTULO III.ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS. Tablas de salida.	41
CRONOGRAMA	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUCCIÓN:

La prevalencia de las enfermedades alérgicas varía en todo el mundo, con estimados que oscilan entre el 1 al 18 %, siendo las más altas la de los países industrializados. El aumento de la prevalencia del asma y las alergias es multifactorial, incidiendo en ello: factores genéticos como los antecedentes familiares de enfermedades alérgicas, la historia de infecciones respiratorias como bronquiolitis, acompañadas de la presencia de tos o sibilancia recurrente, durante la niñez, el parto por cesárea, la no lactancia materna, la influencia de las exposiciones ambientales tanto en microambiente como en el ambiente exterior, reforzado por la presencia de los contaminantes como la exposición al humo del tabaco y el estilo de vida asociado. ⁽¹⁻⁴⁾

En relación al estilo de vida, por ejemplo modificaciones de los patrones de exposición a microorganismos en las primeras etapas de la vida, el tamaño de las familias, el cuidado de los hijos, la dieta, el ejercicio, el diseño de los hogares y la exposición ambiental a varios contaminantes como expresamos. ⁽¹⁻⁴⁾

En correspondencia a las enfermedades alérgicas, el asma, dentro de ellas, es considerada una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel global y afecta a personas de todas las edades en todo el mundo, en ocasiones con formas graves, que a veces son mortales. Se estima que alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo tienen asma y que, en 2025, probablemente habrá otros 100 millones de personas afectadas. Este aumento en la prevalencia se asocia sobre todo al desarrollo industrial y estudios realizados en España demuestran, la influencia de agentes contaminantes. ^(2,4-7)

Se desarrolla con más frecuencia en el sexo masculino y dentro de los factores de riesgo no prevenibles, por ser hereditarios, se encuentra el antecedente de asma o atopia en familiares de primera línea. La exposición al humo del tabaco resulta ser el más importante de los factores prevenibles para el desarrollo del asma en la edad escolar. ^(1-3, 8-10)

Otra enfermedad representativa es la Rinitis alérgica. Según los estimados por la Guías de Rinitis alérgica y su impacto en el Asma (ARIA), la prevalencia de la Rinitis alérgica en la población general oscila entre el 10 % y 40 %, siendo la enfermedad alérgica más común. Según estudios epidemiológicos de población general se muestra una fuerte asociación entre asma y rinitis. Entre el 19 y 38 % de los pacientes con Rinitis alérgica también tienen asma. Por otra parte en los pacientes con diagnóstico de asma también se ha encontrado rinitis entre un 50 a 85 %. De ahí que el ARIA demuestre como el tratamiento adecuado de la rinitis puede prevenir la aparición del asma o mejorar la ya coexistente. ⁽¹¹⁻¹³⁾

Se describe en la Rinitis alérgica, que el 51 % es de carácter perenne y el 49 % estacional así como el 29 % se clasifica como persistente y el 71 % como intermitente. Se manifiesta con más frecuencia en la niñez y la adolescencia. Aunque no suele ser una enfermedad grave, altera la vida social de los pacientes y afecta al rendimiento escolar y la productividad laboral por lo que genera gastos considerables, tanto al sistema de salud como a los propios pacientes e influye significativamente en la calidad de vida del paciente. ^(1, 4,11-14)

No puede dejar de describirse por su importancia la Dermatitis Atópica (DA). La probabilidad de padecer DA en la infancia es hasta un 80 % en caso de que ambos padres sean atópicos y si solamente es un padre hasta el 59 %, mostrando claramente el factor decisivo de la genética, como podemos ver en todas las enfermedades alérgicas. Además es considerada un factor para el desarrollo del Asma. ^(15, 1, 4,15)

La DA es uno de los padecimientos cutáneos que más prevalecen en los niños, con un fenotipo clínico complejo y que con frecuencia inicia la llamada Marcha Atópica estando muy relacionada con los alérgenos alimentarios de esas edades como la leche de vaca, el huevo, el pescado y el trigo. La misma se ha incrementado durante los últimos años. Se plantea que 5 de cada 100 niños padecen DA, hecho que se atribuye con alta probabilidad a una mayor concentración de sustancias irritantes en el ambiente y la disminución en el uso de la lactancia materna. Afecta del 10-20 % de los niños y del 3-8 % de los adultos en el mundo, con una mayor incidencia en el 1er año de vida en el

60 % de los casos. Las manifestaciones clínicas varían de forma estacional mostrando exacerbaciones en invierno o verano. Otros factores que influyen son la microbiota de la piel o factores ambientales. (1, 4,15-17)

Por otra parte la Anafilaxia, resulta ser, la más grave de todas las alergias, debido a que afecta a múltiples sistemas de órganos, puede aparecer con broncoespasmo, angioedema de la vía respiratoria superior, hipotensión y colapso. Su prevalencia a lo largo de la vida es de un 0,052 % y puede llegar a ser mortal. (1, 4,18-22)

Distintas enfermedades alérgicas son la Conjuntivitis alérgica, la Urticaria Crónica, las Alergias Alimentarias, la Dermatitis Alérgica de Contacto, la Alergia a Himenópteros, la Alergia al Látex y la anafilaxia entre otras.

Alrededor del 50-60% de los pacientes con Rinitis Alérgica tienen síntomas asociados de Conjuntivitis Alérgica. Su incidencia se debe fundamentalmente a que las conjuntivas se encuentran expuestas por lo que son accesibles para los alérgenos. La Conjuntivitis Alérgica, es una afección cada vez más frecuente, con un impacto considerable sobre la salud humana. Sus signos y síntomas típicos son lagrimeo y eritema ocular, prurito, edema de la conjuntiva tarsal. Es más frecuente en los pacientes sensibilizados ante alérgenos estacionales por lo que sus cuadros pueden ser intermitentes, ocurriendo ante la exposición al polen de los árboles, gramíneas, hierbas o las esporas de los hongos. (1, 4,23, 24)

Ante la aparición de ronchas o habones en forma transitoria asociada a prurito y/o angioedema, pensamos en la Urticaria crónica. Es una enfermedad frecuente que padece una quinta parte de la población en algún momento de su vida, por lo que afecta la calidad de vida de quien la padece, además causa gran repercusión social por los costos de atención de la salud, menor rendimiento en el trabajo y en la vida privada de los pacientes. Tiene una prevalencia entre el 0.05 y el 3 %, algunos reportan hasta un 5%, Es más común entre la tercera y sexta década de la vida y se presenta con mayor prevalencia en las mujeres. (1, 4,25-27)

Por su parte, la alergia alimentaria afecta al 6 % de los niños menores de 5 años de edad y del 3,5 al 4 % de la población general. Ocurre por la sensibilización a los alérgenos alimentarios a través del tracto gastrointestinal o a través de la piel inflamada en la dermatitis atópica, o por sensibilización a alérgenos inhalados con reactividad cruzada. Son más frecuentes en los primeros años de vida. El 90 % de las mismas es causada por la leche de vaca, huevo, soja, trigo, cacahuete, frutos secos, pescado y mariscos, de ahí la importancia de seguir correctamente un esquema de ablactación y alimentación posteriormente, según la edad. (1, 4,28-30)

Las picaduras por insectos son muy comunes en los niños. La prevalencia de anafilaxia por una picadura de insecto se encuentra entre un 1,5 al 34 %. Pueden llegar a producir reacciones alérgicas graves, por lo que constituye un motivo de consulta frecuente. Los insectos más peligrosos son los himenópteros (avispas, abejas y hormigas) que tras una reacción generalizada por una picadura pueden comprometer la vida del paciente. (1, 4,31, 32,)

Debido a la relación directa entre el aumento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades alérgicas con la exposición a alérgenos ambientales, tanto de interior como de exterior y su importante repercusión en la vida social de los pacientes y familiares, estas enfermedades para su estudio ganan cada vez mayor valor, siendo el pilar fundamental de tratamiento la evitación de los mismos, es decir el control ambiental, siendo la medida de tratamiento preventivo más eficaz para éstas enfermedades; la Conjuntivitis Alérgica, la Rinitis Alérgica, el Asma, la Dermatitis atópica, las alergias alimentarias entre otras. En la distintas guías disponibles para el tratamiento de las enfermedades alérgicas al tratamiento preventivo se une el tratamiento farmacológico, donde los fármacos recomendados son según los grupos: los Antihistamínicos, los Estabilizadores de mastocitos, los Antagonistas de receptores de leucotrienos, los Broncodilatadores, los Anticolinérgicos y los Glucocorticoides, el tratamiento principal para el control y el rescate. Estos por lo general tienen un efecto rápido, permitiendo disminuir los síntomas de alergia, mejorando la calidad de vida, tanto durante el tratamiento control como durante las exacerbaciones. (1, 2, 4, 5, 12, 18, 19, 23, 26,33)

La Inmunoterapia específica (ITE), consiste en la administración de extractos alérgicos en dosis progresivas, en caso de que no pueda llevarse el control ambiental y/o que no haya respuesta a la intervención farmacológica siempre valorando sus posibles contraindicaciones, la de mayor efectividad en el tratamiento de las enfermedades alérgicas, dado que es el único tratamiento que cambia el patrón de respuesta inmune, causando una mejora relevante de los síntomas, después de varios meses en más del 60 % y entre 12 y 18 meses los reduce casi completamente. (1, 4,34-37)

Sin embargo a pesar de la efectividad de éstos tratamientos, en la mayoría de los pacientes que sufren enfermedades alérgicas, en los últimos años se evidencia la no adherencia al tratamiento intercrisis, lo que conlleva a un mal control y a un mal pronóstico. Ejemplo de ello es el asma grave denominada Asma de Dificil Control (ADC) con requerimiento de ingresos, mayores costos y elevada mortalidad. (38)

Este hecho del que no está exento nuestro país y la provincia, nos hacen dar una mirada a la caracterización de las enfermedades alérgicas y mostrar la adherencia o no al tratamiento intercrisis en los pacientes alérgicos del municipio de Lajas de la provincia Cienfuegos, ver como los pacientes cumplen los tratamientos existentes, que ya son Guías y Consensos establecidos con un nivel alto de evidencias, y a los cuales sin embargo se observa falta de adherencia por parte de un grupo de pacientes. Haciéndose necesario estudiar éstos aspectos, en los pacientes alérgicos, nos proponemos abordar una investigación sobre las características de los pacientes alérgicos y su adherencia al tratamiento, en el municipio de Lajas, para contribuir así al conocimiento de éstos aspectos en la provincia de Cienfuegos y de forma general.

VALOR DE LA INVESTIGACIÓN:

APORTE TEÓRICO:

- ❖ Establecer un conocimiento nuevo en relación a las características alergológicas de los pacientes que participan en el estudio y su adherencia al tratamiento en el municipio de Lajas de la provincia de Cienfuegos.

APORTE PRÁCTICO:

- ❖ Trazar nuevas estrategias en los tratamientos y en el control de la adherencia al tratamiento intercrisis de los pacientes alérgicos para contribuir a su calidad de vida.

NOVEDAD:

- ❖ Es la primera investigación sobre la caracterización alérgica de los pacientes y su adherencia al tratamiento en el municipio de Lajas de la provincia de Cienfuegos.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

1. Aumento global de la prevalencia de las enfermedades alérgicas, consideradas epidemia mundial.
2. Existe un incremento poblacional en estas 2 últimas décadas en la provincia.
3. Necesidad de continuar los estudios de caracterización Alérgica de los pacientes con enfermedades alérgicas en los municipios.
4. Existe una tendencia en la actualidad en el mundo a la no adherencia a los tratamientos en las ECNT, por lo que se hace necesario investigaciones que evalúen el problema.

