

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**

TEMA:

**Prevalencia de la Alergia Alimentaria Mediada por IgE en pacientes de 2
semanas a 5 años, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital
Dr. Roberto Gilbert Elizalde periodo Enero 2017 – Enero 2021**

AUTOR:

Ramón Costa, Germania Lucía

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:

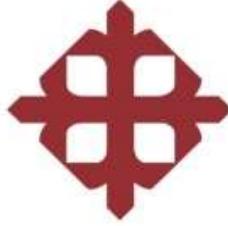
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

TUTOR:

Cedeño Martínez, Miguel Ángel

GUAYAQUIL- ECUADOR

MAYO 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Ramón Costa, Germania Lucía** como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Pediatría**

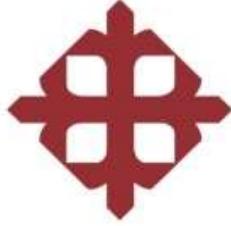
TUTOR

f. _____
Cedeño Martínez, Miguel Ángel

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____
Vinces Balanzategui, Linna Betzabeth

Guayaquil, mayo del año 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ramón Costa, Germania Lucía

DECLARO QUE:

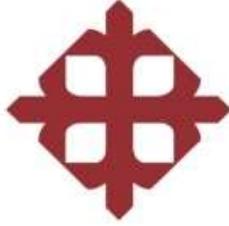
El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la Alergia Alimentaria Mediada por IgE en pacientes de 2 semanas a 5 años, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde periodo Enero 2017 – Enero 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, mayo del año 2022

LA AUTORA

f. _____
Ramón Costa, Germania Lucía



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo Ramón Costa, Germania Lucía

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de la Alergia Alimentaria Mediada por IgE en pacientes de 2 semanas a 5 años, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde periodo Enero 2017 – Enero 2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, mayo del año 2022

LA AUTORA:

f. _____
Ramón Costa, Germania Lucía

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS GERMANIA RAMON.docx (D134646127)
Submitted	2022-04-26T06:03:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	germanita89@hotmail.com
Similarity	4%
Analysis address	posgrados.medicina.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/10/Manual-de-Pediatria.pdf Fetched: 2021-10-17T13:11:06.3130000	 4
W	URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727377/ Fetched: 2019-09-25T10:42:42.5570000	 2
SA	TESIS 8 DE AGOSTO 2017 (1).docx Document TESIS 8 DE AGOSTO 2017 (1).docx (D30286573)	 1
SA	BORRADOR TFG.docx Document BORRADOR TFG.docx (D94980698)	 1
W	URL: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2720064 Fetched: 2020-02-03T16:42:37.7700000	 2
SA	TRABAJO DE TITULACIÓN-SENSIBILIZACIÓN A ALÉRGENOS ESPECÍFICO POR MEDIO DE LA DET ECCIÓN DE IGE-LABORATORIO GAMMA.docx Document TRABAJO DE TITULACIÓN-SENSIBILIZACIÓN A ALÉRGENOS ESPECÍFICO POR MEDIO DE LA DET ECCIÓN DE IGE-LABORATORIO GAMMA.docx (D123038287)	 2
W	URL: https://www.worldallergy.org/education-and-programs/education/allergic-disease-resource-center/professionals/food-allergy Fetched: 2019-12-12T17:37:40.5330000	 1
SA	70c126cd5ceca61b671a5085471a76259c19889a.html Document 70c126cd5ceca61b671a5085471a76259c19889a.html (D111327132)	 1
SA	M3.627_20212_Define tu proyecto: ¿quiere estudiar?_17086282.txt Document M3.627_20212_Define tu proyecto: ¿quiere estudiar?_17086282.txt (D132614125)	 1
W	URL: https://proa.ua.pt/index.php/jshd/article/view/18252/15276 Fetched: 2020-12-02T13:14:04.9300000	 1

AGRADECIMIENTO

La universidad nos da la oportunidad de crecer como profesionales y como personas y no puedo sino a ella agradecerle primero. Debo continuar con todos y cada uno de los profesores que me han formado durante estos años ya que, con su conocimiento y coraje, me han hecho la pediatra que soy hoy.

He de continuar con el hospital Roberto Gilbert Elizalde, en donde realicé mis practicas por cuatro años y me forjó y exigió hasta el límite. Sin la ayuda del hospital, no hubiera logrado alcanzar mis metas.

Agradezco infinitamente a Dios por todas sus bendiciones y por darme fortaleza en los momentos difíciles. Y a mi madre, que siempre me ha dado su amor y su apoyo; no hubiera podido lograrlo sin ella.

A mis tutores, Dr. Miguel Cedeño y Dra. Margot Orellana, les agradezco por su paciencia y sus consejos ya que ellos ayudaron a forjar esta tesis hasta darle la forma que tiene hoy.

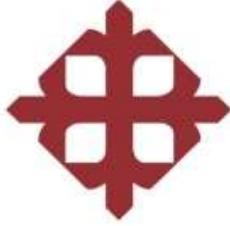
La autora.

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mi madre por haberme dado la vida y por su amor. Gracias a ti lo he logrado todo.

También al hospital Roberto Gilbert Elizalde y todo el equipo humano que día a día da lo mejor de sí. Los llevaré en mis recuerdos y en mi corazón toda la vida.

La autora.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO**

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Tribunal de sustentación

f. _____

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA)

f. _____

Ramón Costa, Germania Lucía

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDO

REPORTE DE URKUND	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUCCIÓN	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.1 Identificación, valoración y planteamiento del problema	3
2.2 Formulación del problema	4
3. OBJETIVOS	5
3.1 Objetivo General.....	5
3.2 Objetivos Específicos.....	5
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 Epidemiología	5
4.2 Factores de Riesgo.....	7
4.3 Clasificación	8
4.4 Fisiopatología	8
4.5 Manifestaciones Clínicas	10
4.6 Diagnóstico.....	11
4.6.1 Exámenes complementarios	11
4.6.1.1 Pruebas cutáneas	11
4.6.1.2 Determinación de IgE específica.....	12
4.6.1.3 Dieta de exclusión.....	12
4.6.1.4 Prueba de provocación o reto.	12
4.7 Tratamiento	13
5. MÉTODOS	14
5.1 Criterios de Inclusión	14

5.2 Criterios de Exclusión	14
5.3 Método de muestreo y recolección de datos.....	15
5.4 Cuadro de recolección de datos	15
5.5 Operacionalización de Variables.....	16
5.6 Análisis de datos.....	18
6. RESULTADOS.....	19
7. DISCUSIÓN	30
8. CONCLUSIONES.....	34
9. RECOMENDACIONES	35
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1A. Características basales de los pacientes estudiados distribuidos por sexo.	19
Gráfico 1B. Características basales de los pacientes estudiados distribuidos por edad.	20
Gráfico 2. Frecuencia de alimento causante de alergia alimentaria en la población estudiada.	21
Gráfico 3A. Frecuencia de manifestaciones clínicas reportadas en los pacientes con alergias alimentarias distribuidas por sistemas.	22
Gráfico 3B. Frecuencia de manifestaciones mucocutáneas reportadas en los pacientes con alergias alimentarias.	22
Gráfico 3C. Frecuencia de manifestaciones respiratorias reportadas en pacientes con alergias alimentarias.....	23
Gráfico 3D. Frecuencia de manifestaciones digestivas reportadas en pacientes con alergias alimentarias.....	23
Gráfico 4A. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según edad.	24
Gráfico 4B. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según clase de IgE específica.....	25

Gráfico 4C. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según manifestaciones clínicas predominantes.	26
Gráfico 5A. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y sexo.	27
Gráfico 5B. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y alérgeno predominante.	27
Gráfico 5C. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y manifestaciones clínicas sobresalientes.....	28
Gráfico 6. Descripción de antecedentes alérgicos familiares de los pacientes estudiados.	29
Gráfico 7. Prevalencia de las alergias alimentarias predominantes.	29

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la alergia alimentaria es diferente en cada país, dependiendo de un sinnúmero de factores. Aunque, esta patología se encuentra en ascenso, muchos países no tienen datos precisos. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria, confirmada por clínica y por valores de IgE específicas que estuvieran entre dos semanas y cinco años de edad. De 4631 pacientes atendidos en el servicio de Alergología en consulta externa, 262 cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** La prevalencia de la alergia alimentaria fue 5.7%, el 64.5% correspondió al sexo masculino, el grupo etario más afectado fue 13 a 24 meses con 29.5%. El huevo fue el alérgeno más común (63.7%), seguido de la leche (54.6%). Las manifestaciones mucocutáneas, fueron las más frecuente (68.3%), le siguieron las respiratorias (31.7%) y las digestivas (26%). El 68.3% de los pacientes reportaron antecedentes atópicos familiares, el asma fue la enfermedad más reportada (33.6%), seguido de la rinitis (29.4%). **Conclusiones:** La prevalencia obtenida en este estudio bordea la prevalencia reportada a nivel mundial. El sexo masculino es el más afectado casi duplicando al sexo femenino. La alergia alimentaria predomina en los niños menores a dos años. En esta población los alérgenos más frecuentes son el huevo, seguido por la leche, así mismo la IgE específica clase II es altamente sugestivo de patología alérgica. Los síntomas más frecuentes fueron la urticaria y el rash. El factor hereditario atópico está estrechamente relacionado con el padecimiento de esta enfermedad.

Palabras clave: alergia alimentaria mediada por IgE, niños, prevalencia, alérgenos, expresión clínica.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of food allergy is different in each country, depending on a number of factors. Although this pathology is on the rise, many countries do not have accurate data. **Methods:** Observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study in patients with a diagnosis of food allergy, confirmed clinically and by specific IgE values, who were between two weeks and five years of age. Of 4,631 patients treated at the outpatient Allergology service, 262 met the inclusion criteria. **Results:** The prevalence of food allergy was 5.7%, 64.5% corresponded to the male sex, the most affected age group was 13 to 24 months with 29.5%. Egg was the most common allergen (63.7%), followed by milk (54.6%). Mucocutaneous manifestations were the most frequent (68.3%), followed by respiratory (31.7%) and digestive (26%). 68.3% of the patients reported atopic family history, asthma was the most reported disease (33.6%), followed by rhinitis (29.4%). **Conclusions:** The prevalence obtained in this study borders the prevalence reported worldwide. The male sex is the most affected, almost doubling the female sex. Food allergy predominates in children under two years of age. In this population, the most frequent allergens are eggs, followed by milk. Likewise, class II specific IgE is highly suggestive of allergic pathology. The most frequent symptoms were urticaria and rash. The atopic hereditary factor is closely related to the suffering of this disease.

Keywords: IgE-mediated food allergy, children, prevalence, allergens, clinical expression

1. INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria se define como una reacción adversa provocada por una respuesta inmune anormal a un alimento específico. La prevalencia de la alergia alimentaria en la infancia se estima entre 4 a 8 % a nivel mundial. En los países desarrollados es incluso más elevada, alrededor del 10% (1,2). Esto ha sido un problema de salud creciente que ha aumentado desde hace años, especialmente en países desarrollados, lo que genera un elevado costo tanto para el sistema sanitario como para la sociedad (3). Se estima que la alergia a los alimentos tiene una prevalencia del 6 al 8% en los niños de occidente mientras que en los niños de oriente varía entre 5 al 12.6% (4). Los alérgenos alimentarios que afectan a los niños varían de acuerdo a la edad y a las costumbres de alimentación de cada zona geográfica; en los primeros 2 años de vida la leche de vaca es el principal alimento alergénico, seguido por el huevo. Desde los 3 a los 5 años, se encuentran otros alimentos como la soja, el trigo, el maní, los frutos secos, el pescado y los mariscos (5). En la actualidad, uno de los principales motivos de consulta y hospitalizaciones pediátricas está relacionado con reacciones alérgicas por alimentos. Las reacciones alérgicas a los alimentos dan lugar a respuestas clínicas que afectan a la piel, al tracto respiratorio, y al tracto gastrointestinal e incluso pueden desencadenar una respuesta anafiláctica severa (6).

