



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ALERGIAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL BINOMIO
OBESIDAD/ABLACTACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS EN EDAD
PREESCOLAR ATENDIDOS EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE LAMBAYEQUE, AÑO 2017**

PRESENTADA POR

GERALDINE MARILYN QUESQUÉN MINCHOLA

ASESOR

VÍCTOR SOTO CÁCERES

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CHICLAYO – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ALERGIAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL BINOMIO
OBESIDAD/ABLACTACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS EN EDAD
PREESCOLAR ATENDIDOS EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE LAMBAYEQUE, AÑO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
GERALDINE MARILYN QUESQUÉN MINCHOLA**

**ASESOR
Dr. VÍCTOR SOTO CÁCERES**

PIMENTEL, PERÚ

2019

JURADO

Presidente: Juan Alberto Leguía Cerna, especialista en Geriatria.

Miembro: Lizzie Karen Becerra Gutiérrez, doctora en Microbiología.

Miembro: Nely Renee Clotilde Ríos Vera, magíster en Nutrición.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme vivir momentos tan importantes en mi vida, por brindarme perseverancia y estar presente en cada paso que doy

A mis padres y hermana, por su apoyo incondicional, comprensión y paciencia, por ser mi principal fuente de inspiración para superarme cada día; y brindarme la confianza necesaria en la realización de mis sueños

“Es una locura seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes”

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Regional Lambayeque y a la Clínica de especialidades pediátricas KidSalud, por el acceso al área de consulta externa de pediatría, gastropediatria y alergología; como también al acceso de los resultados de laboratorio necesarios para el presente trabajo de investigación

A los médicos Cesar Galván Calle y Alexis Ormeño, por su apoyo y conocimiento en el área de alergología y gastropediatria respectivamente, quienes apoyaron en la captación de los pacientes con alergias alimentarias; porque sin lugar a duda los logros obtenidos durante este trabajo no hubieran sido posibles sin sus enseñanzas.

Al Dr. Cristian Diaz Vélez, por su paciencia, motivación y capacidad científica. Por brindarme la oportunidad de cultivar el espíritu de la investigación. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

ÍNDICE

| | Págs. |
|-------------------------------|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Resumen | vi |
| Abstract | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. METODOLOGÍA | 3 |
| III. RESULTADOS | 6 |
| IV. DISCUSIÓN | 10 |
| CONCLUSIONES | 13 |
| RECOMENDACIONES | 14 |
| FUENTES DE INFORMACION | 15 |
| ANEXOS | |

RESUMEN

Objetivo: Identificar la asociación entre las alergias alimentarias y el binomio obesidad/ablactación temprana en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, periodo marzo-septiembre del 2017. **Material y métodos:** Estudio Analítico Caso-control, retrospectivo. En 66 preescolares de 2 a 5 años, atendidos en el área de pediatría. Se identificaron las alergias alimentarias (AA) si cumplían correlación clínica e inmunológica (IgE total, Prick test e IgE específico); se evaluaron las prácticas de ablactación mediante un cuestionario validado ($p = 0,012$) y el estado nutricional con el indicador peso para la estatura. Se realizó análisis descriptivo, análisis bivariado con test exacto de Fisher y χ^2 ; se midieron odds ratio (OR), con IC 95% y un nivel de significancia de 0,05; OR ajustados mediante regresión logística. Se utilizó el programa estadístico STATA v.14.0. **Resultados:** De 66 niños en total, 22 (33,3%) fueron casos y 44 (66,7%) fueron controles. Hubo mayor frecuencia de AA en los niños que recibieron una ablactación temprana (86,67%). La frecuencia de obesidad fue mayor en los casos (57,14%); y en los pacientes sin AA predominó los niños con normopeso (77,27%). En el análisis multivariado, se halló asociación estadística entre AA y ablactación temprana (OR=6,5 IC95% 1,5-19,3), mas no con obesidad (OR=3,0 IC95% 0,2-39,9) ni con el binomio obesidad/ablactación temprana (OR=4,67 IC95% 0,98-24,4). **Conclusiones:** Existe asociación significativa entre la presencia de alergias alimentarias y las prácticas de ablactancia temprana en niños en edad preescolar. No se encontró asociación entre la obesidad o el binomio obesidad/ablactación temprana con la presencia de alergias alimentarias.