PROBLEMA CIENTÍFICO:

No se conocen las características de los pacientes alérgicos que acuden a la consulta de Alergia, en el municipio de Lajas ni qué grado existe de adherencia al tratamiento en éstos pacientes.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características de los pacientes alérgicos que acuden a la consulta del municipio de Lajas y su adherencia al tratamiento, en el periodo desde el 1 de octubre del 2020 hasta el 30 de septiembre del 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Definir a los pacientes según las variables socio-demográficas.
2. Identificar a los pacientes según variables clínicas y epidemiológicas.
3. Describir a los pacientes según las variables de laboratorio.
4. Determinar la adherencia al tratamiento alérgico de los pacientes estudiados.
5. Establecer la caracterización alérgica de los pacientes estudiados a partir de las variables Clínicas, Epidemiológicas y de Laboratorio representativas.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO:

MUNICIPIO DE LAJAS:

El estudio del presente trabajo se desarrolló con los pacientes portadores de enfermedades alérgicas del municipio de Lajas. El municipio Santa Isabel de las Lajas se encuentra ubicado al noreste de la provincia de Cienfuegos. Fue fundado en el año 1824 y en 1879 surge como Municipio, con la creación de su Ayuntamiento. La unión matrimonial del canario Marcos Gil, uno de sus fundadores con Isabel Castellón fue la causa de la denominación del pueblo y Las Lajas por las características topográficas. Su extensión territorial es de 432.65 kilómetros cuadrados que representa el 10.6 % del territorio de la Provincia y está estructurado en 7 Consejos Populares: Lajas Norte, Lajas Sur (urbanos), Ajuria, Salto-Modelo, Balboa, Caracas y La Piragua (rurales). Presenta un clima tropical semi-húmedo de llanura caliente y lluviosa.

Tanto en la provincia como en el municipio, no existen registros históricos de las estadísticas sobre las enfermedades alérgicas, a excepción del Asma Bronquial, la cual se comportó con una prevalencia en la provincia de 90,7 pacientes por cada 1000 habitantes según edad y sexo, mientras que en el municipio fue de 724 pacientes por cada 100 000 habitantes, ambas al cierre de diciembre del 2019. ⁽³⁹⁾

DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS:

Para diagnosticar a un paciente como alérgico debemos tener en cuenta aquellas particularidades o rasgos que lo identifican o definen, basándonos en criterios establecidos según el método clínico, usado desde la época de Hipócrates, mediante el interrogatorio al enfermo, el examen físico y más adelante los complementarios específicos.

En el interrogatorio exhaustivo al paciente se hace importante precisar el tipo de enfermedad alérgica que éste padece, los antecedentes de atopia familiar (AAF) fundamentalmente los de primera línea (Madre, padre o hermanos) antecedentes de atopia personal (AAP) o sea enfermedades alérgicas que padece el enfermo, relación causal, de suma importancia si existe asociación con algún factor desencadenante

como; aeroalérgenos, alérgenos alimentarios, alérgenos laborales, contaminantes, cambios climáticos o procesos infecciosos, entre otros. Además es necesario tener en cuenta, el antecedente de reacción adversa a medicamentos (RAM), considerando el tipo de alergia que desarrolla y el tipo de medicamento implicado. (40-42,1, 4)

Al examen físico desde la entrada del paciente a consulta estamos valorando a la inspección la presencia o no de estigmas alérgicos de SONA. (Síndrome Obstructivo Bronquial Alérgico), el saludo alérgico característico que condiciona el pliegue transversal en la nariz en pacientes riniticos sobre todo en adultos, pestañas largas y sedosas, ojeras alérgicas, entre otros. (43-46,1, 4, 14, 40)

También en el examen físico la palpación, percusión y auscultación resultan fundamentales para precisar la enfermedad respiratoria y en especial el Asma, con la presencia de estertores sibilantes, entre otros signos, que incluso no solamente nos facilitan el diagnóstico sino que reflejan su gravedad. (47-49,1, 2, 4, 5, 9, 40)

Tan importante para el diagnóstico de una enfermedad alérgica como el interrogatorio y el examen físico, lo es la realización de exámenes complementarios. No debe faltar la realización de una Lámina periférica, Leucograma con diferencial, Conteo absoluto de eosinófilos (CAE) en los cuales se puede mostrar la presencia de eosinofilia. Además en pacientes que no presenten contraindicaciones se deben realizar Pruebas Inmunoalérgicas cutáneas (PAC) de Hipersensibilidad inmediata (Prick test a alérgenos) o de Hipersensibilidad Demorada (Parches a antígenos), en los laboratorios de Alergia por personal entrenado. (1, 4, 40, 47, 49)

El estudio de la epidemiología en Alergia refuerza el diagnóstico teniendo en cuenta la influencia del ambiente en la prevalencia de las enfermedades desarrolladas por mecanismo de hipersensibilidad tipo I Anafiláctico mediado por la inmunoglobulina E (IgE), comportándose como factor desencadenante o agravante de las mismas. Debemos considerar, las condiciones del microambiente, con la presencia de los alérgenos de interior, donde valoramos, las condiciones de la vivienda en cuanto a si es polvorienta y húmeda, sospechando la presencia de alérgenos como los ácaros del polvo, la presencia de animales domésticos (Perro, gato, palomas, pajaritos, gallinas,

otros) y su relación con el paciente sobre todo en la infancia, relacionado además con la presencia de ácaros en los mismos. El Macroambiente en cambio se refiere al entorno donde habita (Patios, solares, lagos, establos, etc) precisando si existe un ambiente húmedo o no y considerando la presencia de los alérgenos de exterior; los pólenes y las esporas de los hongos anemófilos. (1, 4, 40)

El creciente aumento de las enfermedades alérgicas en un corto intervalo de tiempo se atribuye no solo a los factores genéticos sino también a la influencia del ambiente y al estilo de vida de los países desarrollados, lo que ha dado lugar a la Epigenética, donde las enfermedades alérgicas y el asma son el resultado de complejas interacciones entre la predisposición genética y factores ambientales, es decir las exposiciones prolongadas a diversos factores ambientales, alimentarios y estilos de vida contribuyen a desarrollar o prevenir el desarrollo de estas enfermedades en sujetos susceptibles. (50,1, 40)

ENFERMEDADES ALÉRGICAS EN LA APS:

RINITIS ALÉRGICA:

En la Rinitis Alérgica el proceso inflamatorio se localiza a nivel de la mucosa nasal. Se considera una de las enfermedades alérgicas más frecuentes en la infancia, afectando hasta el 40 % de la población mundial, entre niños y adultos, y ha ido aumentando en las últimas 3 décadas, sobre todo en países industrializados. Constituye además una de las 10 causas más habituales de consulta médica, aunque muchas veces los pacientes se automedican por lo que puede existir un subregistro al respecto. Se asocia en un 75 % a otras patologías como Conjuntivitis, Rinosinusitis, Dermatitis, Asma y Adenoiditis Crónica, por lo que no se debe valorar como un fenómeno aislado, sino como parte de un proceso que necesita de una terapéutica coordinada. Aunque se puede presentar a cualquier edad, lo más común es que lo haga en la infancia por lo que es considerada la enfermedad crónica más común en niños y adolescentes, siendo parte de la llamada "marcha alérgica". Se caracteriza por presentar al menos uno de los siguientes síntomas: rinorrea, obstrucción nasal, estornudos y prurito nasal, ocular y faríngeo. La obstrucción nasal es el síntoma más importante de la Rinitis alérgica, uno

de los principales motivos de consulta y el que produce mayor alteración en la calidad de vida. Además es el síntoma de principal asociado a la ausencia de respuesta al tratamiento en la Rinitis alérgica Infantil. La interferencia en la productividad en el trabajo o en la escuela, las alteraciones del sueño debido a la persistencia de los síntomas nasales pueden generar un impacto social significativo, y por tanto alterar la calidad de vida del paciente y sus familiares con deterioro de los resultados del aprendizaje y problemas emocionales. Su relación con el asma está determinada porque son consideradas diferentes expresiones clínicas de una misma enfermedad inflamatoria que afecta a toda la vía respiratoria de ahí el concepto de "vía respiratoria única". (51,1, 4,14, 24, 40, 44)

ASMA BRONQUIAL ALÉRGICA:

De igual forma el asma es una enfermedad crónica y común que afecta a niños y adultos en todo el mundo, con una prevalencia que oscila entre el 1 al 18 % de la población mundial. El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico), disnea o dificultad respiratoria, tos y opresión torácica, síntomas guías que pueden ser variables en tiempo e intensidad, de predominio nocturno o de madrugada, provocados por diferentes desencadenantes (infecciones víricas, alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, emociones, entre otros.) La calidad de vida de los pacientes asmáticos cuando tienen un mal control de la misma es pésima, con visitas continuas a su médico y a los servicios de urgencias, presentando las mismas limitaciones ya mencionadas en la rinitis, pero pudiendo llegar a ser mortal. El tratamiento Alergológico consiste en medidas generales y fármacos. Las medidas generales incluyen, realizar lavados nasales, evitar los alérgenos desencadenantes y la educación del paciente y sus familiares. Dentro de la farmacoterapia se encuentra el tratamiento con: corticoides inhalados y/o orales, broncodilatadores combinados con anticolinérgicos, antagonistas del receptor de leucotrienos (ARLT), en dependencia del grado de severidad. También como forma de prevención las cromonas como el nedrocromil sódico y la ITE, ésta como la mejor alternativa para reducir el riesgo de desarrollo de asma alérgico a corto plazo. (52,1, 4, 5, 8, 12, 34, 38, 40, 44, 47)

Para evaluar el control del paciente asmático y la gravedad de la enfermedad podemos encontrar una heterogeneidad similar a la presentada en el diagnóstico, pero son las Pruebas de Función Pulmonar, es decir la espirometría forzada la que aporta los datos fundamentales para valorar el diagnóstico de asma, su grado de severidad y el riesgo de exacerbaciones. Resulta que el valor basal del volumen expiratorio forzado en 1 segundo (VEF_1) debe considerarse tanto para valorar el control actual como el riesgo futuro de exacerbaciones, especialmente cuando este resulta menor al 60 % del valor basal. Resulta una buena medida para cuantificar la pérdida progresiva no reversible de la función pulmonar. Existen factores que contribuyen a la disminución exagerada del VEF_1 , como: falta de tratamiento con glucocorticoides inhalados, exposición al humo del tabaco o a sustancias laborales, hipersecreción mucosa crónica y eosinofilia en esputo o sangre periférica. (53-55, 2, 4, 5, 47, 49)

En la clínica se aplican cuestionarios y escalas de puntuación que evalúan los síntomas del paciente, el impacto social y la función pulmonar, como ejemplo tenemos, el Test de Control del Asma (ACT) y el Cuestionario de Control del Asma (ACQ). La herramienta fundamental para evaluar el control del proceso es la visita médica continuada de seguimiento. En ella, se evaluará la presencia de síntomas y signos de actividad de la enfermedad, la función pulmonar basal, mediante el VEF_1 , la presencia de exacerbaciones y visitas a urgencias. Se tendrá en cuenta la influencia de la enfermedad en la vida diaria y la actividad del paciente, y en especial el cumplimiento terapéutico, donde la adherencia al tratamiento constituye un pilar fundamental para evitar la evolución a un ADC. (56, 57)

A pesar de estar establecidos en las guías, el manejo en función del grado de control o el tratamiento del Asma, los pacientes asmáticos siguen sin estar controlados y evidencian frecuentes agudizaciones que interfieren en sus actividades, aun en estadios leves. De ello se deriva que la participación activa del paciente en su enfermedad es imprescindible. Los enfermos deben poseer conocimientos de su patología como enfermedad crónica, cómo valorar su grado de control y el cumplimiento del tratamiento como pasos previos a una educación en el autocontrol.