Cada país, dependiendo de un sinnúmero de factores, tales como hábitos alimenticios, estilos de vida modernos, y factores medioambientales y socioeconómicos, entre otros, tendrá una epidemiología diferente (3,7). Los estudios referentes al tema en Ecuador son escasos. Se investigaron varias fuentes como: Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas del Ecuador, Revista de la Facultad de Ciencias Químicas, The Ecuador Journal of Medicine, Revista Médica Hospital José Carrasco Arteaga, Revista de la Facultad de Medicina (FACMED), sin embargo solo se encontraron pocos trabajos relacionados a este tema: Prevalencia de la alergia alimentaria autorreportada en adolescentes de Cuenca y Santa Isabel y Prevalencia de la alergia alimentaria y factores de riesgo nutricionales en niños de 1 a 5 años dos guarderías en Quito (8,9). El resto de trabajos van enfocados a técnicas de determinación de IgE, pruebas de diagnóstico y manejo de la alergia alimentaria.

Si bien la alergia alimentaria parece estar aumentando tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, muchos países no tienen datos precisos sobre la prevalencia de los mismos.

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de las alergias alimentarias en niños de 2 semanas a 5 años de edad, documentando también cuáles son los alimentos alergénicos más frecuentes, así como la expresión clínica más sobresaliente en estos pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación, valoración y planteamiento del problema

La alergia alimentaria es uno de los principales motivos de consulta pediátrica y, en algunos casos, de ingreso a urgencias. Las manifestaciones clínicas más frecuentes afectan a la piel, al aparato gastrointestinal y al aparato respiratorio e incluso provocan reacciones anafilácticas severas que ponen en peligro la vida del paciente. Las reacciones alérgicas mediadas por IgE de hipersensibilidad tipo I tienen una mayor repercusión clínica, pueden provocar reacciones agudas y de mayor gravedad (3,7). La enfermedad alérgica en los niños se debe a una interacción compleja entre predisposición genética y una serie de características relacionadas con el entorno del paciente que influyen en un mayor riesgo de padecer esta patología (6,10).

Es importante mencionar que no es que un alimento sea más alergénico que otro, sino que dependerá de la frecuencia de consumo de ese alimento en la población. A mayor exposición del mismo, habrá una mayor probabilidad de provocar una reacción alérgica en las personas susceptibles (7,10).

Varios estudios indican que la prevalencia de la alergia alimentaria afecta del 2 al 4% de la población en general, incrementándose hasta el 8% en los niños de 1 año de edad, y disminuyendo de forma paulatina en los niños conforme avanza su edad, lo que revela que muchas de las alergias se resuelven dentro de los primeros años de vida (3).

En Ecuador, los estudios referentes al tema son limitados, no hay estudios suficientes. Se encontraron dos estudios que hablan sobre la prevalencia de la alergia alimentaria: Prevalencia de la alergia alimentaria autorreportada en adolescentes de Cuenca y Santa Isabel donde se encontró una prevalencia de 27.8%; y el segundo estudio

titulado Prevalencia de la alergia alimentaria y factores de riesgo nutricionales en niños de 1 a 5 años de las guarderías mundo de papel y trazos de colores en Quito con una prevalencia del 14.2%. (8,9) Es importante conocer la prevalencia de la alergia alimentaria debido a que no se tienen registros a nivel local considerando que esta patología es frecuente en la atención pediátrica. En la última década se ha visto un incremento en la prevalencia de esta patología, así como un aumento en el número de hospitalizaciones de hasta siete veces más, debido a reacciones severas y se estima que continúe incrementándose en los próximos años, lo cual involucrará un elevado coste sanitario, además de un importante impacto en la calidad de vida de los niños afectados y de sus familiares (3). Por otro lado, es necesario reconocer que muchos niños han sido mal diagnosticados y, por ende, mal manejados con dietas innecesarias que afectan al desarrollo ponderoestatural y causan deficiencias nutricionales.

2.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de la alergia alimentaria en pacientes de 2 semanas a 5 años de edad atendidos en el servicio de consulta externa de Alergología del Hospital Roberto Gilbert Elizalde durante el período de enero 2017 a enero 2021?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Calcular la prevalencia de alergia alimentaria mediada por IgE en los pacientes de 2 semanas a 5 años atendidos en consulta externa de Alergología en Hospital Roberto Gilbert Elizalde periodo enero 2017 a enero 2021

3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población de alergia alimentaria mediada por IgE de acuerdo al sexo y grupo etario.
2. Determinar la frecuencia de los alimentarios causantes de alergia alimentaria en los pacientes del estudio.
3. Describir las alergias alimentarias de acuerdo a los rangos de IgE específica, (muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto).
4. Identificar los síntomas de alergia alimentaria, según la presentación clínica.
5. Determinar la población con antecedentes de alergia familiar.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Epidemiología

La evidencia en torno al tema de las alergias alimentarias es, en general, escasa. En una encuesta llamada “Patrones cambiantes de la carga alimentaria en niños” se recogió información de ochenta y nueve naciones miembros de la Organización Mundial de Alergias, en el que se constató que más de la mitad de los países no tenían ningún dato respecto al tema (58.4%), sólo un 10% tenían un registro adecuado de alergias y el resto basó sus estadísticas en información secundaria obtenida a través de entrevistas a los padres (31.6%) (2). Esta es una enfermedad cuya frecuencia va en ascenso. Se estima que en los niños existe una prevalencia de 4 - 8% y en adultos de 2-4%. (10,11). La prevalencia de la alergia alimentaria cambia con la edad y el tipo de alimento, recordando que hay alergias que pueden ser transitorias como la alergia

al huevo, la leche y la soya que generalmente se resuelven dentro de los primeros años de vida y otras que puedan persistir toda la vida como frutos secos, mariscos y pescado (12). En los pacientes con dermatitis atópica, su presentación aumenta alcanzando hasta el 30-40% en estos pacientes (13). Las alergias alimentarias constituyen la primera causa de anafilaxia en pediatría (11).

En los países de occidente se calcula que la prevalencia de alergia alimentaria varía entre el 6 al 8% en menores de 10 años (11). De igual manera, en los niños europeos se ha evidenciado un aumento rápido de la prevalencia de esta patología ya que en tan solo 14 años se incrementó aproximadamente el 50%, en transcurso de 1997 y 2011 (3). En Estados Unidos se ha convertido en una patología preocupante. En un estudio de prevalencia difundido en el 2018 se estimó que las alergias alimentarias afectan a 1 de cada 10 adultos y a 1 de cada 12 niños. La interpretación de estos resultados es que alrededor del 10% de la población general de ese país padece de algún tipo de alergia alimentaria. Esto se considera un valor subestimado ya que solo se toma en cuenta casos mediados por IgE. Otro estudio realizado entre el 2015 al 2016 en ese mismo país informa que el alrededor del 51% de los entrevistados presentaron una alergia grave y el 38% han requerido atención en urgencias por lo menos una ocasión en toda su vida y otro 45% presenta alergia a varios alimentos. (14, 15). En América latina los datos sobre el tema son escasos. En Colombia, Marrugo et al. (16), en un cohorte de 3099 personas entre 1 y 83 años, evidenciaron una prevalencia de 14.9% de alergias alimentarias autorreportadas en la ciudad de Cartagena. Las frutas y verduras fueron las más frecuentes (41.8 %), seguido por los mariscos (26.6 %) y la carne de res (20.8 %).

En Ecuador durante el 2013 y 2014 se llevó cabo un estudio de alergia alimentaria autorreportada en adolescentes con una edad promedio de 13 años, donde la prevalencia fue 27.8%. Los aditivos y las frutas no cítricas fueron los alimentos más comunes y el 20.4% de los adolescentes indicaron también alguna otra condición alérgica (8). Otra investigación de prevalencia alimentaria realizada en la ciudad de Quito por la universidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el 2017 en 2 guarderías en las que se incluyeron 165 niños entre 1 a 5 años la prevalencia fue de 14.2%, donde las frutas cítricas y la leche de vaca fueron los alérgenos más frecuentes (9).

Las reacciones alérgicas puede ser causadas por cualquier tipo de alimento y se han reportado más de 170 alimentos desencadenantes de respuestas de hipersensibilidad mediadas por IgE (17). Sin embargo, existe un grupo de menor número de alimentos que suman el 90% de todas las causas de alergias alimentarias estos son: leche, huevo, soya, trigo, nuez, cacahuete, pescado y marisco. Dependiendo del grupo etario se presentará uno con mayor frecuencia, como en el caso de los lactantes y la alergia a las proteínas de la leche de la vaca y del huevo (12). Estos alimentos tienen algunas particularidades similares, como el hecho de ser glicoproteínas hidrosolubles de un tamaño entre 10 a 70 kilodaltons, termoestables y resistentes a la desnaturalización por la acidez y las proteasas, por lo que mantienen su propiedad alérgica, aun después de ser procesadas, cocinadas y digeridas (17). Por lo general, las alergias al huevo, leche, trigo y soya se presentan en los primeros 2 a 3 años y así mismo se resuelven en la infancia, mientras que la alergia al maní, frutos de secos, pescado, crustáceos y mariscos tienden a mantenerse durante toda la vida (1,12).

Es evidente que la prevalencia de la enfermedad se encuentra en ascenso, su prevalencia se ha duplicado en los últimos 20 años y constituye la tercera patología más consultada en el servicio de alergología pediátrica (18).

4.2 Factores de Riesgo

Dentro de los factores que favorecen al desarrollo de esta patología están los modificables y no modificables como son el sexo masculino y la herencia genética de enfermedades atópicas.

En los factores modificables se encuentran los factores medioambientales, baja exposición a la luz solar, niveles deficientes de vitamina D, tipo de dieta, estilos de vida modernos y urbanizados en los que se involucran métodos de procesamiento de aditivos y preservantes en los alimentos. Entre los factores perinatales se hallan el tipo de parto, ambiente intrauterino, y ausencia de lactancia materna. En edades tempranas tenemos el uso indiscriminado de antiácidos e inhibidores de la bomba de protones y antibióticos. Otras teorías también mencionan la introducción tardía de alérgicos en la dieta, reducción de las exposiciones a enfermedades (teoría de la higiene), exposición temprana al humo de cigarrillo y alérgenos inhalatorios como epitelios de animales (3,17,19).

4.3 Clasificación

La alergia a alimentos se puede clasificar según el mecanismo inmunológico mediado o no por IgE (17):

- Alergia alimentaria mediada por IgE: donde participan anticuerpos específicos de la clase IgE (Hipersensibilidad tipo I), de respuesta inmediata.
- Alergia alimentaria no mediada por IgE: no se evidencia la presencia de IgE frente al antígeno específico (Hipersensibilidad tipo IV), de respuesta retardada, el proceso se da a través de inmunocomplejos inmunidad celular u otras inmunoglobulinas diferentes a la IgE.
- Formas mixtas donde hay participación de inmunidad celular y anticuerpos IgE (Hipersensibilidad tipo IV y I).

4.4 Fisiopatología

La patogenia de la alergia alimentaria involucra la estrecha interacción entre los genes, el medio externo y el agente sensibilizante. Existen ciertos factores que aumentan el riesgo del desarrollo de la enfermedad como la historia familiar de atopia y padecer otras enfermedades alérgicas como asma o dermatitis atópica. El ambiente es un punto clave ya que es capaz de causar cambios epigenéticos que influyen en el equilibrio de los linfocitos Th1/Th2, los mismos que serán transmisibles a las futuras generaciones, aumentándose el riesgo de padecer alergias. Algunos factores ambientales ampliamente descritos están presentes desde la gestación incluyendo la edad materna, consumo de alimentos alérgicos durante el embarazo, tipo de parto. Otros factores importantes son los cambios en la dieta, estilos de vida modernos, cambios en la microbiota intestinal y exposición a toxinas bacterianas, cualquier alteración en el sistema inmunológico intestinal puede producir alergia alimentaria. (19–24). En la teoría de la higiene, el adecuado funcionamiento del sistema inmunológico se puede ver alterado por la falta de exposición a agentes infecciosos como bacterias y parásitos. Es importante recordar que el intestino es una de las barreras inmunológicas con mayor contacto con el medio externo tanto con los microorganismos y los alimentos (25).