Palabras claves: Alimentación Suplementaria, Obesidad Pediátrica, Hipersensibilidad a los Alimentos, Inmunoglobulina E (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Objective: To identify the association between food allergies and the binomial obesity / early ablation in preschool children attended in two health facilities of Lambayeque, March-September 2017. **Material and methods:** Analytical Case-control study, retrospective. In 66 preschoolers from 2 to 5 years, attended in the area of pediatrics. Food allergies (FA) were identified if they complied with the clinical and immunological correlation (total IgE, Prick test and specific IgE); ablation practices were evaluated by a validated questionnaire ($p = 0,012$) and nutritional status with the weight indicator for height. A descriptive analysis was performed, bivariate analysis with Fisher's exact test and chi²; odds ratio (OR) was measured, with 95% CI and a level of significance of 0.05; Or adjusted by logistic regression. The statistical program STATA v.14.0 was used. **Results:** Of 66 children in total, 22 (33,3%) were cases and 44 (66,7%) were controls. There was a higher frequency of FA in children who received a premature ablation (86,67%). The frequency of obesity was higher in the cases (57,14%); and in patients with FA, children with normal weight predominated (77,27%). In the multivariate analysis, statistical association was found between FA and early ablation (OR = 6,5 IC95% 1,5-19,3), but not with obesity (OR = 3,0 IC95% 0,2-39,9) or with the binomial obesity / early ablation (OR = 4,67 IC95% 0,98-24,4). **Conclusions:** there is a significant association between the presence of food allergies and early ablative practices in pre-school children. No association was found between obesity or the binomial obesity / ablation with the presence of food allergies.

Key words: Supplementary Feeding, Pediatric Obesity, Food Hypersensitivity, Immunoglobulin E (Source: MeSH-NLM)

I. INTRODUCCIÓN

Las alergias alimentarias (AA), son una respuesta exagerada tipo IgE del sistema inmune, frente a un antígeno alimentario (1); las cuales han sido motivo de estudio junto a la obesidad infantil y la ablactación temprana (AT), definida esta última como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses de vida (2) o diferente al esquema de alimentación complementaria establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3).

Los últimos estudios sugieren un nexo entre las AA y AT (4,5), asimismo también se ha relacionado con la obesidad (6,7); esto como consecuencia de un desconocimiento en la introducción adecuada de alimentos y el destete precoz en el lactante (8); además es importante reconocer la cronicidad que conllevan las enfermedades alérgicas (EA) y como estas involucran un costo importante en nuestra política de salud (4,6,8).

Según la OMS, en el mundo cerca de dos mil niños mueren por AA, ocupando las EA el sexto lugar (9), afectando al 20% de la población mundial, con tendencia a aumentar hasta 50%, especialmente en los niños, en quienes se observa la mayor incidencia en los últimos 20 años (10). Un informe de la World Allergy Organization (WAO), actualizado en el 2013, informa que cerca de 250 millones de personas sufren de AA (11). En Latinoamérica las estadísticas muestran una relación entre AA y EA dérmicas e inhalatorias; encontrando un 35% de niños con dermatitis atópica y AA; y un 6 a 8% de niños asmáticos con sibilancias inducidas por alimentos (12). Aunque no existe estadísticas peruanas y locales de gran escala, se conoce que las AA son más frecuentes en la población pediátrica, con una incidencia en Lima cercana al 10%(13) Y con la realidad de una subvaloración a los desencadenantes alérgicos, encontrando poca intervención por parte de las políticas de salud, y pocos servicios especializados en esta área (5,12)