Para ello se han implementado planes de acción consensuados en las guías como un componente esencial. (2, 4, 5)

En la educación del paciente asmático es importante la enseñanza de los conceptos y habilidades necesarias para que incrementen su nivel de cumplimiento o adherencia al tratamiento prescrito, conseguir el control y una mayor autonomía en el manejo de la enfermedad. La misma comprende dos grandes aspectos: transmisión de conocimientos y adquisición de habilidades. Se le instruirá en la toma de la medicación, la técnica de los dispositivos de inhalación, el reconocimiento de las agudizaciones y cómo actuar precozmente en la evitación de los alérgenos. Las intervenciones educativas en asma reducen la mortalidad, ingresos hospitalarios, visitas a Urgencias, consultas médicas de Atención Primaria, mejoran la calidad de vida de los pacientes y reducen los costes. Sin embargo a pesar de ello en los últimos años se observa a nivel mundial y también en nuestro país la no adherencia del paciente a su Plan de acción. (38)

DERMATITIS ATÓPICA:

La dermatitis atópica es un proceso inflamatorio de la piel caracterizado por intenso prurito y piel seca, que presenta una evolución crónica y cursa en forma de brotes. Del 50 % al 60 % de los casos se diagnostica durante el primer año de vida, siendo mucho más frecuente en niños, aunque se puede presentar en personas también en edad adulta. La incidencia de la misma ha aumentado de 2-3 veces en los países industrializados durante las últimas tres décadas afectando hasta un 20 % de los niños y de un 2% a un 19% de los adultos, causando un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y su familia. La predisposición genética, según los antecedentes familiares de enfermedades alérgicas; si es de un solo progenitor, en los niños que padecen dermatitis atópica con elevada prevalencia a un 60 % y con ambos progenitores esta alcanza hasta un 80 % así como la coexistencia con otras enfermedades alérgicas como el asma, rinitis o alergias a determinados alimentos. (1, 4,15-17,40)

Debido a la variedad de formas clínicas que presenta en dependencia de la edad del paciente, es difícil establecer un método universal para establecer la gravedad de la enfermedad. El European Task Force on Atopic Dermatitis diseñó el Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) para valorar a los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos, es una herramienta de referencia en el seguimiento y evaluación de la DA, al permitir asignar una puntuación al nivel de gravedad que presenta la enfermedad en un determinado momento. Alrededor del 30 % de los niños que tienen un comienzo precoz de la enfermedad desarrollará Rinitis alérgica o asma, constituyendo la llamada marcha atópica y siendo factores de riesgo para su desarrollo: la edad de inicio temprana, la severidad, un pobre control de esta y unos niveles elevados de IgE. (1, 4, 15-17, 40)

El tratamiento debe ir dirigido a reducir los síntomas (prurito cutáneo y eccema), prevenir las exacerbaciones y minimizar los riesgos del tratamiento; para lograr un control óptimo de los síntomas. En la educación del paciente y su familia deben comprender que se trata de una enfermedad crónica, que no tiene tratamiento curativo, pero que mejorará con la edad y realizando correctamente el tratamiento. Deben evitarse todas aquellas situaciones que puedan alterar la barrera cutánea: bañar al niño muy frecuentemente sin aplicar cremas hidratantes o emolientes después del baño, ambientes con poca humedad, estrés, piel seca, sudoración abundante, uso de suavizantes y detergentes. Los dos pilares fundamentales en el tratamiento médico de la dermatitis atópica son la hidratación adecuada de la piel y el uso de corticoides tópicos, pero en casos más graves deben emplearse otros tratamientos tales como la fototerapia (UVB) o tratamientos sistémicos. La adecuada hidratación de la piel es un componente clave para el manejo de la dermatitis atópica. El prurito es el síntoma clave para evaluar la respuesta a los corticoides tópicos y hasta que este no desaparezca no se debe bajar la pauta del corticoide. Se recomiendan antihistamínicos orales con efecto sedante (hidroxicina) unidos a tratamiento tópico farmacológico precoz para evitar el ciclo picor-rascado-lesión. El tratamiento con corticoides tópicos es de elección para los brotes de dermatitis atópica. Se emplea durante el brote agudo, 1 o 2 veces al día, durante un periodo inferior a 2 semanas. En el caso de lesiones exudativas se

utilizará crema o emulsión (esta última también indicada si está afectado el cuero cabelludo) mientras que en lesiones crónicas o liquenificadas se emplean pomadas y ungüentos. (58, 59, 1, 4, 15-17, 40)

Existen situaciones clínicas en que los inmunomoduladores pueden ser preferibles a los corticoides tópicos. Puede ser necesario utilizar antibióticos sistémicos para tratar la infección secundaria por *S. aureus*. Otras alternativas son el Tratamiento psicológico (sedantes, relajación), la Medicina Natural y Tradicional y la Homeopatía. (58, 59,1, 4, 15-17, 40)

DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA:

La dermatitis de Contacto Alérgica (DAC) representa la respuesta inflamatoria de la piel a múltiples agentes exógenos. Se caracteriza por presentar erupciones cutáneas que se producen en el mismo lugar del contacto con el alérgeno, con posible extensión del proceso a otras zonas y que resulta de una manifestación de hipersensibilidad de tipo IV, retardada, mediada por células, linfocitos T. Tiene una prevalencia que oscila entre un 2,3 % y un 6,2 % de la población, siendo más frecuente en la edad adulta. Existe una tendencia al aumento en los últimos 30 años en la población pediátrica. Esto se atribuye a una mayor exposición a los alérgenos a una edad más joven, las nuevas tendencias en la perforación del cuerpo, el uso de productos cosméticos, y la participación en deportes y aficiones, además de un mejor reconocimiento de la alergia al contacto y el aumento de las pruebas de parche en los niños. Siendo el níquel la fuente de sensibilización más frecuente (por la perforación de los lóbulos de las orejas en edad pediátrica.) (60, 61,1, 4, 40)

Las lesiones de eccema pueden observarse en tres fases: aguda, subaguda y crónica. Las más características son las de la fase aguda, predominando el eritema, la vesiculación y la exudación serosa con formación de costras, que se circunscriben a las zonas en las que se produce el contacto con los alérgenos, aunque pueden producirse erupciones generalizadas. El prurito en esta fase es persistente. En la fase crónica predomina el engrosamiento cutáneo con hiperqueratosis, liquenificación y figuración cutánea. (1, 4, 40, 60,61)

La alergia de contacto adquirida en la infancia tiene consecuencias importantes para el individuo, ya que puede afectar la calidad de vida al interferir con las actividades deportivas y la educación. También puede tener consecuencias importantes para la elección de la futura ocupación.

Los Factores que pueden predisponer al desarrollo de la DAC son:

- Predisposición genética.
- Capacidad de la sustancia para penetrar la piel y producir alergia.
- Daño previo de la piel (más frecuente en niños con dermatitis atópica, psoriasis, etc. que ya presentan una alteración de la barrera cutánea).
- Grado de sequedad o hidratación de la piel.
- Humedad y temperatura ambientales.

Los Factores desencadenantes son:

- Edad del paciente; más frecuente en el adulto joven.
- Piel dañada por otras dermatosis.
- Aplicación reiterada del contactante.
- Aumento de la sustancia o de la piel expuesta.

Los alérgenos sensibilizadores más comunes son los metales, las fragancias y los tintes para el cabello siendo responsable de la sensibilización para el sexo femenino el níquel y el bicromato de potasio en los hombres.

Los 10 alérgenos más frecuentes según la Academia Americana de Dermatología son:

1. Níquel.
2. Tiosulfato sódico de oro.

3. Bálsamo de Perú.
4. Tiomersal.
5. Neomicina sulfato
6. Mezcla de perfumes.
7. Formaldehído.
8. Cobalto.
9. Bacitracina.
10. Quaternium.

El tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: la evitación del desencadenante puesto que la desensibilización mediante vacunas u otros métodos no es posible y el tratamiento farmacológico, generalmente con corticoides tópicos, una vez establecidas las lesiones eccematosas. Tratamiento específico: Eliminar la causa del entorno del paciente. Reducir la exposición a irritantes domésticos y ocupacionales como: utilizar guantes de plástico, evitar los jabones abrasivos y lubricar la piel después de la realización de labores domésticas. Tratamiento inespecífico: Las Medidas generales: Cuidados de la piel. No uso de sustancias irritantes en las zonas afectas como jabón y detergentes. Usar cremas hidratantes. El tratamiento local será según el eccema sea subagudo o crónico. Por su parte el tratamiento sistémico es a base de Antihistamínicos y Corticosteroides. Antibióticos y antimicóticos si se sospecha infección secundaria. Vitaminoterapia Vitamina A y Complejo B, uso de sedantes y relajación. (60, 61, 1, 4, 40)

ALERGIA ALIMENTARIA:

La alergia alimentaria se ha convertido en un problema importante de salud pública en las últimas dos décadas que afecta a personas de todas las edades asociado a un estilo de vida occidental. Es la causa más frecuente de anafilaxia en el contexto

alimentario para todas las edades en relación a los mariscos en especial Langostas y Camarones en Cuba y puede ser causa de mortalidad. (1, 4, 40)

La prevalencia de la hipersensibilidad alimentaria es máxima en los primeros años de vida. La mayoría de los niños pequeños se curan de su hipersensibilidad alimentaria (es decir, desarrollan tolerancia) en unos años, salvo en la mayoría de los casos de alergia al cacahuete, frutos secos y marisco. La alergia alimentaria se encuentra en continuo incremento y se estima que en nuestro país está en torno al 7,4 %, siendo mayor en otros países, donde alcanza cifras cercanas al 10 %. En la población infantil, es una de las enfermedades alérgicas que se manifiestan de manera más precoz y más del 30 % de los pacientes, son alérgicos a más de un alimento. La alergia a alimentos en la población evoluciona con la edad. En los niños menores de 4 años, la leche, el huevo y el pescado son los alimentos más reactivos. A partir de esa edad, la alergia a vegetales, frutos secos como la avellana, nuez o cacahuete y frutas como el melocotón, son las alergias alimentarias más frecuentes y suelen perdurar hasta la edad adulta. (1, 4, 40)

La leche de vaca es la causa más frecuente de alergia a alimentos en el menor de 2 años, afecta a un 2,5 % de la población y constituye el primer antígeno no homólogo que los niños ingieren en grandes cantidades. La mayoría de los niños se curan de la Alergia a la proteína de la leche de vaca ((APLV), y los que tienen un fenotipo más leve se vuelven tolerantes en la edad escolar. Es una alergia que puede ser mediada o no por mecanismo inmunológico, por lo que es importante definir si se desencadena inmediato a la ingestión de la misma. En la alergia alimentaria a la leche de vaca (APLV) mediada por IgE, la clínica aparece de modo inmediato, desde el momento de la ingesta hasta dos horas tras la toma de leche de vaca. Las manifestaciones clínicas pueden ser desde leves, como prurito oral, hasta una anafilaxia. La mayoría de los niños alérgicos a la leche de vaca adquieren tolerancia a la misma espontáneamente, pero cuando el mecanismo inmune es mediado por la IgE puede persistir en la edad adulta.