Muchos estudios señalan que la integridad de las barreras intestinales son la clave para desarrollar tolerancia oral a los alérgenos. Estas barreras son inmunológicas como el tejido linfoide y no inmunológicas como los jugos gástricos y enzimas, por lo que la alteración de éstas provoca la sensibilización a alimentos. Diferentes células del sistema inmune participan en la inducción de la tolerancia de los alimentos, siendo las células T reguladoras las más importantes. Cuando los alérgenos alimentarios llegan y atraviesan la mucosa intestinal, se ponen en contacto con el tejido linfoide del intestino, donde son procesados por células presentadoras de antígenos que estimulan células T reguladoras y macrófagos, produciendo así una tolerancia inmunológica en una situación normal (23).

En cambio, en los individuos alérgicos hay fallas en los factores tolerogénicos. Inmediatamente después del ingreso del alérgeno, se inician los mecanismos de sensibilización alérgica. El periodo de sensibilización se da por la entrada del alérgeno por dos vías principales (cutánea y digestiva), durante el cual no se observan manifestaciones clínicas. La vía cutánea se encuentra estrechamente relacionada con la producción de IgE específica (mecanismo Th2) (25). En estos pacientes ocurre una alteración; las células T CD4+ naives se diferencian en Th2 dando lugar a la formación de una IgE específica, la misma que se fija en algunos órganos diana y en un segundo contacto se liberarán mediadores químicos como citocinas: IL-4, IL-9, IL-5, IL-13; que elevan la producción de IgE y un mayor reclutamiento y activación de eosinófilos y células cebadas, responsables de todas las manifestaciones alérgicas. Este segundo contacto produce la degranulación de las células efectoras (células cebadas y eosinófilos, con la consecuente liberación de histamina y múltiples mediadores químicos (17,25,26). A pesar de este mecanismo bien descrito, existen otros caminos fisiopatológicos de la enfermedad, como por ejemplo una mayor permeabilidad intestinal y deficiencia de ácido retinoico que provoca disminución de IgA secretora, la cual es factor inductor de tolerancia (27).

La piel provee una puerta de entrada para la sensibilización a alérgenos alimentario, así mismo otro mecanismo de sensibilización lo constituyen los aeroalérgenos alimentarios, aunque su evidencia es limitada. La piel sana es una barrera eficaz para mantener protección contra las partículas alérgicas, la integridad de la filagrina y los péptidos antimicrobianos son importantes para inducir tolerancia (27, 28).

Los mecanismo no mediados por IgE ocurren a través de células T que reaccionan directamente a la proteína del alérgeno, lo que provoca la liberación de mediadores que participa en algunas respuesta inflamatorias y son responsables de múltiples enfermedades subagudas y crónicas que afectan mayormente a la piel y al tracto digestivo (17).

4.5 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son amplias y pueden afectar prácticamente a todos los sistemas del cuerpo humano. Sin embargo, es posible mencionarlas de acuerdo al mecanismo inmunológico responsable.

Las reacciones mediadas por IgE se presentan de forma inmediata de minutos a generalmente dos horas posteriormente a la ingestión del alimento alérgico, entre más corto es el tiempo se prevé que más intensa será la reacción. Las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes. En la edad pediátrica se destaca la urticaria caracterizándose por ronchas polimorfas de tamaño variable, así como angioedema que involucra a los tejidos subcutáneos. Además, se mencionan otras manifestaciones como prurito, xerosis, exantema y eritema (17,18,29).

Dentro de las manifestaciones digestivas tenemos: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, dolor abdominal, y lesiones orales. La clínica respiratoria puede manifestarse por tos, estornudos, congestión nasal, rinorrea, prurito nasal, estridor, sibilancias, y dificultad respiratoria; otros síntomas asociados son los oculares como epífora, prurito y eritema conjuntival. También es importante mencionar manifestaciones cardiovasculares y sistémicas como anafilaxia siendo ésta una reacción potencialmente mortal (17,18,29).

Las reacciones no mediadas por IgE son síntomas que se presentan de manera tardía se presentan de horas a semanas y se manifiestan de manera crónica. Se encuentran patologías menos frecuentes como la proctitis/protocolitos, síndrome de enterocolitis, síndrome de Heiner, enfermedad celíaca, y dermatitis alérgica de contacto. Finalmente, en el mecanismo mixto se encuentra más comúnmente la dermatitis atópica y las gastroenteropatía y esofagitis eosinofílica (1,12).

4.6 Diagnóstico

La historia clínica es el eje principal de todo el proceso diagnóstico, y se guía por la solicitud de otras pruebas complementarias de acuerdo al cuadro clínico del paciente.

Dentro de la anamnesis es esencial valorar (17, 29):

- Antecedentes de atopia personales y familiares.
- Edad de inicio de la sintomatología.
- Relación de los síntomas con el tipo de alimento ingerido, se puede sugerir llevar un diario de comidas para registro, especificar las distintas presentaciones y cantidad del alimento.
- Preguntar sobre el tiempo transcurrido entre la ingesta y aparición de los síntomas, así como secuencia de presentación clínica y severidad de las mismas.
- Indagar sobre factores precipitantes agregados.
- Respuesta a los tratamientos previos.

De igual manera es importante la exploración física para buscar intencionadamente características atópicas como: pliegue de Dennie-Morgan, surco nasal transversal, hiperplasia de cornetes, lengua geográfica, lesiones en distribución corporal compatible con dermatitis atópica. Es fundamental realizar una valoración del estado nutricional y del crecimiento de paciente (17).

4.6.1 Exámenes complementarios

4.6.1.1 Pruebas cutáneas

El prick test es el más utilizado por ser una prueba rápida y confiable, que detecta sensibilización al alimento, el método consiste en colocar los extractos estandarizados de la proteína alergénica sobre la piel y posteriormente se procederá a realizar punción con una lanceta. La respuesta positiva se manifiesta aproximadamente a los 15 minutos como una pápula con eritema igual o superior a 3mm en relación al control negativo, demostrándose así la reactividad inflamatoria para el alérgeno testado. Las pápulas entre 8-10mm, pueden indicar mayor probabilidad de reactividad, sin embargo, el tamaño de la misma, no indica el grado de severidad de la alergia. Si la respuesta es negativa descarta en un 95% la posibilidad de tener una alergia mediada

por IgE. Para que no se den falsos resultados el paciente debe tener una preparación de 72 horas sin antihistamínicos, ni corticoides. (12,29).

El patch test se utiliza cuando se sospecha de reacciones no mediadas por IgE como en el caso de la dermatitis atópica, consiste en colocar un parche que contiene la sustancia alergénica y se da lectura en 48 horas (11,12)

4.6.1.2 Determinación de IgE específica

Prueba en sangre donde se cuantifica los valores de anticuerpos IgE específicos. Son una alternativa a las pruebas cutáneas en caso de no estar disponibles o tener lesiones en la piel. Sus valores cuantitativos han demostrado tener un valor muy importante en la predicción de la alergia alimentaria mediada por IgE. Son útiles además para monitorizar al paciente. Cuando los niveles de IgE caen por debajo de cierto punto de corte, el paciente debe ser reevaluado para determinar si ha superado la alergia alimentaria. En cambio, cuando el resultado está por encima del valor diagnóstico el paciente tiene alrededor del 95% de posibilidad de experimentar una respuesta alérgica (12,17).

Las pruebas mencionadas anteriormente no permiten por sí mismas confirmar o descartar la enfermedad. Para el diagnóstico, deben estar sustentadas por la información obtenida de la historia clínica, y en caso de tener una alta sospecha clínica, se deben recurrir a la prueba de provocación controlada (17).

4.6.1.3 Dieta de exclusión

Consiste en evitar el alimento en cuestión y valorar la evolución clínica del paciente durante 2 a 6 semanas. Si hay mejoría, se debe continuar hasta la confirmación diagnóstica con la prueba de provocación. Si a pesar de la restricción del alimento no hay mejoría clínica es mandatorio de igual manera realizar la prueba reto, se debe tomar en cuenta que puede haber más de un alérgeno implicado. Durante la restricción alimentaria es fundamental la asesoría nutricional (12,29).

4.6.1.4 Prueba de provocación o reto.

Esta es la prueba gold standard para el diagnóstico. La selección del alimento a evaluar debe ser guiado por la historia clínica, pruebas cutáneas y determinación de IgE específica. Lo ideal es que sea una prueba doble ciego, pero por cuestiones de

tiempo y costos se realiza solo ciego simple. Se la indica antes de iniciar una dieta de exclusión prolongada y para valorar periódicamente la tolerancia ante un alérgeno a lo largo del tratamiento. Debe realizarse en un ambiente controlado y con personal capacitado. Además está contraindicado en los pacientes con historia de anafilaxia (17, 29).

4.7 Tratamiento

1. Evitar el alimento alérgico responsable y sus derivados para evitar reacciones, progresión y consolidación de la alergia. Aunque no siempre se da el caso que el paciente sea alérgico a todo el grupo de los derivados, en estos casos es mejor realizar una prueba de provocación oral para cada alimento. En los lactantes alérgicos a la proteína de leche de vaca se recomienda continuar con lactancia materna, en caso de alergia severa se debe recomendar a la madre evitar los lácteos; y en los lactantes alimentados con fórmula se deberá indicar formulas hidrolizadas y como segunda opción aquellas derivadas de la soya tomando en cuenta que esta puede llevar a déficit nutricional y también la soya puede ser un alimento alérgico (1,12)
2. Para evitar ingestas accidentales, es fundamental la educación del paciente, de la familia y de los cuidadores. Se recomienda verificar siempre las etiquetas de los ingredientes y rotular los frascos de los alimentos de consumo en el hogar. También se debe educar en el reconocimiento precoz de signos de alarma.
3. Reintroducción progresiva y supervisada del alérgeno. Ésta debe ser manejada por el especialista. Inicialmente se recomienda comenzar con alimentos horneados o cocinados, ya que son mejor tolerados.
4. El asesoramiento nutricional va de la mano con la restricción alimentaria para evitar carencias nutricionales, diseñar un plan nutricional adecuado acorde a la necesidad del paciente. (1,12,16)
5. El tratamiento de las manifestaciones clínicas es farmacológico por lo que se emplean antihistamínicos, corticoides e inhibidores de leucotrienos.
6. En casos de anafilaxia es necesario la administración inmediata de la adrenalina intramuscular (la dosis de 0.15mg en menores de 25 kilos y de 0.30mg en mayores de 25 kilos), ya que es el único tratamiento eficaz, es

importante educar al paciente y la familia acerca del uso de autoinyectores de adrenalina, en caso de no haber mejoría clínica se puede administrarse una segunda dosis de adrenalina. Existen casos graves en los que el paciente requerirá resucitación hídrica, y administración de vasopresores. Es importante monitorizar bien al paciente para identificar reacciones bifásicas.

7. La inmunoterapia oral es una terapia de desensibilización consiste en la administración progresiva de cantidades crecientes del alimento alergénico, debe realizarse con personal capacitado y ambientes controlados (17, 29).

5. MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal, y descriptivo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria, con diagnóstico confirmado por clínica y por valores de IgE específicas, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el período enero 2017 – enero 2021

5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes con resultados de IgE específicas reactivas, con valores mayores a 0.10.
- Pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria atendidos en consulta externa de alergología.
- Edad entre 2 semanas y 5 años

5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con alergia alimentaria no mediada por IgE (con valores de IgE específicas igual a 0).
- Pacientes con enfermedad celiaca demostrada por biopsia o por anticuerpos anti-transglutaminasa, anti-endomisio, o anti- gliadina positivos, (por ser patología no mediada por IgE).
- Pacientes con historial clínico incompleto en el que no se encuentren todas las variables a estudiarse.

5.3 Método de muestreo y recolección de datos

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, por lo que todos los pacientes cumplieron los criterios preestablecidos en el estudio. Para la recolección de datos, previa autorización de la institución de salud, se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria **ALERGIA NO ESPECIFICADA** (CIE10 T784), **OTRAS REACCIONES ADVERSAS A ALIMENTOS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE** (CIE10 T781), **DERMATITIS DEBIDO A LA INGESTION DE ALIMENTOS** (CIE10 L272), **CHOQUE ANAFILACTICO DEBIDO A REACCIÓN DE ALIMENTOS** (CIE10 T780), **TRASTORNO EN LA INGESTION DE ALIMENTOS** (CIE10 F50), **ALERGIA GASTROINTESTINAL** (CIE10 K52.2), **CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DIETETICA SOBRE LA ALERGIA** (CIE10 Z71.3) admitidos desde enero del 2017 hasta e incluido el mes de enero 2021 (4 años) y se recabaron los datos de las mismas en una hoja de Microsoft Excel 7.0 prediseñada para la recolección de variables.