Estudios preliminares realizados en México encontraron que la obesidad y la alimentación complementaria tenían asociación con la frecuencia de síntomas alérgicos, siendo cercana al 60% en aquellos que solo eran obesos (4). Con respecto a la ablactancia, estudios nacionales en Lima, Manchay y Huánuco, concluyeron que alrededor de 70% de las madres presentan una actitud negativa

con respecto a una ablactación adecuada (14). Reforzando estos estudios, en México, se analizó la introducción de alimentos en el primer año de vida, encontrando que ningún niño con prácticas de ablactación adecuada presento alergia a los lácteos, a diferencia de los que no cumplieron el protocolo (15). Estudios en Brasil, España y Australia muestran que la lactancia materna es un factor preventivo de obesidad (16).

Por lo expuesto, se tiene como objetivo identificar la asociación entre las Alergias Alimentarias y el binomio obesidad/ ablactación temprana en niños en edad preescolar, la cual enfoca un problema de importancia económico-social, teniendo como propósito conocer las consecuencias de una alimentación potencialmente alérgica (17,18), así como la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida (19, 20,21).

II. METODOLOGÍA

Tipo y Diseño de estudio: Estudio Observacional Analítico Caso-control, transversal cuantitativo, retrospectivo.

Población: La investigación se realizó en el Hospital Regional Lambayeque y en una Clínica de especialidades pediátricas de Chiclayo, la población estuvo constituida por los niños(as) atendidos en los dos establecimientos de salud y sus madres; se consideró como muestra a los preescolares, entre los 2 a 5 años, atendidos en el consultorio de pediatría durante el periodo marzo - septiembre del 2017. Se consideró como casos a los preescolares que presentaban alergias alimentarias y como controles a quienes no tenían la enfermedad

Muestra y muestreo: Para la estimación del tamaño muestral se realizó una prueba piloto conformada por 20 participantes. Obteniendo con el programa EPIDAT v3.1, para estimación de un tamaño de muestra para estudio de casos y controles independientes; 22 casos y 44 controles; con una proporción de casos expuestos de 30% y una proporción de controles expuestos de 70%, además de un nivel de confianza de 95%, una potencia de 80% y considerando dos casos por cada control. Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Las alergias alimentarias fueron identificadas como casos si cumplen tanto correlación clínica e inmunológica, siendo estas últimas evaluadas por los niveles séricos de IgE total, Prick test e IgE específico del panel 4 del RIDA qLine® Allergy para alérgenos alimentarios, siendo positivo un IgE total > 46 UI/ml (0 a 3 años) y > 208 UI/ml (4 a 5 años) (22), IgE específico $\geq 0,70$ UI/ml (23) y un Prick Test con un habón ≥ 3 cm con relación al control en el área de aplicación (24); y en relación al cuadro clínico deben presentar uno o más síntomas de hipersensibilidad a alimentos mediada por IgE (25).

Criterios de exclusión: Se determinó como criterios de exclusión a todos los niños con defectos inmunológicos congénitos, a los que recibieron medicamentos antihistamínicos al menos tres días antes de la realización de la prueba inmunológica, los que presentaban diagnóstico de enfermedad autoinmune y aquellos con antecedente de prematuridad.

Instrumento: Se evaluaron las prácticas de ablactación a través de un cuestionario validado por Diaz Altochado en Lima (alfa de Cronbach: 0.684), siguiendo los

lineamientos de la OMS (14) y el estado nutricional a través del indicador somatométrico peso para la estatura (P/T) (26,27), utilizando el Software Anthro versión 3.2.2, siguiendo los coeficientes Z de la OMS (28). Las pruebas inmunológicas IgE total (22), IgE específico (23) y el Prick test (24) presentan un grado aceptado de validez; presentando el RIDA qLine® Allergy en comparación con el IgE una sensibilidad de 84.3%, especificidad de 95% y exactitud de 90.6%, y en comparación con el skin Prick-test, presenta una sensibilidad de 95.1%, especificidad de 80.2% y exactitud de 88.3% (25,29).