La misma indica una predisposición genética a expresar enfermedades alérgicas; en muchos pacientes se asocia a la dermatitis atópica. Se ha observado que aproximadamente la mitad de los niños con APLV desarrollan alergia a otros alimentos y hasta un 28 % alergia a inhalantes (asma o rinitis) antes de los 3 años de edad. Puede ser considerado el debut en muchos casos de la marcha atópica. ^(62-65, 1, 4, 40)

Para su diagnóstico se requiere de la Prueba de Provocación Oral con alimento realizado bajo supervisión médica que conllevan un elevado riesgo de Anafilaxia. El manejo actual se basa en la evitación alimentaria y en el tratamiento oportuno de las reacciones agudas.

En los lactantes lo recomendado es la lactancia materna hasta 4 meses favoreciendo la inmunidad innata. Se puede sustituir la leche materna o iniciar lactancia mixta de ser imprescindible, con una fórmula de proteína de leche de vaca extensamente hidrolizada, fórmulas de soja, fórmulas hidrolizadas de arroz o en casos concretos fórmulas elementales (de aminoácidos). Una vez realizado el diagnóstico de certeza, debe instaurarse una dieta estricta exenta del alimento que ha provocado la alergia. Es importante leer siempre el etiquetado de los alimentos envasados, así como evitar la contaminación del alimento que va a ingerir el paciente. Las dietas de eliminación no supervisadas pueden acompañarse de un deterioro en el crecimiento por déficit de macro- y micronutrientes específicos. El impacto en el crecimiento depende, más que del número de alimentos eliminados, del tipo de alimento que se retira según su calidad nutricional. ^(62-65, 1, 4, 40)

URTICARIA CRÓNICA:

El Síndrome Urticariano lo conforma la presencia de lesiones de Urticaria y de Edema Angioneurótico, para los alergistas Edema Alérgico Subcutáneo (EAS), al mismo momento en un paciente. La Urticaria se define como la aparición de ronchas o habones en forma transitoria asociada a prurito. Es una enfermedad que padece una quinta parte de la población en algún momento de su vida. La prevalencia de UC es alrededor de 1,8 % y si bien puede afectar a cualquier edad, la incidencia máxima se observa entre los 20 y 40 años siendo más frecuente en las mujeres. ^(66-68, 1, 4, 25-27, 40)

La clasificación de urticaria se basa en su duración, frecuencia y las causas que la desencadenan, es aguda cuando su duración es hasta seis semanas y crónica cuando es mayor de seis semanas. La urticaria crónica (UC) se clasifica a su vez en UC espontánea (UCE) y UC inducible (UCInd), dependiendo si existe o no un estímulo definido. La UCE es la forma predominante, afectando a más de 75% de los pacientes, aunque ambos tipos pueden coexistir en un mismo paciente. Dentro de la UCE se describen las Urticarias por AINES, la Urticaria Autoinmune y la Urticaria Idiopática, pero por lo general no se detecta causa y cede espontáneamente. Dentro de las UCInd están: Urticaria por frío, Urticaria por presión, Urticaria solar, Urticaria por calor, Urticaria por vibración, Urticaria colinérgica, Urticaria por contacto y Urticaria acuagénica. (66-68, 1, 4, 25-27, 40)

Las guías actuales para el manejo de la urticaria recomiendan el tratamiento de forma gradual comenzando como primera línea la monoterapia con antihistamínicos H1 de segunda generación, si los síntomas persisten después de dos semanas, se sugiere aumentar la dosis hasta cuatro veces del antihistamínico elegido como una opción de segunda línea; algunas guías recomiendan la adición de un segundo antihistamínico y/o agregar antihistamínicos H2 o antagonistas de los leucotrienos. Como tercera línea de tratamiento si los síntomas persisten después de una a cuatro semanas, se recomienda añadir cursos cortos de corticosteroides. (66-68,1, 4, 25-27, 40)

Genera un gran impacto en el paciente, debido a que la afectación de la piel resulta incómoda y puede llegar a ser intolerable y requerir tratamiento de urgencia. Afecta la calidad de vida al sumarse a ello, razones como, la imprevisibilidad de los ataques, las restricciones sociales, en el vestuario o efectos adversos a medicamentos, que van determinando un deterioro en la vida privada, social y laboral del paciente. Además, el prurito crónico asociado genera un trastorno de sueño secundario que son las causantes de comorbilidad psiquiátrica como ansiedad, depresión, miedo entre otras. El cuestionario para evaluar calidad de vida en Urticaria más utilizado es el Cuestionario de calidad de vida dermatológica (DLQI) que permite tener una visión global de la repercusión en la vida del paciente y sus familiares. Por otra parte, el Urticaria Control Test (UCT) se utiliza en el seguimiento considerando el ajuste de

dosis. Se utiliza en la consulta por ser un cuestionario sencillo adaptado al castellano. Se interroga acerca de intensidad de los síntomas, afectación de la calidad vida, capacidad de tratamiento para controlar la enfermedad y la valoración individual del paciente acerca del control de la enfermedad en las últimas 4 semanas, considerando buen control cuando el test determina una puntuación mayor de 12 y control completo cuando resulta en 16. (66-68,1, 4, 25-27, 40)

ANAFILAXIA:

La Organización Mundial de Alergia (WAO) define la Anafilaxia como una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal. Clínicamente se caracteriza por la asociación de síntomas que afectan simultáneamente a varios órganos, poniendo en peligro la vida del enfermo. En la población general se estima una prevalencia del 0,05 al 2 %, que ha ido en incremento en los últimos años, con un aumento en los ingresos hospitalarios sobre todo en niños menores de 3-4 años, adolescentes y adultos jóvenes. Las causas principales de anafilaxia en niños son los alimentos, (la leche, el huevo, pescado, legumbres y frutos secos); los fármacos, los antibióticos betalactámicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más frecuentemente implicados y entre ellos la amoxicilina, asociado generalmente a su alto consumo y las picaduras por himenópteros. (68,1, 4, 18-22, 40)

Se acompaña de síntomas mucocutáneos, respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicos y el diagnóstico es predominantemente clínico. Los errores pueden estar en relación a no sospechar el diagnóstico y por tanto no tratarlo con la urgencia que requiere. Deben tenerse en cuenta los factores de riesgo para trabajar en ellos para su prevención en las consultas, tales como: La Edad (Infancia, adolescencia y edad avanzada) el Embarazo, Enfermedades concomitantes (Asma, Enfermedades cardiovasculares, Mastocitosis), Medicación Concurrente (Uso de Beta bloqueadores, Uso de Inhibidores de la ACE), el Ejercicio, las Infecciones Agudas, el Stress emocional, el Estado premenstrual, la Ingestión de Etanol y la Ingestión de AINES. (68, 1, 4, 18-22, 40)

El diagnóstico se realiza por el reconocimiento de los síntomas y signos que ocurren tras minutos u horas después de la exposición a determinado agente. La anafilaxia es una enfermedad alérgica Multisistémica y de rápida progresión que tenemos que tener muy en cuenta dado que puede presentarse ante la realización de las PAC y durante la administración de la ITE. (1, 4, 18-22, 40, 68)

CONSIDERARLA ANTE LA PRESENCIA DE LOS 3 CRITERIOS SIGUIENTES:

- Rápida progresión de los síntomas.
- Cambios cutáneos o mucosos: Urticaria, Angioedema, Flushing.
- Afectación de las vías aéreas, problemas de la circulación.

ADEMÁS:

- La Exposición a uno de los alérgenos conocidos por el paciente.

TENER EN CUENTA:

- Los cambios en la piel y mucosas pueden ser leves o estar ausente en el 20 % de los pacientes.
- Pueden presentarse manifestaciones gastrointestinales: vómitos, dolor abdominal, incontinencia.

El estudio Alergológico posterior a un evento de anafilaxia, debe realizarse basado en el interrogatorio exhaustivo buscando posibles factores involucrados en el episodio y las determinaciones de IgE sérica específica al alérgeno sospechado, para demostrar la sensibilización al alérgeno específico. (1, 4, 18-22, 40, 68)

Los principios generales del tratamiento se basan en el reconocimiento, la educación, preparación y capacitación, para atender una situación de urgencia vital e instaurar un tratamiento precoz. Es vital su reconocimiento precoz para establecer un tratamiento lo más rápido posible. El Tratamiento Preventivo se basa en evitarse siempre el alérgeno causal y realizar un adecuado estudio y profilaxis. El paciente debe portar en sus

documentos una “Tarjeta de Alergia a Medicamentos” donde se informa el agente y la manifestación presentada. En casos graves el paciente debe portar un “Set Medicamentoso de Urgencia”. Se prescribe epinefrina IM por autoinyección. Se le debe orientar en cuanto a medicamentos y alimentos sospechosos y se debe tener cuidado con las reacciones cruzadas a otros fármacos. (Penicilina y Sulfas). Los laboratorios de Alergia donde se administran medicamentos parenterales, se realizan test cutáneos o procedimientos de inmunoterapia deben tener personal adiestrado y Bandeja de urgencia (BUA). (68, 1, 4, 18-22, 40)

La primera línea de tratamiento lo constituye la administración de Adrenalina. El retraso de administración es el principal factor asociado a riesgo de fallecimiento. Se debe administrar adrenalina 1:1000 (1 mg/1 ml) por vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo a una dosis de 0,01 mg/kg (máximo 0,5 mg). Se puede repetir cada 5 a 15 min, ante ausencia de respuesta. Aquellos que no respondan a varias dosis de adrenalina IM pueden requerir administración vía IV. La vía SC o inhalada, se recomienda en el caso del estridor laríngeo, donde la adrenalina nebulizada puede ser útil. (68, 69,1, 4, 18-22, 40)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

El paciente alérgico deberá estar siempre identificado y controlado. En el caso del niño, los padres o tutores, deben estar bien orientados y acudir con ellos a las consultas. En la escuela la maestra debe tener conocimiento de la enfermedad alérgica que padece y de los alimentos que están prescritos y además vigilar su entorno, como son; salidas al recreo, o cualquier otra instalación de la escuela, así como en excursiones y campamentos fuera del centro. (1, 4, 37,40)

Como podemos apreciar las enfermedades alérgicas, han ido en aumento en las últimas décadas, y es clara su repercusión en el ámbito escolar, laboral, y económico de los pacientes y sus familiares, incidiendo de esta forma en la esfera psicológica y la calidad de vida. Por ello es de gran importancia para los Alergólogos mantener un control de dichas enfermedades mediante un adecuado tratamiento. Es fundamental la participación del paciente y la familia en el cumplimiento del plan Alergológico que se

orienta. Los tratamientos de Alergia tienen una gran efectividad, en especial en Cuba los procedimientos de ITE, sin embargo a pesar de la efectividad de estos tratamientos, en la mayoría de los pacientes que sufren enfermedades alérgicas, en los últimos años se evidencia la no adherencia al tratamiento intercrisis, lo que conlleva a un mal control y a un mal pronóstico y por tanto a la afectación en la calidad de vida de pacientes y familiares con un aumento en los costos por salud; tanto para la familia como para el estado.