5.4 Cuadro de recolección de datos

DATOS DEL PACIENTE					
Historia Clínica	Edad (Meses)	Sexo Masculino / Femenino		IgE Especifica (Clase 0-6)	Alergeno/s
MANIFESTACIONES CLÍNICAS					
Muco-Cutáneas	Respiratorias	Digestivas	Cardiovasculares	Neurológicas	Sistémicas
ANTECEDENTES FAMILIARES (PADRES Y HERMANOS)					
Rinitis Alérgica	Asma	Alergia Alimentaria	Dermatitis Atópica	Dermatitis De Contacto	Ningún Antecedente Alérgico

5.5 Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo	Escala
<u>Variable de Interés</u>				
Alergia Alimentaria	Tipo de alimento	Leche, Lactoglobulina, Lactoalbúmina, Caseína, Clara de Huevo, Chocolate, Maní, Tomate, Uva, Naranja, Piña, Frutilla, Cangrejo, Camarón, Atún, Bacalao, Cerdo, Soya, Trigo, Avena, Maíz, Arroz	Cualitativa	Categórica Nominal Politómica
<u>Variables de Caracterización</u>				
Sexo del paciente	Historia Clínica	Femenino / Masculino	Cualitativa	Categórica Nominal Dicotómica
Edad del paciente	Historia Clínica	Meses	Cuantitativa	Discreta
Valor de IgE específica	Medición en sangre de la concentración de los anticuerpos	Clase 0 (<0.10) Negativo Clase 0/I (0.11-0.34) Muy Bajo	Cuantitativa	Categórica Ordinal

específicos
para cada
alimento.

Clase I (0.35-0.69)

Bajo

Clase II (0.70-3.49)

Moderado

Clase III (3.5-17.4)

Alto

Clase IV (17.5-52.4)

Muy Alto

Clase V (52.5-99.9)

Muy Alto

Clase VI (>100) Muy

Alto

**Manifestaciones
clínicas**

Signos y
síntomas
según el
aparato
afectado

Respiratorios: Rinitis,
Tos, Estornudos,
Sibilancias, Edema De
Glotis.

Gastrointestinales:

Vómitos, Diarrea,
Dolor Abdominal,
Constipación

Muco-Cutáneos:

Urticaria, Xerosis,
Prurito, Rash, Eritema
Perioral, Angioedema,
Conjuntivitis.

Neurológicos:

Cefalea,
Convulsiones,
Irritabilidad, Ansiedad,
Temblores.

Cualitativa

Categórica

Nominal

Politémica

			Cardiovascular: Hipotensión, Taquicardia.		
			Sistémicos: Anafilaxia		

Antecedentes de Alergia Familiar	Según el aparato afectado	el	Respiratorio: Rinitis, Alérgica, Asma. Gastrointestinal: Alergia Alimentaria Muco-Cutáneos: Dermatitis Atópica, Dermatitis de Contacto.	Cualitativa	Categórica Nominal Politómica
---	---------------------------	----	--	-------------	---

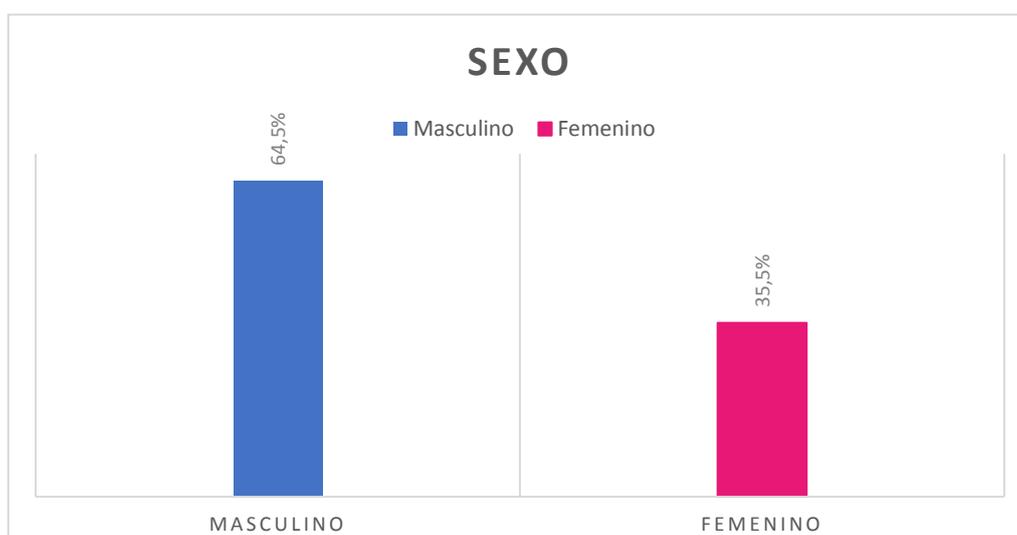
5.6 Análisis de datos

Los pacientes fueron identificados por números de historias clínicas, guardando absoluta confidencialidad de sus datos de identificación. Con los datos recolectados, se utilizó el programa estadístico SPSS para la tabulación y síntesis de los mismos. Todas las variables cuantitativas se expresaron como promedios y desviación estándar; y las variables cualitativas se presentaron como frecuencias y porcentajes.

6. RESULTADOS

Se hallaron un total de 262 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión en el periodo establecido. De ellos, 169 (64.5%) correspondieron al sexo masculino y 93 (35.5%) al sexo femenino. El promedio de edad fue de 24.1 meses, siendo el grupo de 13 a 24 meses el más frecuente con 77 pacientes (29.5%) (Gráficos 1A y 1B).

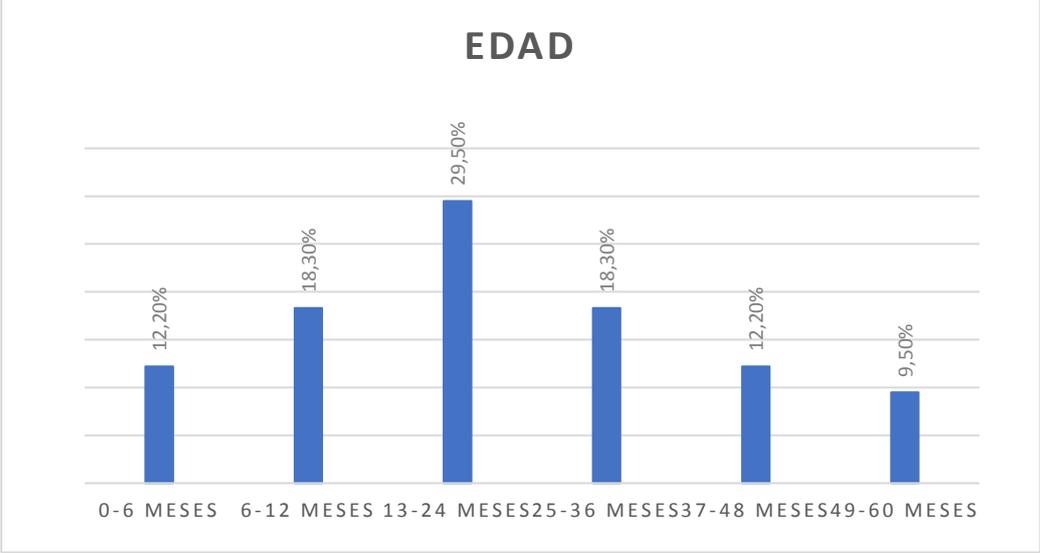
Gráfico 1A. Características basales de los pacientes estudiados distribuidos por sexo.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Gráfico 1B. Características basales de los pacientes estudiados distribuidos por edad.

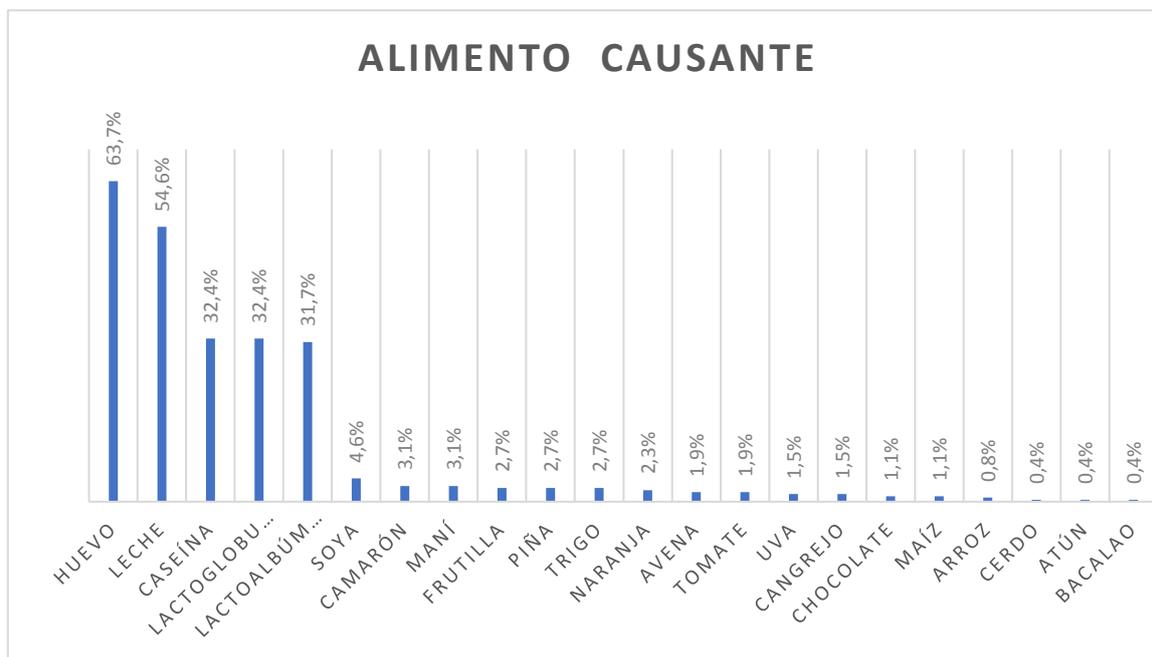


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017– Enero 2021.

A continuación, los alimentos desencadenantes de reacciones alérgicas de acuerdo al resultado de la IgE específica. En la población en estudio (n=262), el huevo fue el alérgeno más común identificado 167 paciente (63.7%), seguido de la leche con 143 (54.6%), caseína 85 (32.4%), lactoglobulina 85 (32.4%) y lactoalbúmina 83 (31.7%). Se reportaron otros alimentos como soya, camarón, maní, frutilla, piña, trigo, naranja, avena, tomate y otros, pero en una frecuencia ampliamente menor (Gráfico 2). En algunos de los casos, se reportó más de un alérgeno por paciente por lo que el número total de alérgenos es mayor que el de los pacientes.

Gráfico 2. Frecuencia de alimento causante de alergia alimentaria en la población estudiada.