Método de recolección de datos: Se considero las prácticas de ablactación en dos categorías: adecuada y temprana; y obesidad cuando el P/T es mayor a +3DE. Se procedió a la recopilación de los datos, en 5 etapas:

- **1° Etapa**, selección de la muestra y solicitud del consentimiento informado.
- **2° Etapa**, se recolecto los datos para la evaluación nutricional. Los datos fueron recolectados en colaboración con la enfermera encargada o a través de la historia clínica.
- **3° Etapa**, se evaluaron las prácticas de ablactación a través de una encuesta dirigida a la madre o encargado de la alimentación del lactante, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado de 30 preguntas
- **4° Etapa**, se recolecto los resultados de las pruebas inmunológicas: IgE total, IgE específico o Prick Test de las historias clínicas.
- **5° Etapa**, se clasifico a los participantes en 4 grupos de acuerdo con las variables obesidad y ablactación temprana.

| Grupo | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------|----|----|----|----|
| Ablactación temprana | Si | No | Si | No |
| Obesidad | Si | Si | No | No |

Grupo 1: Con ablactación temprana y obesidad

Grupo 2: Sin ablactación temprana y obesidad

Grupo 3: Con ablactación temprana y sin obesidad

Grupo 4: Sin ablactación temprana y sin obesidad

Aspectos Éticos: El proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de ética del Hospital Regional Lambayeque; además, se solicitó la autorización del director médico de la Clínica de especialidades pediátricas KidSalud. Los datos fueron procesados mediante asignación de códigos para mantener el anonimato de los

sujetos participantes. El principio de autonomía estará constatado en el consentimiento informado por escrito.

Análisis Estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y relativas para las variables socio demográficas, clínicas e inmunológicas; se desarrolló un análisis bivariado mediante test exacto de Fisher y χ^2 . La medida de asociación utilizada fue odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%, considerando un nivel de significancia del 5%. Para ajustar las variables se realizó un análisis multivariante con regresión logística binomial. La tabulación y el procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización de números absolutos y porcentajes con ayuda del software de análisis estadístico STATA v.14.0.

III. RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficos de la población pediátrica, atendida en dos establecimientos de salud de Lambayeque, periodo marzo-septiembre del 2017

| Características sociodemográficas | n=66 | % |
|--|-------------|----------|
| Edad | | |
| 2 años | 31 | 46,97 |
| 3 años | 13 | 19,70 |
| 4 años | 16 | 24,24 |
| 5 años | 6 | 9,09 |
| Sexo | | |
| Masculino | 37 | 56,06 |
| Femenino | 29 | 43,94 |
| Numero de hijo | | |
| 1° hijo | 20 | 30,30 |
| 2° hijo | 36 | 54,55 |
| 3° hijo | 10 | 15,15 |
| Sector | | |
| Rural | 10 | 15,15 |
| Urbano | 56 | 84,85 |

Se estudiaron un total de 66 niños(as) en edad preescolar, de los cuales 56,06% fueron varones. Predomino la edad de 2 años (46,97%), ser segundo en número de hijo (54.55%) y pertenecer al sector urbano (84.85%).

Tabla 2. Distribución porcentual de los factores socio-nutricionales asociados con la presencia de alergias alimentarias en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, periodo marzo-septiembre del 2017

| Características | Alergia alimentaria | | p** |
|---------------------------------|---------------------|--------|-------|
| | Si (%) | No (%) | |
| Edad[¶] | | | |
| 2 años | 54,55 | 43,18 | 0,235 |
| 3 años | 22,73 | 18,18 | |
| 4 años | 18,18 | 27,27 | |
| 5 años | 4,55 | 11,36 | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 50 | 59,09 | 0,483 |
| Femenino | 50 | 40,91 | |
| Peso/Talla | | | |
| Delgado | 4,55 | 9,09 | 0,105 |
| Normopeso | 59,09 | 72,27 | |
| Sobrepeso | 0 | 0 | |
| Obesidad | 36,36 | 13,64 | |
| Prácticas de ablactancia | | | |
| Ablactación adecuada | 18,18 | 59,09 | 0,002 |
| Ablactación temprana | 81,82 | 18,18 | |
| Grupos | | | |
| 1 | 31,82 | 9,09 | 0,011 |
| 2 | 4,55 | 4,55 | |
| 3 | 45,45 | 31,82 | |
| 4 | 18,18 | 54,55 | |