Por lo que ante la tendencia al incremento de la prevalencia de estas enfermedades que han llegado a ser consideradas “Epidemia Mundial”, la caracterización de las enfermedades alérgicas de las diferentes poblaciones, se hace cada día más importante así como evaluar, el grado de Adherencia al tratamiento, por parte de los pacientes. La población de Lajas como vimos carece del registro sobre las diferentes enfermedades alérgicas y solamente se registra la incidencia de casos de Asma Bronquial por lo que nos proponemos abordar una investigación sobre las características de los pacientes alérgicos y su adherencia al tratamiento, en este municipio, para contribuir así al conocimiento de estos aspectos en la provincia de Cienfuegos y de forma general, lo que nos permitirá trazar nuevas estrategias en los tratamientos de los pacientes alérgicos para contribuir a su calidad de vida.

CONTROL SEMÁNTICO:

Alérgenos:

Sustancia física o química capaz de determinar la formación de anticuerpos IgE desencadenando una hipersensibilidad tipo I. Pueden ser proteínas o sustancias químicas unidas a proteínas.

Factores ambientales:

Todas aquellas condiciones ambientales cuya presencia puede desencadenar o agravar las manifestaciones alérgicas en los pacientes, considerándose: Aeroalergenos: (polvo, ácaros, hongos anemófilos, cucarachas, epidermis de animales). Alergenos laborales: (polvos, humos, olores irritantes, contaminantes, ocupaciones específicas). Contaminantes: Sustancias física o química (sonido, calor, luz, radioactividad, otras) que provocan que el medio se insegura o no apto. El medio puede ser el ecosistema, un medio físico o un ser vivo. Se considera una forma de impacto ambiental.

Microambiente: Considerando la casa donde habita.

Macroambiente: Considerando el entorno donde habita.

Perfil Alergológico de pacientes alérgicos:

Se refiere a las peculiaridades, particularidades, rasgos distintivos, que identifican que el paciente tiene una enfermedad alérgica. Para ello se establecen los criterios que definen el diagnóstico, según el método clínico, que lo define mediante el interrogatorio al enfermo, el examen físico y los complementarios específicos.

Adherencia al tratamiento Alergológico:

Se consideró que existe adherencia al tratamiento Alergológico cuando refiera que cumpla el tratamiento indicado, basado en los pilares de tratamiento Alergológico, con el requisito de que debe cumplir 3 o más, de los pilares de tratamiento, estableciéndose los pilares 1 y 4 como de carácter obligatorio.

Pilares de tratamiento Alergológico:

PILAR 1: Medidas De Control Ambiental Indicadas

PILAR 2: Dieta Indicada

PILAR 3: Inmunoterapia Específica (ITE): Terminada, o Suspendida o en Curso o ITE contraindicada.

PILAR 4: Uso de los fármacos establecidos para el tratamiento de las enfermedades alérgicas: Antihistamínico, Antialérgico, Montelukast, Corticoide Inhalado, Corticoide oral.

PILAR 5: Rehabilitación o MNT indicada.

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO.

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de enfermedades alérgicas atendidos en la consulta de Alergia del municipio de Lajas.

ESCENARIO:

Consultas de alergia de la atención primaria de salud (APS) del municipio de Lajas, de la provincia de Cienfuegos.

PERÍODO DE ESTUDIO:

Durante un periodo de 3 años, desde el 1 de octubre del 2020 hasta el 30 de septiembre del 2023.

UNIVERSO:

Abarcó todos los pacientes mayores de 5 años, con diagnóstico de enfermedad alérgica con voluntariedad a participar en dicha investigación, asistentes a la consulta de Alergia y residentes del municipio de Lajas con más de 2 años de atención en la especialidad y que además no presentaran enfermedades invalidantes que le impidieran colaborar con el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ❖ Pacientes con diagnóstico de COVID 19.

CRITERIOS DE SALIDA:

Saldrán del estudio los pacientes que cumplan la siguiente condición:

- ❖ Abandono voluntario por parte del paciente.
- ❖ Fallecimiento.

- ❖ Cualquier otra razón por la que no asistan al estudio.

TÉCNICAS EMPLEADAS:

- ❖ Aplicación de una Encuesta para la recogida de las variables.

PROCEDIMIENTOS:

Los pasos a seguir para la realización de este trabajo serán los siguientes:

PASO No 1: REVISIÓN DE LA LITERATURA:

Se realizó una extensa revisión de la literatura en relación a las enfermedades alérgicas, en español e inglés de textos básicos y revisiones bibliográficas existentes en el centro de información médica de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, de la biblioteca del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, de la base bibliográfica del colectivo docente de Alergia y a través del web.

Base de datos revisadas: Infomed, Google, Medline, Lilac, Cochrane Library, Pubmed.

Descriptores utilizados: Enfermedades alérgicas, prevalencia, diagnóstico, tratamiento, Adherencia.

Referencias bibliográficas: De la búsqueda bibliográfica se seleccionarán 80 citas o más para conformar la bibliografía del informe final.

PASO No 2: OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- 1- Se solicitó la aprobación de la investigación por la Dirección de Salud del Policlínico Lajas así como por el comité de Ética de las Investigaciones. (Anexo 1)
- 2- Se solicitó el Consentimiento Informado para participar en el estudio una vez explicado. Esto no invalidó que este paciente continuara siendo tratado.(Anexo 2)

- 3- Se realizó la revisión de la Historia Clínica Alergológica como fuente primaria y fundamental de la recogida de datos.
- 4- La aplicación de la Encuesta. Se les realizó un interrogatorio minucioso para corroborar y ampliar los datos de la Historia Clínica Alergológica, contestando el cuestionario para el llenado de la encuesta donde se recogieron las variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas y de laboratorio a estudiar. (Anexo 3)

PASO No 3: DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

Se analizaron las siguientes variables sociodemográficas, que pueden intervenir en la presencia de las enfermedades alérgicas:

- ❖ Edad: Estas serán agrupadas según grupos de edad en base al interés de la investigadora. Se podrán quedar los grupos de la siguiente forma: De 5-14 años, 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, de 55 a 64 años y 65 y más años.
- ❖ Sexo: Masculino, Femenino.
- ❖ Procedencia: Urbano o rural.
- ❖ Ocupación: Labor que realiza, considerando solamente si tiene riesgo laboral.

VARIABLES CLÍNICAS:

Se analizaron las siguientes variables clínicas, consideradas imprescindibles para el diagnóstico de las enfermedades alérgicas.

- ❖ Tipo de enfermedad alérgica: Conjuntivitis alérgica, Rinitis alérgica, Asma Bronquial, Dermatitis atópica, Dermatitis alérgica de contacto, Síndrome Urticariano, Alergia alimentaria, Alergia a medicamentos, Alergia a Himenópteros, Alergia al Látex, Anafilaxia.

- ❖ Antecedentes atópicos familiares (AAF): En familiares de 1ra línea. (Madre, padre o hermanos)
- ❖ Antecedentes atópicos personales (AAP): Conjuntivitis alérgica, Rinitis alérgica, Asma Bronquial, Dermatitis atópica, Dermatitis alérgica de contacto, Síndrome Urticariano, Alergia alimentaria, Alergia a medicamentos, Alergia a Himenópteros, Alergia al Látex, Anafilaxia.
- ❖ Relación Causal: Relación Causal: Aeroalérgenos: (ácaros, hongos anemófilos, epidermis de animales, cucarachas, varios, otros). Alérgenos alimentarios: (considerándose los 8 trofoalérgenos más alergizantes: mariscos, pescado, leche, trigo, huevo, soya, maní y nueces). Alérgenos laborales: (polvos, humos, olores irritantes). Cambios meteorológicos: (frío, lluvia, calor, varios, otros). Procesos infecciosos: (virus, bacterias hongos, parásitos, otros)
- ❖ Reacción adversa a medicamentos (RAM): Mencionar a cual o cuales medicamentos hace alergia y que tipo de reacción presentó: Tipo de medicamento y Tipo de reacción.
- ❖ Examen físico: Presencia de estigmas de SONA: (Saludo alérgico, Pliegue de Dennie-Morgan, Arrugamiento de la nariz Surco o cresta nasal transversa, Palidez perioral, Ojeras y bolsas alérgicas, Pestañas largas y sedosas, Conjuntivas turbias e inyectadas, Fruncimiento de la boca, Movimientos de la lengua, Lengua geográfica, Quelitis, Hábito de morderse las uñas., Deformidades dentomaxilares y Respiración bucal)

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS:

Se analizaron las siguientes variables epidemiológicas, consideradas imprescindibles para el diagnóstico de las enfermedades alérgicas.

- ❖ Considerando Microambiente la casa donde habita. Microambiente polvoriento. Microambiente húmedo .Microambiente polvoriento y húmedo.

- ❖ Considerando Macroambiente el entorno donde habita. Macroambiente polvoriento. Macroambiente húmedo. Macroambiente polvoriento y húmedo.
- ❖ Presencia de animales domésticos. 1. Perro, 2.Gato, 3.Palomas, 4. Otras aves, 5.Varios, 6.Otros.

VARIABLES DE LABORATORIO:

Se analizaron exámenes de laboratorios y pruebas alérgicas, realizados al paciente, con resultados considerados positivos(o con eosinofilia), imprescindibles para el diagnóstico de las enfermedades alérgicas.

- ❖ Eosinofilia en lámina periférica: 1.Positiva, 2.Negativa
- ❖ Eosinofilia en diferencial. 1.Positiva, 2.Negativa
- ❖ Conteo Absoluto de eosinófilos. (CAE) 1. Positivo, 2.Negativo

Pruebas Inmunoalérgicas cutáneas (PIAC) 1.Puntura, 2.Prick-prick, 3.Parque cerrado, 5. Parque abierto, 6. Varias, 7.Otras.

VARIABLE DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Se analizaron los pilares básicos del tratamiento que el paciente ha utilizado para prevenir la enfermedad alérgica.

Considerando como Pilares de tratamiento Alergológico: Las Medidas de Control Ambiental (MCA), las Dietas hipoalérgicas, la Inmunoterapia específica (ITE), los grupos de fármacos aplicados para contrarrestar las manifestaciones alérgicas (Antihistamínicos, Antialérgicos, Antileucotrienos, Corticoides Inhalados, Corticoides orales), el uso de tratamiento de Rehabilitación y la Medicina Natural y Tradicional (MNT.)

Se consideró que existe adherencia al tratamiento Alergológico cuando refirió que cumplió el tratamiento indicado, basado en los 5 pilares de tratamiento Alergológico, aplicando el requisito de:

- Debió cumplir 3 o más, de los 5 pilares de tratamiento.
- Siendo el 1 y el 4 de carácter obligatorio.

ESCALA DE MEDICIÓN:

- Cumplimiento del tratamiento.
- Cumplimiento Parcial del tratamiento.
- No Cumplimiento del tratamiento.

CARACTERIZACIÓN ALERGOLÓGICA.

A partir de cada variable analizada, referente a las variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio, se tomó la de mayor porcentaje para establecer la caracterización Alergológica de los pacientes estudiados.