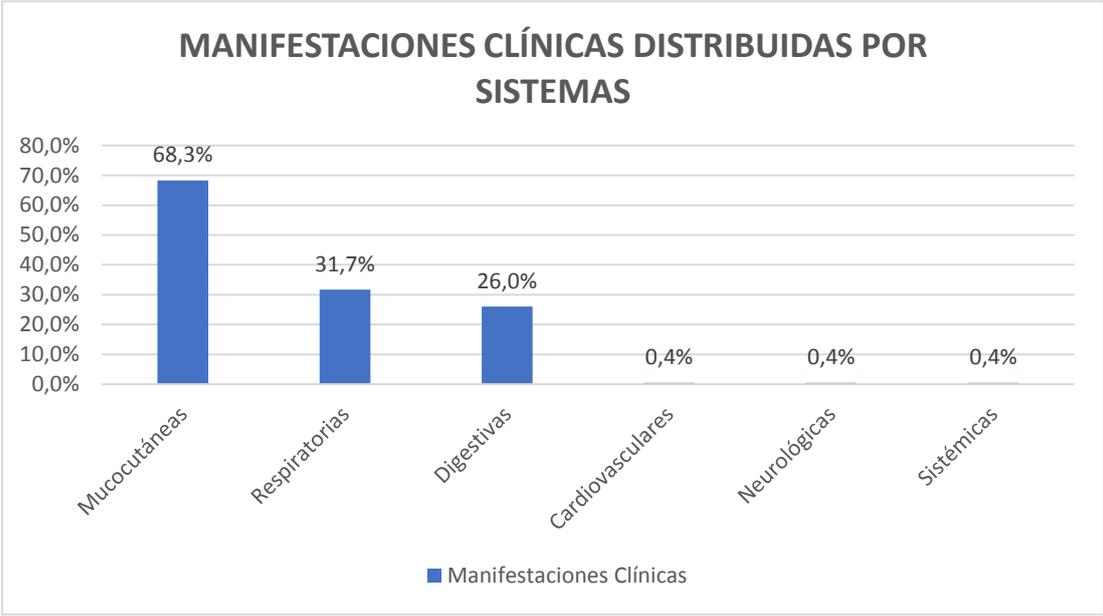


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

En los gráficos 3A, 3B, 3C y 3D, se reportaron las manifestaciones clínicas de los pacientes con alergias alimentarias (n=262). El grupo de manifestaciones mucocutáneas fue el más frecuente con 179 paciente (68.3%). Encabezando la lista dentro de este grupo, se encuentran la urticaria con 69 pacientes (26.3%) y el rash con 52 (19.8%). Las manifestaciones respiratorias se manifestaron en 83 paciente (31.7%), las más sobresalientes son la rinorrea con 51 pacientes (19.5%) y la tos con 36 (13.7%). Las manifestaciones digestivas se presentaron en 68 paciente (26%), siendo los cólicos y la diarrea los más frecuentes con 36 pacientes (13.7%), y 35 pacientes (13.4%) respectivamente. Por último, las manifestaciones cardiológicas, neurológicas y sistémicas en un mismo paciente. En la mayoría de los casos, se reportó más de un síntoma por paciente, por lo que el número total de síntomas es mayor que el de los pacientes.

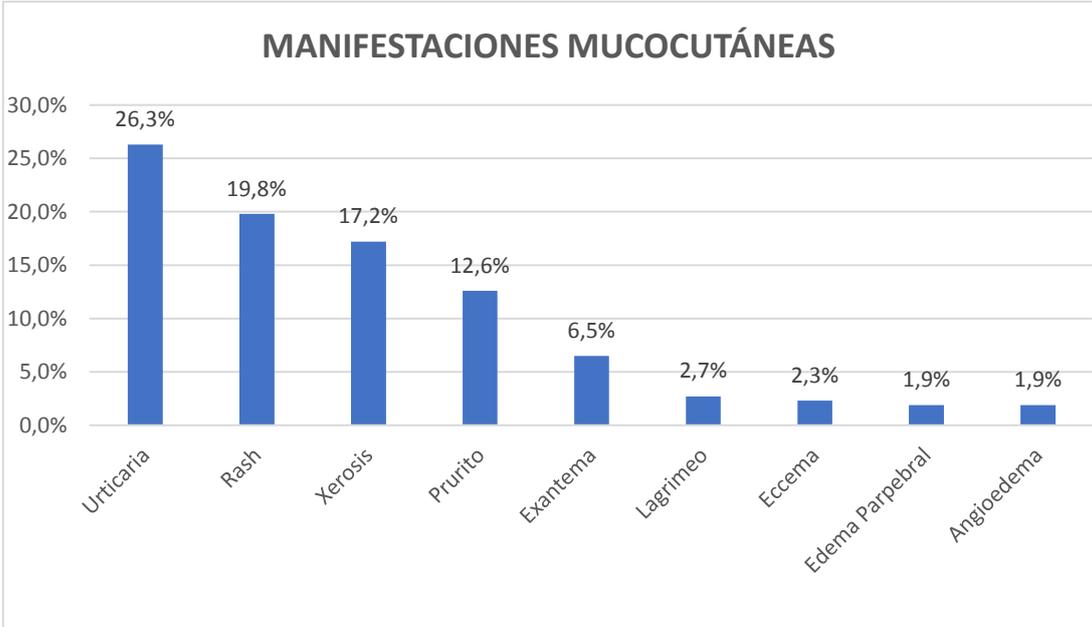
Gráfico 3A. Frecuencia de manifestaciones clínicas reportadas en los pacientes con alergias alimentarias distribuidas por sistemas.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

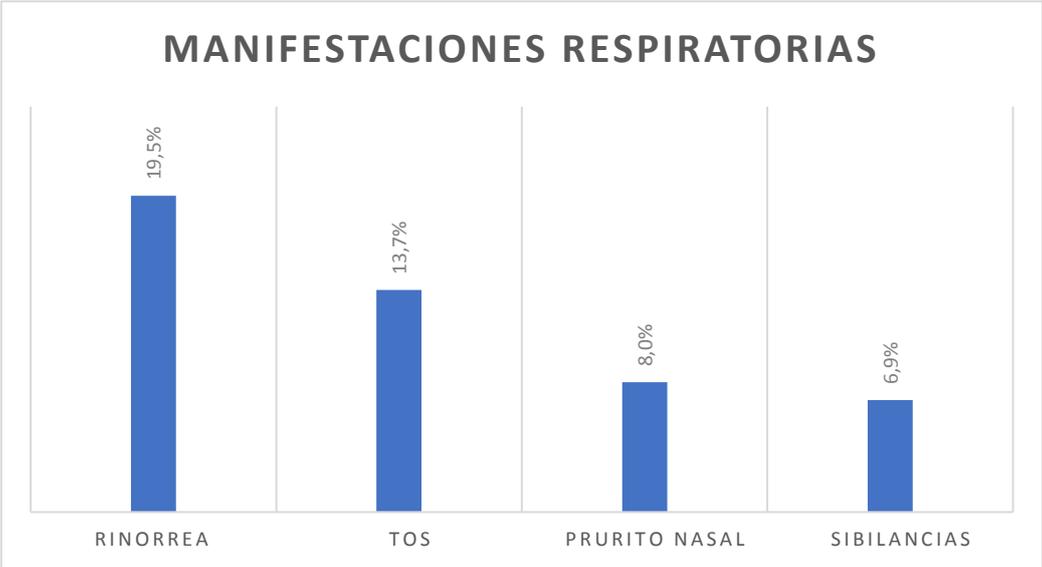
Gráfico 3B. Frecuencia de manifestaciones mucocutáneas reportadas en los pacientes con alergias alimentarias.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

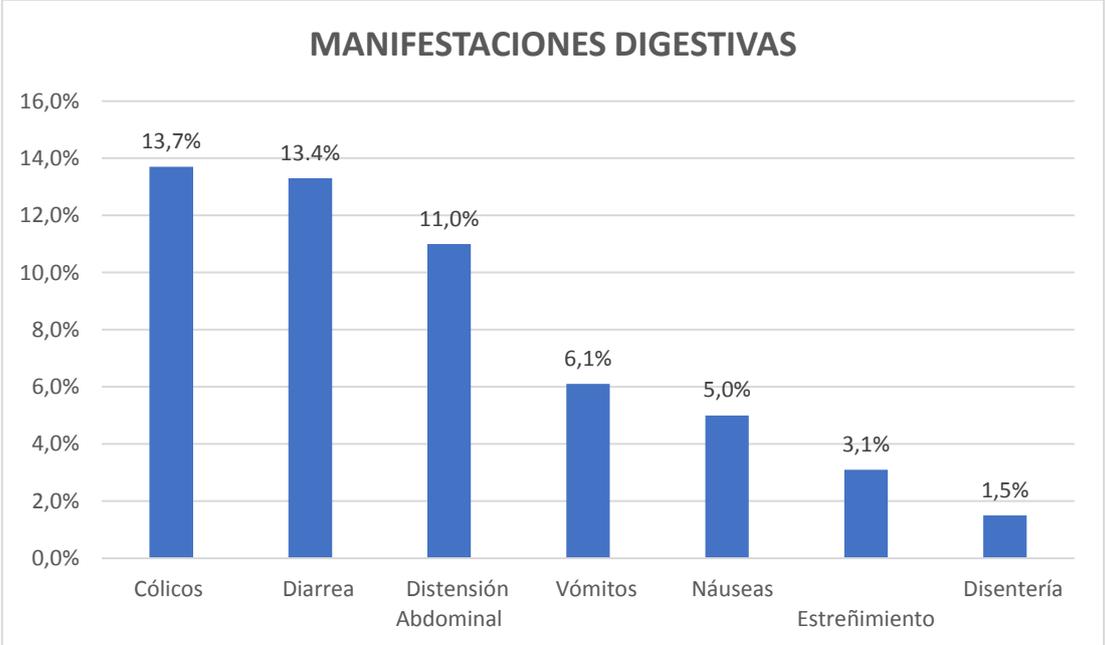
Gráfico 3C. Frecuencia de manifestaciones respiratorias reportadas en pacientes con alergias alimentarias.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Gráfico 3D. Frecuencia de manifestaciones digestivas reportadas en pacientes con alergias alimentarias.

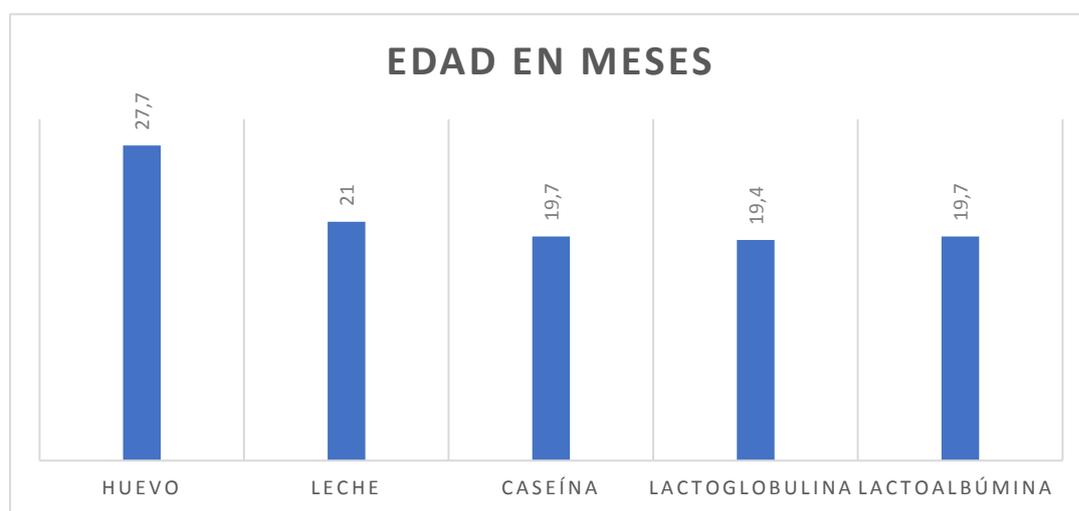


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Basado en los resultados del tipo de alimento causante de alergias, se describió el grupo de pacientes que la padecen. En la alergia al huevo, los pacientes tuvieron un promedio de edad de 27.7 meses, encontrándose la mayoría, 96 pacientes (57.5%), en la clasificación IgE específica clase II. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en este grupo fueron la urticaria con 45 pacientes (26.9%) y el rash con 35 (21%). En el caso de la leche, el promedio de edad fue de 21 meses, con un mayor número de pacientes, 77 (53.8%), en la clase II de IgE específica. En ésta, la urticaria con 34 pacientes (23.8%) y la xerosis con 32 (22.4%) fueron los síntomas mayormente reportados en este grupo. Los niños alérgicos a la caseína tuvieron un promedio de edad de 19.7 meses, mayormente pertenecientes a la IgE específica clase I con 58 paciente (68.2%), siendo el rash y la urticaria los síntomas principales con 21 (24.7%) y 20 pacientes (23.5%) respectivamente. La lactoglobulina, con promedio de edad de 19.4 meses, tuvo una IgE específica predominante en clase II con 41 pacientes (48.2%); 22 (25.9%) con xerosis y 20 (23.5%) con urticaria como síntomas principales. La lactoalbúmina, con promedio de edad de 19.7 meses, presentó IgE específica predominante en clase II con 36 paciente (43.4%), los síntomas principales fueron xerosis con 21 (25.3%) y urticaria con 20 (24.1%) (Gráficos 4A, 4B, y 4C).