Fuente: Datos obtenidos por encuesta e historia clínica

**Obtenido por chi2 y Exacta de Fisher

¶ Obtenido por Suma de Rangos de Wilcoxon

Se considero a la población en general dividida en 4 grupos:

Grupo 1: Con ablactación temprana y obesidad

Grupo 2: Sin ablactación temprana y obesidad

Grupo 3: Con ablactación temprana y sin obesidad

Grupo 4: Sin ablactación temprana y sin obesidad

En la Tabla 2, del total de preescolares con AA, el 54,55% pertenecían al grupo etario de 2 años, presentando la mayoría un peso/talla normal (59,09%). El 81.82% de los niños con alergia alimentaria recibió una ablactación temprana en el primer año de vida (p=0,002). El grupo con mayor porcentaje de alergias alimentarias fueron aquellos que presentaron ablactación temprana pero no obesidad (59.09%),

en comparación al grupo sin alergias alimentarias, donde un 54.55% no tuvieron ninguno de estos factores ($p=0.011$)

Gráfico 1. Practicas de ablactancia relacionadas con la presencia de alergia alimentaria en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, periodo marzo-septiembre del 2017

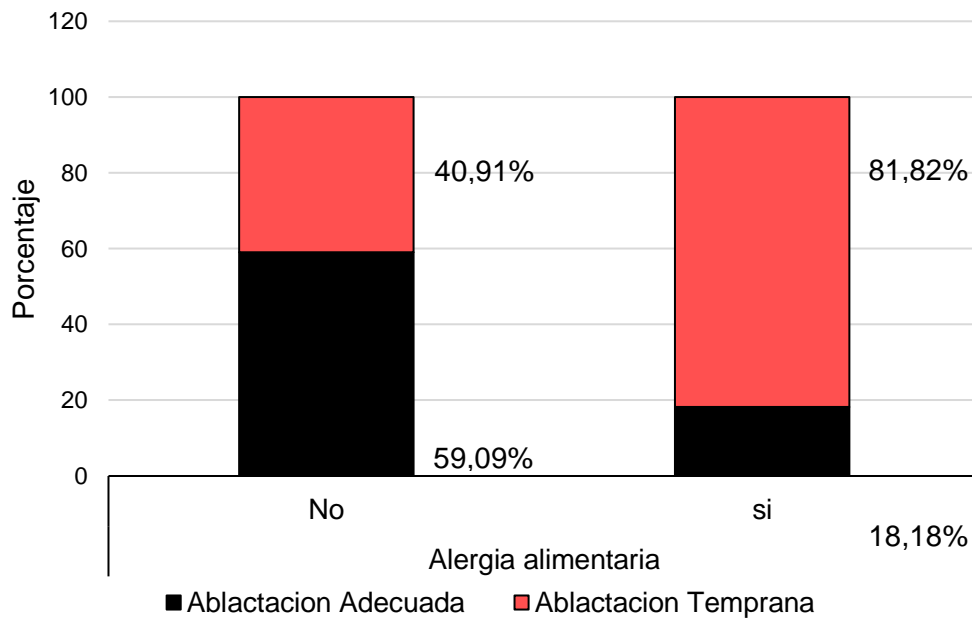


Tabla 3. Análisis Bivariado: Factores asociados con alergias alimentarias en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, periodo marzo-septiembre del 2017