PASO No 4: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se aplicó los estadísticos descriptivos basados en las características recopiladas de los pacientes alérgicos. La información recogida se realizó de forma automatizada y se procesó en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 21. 0. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%). Se utilizaron parámetros estadísticos como la media y la desviación típica para la edad y el estadígrafo de (χ^2) de independencia para conocer si existe relación entre dos variables con un nivel de significación del 5% y nivel de probabilidades de $p=0,05$. La información se representó en tablas y gráficos, según el tipo de variable.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La investigación constó con el aval del director de la institución ejecutora, Policlínico de Lajas. Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada paciente objeto de la investigación, su consentimiento informado, éste se realizó para respetar la individualidad y confiabilidad de su padecimiento conservando la ética médica. Se les explicó a los pacientes sobre los datos y apuntes referentes al estudio a realizar, los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportan en la entrevista y en su documento de historia clínica Alergológica y la posibilidad de abandonar la investigación si así lo desean en cualquier momento; sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior. Se realizó la solicitud verbal y por escrito del consentimiento informado. Las respuestas recogidas en las encuestas y los resultados del informe final de la investigación, estarán bajo custodia del investigador y no se utilizarán para otros fines. (Anexo 2)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Definición de las variables del estudio: tipo, escala de medición, descripción y definición operacional de la misma. Indicadores si corresponde.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Grupos etarios (edad):

1. Tipo de variable: cuantitativa continua.
2. Escala de medición: De 5-9 años, 10 a 14 años, 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, de 55 a 64 años y 65 y más años.
3. Descripción: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.
4. Definición operacional: según fecha de nacimiento referida por el paciente y verificada por carnet de identidad.
5. Indicador: Porcentaje de los grupos de edad en relación con el sexo.

Sexo:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: Femenino o Masculino
3. Descripción: Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer.
4. Definición operacional: Según porcentaje de fenotipos.
5. Indicador: Porcentaje del sexo en relación a los grupos de edad.

Procedencia

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: Urbano o rural.

3. Descripción: Según la denominación de los límites geográficos donde resida el paciente. Último Censo de Población y Viviendas 2016.

4. Definición operacional: Obtenido de la dirección actual donde el paciente reside.

5. Indicador: Porcentaje de la procedencia en relación a los grupos de edad.

Ocupación.

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.

2. Escala de medición: Con riesgo o Sin riesgo.

3. Descripción: Labor que realiza: ama de casa, cuenta propista, obrero, técnico o profesional.

4. Definición operacional: Obtenido durante la consulta mediante el interrogatorio. Se declara "Con Riesgo" cuando está expuesto a ambiente polvoriento, húmedo o con presencia de olores irritantes.

5. Indicador: Porcentaje de la ocupación según exposición de riesgo en relación a los grupos de edad.

VARIABLES CLÍNICAS:

Tipo de enfermedad alérgica:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica.

2. Escala de medición: 1. Conjuntivitis alérgica, 2. Rinitis alérgica, 3. Asma Bronquial, 4. Dermatitis atópica, 5. Dermatitis alérgica de contacto, 6. Síndrome Urticariano, 7. Alergia alimentaria, 8. Alergia a medicamentos, 9. Alergia a Himenópteros, 10. Alergia al Látex, 11. Anafilaxia, 12. Varias, 13. Otras.

3. Descripción: Según enfermedades alérgicas referidas por el paciente.

4. Definición operacional: Obtenido de la HCA Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje que se establece para cada enfermedad.

Antecedentes Atópicos Familiares (AAF):

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: Si o No.
3. Descripción: Antecedentes de Atopia de alguno de los familiares. Considerados en familiares de 1ra línea. (Madre, padre, hermanos)
4. Definición operacional: Referido durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de presentación de Atopia Familiar.

Antecedentes Atópicos Personales (AAP).

1. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica.
2. Escala de medición: Sí o No.
3. Descripción: Según los Antecedentes Atópicos Personales referidos por el paciente. Sí, cuando refiere alguna de estas enfermedades. Conjuntivitis alérgica, Rinitis alérgica, Asma Bronquial, Dermatitis atópica, Dermatitis Alérgica de contacto, Síndrome urticariano, Alergia alimentaria, Alergia a medicamentos, Alergia a himenópteros, Alergia al látex, Anafilaxia.
4. Definición operacional: Obtenido de la HCA Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de presentación de Atopia Personal.

Relación Causal:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica.

2. Escala de medición:

- ✓ Aeroalérgenos: (1. ácaros, 2. hongos anemófilos, 3. cucarachas, 4. epidermis de animales, 5. Varios ,6. Otros)
- ✓ Alérgenos alimentarios: (1.Mariscos, 2.Pescado, 3.Leches, 4. Trigo, 5.Huevo, 6.Soya 7.Maní, 8.Nueces.
- ✓ Alérgenos laborales: 1.Polvos, 2.Humos, 3.Olores irritantes, Otros
- ✓ Cambios meteorológicos: 1.Frío, 2.Lluvia, 3.Calor, 4.Varios, 5.Otros
- ✓ Procesos infecciosos: 1.Virus, 2. Bacterias, 3.Hongos, 4.Parásitos, 5.Otros

3. Descripción: Se refiere a la causa con que el paciente relaciona su sintomatología.

4. Definición operacional: Obtenido de la HCA Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.

5. Indicador: Porcentaje de presentación de Atopia Personal.

Reacción adversa a medicamentos. (RAM)

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.

2. Escala de medición: Si o No.

3. Descripción: Según si los medicamentos le dan Alergia. Se considerará el tipo de medicamento y que tipo de reacción presentó.

4. Definición operacional: Obtenido de la HCA Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.

5. Indicador: Porcentaje de presentación de RAM.

Examen físico:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: Si o No.
3. Descripción: Según presencia de alguno de los estigmas de SONA. (Saludo alérgico, Pliegue de Dennie-Morgan, Arrugamiento de la nariz, Surco o cresta nasal transversa, Palidez perioral, Ojeras y bolsas alérgicas, Pestañas largas y sedosas, Conjuntivas turbias e inyectadas, Fruncimiento de la boca, Movimientos de la lengua, Lengua geográfica, Quelitis, Hábito de morderse las uñas, Deformidades dentomaxilares y Respiración bucal)
4. Definición operacional: Obtenido de la HCL Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de presentación de estigmas de Alergia en el examen físico.

VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS:

Microambiente.

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: 1.Polvoriento, 2.Húmedo, 3.Polvoriento y Húmedo.
3. Descripción: Se refiere a ambiente dentro de la vivienda.
4. Definición operacional: Obtenido de la HCL Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de referencia de microambiente polvoriento, húmedo o ambos.

Macroambiente.

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: 1.Polvoriento, 2.Húmedo, 3.Polvoriento y húmedo.

3. Descripción: Se refiere a el entorno de la vivienda.
4. Definición operacional: Obtenido de la HCL Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de referencia de macroambiente polvoriento, húmedo o ambos.

Presencia de animales domésticos:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica.
2. Escala de medición: 1.Perro, 2.Gato, 3.Palomas, 4. Otras aves, 5.Varios, 6.Otros
3. Descripción: Se refiere a presencia de animales en la vivienda.
4. Definición operacional: Obtenido de la HCL Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de presencia de animales domésticos.

VARIABLES DE LABORATORIO:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica.
2. Escala de medición: Eosinofilia en lámina periférica: 1.positiva, 2.negativa
Eosinofilia en diferencial. 1. positiva, 2.negativa CAE. 1. positivo, 2.negativo
PIAC: 1.Puntura, 2.Prick-prick, 3.parche cerrado, 5. Parche abierto, 6. varias,
7.otras
3. Descripción: Según pruebas de laboratorio imprescindibles para el diagnóstico definitivo de enfermedad alérgica. Considerados positivos cuando se observa un valor superior al valor normal establecido por el laboratorio.
4. Definición operacional: Obtenido de HCA Alergológica.

5. Indicador: Porcentaje de cada análisis de laboratorio considerado positivo en el paciente.

VARIABLES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

1. Tipo de variable: cualitativa nominal politómica.
2. Escala de medición: Cumplimiento, cumplimiento parcial, no cumplimiento.
3. Descripción: Según exista adherencia al tratamiento Alergológico .Se considerará que existe adherencia al tratamiento ,cuando el paciente refiera que cumpla el tratamiento indicado(los 5 pilares de tratamiento Alergológico.Deberá cumplir además el requisito de ajustarse a 3 o más, de los 5 pilares de tratamiento siendo los pilares 1 y 4 de carácter obligado.
4. Definición operacional: Obtenido de la HCL Alergológica o referidos durante la consulta por pacientes o familiares.
5. Indicador: Porcentaje de Adherencia al Tratamiento.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

TABLAS DE SALIDA:

TABLA No 1. Distribución de pacientes con enfermedades alérgicas según grupos etarios y sexo.

GRUPOS ETARIO:	MASCULINO.		FEMENINO.		TOTAL.	
	No	%	No	%	No	%
SEXO						

5-9 años.						
10-14 años.						
15-24 años.						
25-34 años.						
35-44 años.						
45-54 años.						
55-64 años.						
65 y más.						
MEDIA=						
DT=						

Fuente: Encuesta.

TABLA No 2. TABLA No 3. Distribución de los pacientes alérgicos según procedencia y sexo.

PROCEDENCIA /SEXO	MASCULINO.		FEMENINO.		TOTAL.	
	No	%	No	%	No	%
URBANA						
RURAL						

TOTAL						
--------------	--	--	--	--	--	--

Fuente: Encuesta. $X^2=$

TABLA No 3. Distribución de los pacientes alérgicos según ocupación y sexo.

OCUPACIÓN /SEXO	MASCULINO.		FEMENINO.		TOTAL.	
	No	%	No	%	No	%
CON RIESGO						
SIN RIESGO						
TOTAL						

Fuente: Encuesta. $X^2=$

TABLA No 4. Distribución de la población según variables clínicas.

VARIABLES CLÍNICAS	No	%
TIPO DE ENFERMEDAD ALÉRGICA		
RINITIS		
ASMA BRONQUIAL.		
DA		
DAC		
AAF		
AAP		
RELACIÓN CAUSAL		
AEROALERGENOS.		
ALERGENOS ALIMENTARIOS		
ALERGENOS LABORALES.		
CONTAMINANTES.		
CAMBIOS METEOROLÓGICO		
PROCESOS INFECCIOSOS.		
RAM		
TIPO DE MEDICAMENTO		
TIPO DE REACCIÓN.		
ESTIGMAS DE ALERGIA.		

Fuente: Encuesta.

TABLA No 5. Distribución de pacientes según variables epidemiológicas.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	No	%
MICROAMBIENTE POLVORIENTO.		
MICROAMBIENTE HÚMEDO.		
MACROAMBIENTE POLVORIENTO.		
MACROAMBIENTE HÚMEDO		
ANIMALES DOMÉSTICOS.		

Fuente: Encuesta.

Tabla No 6. Distribución los pacientes alérgicos según las variables de laboratorio.

CARACTERÍSTICAS LABORATORIO.(EOSINOFILIA)	No	%
LÁMINA PERIFÉRICA		
LEUCOGRAMA/DIFERENCIAL		
CAE		
PRUEBA POR PUNTURA.		
PRICK-PRICK		
PARCHE CERRADO.		
PARCHE ABIERTO.		

Fuente: Encuesta.

TABLA No. 7.Distribución de los pacientes alérgicos según el tratamiento Alergológico.

PILARES DE TRATAMIENTO	NO	%
1. MCA		
2. DIETA		
3. ITE.		
4. FARMACOS.		
5. REHABILITACIÓN Y MNT.		

Fuente: Encuesta.

TABLA No. 8.Distribución de los pacientes alérgicos según la adherencia al tratamiento Alergológico.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	NO	%
CUMPLIMIENTO		
CUMPLIMIENTO PARCIAL		
NO CUMPLIMIENTO.		
TOTAL		

Fuente: Encuesta

TABLA No.9.Caracterización Alergológica de los pacientes del municipio de Lajas.