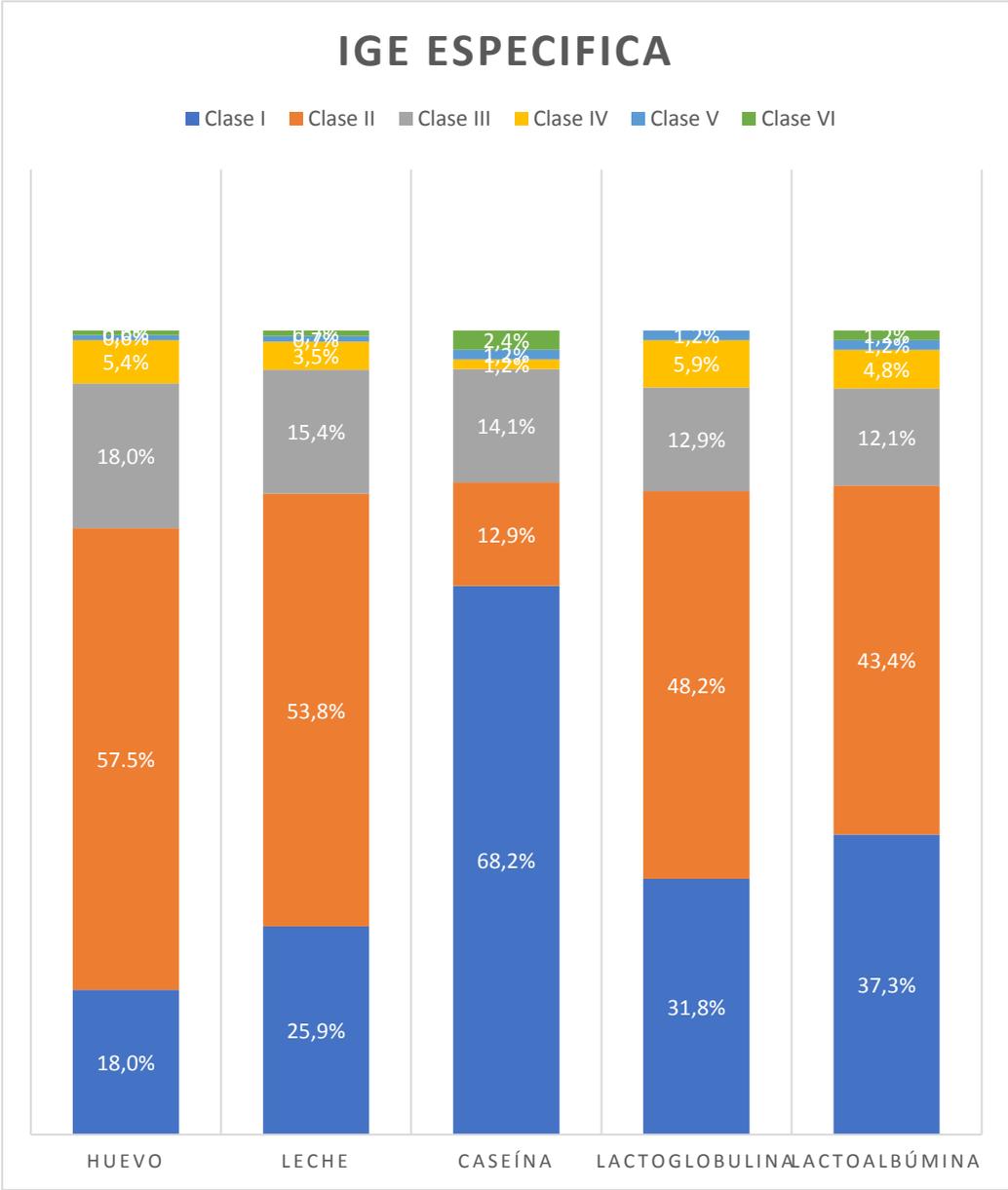
Gráfico 4A. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según edad.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

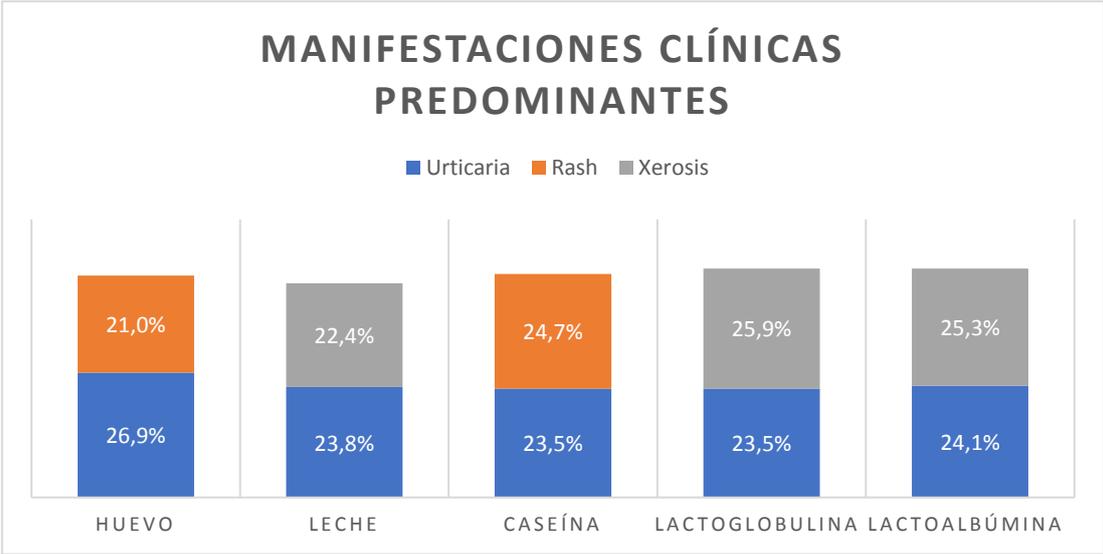
Gráfico 4B. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según clase de IgE específica.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Gráfico 4C. Características de las alergias alimentarias más frecuentes según manifestaciones clínicas predominantes.

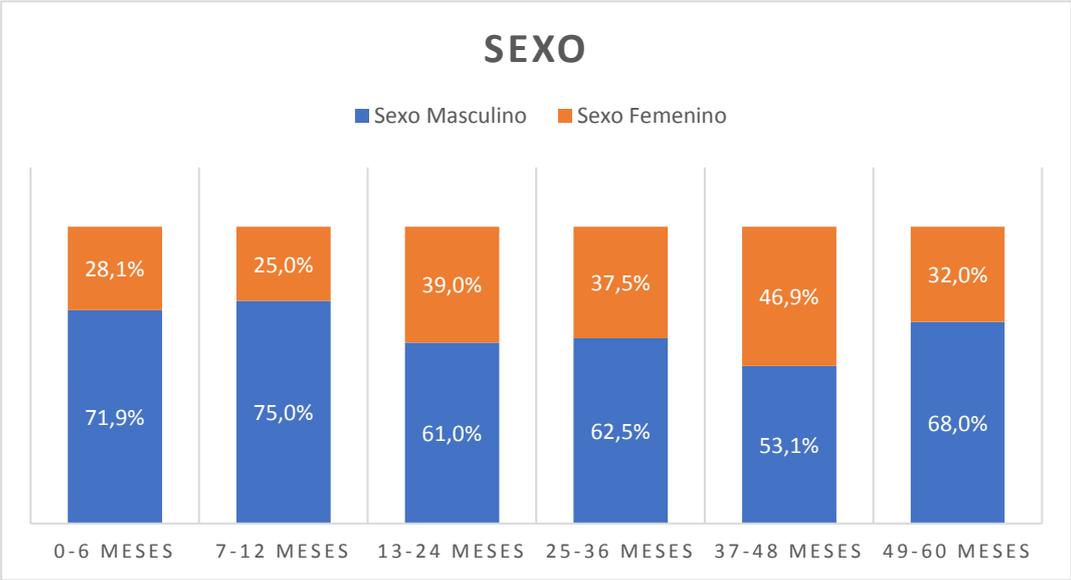


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

En el análisis por grupos etarios, en todos predominó el sexo masculino. El huevo es el alérgeno más común en cada uno de los grupos, excepto en el grupo de 0 – 6 meses donde predominó la lactoglobulina. En cuanto a las manifestaciones clínicas, la xerosis fue el más común en el grupo de 0 – 6 meses y la urticaria en todos los demás grupos subsecuentes (Gráficos 5A, 5B y 5C).

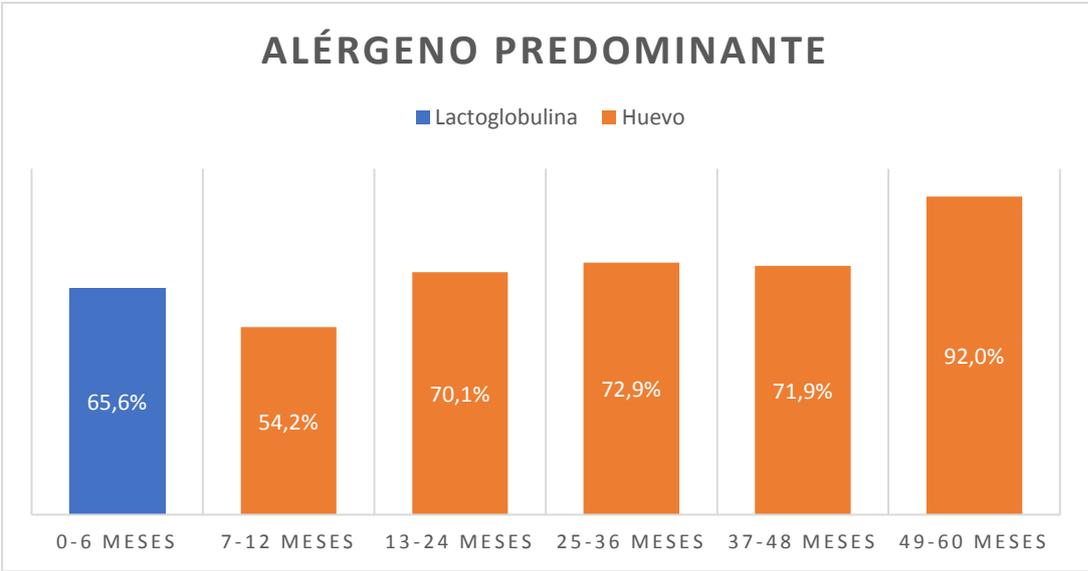
Gráfico 5A. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y sexo.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Gráfico 5B. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y alérgeno predominante.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Gráfico 5C. Descripción de los pacientes con alergias alimentarias distribuidos por grupos etarios y manifestaciones clínicas sobresalientes.

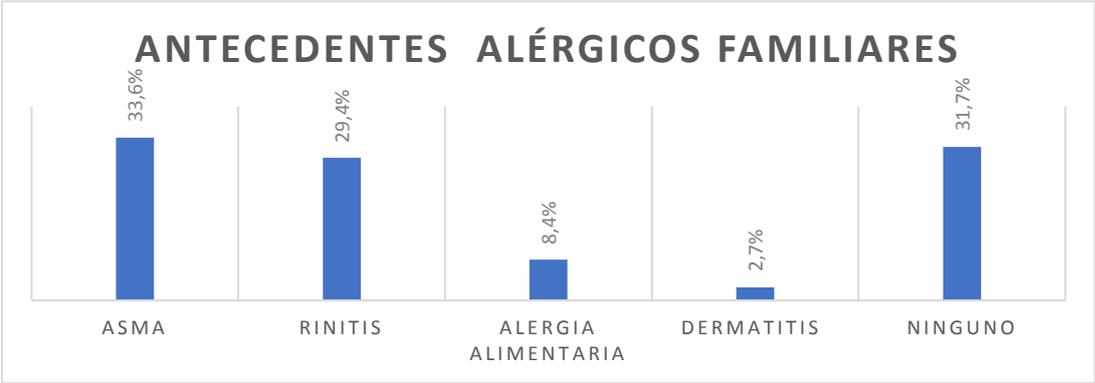


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

En el gráfico 6, se describen los antecedentes atópicos familiares. Para esto se recogieron datos de familiares en primer grado (padres y hermanos). El 68,3% que corresponde a 179 pacientes reportaron antecedentes alérgicos familiares, y 83 (31.7%) no reportaron ningún antecedente atópico. El asma fue la enfermedad más reportada 88 pacientes (33.6%), seguido de la rinitis con 77 (29.4%), luego la alergia alimentaria con 22 (8.4%) y por último dermatitis atópica con 7 (2.7%). De los pacientes estudiados, 15 de ellos reportaron 2 familiares en primer grado con patología alérgica.