| Característica | Alergia Alimentaria | | OR | IC 95% | |
|---------------------|---------------------|-------------|------|----------|----------|
| | Caso (%) | Control (%) | | Inferior | Superior |
| AT*/Obesidad | | | | | |
| Si | 7(31,82) | 4(9,09) | 4,67 | 0,9893 | 24,3838 |
| No | 15(69,18) | 40(90,91) | | | |
| AT | | | | | |
| Si | 26(86,67) | 4(13,33) | 6,5 | 1,6972 | 30,0038 |
| No | 18(50) | 18(50) | | | |
| Obesidad | | | | | |
| Si | 8(57,14) | 6(42,86) | 3,62 | 0,8972 | 14,8799 |
| No | 14(26,92) | 38(73,08) | | | |

AT: Ablactación temprana; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%

Tabla 4: Variables del multivariado, asociadas a presencia de alergias alimentarias: Asociación entre obesidad y Ablactación temprana

| Característica | OR ajustado* | IC95% | |
|----------------|--------------|----------|----------|
| | | Inferior | Superior |
| Obesidad | 3,007 | 0,227 | 39,809 |
| AT | 5,357 | 1,488 | 19,28 |

AT: Ablactación temprana; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%

*Calculado con regresión logística Binaria

La variable que mostro significancia estadística luego del análisis bivariado y multivariado; y por ende mayores probabilidades de provocar alergia alimentaria fue la ablactancia materna (OR=5,357 IC95% 39,8-12,28)

IV. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró mayor preponderancia de AA en los preescolares de 2 años, en comparación a los datos obtenidos por Barrón, en México, donde predominó la edad de 5 años (4); asimismo un estudio hecho en América Latina por Sánchez, col identificaron que los niños entre los 0-2 años presentaron mayor incidencia de alergia alimentaria, principalmente a la leche de vaca, cítricos y proteína del huevo (17); posiblemente esta diferencia se observa debido a la variabilidad en el tamaño de la muestra y diferentes técnicas diagnósticas utilizadas en ambos estudios, en el caso de Barrón se consideró la percepción de la madre; a diferencia del realizado por Sánchez, donde se realizaron pruebas inmunológicas confirmatorias (4,17), al igual que nuestro estudio. Por otro lado, no se encontró preferencia entre el sexo femenino y masculino; resultando en ambos grupos una frecuencia similar de alergia alimentaria

Se encontró que un 81.82% de los niños con alergia alimentaria recibieron ablactación temprana, el doble comparado con los controles, lo cual concuerda con Martín y col. donde el 50% de las madres no cumplieron el protocolo de introducción de alimentos y cuyos hijos presentaron alergia alimentaria, principalmente a frutas y lácteos (15). Esto coincide con lo recomendado por la OMS, donde se fomenta la lactancia materna exclusiva como mínimo durante los 6 primeros meses de vida, evitando el destete precoz, existiendo insuficiente evidencia de que cualquier intervención dietética anterior a los 6 meses de vida, tenga un efecto protector para desarrollo enfermedad atópica (9,11)

Se encontró que la frecuencia de obesidad fue mayor en los niños con alergia alimentaria, hallazgo similar a lo hallado en la población mexicana por Barrón, en la que el 10.5% de la población pediátrica menor 5 años presentó obesidad, de los cuales el 58.8% de ellos presentó AA (4). Esta asociación podría explicarse con los hallazgos encontrados por Navarro, col (Mexico,2011), quienes informaron y estudiaron sobre el avance en los conocimientos referentes a la vía de señalización de la leptina, la cual ha despertado el interés con relación a las enfermedades alérgicas, debido a su homología estructural con algunas citosinas pro inflamatorias como el IL.6. También se ha encontrado que los niveles séricos de adiponectina se encuentran disminuidos en individuos obesos, el cual apoyaría al agravamiento del

asma, debido a que se ha demostrado su papel antiinflamatorio, incluso en las vías aéreas (7).