ENFERMEDAD ALÉRGICA.	
ATOPIA FAMILIAR	
ATOPIA PERSONAL	
RELACIÓN CAUSAL	
RAM	
ESTIGMAS DE ALERGIA.	
MICROAMBIENTE POLVORIENTO.	
MICROAMBIENTE HÚMEDO	
MACROAMBIENTE POLVORIENTO.	
MACROAMBIENTE HÚMEDO	
ANIMALES DOMÉSTICOS.	
LÁMINA PERIFÉRICA	
LEUCOGRAMA CON DIFERENCIAL.	
CAE	
PRUEBA POR PUNTURA	
PRICK-PRICK	
PARCHE CERRADO	

PARCHE ABIERTO.	
-----------------	--

Fuente: Encuesta.

CRONOGRAMA:

#	Etapas	Tareas	Resultados a alcanzar	Fecha de cumplimiento	Responsable
1	Planificación y diseño de la investigación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elección del tema. 2. Definir objetivos. 3. Revisar bibliografía. 4. Elaboración del proyecto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolver problemas. 2. Formular objetivos. 3. Aprobación del proyecto por la especialidad. 	Octubre 2020- Enero 2021	Autor: Dra. Yamileika Flores Roca.
2	Organización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar bibliografía. 2. Elaborar Marco Teórico. 3. Confeccionar un cuestionario para la recogida de la información. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Localizar recursos materiales para ejecutar el estudio. 2. Asignar un oponente. 	Enero 2021- Junio 2021	

		4. Aprobación por el Consejo Científico del proyecto.			
3	Ejecución	1. Recolección de toda la información en consulta	1. Aplicar encuesta. 2. Completar toda la recogida de la información.	Octubre 2021- Noviembre 2022	
4	Procesamiento	1. Clasificar y computarizar la información, para obtener resultados. 2. Análisis e interpretación de los resultados.	1. Obtener las tablas con los resultados.	Diciembre 2022- Mayo 2023	
5	Redacción del informe final	1. Presentación y discusión.	1. Presentación ante tribunal estatal para examen de especialista. 2. Divulgación de la	Julio a Noviembre 2023	

			investigación.		
--	--	--	----------------	--	--

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. O'Hehir R E, Holgate S T, Sheikh A. Middleton Allergología Esencial. 2017 ed. Elsevier España; 2017. ISBN: 978-84-9113-108-3. Disponible en: <http://www.expertconsult.com>
2. Alobid I, Álvarez C, Aparicio M, Ferreira J, García G, Gómez A, et al. GEMA 5.0. Guía Española para el manejo del Asma. 2020. ISBN: 978-84-17372-97-2. Disponible en: <http://www.genasma.com>
3. [Vásquez L M, Olaya M, cleves D, Ramírez L F, Serrano C. Caracterización de los niños menores de cinco años con sospecha de enfermedades alérgicas.](#) Rev. Alerg. Méx[revista en Internet]. 2018; 65 (1): [aprox.8 p.] Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/alergia/verpost.php?blog=https://articulos.sld.cu/alergia/&post_id=10592&c=191&tipo=2&idblog=44&p=1&n=dc
4. Pérez M L. Guías de buenas prácticas clínicas de consulta rápida y actualizada. Manejo y prevención de las enfermedades alérgicas. Medisur [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Ene 15]; 16(6): [aprox. 145 p.]. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3944>

5. Reddel H K, Bacharier L B, Bateman E D, Boulet L F, Brightling C, Brusselle G, et al. GINA 2020: global strategy for Asthma Management and Prevention. Update 2020. Disponible en: <https://www.ginasthma.com>
6. Kuruvilla M, Vanijcharoenkarn K, Shih J A; Hyung Lee F E. Epidemiology and risk factors for asthma. Respiratory Medicine[revista en Internet]. 2019;[citado 2019 Jan 15 149:[Aprox. 6 p] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.01.014>

7. Ocampo J, Gaviria R, Sánchez J. Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. Rev Alerg Mex. [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Mar 25] 64(2): [aprox.9 p.]
8. Fernández J C, Velasco A A, Urquiza C, Guzmán K A, Velázquez G. Factores de riesgo para mal control de asma en adultos. Rev Alerg Mex.[revista en Internet]. 2019;[citado 2019 Ene 15] 66(1):[aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>
9. Arias J C, Ortíz M A, Restrepo J C. Asma en población pediátrica: Factores de riesgo y diagnóstico. Una revisión actual. Saltem Scientia Spiritus 2018; 4(1):35-40. ISSN: 2463-1426 (En Línea)
10. Mendoza J. Tesis de especialista de 2do grado en Neumología. Factores de riesgo asociados con Asma Bronquial Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2019. Facultad de Medicina Humana. Lima Perú, 2019. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
11. Brozek, J L, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic S, ET AL. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. J Allergy Clin Immunol 2016; 140(4): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>
12. Bousquet J and Schünemann H J, Togias A, Togias C, Erhola M, Hellings P, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol.[revista en internet] 2020;[citado 2020 Feb 4] 145:[Aprox.10 p.]
13. Urrutia M, Fernández C, Valentin M, Cruz A, Torres O, Simon L, Nunes P, Solé D. Conocimiento de médicos de atención primaria sobre Rinitis alérgica y su Impacto en el Asma (ARIA): estudio piloto comparativo Brasil,

Paraguay, Uruguay. Rev Alerg Mex.[Disponible en Internet] 2018;[citado 2018 Ago 9] 65(4);[Aprox. 9 p.] Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaci.2019.06.049>

14. Cox L. Approach to Patients with Allergic Rhinitis. Med Clin N Am.[revista en Internet] 2020;[citado 2020 Feb 4] 104:[Aprox. 17 p.] Disponible en; <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.09.001>

15. Ricardo Alonso OE, Rodríguez Sánchez MB, Hernández Fernández M, Alonso González M. Aspectos de interés sobre dermatitis atópica, su diagnóstico y tratamiento. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 41(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2724/4275>

16. Leung D Y M, Eichenfield L F, Bogulewicz M. dermatitis Atópica (eccema atópico) Parte 2: Trastornos de la Piel y las mucosas. P. 165-181. In: Goldsmith L A, Katz S I, Gilchrest B A, Paller A S, Leffell D J, Wolff K, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8^{va} ed. Editorial Médica Panamericana. <http://www.medicapanamericana.com>

17. Leyva M A, Rodríguez Y, Rodríguez R, Mejía S M, Luyo L L. Dermatitis atópica: fisiopatología y sus implicaciones clínicas. Artículo de Revisión. CCM. 2020;[Citado 2019 Dic 11] 24(1);[Aprox. 24 p.] Disponible en: <http://www.ifomed.sld.cu/revistas>

18. Cardona V, Álvarez-A, Ansotegui I, Arias A, Ivancevich J C, González S N, y cols. Guía de Actuación en Anafilaxia en Latinoamérica. (Galaxia-Latam). Rev Alerg Mex.[revista en Internet] 2019; 66.[Aprox. 38 p.] Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>

19. Olabarrí García M. Anafilaxia en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3^a Edición, octubre 2019 .

20. Benito J C, Álvarez F. Anafilaxia en Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr.* . [revista en Internet] 2019; 2: [Aprox. 17 p.]
21. Abarca V, Piñar G. Manejo de anafilaxia en pediatría. *Rev Méd Sinergia.* [revista en Internet] 2020; 5(7): Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.536>
22. Sienna J J L, Navarrete E M, Chávez U, Lezana M A, Baeza R A, Baeza M A, y cols. Anafilaxia en niños y adultos: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev CONAMED* 2019; 24(3): 107-164. Folio: 073/2019
23. Shaker M, Salcone E. An update on ocular allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2016, 16:000–000. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACI.0000000000000299>
24. Mariño F, Valls M, Mullot J. Multimorbilidad en la Rinitis alérgica pediátrica. *Rev Rinol.*[revista en Internet] 2018; 18(2):[Aprox 10 p.] Disponible En: <http://www.revistaderinologia.com>
25. Cruz A, Caballero C G, López A I, Rivero D, Arana O, Papaqui- J S, et al. Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. *Alerg Asma Inmunol Pediatr.* 2019 [revista en Internet]; 28(2): [citado 2019 Ago][Aprox. 3 p.] Disponible en: www.medigraphic.org.mx
26. Cherrez I, Vanegas E, Felix M, Mata V, Cherrez S, Simancas D y col. Etiology of chronic urticaria: the Ecuadorian experience. *World Allergy Org J.* 2018; 11:1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40413-017-0181-0>
27. Aguilera R, Correa H, Díaz C, Marino MA, Valenzuela F. Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. *Rev. Méd. Chile* 2018; 146; (11): 1334-1342. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001101334>

28. Echeverría L A. Novedades en diagnóstico y prevención de la alergia alimentaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 233-247.
29. Camero H, López A I, Rivero D, Caballero C G, Arana O, Papaqui S, y cols. Frecuencia de reactividad cutánea hacia alérgenos alimentarios en pacientes alérgicos. Rev. Alerg Méx. 2017; 64(3):291-297.
30. Wong Yu, Deborah M. Freeland H, Nadeau K C. Food allergy: immune mechanisms, diagnosis and immunotherapy. Allergy Nature Reviews Immunol. 2016; 16: [Aprox 14 p.] Disponible en:

<http://www.nature.com/nri/journal/v16/n12/full/nri.2016.111.html>

31. Shabanov D V, Martynov A I, Fedoskova T.G, Fedoseeva V. N, Grishina T I. Aspectos modernos de la hipersensibilidad a las picaduras de insectos. Biology Bulletin. 2016; 6(4): 355-363. ISSN 2079-0864.
32. Nevot S, Gómez C, Ferré Y L. Reacciones adversas e hipersensibilidad a venenos de insectos, artrópodos y otros invertebrados. Protocolos actualizados 2019. Disponible en www.aeped.es/protocolos/
33. Santana R C, Aeroalérgenos: pólenes, ácaros, hongos, animales y otros. Medidas de evitación. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 2: 65-85.
34. Virchow J C. Allergen immunotherapy (AIT) in asthma. Seminars Immunol. 2019; [citado en 2019 October 21] 46: [Aprox. 7 p] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.smim.2019.101334>
35. Yao Y, Wang Z C, Wang N, Cheng P, Chen C L, Song J, et al. Rhinitis, sinusitis, and ocular allergy Allergen immunotherapy improves defective follicular regulatory T cells in patients with allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2019 [citado en 2018]; 144(1): Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2019.02.008>

36. Cardona R, Sánchez A, Larenas D, Járes E, Sánchez J. Extractos alérgicos para inmunoterapia en Latinoamérica. Rev Alerg Méx. [revista mexicana en Internet] 2018; 65(1):[Aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29262/ram.v65i1.287>
37. Morales Irarragorri, Mireya. Inmunoterapia con alérgenos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019. 104 p. il., tab. (Clínicos).
38. Borrazás M C, Mesa G, Asma Bronquial: Sibilancia que aun cobra vida. Invest. Medicoquir 2019 (marzo-abril); 11 (Supl. 1). ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162.
39. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. Dirección de Registros Médicos y estadísticas de Salud. República de Cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 2020. ISSN: versión electrónica 1561-4433. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
39. Zubeldia J M, Baeza L M, Jáuregui I, Senent C J. Libro de las enfermedades alérgicas. 1da ed. Bilbao. Fundación BBVA. 2021. 574 p ; ISBN: 978-84-92937-83-7
40. Restrepo D. Reacciones alérgicas: aspectos claves y nuevas perspectivas. An. Fac. Cienc. Méd. 2015; 48(1): disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)69-082](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)69-082)
41. Huerta J G. Diagnóstico temprano de Alergia e Inmunología Clínica. Rev Alerg Asma inmunol Pediatricas. 2018; 27(2): 35-36.
42. Lluch M M. Actualización en rinitis. Medicina respiratoria. 2017; 10 (3): 41-54.
43. Lucas J M, Moreno A O, Ortega M G. Patología alérgica de vías respiratorias superiores. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 2:133-48.