Gráfico 6. Descripción de antecedentes alérgicos familiares de los pacientes estudiados.

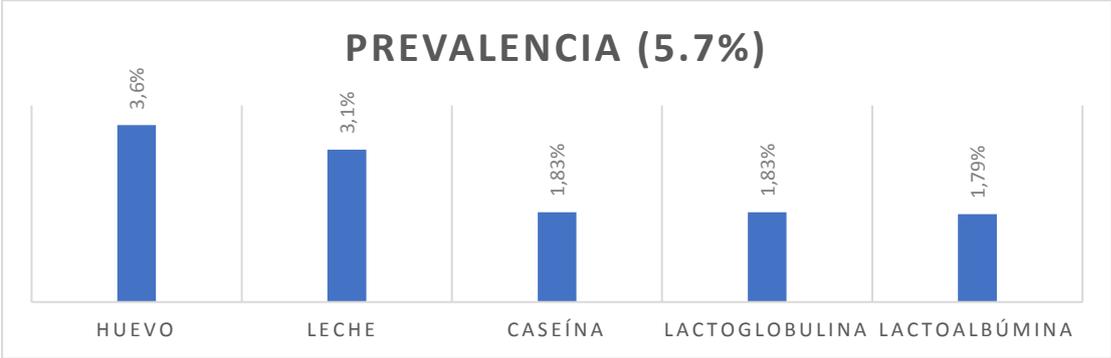


Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

Se atendieron un total de 4631 pacientes en el área de consulta externa de Alergología en el periodo enero 2017 – enero 2021 entre las edades de 2 semanas a 5 años. Un total de 262 pacientes se diagnosticaron con alergia alimentaria mediada por IgE resultando una prevalencia del 5.7% de la enfermedad. En el análisis individual de alérgenos, la alergia al huevo con 167 pacientes reportó una prevalencia de 3.6%, la leche con 143 paciente con prevalencia de 3.1%, la caseína y la lactoglobulina cada una con 85 pacientes con una prevalencia de 1.83%, y la lactoalbúmina con 83 paciente resultado una prevalencia de 1.79%. (Gráfico 7).

Gráfico 7. Prevalencia de las alergias alimentarias predominantes.



Fuente: Base de Datos SERVINTE del Hospital Roberto Gilbert Elizalde.

Enero 2017 – Enero 2021.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio el huevo fue el alérgeno identificado más común (63.7%), seguido de la leche (54.6%), la caseína (32.4%), la lactoglobulina (32.4%) y la lactoalbúmina (31.7%). Datos parecidos se obtuvieron en un estudio retrospectivo realizado por Feuerhake et al. (30), donde se estudiaron 282 pacientes chilenos con alergia alimentaria mediada por IgE, de los cuales 204 eran menores de 5 años. Como principales causantes de alergia alimentaria se encontraron al huevo con 33% y a la leche de vaca con 25% en menor porcentaje maní 17% y mariscos 5%. De los pacientes en edad pediátrica, el 62% eran de sexo masculino con una mediana de 1 año de edad, y 62% tenían antecedente atopia familiar.

Muchos estudios reportan a la leche y al huevo como principales desencadenantes de reacciones alérgicas a los alimentos en menores de 5 años. Según el estudio Alergológica 2015, desarrollado en España, en una población de 481 niños, donde se identificó que el 20% padecía alergia alimentaria, como principales alérgenos a la leche en primer lugar con 31.6%, seguido del huevo con 26.3% diferenciándose del estudio anterior realizado en el 2005 donde el principal alérgeno fue el huevo con 39.1%, seguido de la leche con 32.3% (31).

En un estudio descriptivo realizado en Paraguay por González et al. (32), se recogió información de 875 fichas clínicas de pacientes atendidos en consulta pediátrica de referencia de alergia. En ésta se obtuvo que el 8.1% de estos pacientes presentó alergia alimentaria, en este estudio se incluyó solo a la alergia mediada por IgE. Los más afectados fueron el grupo de los lactantes comprendidos entre 1 mes a 23 meses de edad representando un 73%. En cuanto al sexo, el 60% correspondió al sexo masculino. El alimento desencadenante más frecuente fue la leche con 73%, seguido del huevo con 45%.

En el estudio de Petriz et al.(33), el mismo que se llevó a cabo en 321 pacientes argentinos menores de 18 años con alergias alimentarias mediadas y no mediadas por IgE, en este estudio la edad media fue de 3 años y los principales alimentos involucrados fueron la leche 68%, el huevo 20%, el pescado 5% y los mariscos 4%. Sin embargo, Aguilar-Jasso et al. (34), en un estudio transversal de 95 pacientes entre 1 y 182 meses en México concluyeron que los principales alérgenos fueron la leche

78%, soya 66%, trigo 31% y huevo 25%. La diversidad en los datos de los alimentos desencadenantes en los diferentes estudios radica en que la aparición de la reacción alérgica depende en gran medida de la exposición al alérgeno, por lo que los hábitos alimentarios de cada zona geográfica son determinantes.

En la presente investigación, el grupo de manifestaciones mucocutáneas fue el más frecuente con 68.3%. Dentro de éstas, la urticaria y el rash fueron las más sobresalientes. Le siguieron las manifestaciones respiratorias con 31.7% y las manifestaciones digestivas con 26%. Petriz et al. (33), reportaron que la urticaria fue el síntoma más común con 46%, seguido de los síntomas gastrointestinales como proctitis, diarreas y vómitos. González et al. (32), reportaron datos similares en donde las manifestaciones cutáneas fueron las predominantes con 64%, seguidas de las respiratorias con 53% y las digestivas con 42.2%.

Datos diferentes fueron reportado por Aguilar-Jasso et al. (34), donde la sintomatología gastrointestinal fue la más común. En Feuerhake et al. (30), las manifestaciones clínicas más reportadas fueron las cutáneas urticarias 90% y angioedema 57%, seguida de disnea 30% y vómitos 21%. Las variaciones entre un estudio y otro se pueden explicar por los grupos etarios incluidos, así como los diferentes mecanismos de alergias analizados (mediado o no mediado por IgE), sin embargo, las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes, y la urticaria es el síntoma predominante reportado en la mayoría de los estudios.

En el análisis por grupos etarios de esta investigación, el huevo es el alérgeno más común en cada uno de los grupos etarios, excepto en el grupo de 0 a 6 meses donde predominó la lactoglobulina. En cuanto a las manifestaciones clínicas, la xerosis fue el más común en el grupo de 0 a 6 meses y la urticaria en todos los demás grupos subsecuentes. Petriz et al. (33), señalaron en el análisis por grupos, que en los menores de 2 años la leche fue el alérgeno más común con 80%, seguido del huevo con 20%, siendo en este grupo los síntomas predominantes angioedema y urticaria. En los niños de 3 a 5 años, los principales alimentos involucrados fueron la leche y el huevo en porcentajes iguales de 33%; la urticaria y la diarrea fueron los síntomas relevantes de este grupo. En etapas tempranas de 0 a 6 meses, la exposición a un alérgeno como la leche y sus proteínas es más frecuente y persistente. Por esta razón

predomina en estos grupos etarios; mientras que, al avanzar la edad, otros alimentos como el huevo elevan su frecuencia y la leche disminuye.

Entre los antecedentes alérgicos reportados en esta serie, el asma fue la enfermedad más común con 33.6%, seguido de la rinitis con 29.4%. El 31.7% de los pacientes no reportó ningún antecedente alérgico. En Petriz et al. (33), el 62% tuvo algún antecedente familiar de atopia, entre los que se encontraron 27% con asma, 20% con rinitis y 32% con dermatitis atópica. Por otro lado, Koplin et al. (35), en un estudio en Australia donde se diagnosticaron a 534 lactantes menores de 1 año de alergia alimentaria mediada por IgE mediante prueba oral (desafío), señalaron que los niños que cumplen con la definición actual de alto riesgo de enfermedad alérgica tienen más de un miembro familiar con enfermedad alérgica. Por lo tanto, mostraron riesgo modesto (OR 1.4, IC del 95%: 1.1–1.7) de padecer alergia alimentaria al tener un solo familiar alérgico; pero teniendo dos o más familiares alérgicos, el índice predictivo de alergia alimentaria aumento notablemente (OR 1.8, IC del 95%: 1.5 a 2.3).

Finalmente, la prevalencia de alergias alimentarias calculada en este estudio fue de 5.7%. En el análisis individual de alérgenos, la alergia al huevo reportó una prevalencia de 3.6%, la leche 3.1%, la caseína y lactoglobulina 1.83% y la lactoalbúmina 1.79%. Grimshaw et al. (36), en un estudio realizado en Reino Unido en menores de 2 años, reportaron que la incidencia acumulada de alergia alimentaria fue del 5%. La incidencia acumulada de los alérgenos alimentarios individuales fue: huevo de gallina 2.7%; leche de vaca 2.4%; maní 0.7%; y soya 0.4%. Información distinta reporta Nwaru et al. (37), en un metaanálisis de estudio europeos, concluyeron que la prevalencia por medición de IgE específica de alergia a leche fue de 6% y para el huevo de 2.5%. Como los estudios seleccionados para el metaanálisis son europeos, se reportan también altas prevalencias de alergias al maní, trigo y soya. En un estudio retrospectivo realizado en Honduras que incluyó a 365 menores de 18 años, Gonzales-González et al. (38), determinaron que la alergia más común fue a las proteínas de la leche con 6%, seguido del huevo 5.2% y trigo 1.9%.

Es evidente la variedad de los datos en los diferentes estudios expuestos, esto se debe a varios factores influyentes como zona geográfica donde se realizaron, edad de los pacientes incluidos los estudios, método de recolección de datos. Algunos fueron

mediante reportes de historia clínica, otros mediante autorreportes y otros mediante pruebas de alergia.

A pesar de esta variación se puede resumir que la alergia alimentaria es un problema de salud que afecta a los niños pequeños, donde la edad promedio de diagnóstico se realiza entre 1 a 3 años y el sexo masculino es el más afectado. Los principales alérgenos en la infancia son la leche de vaca y el huevo. La presentación clínica sobresaliente de alergia alimentaria son las manifestaciones cutáneas y esta patología se encuentra afiliada directamente con antecedentes de atopia familiar.

Las limitaciones de este estudio radican en su diseño retrospectivo y la recolección de datos de historias clínicas. Tanto los antecedentes como las manifestaciones clínicas pueden ser muchas veces datos subjetivos que se interpretan por el entrevistador. Además, algunos datos requeridos pueden no constar en la historia clínica. Los resultados están basados en una muestra obtenida de un solo centro hospitalario, y aun cuando el mismo es un centro de referencia a nivel nacional, ésta puede ser una desventaja ya que muchos pacientes llegan referidos a edades más tardías. Otra dificultad que se tuvo en el estudio es que la información a nivel de Latinoamérica es escasa por lo que fue complicado poder hacer comparaciones con zonas geográficas similares.

8. CONCLUSIONES

La prevalencia de alergia alimentaria mediada por IgE en los pacientes de 2 semanas a 5 años de edad atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde entre enero 2017 y enero 2021 bordea la prevalencia reportada a nivel mundial.

Los pacientes con alergia alimentaria mediada por IgE correspondientes al sexo masculino casi duplican al femenino, siendo éste el sexo predominante en todos los grupos etarios. El grupo etario de los lactantes de uno a dos años es el más afectado, demostrando que se presenta en la infancia a edades tempranas.