44. Mancilla E, González E, Medina A, Barnica R. Prevalencia de Rinitis alérgica y de sus síntomas en la población escolar de Cuernavaca, Morelos, México. *Rev Alerg Mex.* 2017; 64(3): 243-249.
45. Philco P E, Proaño P F. Factores de riesgos asociados a Rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad Sociedad.* 2019; 11(4): 135-140. ISSN: 2218-3620. <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>.
46. Papi A, Brightling C, Pedersen S E, Reddel H K. Asthma. *Lancet* 2018; 391:[Aprox 7p.]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33311-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33311-1)
47. Martín M A. Tratado de Alergología Pediátrica. 3ª edición 2019. SEICAP y Ergon. Madrid España. 2019. ISBN: 978-84-17194-95-6 Disponible en: <https://www.ergon.es>
48. Lozano J S, Sacre J A, del Río B E, Ortega J A. Alergia, Asma e Inmunología Clínica en Pediatría. Ciudad de México. Segunda edición, 2019. Edición y Farmacia SA de CV. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/aaicp.v2id.3110>
49. Castro J A, Krause B, Uauy R Casanello P. Epigenética en enfermedades alérgicas y asma. *Rev Chilena Pediatría* 2016; 87 (2): 88-95.
50. Cedeño V M, Alonso G R, Quijije S K, Sornoza A, Cepeda L P, Castillo K D. Estrategias para una calidad de vida en pacientes con Rinitis alérgicas. *Dom. Cien.* 2018; 4(4):[Aprox 14 p]. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>. ISSN: 2477-8818.
51. Yu Ch L, Huang W T, Wang Ch M. Treatment of allergic rhinitis reduces acute asthma exacerbation risk among asthmatic children aged 2e18 years. *J Microbiol, Immunol infection.* 2019; [Aprox. 8 p.] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2018.10.003>

52. Pavord I, Beasley R, Agusti Q, Anderson G P. ¿Es posible una nueva era en el manejo del asma? *The Lancet*. 2017; September 11:
53. Muneswarao J, Hassali M A, Ibrahim B, Saini B, Hyder I A, Verma A K. A, It is time to change the way we manage mild asthma: an update in GINA 2019. *Respiratory Research*. 2019; 20: 183. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12931-019-1159-y>
54. Reddel H K, FitzGerald J M, Bateman E D, Bacharier L B, Becker A, Brusselle G, et al. GINA 2019: a fundamental change in asthma management. *Eur Respir J* 2019; 53: 1901046. Disponible en: <https://doi.org/10.1183/13993003.01046-2019>
55. Barnes P J, Casale T B, Dahl R, Pavord I D, Wechsler M E. The Asthma Control Questionnaire as a clinical trial endpoint: past experience and recommendations for future use. *Allergy* 2014; 69:[Aprox 21 p.] . <https://doi.org/10.1111/all.12415>
56. Chen H, Cisternas M G, Katz P, Omachi T A, Trupin L, Yelin E h, et al. Evaluating quality of life in patients with asthma and rhinitis: English adaptation of the rhinasthma questionnaire. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2011;[revista en Internet] 106:[Aprox. 8 p.] . Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1081120610010094>
57. Sidbury R, Tom W L, Bergman J N, Cooper K D, Silverman R A, Berger T G, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Section 4. Prevention of disease flares and use. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 71: 1218-33.
58. Escarrer M, Guerra M T. Asociación Española de Pediatría. Dermatitis atópica.[Protocolos actualizados en Internet]. 2019;[Citado en 2019] 2: [Aprox. 14 p.] Disponible en www.aeped.es/protocolos/

59. Valderrama S, Morales A, López de Haro J. Asociación Española de Pediatría. Dermatitis por contacto.[Protocolos actualizados en Internet] 2019;[citado en 2019] 2:[Aprox. 7 p.] Disponible en www.aeped.es/protocolos/
60. Mowad C M, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam P, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis. J Am Acad Dermatol 2016; 74: [Aprox 21 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.02.1139>
61. Valdesoiro L, Boné J, Plaza A M. Alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 2:207-15.
62. Blasco C, Muñoz C. El niño polisensibilizado a varios alimentos. Protoc diagn ter pediatr. 2019; 2: 259-70.
64. Jones S M, Burks A W. Food Allergy. N Engl J Med 2017;[revista en Internet] 377: [Aprox 8 p.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1611971>
65. Boyce J A, Assa'ad A, Burks A W, Burks A W, Sampson H A, Wood R A, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. J Allergy Clin Immunol. 2010; 126(6):
66. Marín J M, León F J, Berbegal L, Silvestre J F. Guía clínica de urticaria en Atención Primaria. Open Access 2016; 48(10):[Aprox 2 p] <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.011>
67. Sánchez M, Asero R, Ansotegui I, Baiardini I, Bernstein J , Canonica G W, et al. Diagnosis and Treatment of Urticaria and Angioedema: A Worldwide Perspective. WAO Journal 2012; 5:125–147.
68. Aguilera R, Correa H, Díaz C, Marino MA, Valenzuela F. Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. Rev. Méd. Chile. [revista en Internet] 2018: 146; (11): [Aprox. 8 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001101334>

69. Lieberman P, Nicklas R A, Randolph C, Oppenheimer J, Bernstein D, Bernstein J, et al. Anaphylaxis: a practice parameter updates 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2015; [revista en Internet] 115: [Aprox. 43 p.] <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.07.019>
70. Giubergia V, Ramirez M J, Pérez V, González A, Crespi N, Fridman N. Asma grave en pediatría: resultados de la implementación de un protocolo especial de atención *Arch. argent. pediatr.* 2018; 116 (2): 105-111.

Anexo 1:

Aprobación de la investigación.

La Dirección Municipal de Salud, el Comité de ética médica y el Consejo científico del Policlínico Docente: “Dr Raúl Dorticós Torrado” del municipio de Lajas aprueba que se efectúe un estudio investigativo con el tema: “Caracterización Alergológica de pacientes y su adherencia al tratamiento en el municipio de Lajas. 2020-2023.” en un período de 3 años, desde el 1 de octubre del 2020 hasta el 30 de septiembre del 2023.

Cabe destacar que dicho estudio no tiene ningún fin de lucro sino el lograr mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades alérgicas de nuestro municipio.

Como constancia de aprobación firman la presente.

Director Municipal de Salud.

Comité de Ética Médica

Consejo Científico Policlínico

Día _____ Mes _____ Año _____

Anexo 2:

Consentimiento informado del paciente:

Yo _____, estoy de acuerdo en participar en la investigación sobre “Caracterización Alergológica de pacientes y su adherencia al tratamiento en el municipio de Lajas. 2020-2023.” previa a una amplia explicación por parte de la Dra. Yamileika Flores Roca, acerca del tema en cuestión, así como de conocer que la información obtenida será confidencial y de ninguna manera afectará mi integridad. Me han informado que en cualquier momento puedo retirarme de la investigación sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectará mi relación con los médicos del Hospital o Policlínico.

Y para que conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el médico que me ha dado las explicaciones a los _____ días del mes de _____ del año 20__

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Médico

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 3:

ENCUESTA ALERGOLÓGICA:

Nombre y Apellidos: _____

Dirección particular: _____

No. de Carnet de Identidad _____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

I. Edad.

1. ___ 5-9 años.
2. ___ 10-14 años.
3. ___ 15-24 años
4. ___ 25-34 años
5. ___ 35-44 años
6. ___ 45-54 años
7. ___ 55 a 64 años
8. ___ 65 y más años.

II. Sexo.

1. ___ F
2. ___ M

III. Procedencia.

1. ___ Urbano.
2. ___ Rural.

IV. Ocupación.

1. ___ Con riesgo.
2. ___ Sin riesgo.

VARIABLES CLÍNICAS:

I. TIPO DE ENFERMEDAD.

1. ___ CA 2. ___ RA 3. ___ AB
4. ___ DA 5. ___ DAC 6. ___ AA
7. ___ SU 8. ___ ANA
9. ___ AH 10. ___ AL
11. ___ AM 12. ___ Varios.
13. ___ Otras.

II. AAF (Madre, padre o hermanos)

1. ___ Sí
2. ___ No

III. AAP

1. ___ Sí
2. ___ No

IV. RELACIÓN CAUSAL:

Aeroalérgenos.

1. ___ Ácaros.
2. ___ Hongos anemófilos.
3. ___ Epidermis de animales.
4. ___ Cucarachas.
5. ___ Varios.
6. ___ Otros.

Alérgenos alimentarios.

1. ___ Mariscos.
2. ___ Pescado.
3. ___ Leche.
4. ___ Trigo.
5. ___ Huevo
6. ___ Soya.
7. ___ Maní.
8. ___ Nueces.

Alérgenos laborales:

1. ___ Polvos.
2. ___ Humos

VI. EXAMEN FÍSICO:

Presencia de alguno de los estigmas de SONA:

1. ___ Sí
2. ___ No

VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS:

VII. Microambiente polvoriento:

1. ___ Sí.
2. ___ No.

VII- Microambiente húmedo.

1. ___ Sí.
2. ___ No.

3. ___ Olores Irritantes.

4. ___ Otros.

Cambios meteorológicos:

1. ___ Frío.
2. ___ Lluvia.
3. ___ Calor.
4. ___ Varios.
5. ___ Otros.

Procesos infecciosos.

1. ___ Virus
2. ___ Bacterias
3. ___ Hongos.
4. ___ Parásitos.
5. ___ Otros.

V. RAM

1. ___ Sí
2. ___ No

___ Tipo de medicamento.

___ Tipo de reacción.

IX. Macroambiente polvoriento.

1. ___ Sí.
2. ___ No.

X. Macroambiente húmedo.

1. ___ Sí
2. ___ No

XI: Presencia de animales domésticos:

- 1___Perro.
- 2___Gato.
- 3___Palomas.
- 4___Otras aves.
- 5___Varios.
- 6___Otros

VARIABLES DE LABORATORIO.

XII. Exámenes de laboratorio.

Lámina periférica. (Eosinofilia)

1. ___Positivo
2. ___Negativo

Leucograma con diferencial.
(Eosinofilia)

1. ___Positivo
2. ___Negativo

CAE (Positivo)

1. ___Positivo
2. ___Negativo

PIAC:

1. ___Puntura. 3. ___Parche cerrado.
2. ___ Prick-prick. 4. ___Parche Abierto. 5. ___Varias. 6. ___Otrs

VARIABLES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ALERGOLÓGICO:

1. Medidas de Control Ambiental.

1. ___Sí
2. ___No

2. Dieta

1. ___Sí
2. ___No

3. ITE

1. ___Sí
2. ___No

6. Adherencia tratamiento.

1. ___Cumplimiento.
2. ___Cumplimiento parcial.
3. ___No cumplimiento

4. Fármacos.

1. ___Antihistamínico
2. ___Antialérgico
3. ___Montelukast
4. ___Corticoide Inhalado
5. ___Corticoide oral.

5. Rehabilitación.

1. ___Sí
2. ___No

MNT.

1. ___Sí
2. ___No