El alérgeno más comúnmente identificado fue el huevo, encontrándose en segundo lugar a la leche de vaca; lo que diferencia a esta población de otros estudios. Conocemos que estos dos alimentos son los alérgenos más comunes, sin embargo, la mayoría de estudios reportan a la leche de vaca como el más predominante.

De las manifestaciones presentadas por la población en estudio, las cutáneas fueron las más frecuentes, siendo la urticaria el síntoma predominante, información que se correlaciona con la mayoría de estudios.

En los principales alimentos desencadenantes de alergias alimentarias (leche, huevo, caseína, lactoglobulina y lactoalbúmina) el rango clase II de IgE específica fue el más frecuente. Dato que nos interesó conocer para establecer el rango de IgE específica más relacionado con la expresión clínica.

Se encontró que la mayoría de los pacientes tenían antecedentes familiares atópicos de primer grado, entre los más frecuentes el asma y la rinitis alérgica, lo que evidencia que el factor hereditario está estrechamente relacionado con el padecimiento de la patología.

Este estudio presentó algunas limitantes. Al ser de diseño retrospectivo y al recogerse datos de historias clínicas, la información puede estar incompleta e incluso ser subjetiva para el entrevistador. Al mismo tiempo, por ser un centro hospitalario de referencia nacional, algunos pacientes son derivados tardíamente. Ha sido difícil comparar esta investigación con poblaciones geográficas semejantes ya que los estudios a nivel nacional y regional son escasos.

9. RECOMENDACIONES

Se debe tener una alta sospecha de alergia alimentaria en aquellos lactantes con problemas dermatológicos, especialmente aquellos que presentan urticaria.

En situaciones en las que se carece de pruebas complementarias y/o confirmatorias, el huevo y la leche deben ser los alimentos considerados con mayor sospecha clínica.

La solicitud de pruebas de alergias IgE específicas deben estar relacionadas con la epidemiología local, así como los antecedentes familiares para optimizar el uso de la prueba y evitar gastos excesivos.

En condiciones donde se dificulte esclarecer el diagnóstico, es necesario hacer una referencia temprana al especialista para un diagnóstico más preciso.

Es importante seguir realizando más estudios sobre las estadísticas de alergia alimentaria para tener datos más precisos, ya que realmente en América Latina la información es insuficiente, siendo difícil hacer estudios comparativos. Además, que de acuerdo a lo que se pronostica esta patología está en ascenso, siendo necesario analizar la velocidad de su expansión y actualizar datos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrea Mariño DI. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento Food allergy in children: recommendations for diagnosis and treatment. Arch Argent Pediatr. 2018;1(22):36.
2. Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, Sinn JKH, Fiocchi A, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. World Allergy Organ J. 2013;6:1–12.
3. De la Cruz S, Gonzales I, Garcia T, Martín R. Food allergies: The importance of food allergen management. Rev Nutr. clín. diet. hosp. 2018; 38(1):142-148
4. Jaidev M. Devdas, Christopher Mckie, Adam T. Fox, Vinod H. Ratageri. Food Allergy in Children: An Overview. El Diario Indio de Pediatría. 2018. Volumen 85. 369–374
5. Plaza Martin A M. Alergia alimentaria en la edad pediátrica: conceptos actuales. Anales de Pediatría. Volumen 85, Issue 1,2016,
6. Sylvia Cruchet M. Alergia Alimentaria. Rev Chil Nutr. 2018;45(2).
7. Maureen Rossel G, Magdalena Araya Q. Alergia alimentaria en la infancia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011;22(2):184–9.
8. Morillo Argudo D, Ochoa Avilés A, Rodas C, Córdova D, Zúñiga G, García A, et al. Prevalencia de alergia alimentaria auto-reportada en adolescentes de Cuenca y Santa Isabel - Ecuador. Rev la Fac Ciencias Químicas. 2016;27–34.
9. De Almeida Rodas D, Prevalencia de alergias alimentarias y factores de riesgo nutricionales en niños (AS) de 1 a 5 años de las guarderías “Mundo de Papel” y “Trazos y Colores” de la ciudad de Quito. Universidad Pontificia Católica del Ecuador. 2017.
10. Medina-Hernández A, Huerta-Hernández RE, Góngora-Meléndez MA, Domínguez-Silva MG, Mendoza-Hernández DA, De J Romero-Tapia S, et al. Perfil clínico-epidemiológico De pacientes con sospecha De alergia alimentaria en México. Estudio Mexipreval. Rev Alerg Mex. 2015;62(1):28–40.
11. Santos AC, Romero LR, Martínez AR, A BEJ, Universitarios H, Santos AC, et al.

- Intolerancia Y Alergia Alimentaria. *Vox Paediatr.* 2008;16(1):57–69.
12. Álvarez-Berciano F, Álvarez Caro F. Reacciones adversas a alimentos e historia natural de la alergia alimentaria en la infancia. *Bol Pediatr.* 2008;48:21–36.
 13. Niggemann B, Beyer K. Diagnosis of food allergy in children: Toward a standardization of food challenge. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007;45(4):399–404.
 14. Gupta RS, Warren CM, Smith BM, Jiang J, Blumenstock JA, Davis MM, et al. Prevalence and Severity of Food Allergies Among US Adults. *JAMA Netw open.* 2019;2(1):e185630.
 15. Warren CM, Jiang J, Gupta RS. Epidemiology and Burden of Food Allergy. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2020;20(2):1–9.
 16. Marrugo J, Hernández L, Villalba V. Prevalence of self-reported food allergy in Cartagena (Colombia) population. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2008;36(6):320–4.
 17. Valle Rodríguez I, Herta López J, Heruta Hernández R. Alergia a alimentos. *Alergia, Asma e Inmunol Pediátricas.* 2017;26(1):5–15.
 18. García Mérida M. J, Vega Alvarez A. M, Ruiz Chércoles, Alergia alimentaria. , *Form Act Pediatr Aten Prim* 2015; 8 (3) 110-9
 19. Björkstén B. Genetic and environmental risk factors for the development of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005;5(3):249–53.
 20. Prescott S, Allen KJ. Food allergy: Riding the second wave of the allergy epidemic. *Pediatr Allergy Immunol.* 2011;22(2):155–60.
 21. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133(2):291–307.
 22. Yang PC, Xing Z, Berin CM, Soderholm JD, Feng BS, Wu L, et al. TIM-4 Expressed by Mucosal Dendritic Cells Plays a Critical Role in Food Antigen-Specific Th2 Differentiation and Intestinal Allergy. *Gastroenterology.* 2007;133(5):1522–33.
 23. Chehade M, Mayer L. Oral tolerance and its relation to food hypersensitivities. *J*

- Allergy Clin Immunol. 2005;115(1):3–12.
24. Du Toit G, Foong RXM, Lack G. Prevention of food allergy – Early dietary interventions. *Allergology International*. 2016.
 25. Reyes-Pavón D, Jiménez M, Salinas E. Fisiopatología de la alergia alimentaria. *Rev Alerg México*. 2020;
 26. Toro-Monjaraz EM, Ramírez-Mayans JA. Alergia alimentaria en pediatría. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;
 27. Chinthrajah RS, Hernandez JD, Boyd SD, Galli SJ, Nadeau KC. Molecular and cellular mechanisms of food allergy and food tolerance. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;137(4):984–97.
 28. Kelleher MM, Tran L, Boyle RJ. Prevention of food allergy – skin barrier interventions. *Allergol Int*. 2020;69(1):3–10.
 29. Sierra Monge J. J. L. Alergia alimentos. Tolerancia. Diagnóstico y tratamiento. Niños. *Gaceta Médica de México*. 2011;147 Suppl 1:57-66
 30. Feuerhake T, Aguilera-Insunza R, Morales P, Talesnic E, Linn K, Thone N, Borzutzky A. Caracterización clínica de pacientes chilenos con alergia mediada por IgE. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(4)
 31. Blasco Valero C, Muñoz Archidona C. El niño polisensibilizado a varios alimentos. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019;2:259-70.
 32. González Miltos M, Meza R, Sánchez Bernal S. Alergias alimentarias en pediatría: Frecuencias, características clínicas y alergenos más frecuentes en pacientes de un consultorio pediátrico de alergia de referencia. *Pediatr. (Asunción)*. 2021; 48(3):187-194.
 33. Petriz N, Antonietti C, Parente C, Mehaudy R, Parrales Villacreses, M Ursino F, Parisi C. Estudio epidemiológico de alergia alimentaria en una población de niños argentinos. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(6):418–26.
 34. Aguilar-Jasso D, Váldez-López F, Valle-Leal JG, Aguilar-Jasso J, Del Hierro-Yepo JC, Lizola-Arvizu N. Perfil clínico de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria en el noroeste de México. *Rev Alerg México*.

2018;65(3):233–241.

35. Koplin JJ, Allen KJ, Gurrin LC, Peters RL, Lowe AJ, Tang MLK, et al. The impact of family history of allergy on risk of food allergy: A population-based study of infants. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:5364–77.
36. Grimshaw KEC, Bryant T, Oliver EM, Martin J, Maskell J, Kemp T, et al. Incidence and risk factors for food hypersensitivity in UK infants: Results from a birth cohort study. *Clin Transl Allergy*. 2016;6(1):1–1
37. Nwaru BI, Hickstein L, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Sheikh A. Prevalence of common food allergies in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2014;69:992–1007.
38. Gonzales-González VA, Díaz AM, Fernández K, Rivera MF. Prevalence of food allergens sensitization and food allergies in a group of allergic Honduran children. *Allergy, Asthma Clin Immunol*. 2018;14(1):1–7.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ramón Costa, Germania Lucía**, con C.C: # **1104535248** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de la Alergia Alimentaria Mediada por IgE en pacientes de 2 semanas a 5 años, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde periodo Enero 2017 – Enero 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **mayo** de **2022**

f. _____

Nombre: **Ramón Costa, Germania Lucía**

C.C: **1104535248**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de la Alergia Alimentaria Mediada por IgE en pacientes de 2 semanas a 5 años, atendidos en consulta externa de Alergología en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde periodo Enero 2017 – Enero 2021		
AUTOR(ES)	Germania Lucía, Ramón Costa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Miguel Ángel, Cedeño Martínez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de Posgrados/Escuela de Graduados de Ciencias de la Salud.		
CARRERA:	Especialización en Pediatría		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Pediatría		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Mayo de 2022	No. DE PÁGINAS:	39
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatría, alergología, epidemiología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Alergia alimentaria mediada por IgE, niños, prevalencia, alérgenos, expresión clínica.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción: La prevalencia de la alergia alimentaria es diferente en cada país, dependiendo de un sinnúmero de factores. Aunque, esta patología se encuentra en ascenso, muchos países no tienen datos precisos. Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de alergia alimentaria, confirmada por clínica y por valores de IgE específicas que estuvieran entre dos semanas y cinco años de edad. De 4631 pacientes atendidos en el servicio de Alergología en consulta externa, 262 cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: La prevalencia de la alergia alimentaria fue 5.7%, el 64.5% correspondió al sexo masculino, el grupo etario más afectado fue 13 a 24 meses con 29.5%. El huevo fue el alérgeno más común (63.7%), seguido de la leche (54.6%). Las manifestaciones mucocutáneas, fueron las más frecuente (68.3%), le siguieron las respiratorias (31.7%) y las digestivas (26%). El 68.3% de los pacientes reportaron antecedentes atópicos familiares, el asma fue la enfermedad más reportada (33.6%), seguido de la rinitis (29.4%). Conclusiones: La prevalencia obtenida en este estudio bordea la prevalencia reportada a nivel mundial. El sexo masculino es el más afectado casi duplicando al sexo femenino. La alergia alimentaria predomina en los niños menores a dos años. En esta población los alérgenos más frecuentes son el huevo, seguido por la leche, así mismo la IgE específica clase II es altamente sugestivo de patología alérgica. Los síntomas más frecuentes fueron la urticaria y el rash. El factor hereditario atópico está estrechamente relacionado con el padecimiento de esta enfermedad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996145531	E-mail: germanita89@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vinces Balanzategui, Linna Betzabeth		
	Teléfono: 0987165741		
	E-mail: linna.vinces@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			