Al analizar el grado de asociación de las variables en relación con los casos, se encontró que existía asociación significativa con las prácticas de ablactancia temprana ($p= 0.002$), pero sin asociación significativa en relación con la obesidad. Por otro lado, se encontró que los niños que recibieron una ablactación temprana en el primer año de vida y además eran obesos presentaban 4.67 veces la probabilidad de presentar alergias alimentarias en el futuro ($p= 0.0195$) en comparación con los que recibieron una ablactación adecuada y no eran obesos; pero este hallazgo no es concluyente ($OR=4.67$ $IC_{95\%}$ 0,98-24.4). Estas discrepancias pueden estar relacionadas debido a que los individuos con presencia de obesidad fueron el menor porcentaje de la muestra en relación con el resto de las edades. Sin embargo, existe evidencia que altos niveles de leptina, provocan una cascada proinflamatoria, que desencadenaría una reacción alérgica manifestada por síntomas respiratorios hasta digestivos como el estreñimiento (7). Pero, además cabe rescatar nuevos estudios sobre el papel inmunológico en niños obesos, donde se concluyó que posiblemente el sistema inmunológico en niños menores de 5 años originaría un papel protector de alergias, al estimular el sistema inmunológico; aunque esta reacción se presentaría solo por un periodo corto de tiempo aumentando luego la producción de factores proinflamatorios y un potencial futuro de enfermedades alérgicas; siendo estos estudios aun controversiales (8).

La principal limitación del estudio lo contribuye el pequeño tamaño de muestra, debido a que se contó con un periodo de tiempo reducido; además las respuestas emitidas por los encuestados estaban sujetos a un sesgo de memoria debido a que se preguntaron por hechos transcurridos en el pasado.

Una de las fortalezas del estudio radica en el análisis multivariado de regresión logística utilizado; además, se contó con médicos especialistas en el área de estudio y confirmación laboratorial para los casos, lo cual logro una captación más adecuada y con menor probabilidad de sesgo. Los criterios usados por estos fueron basados en su experticia clínica pero fundamentados en los criterios de la Organización Mundial de Alergia (WAO).

Resumiendo, como señalan Aviña y Castañeda *“Una combinación de diversas exposiciones en un tiempo determinado con una gran carga alérgica, está relacionada con la severidad de la enfermedad, por lo cual el lograr una reducción en el contenido de alérgenos es importante para obtener éxito en el tratamiento”* (18).

CONCLUSIONES

Existe relación entre las prácticas de ablactancia temprana con el desarrollo de alergias alimentarias en niños en edad preescolar. Presentando una frecuencia mayor a la edad de 2 años.

No existe asociación entre la presencia de obesidad infantil con el desarrollo de alergias alimentarias, siendo la estadística no concluyente.

No se encontró asociación entre el binomio obesidad /ablactación temprana con la presencia de alergia alimentaria en edad preescolar.

La frecuencia de alergias alimentarias fue menor en niños que recibieron una ablactación adecuada en el primer año de vida y que no presentaban obesidad.

No se encontró preferencia entre el sexo femenino y masculino; resultando en ambos grupos una frecuencia similar de alergia alimentaria.

RECOMENDACIONES

Profundizar la investigación del componente obesidad en asociación con las alergias alimentarias, como también con la ablactación temprana en el primer año de vida, a través de un estudio de cohortes, utilizando pruebas diagnósticas con alta sensibilidad y especificidad, incrementando el tamaño de muestra y siguiendo a la población por un periodo de tiempo suficiente como para poder diferenciar aquellas alergias mediadas por IgE de las no mediadas.

Investigar más en el área de la inmunología pediátrica, y enfocar integralmente las enfermedades alérgicas; recomendando que todo niño que presente datos clínicos sospechosos de alergia, independiente de su edad, se le deba realizar pruebas para descartar o confirmar patología alérgica.

Fomentar la lactancia materna exclusiva en las madres durante los primeros 6 meses de vida de sus hijos; prevenir el destete precoz del lactante y educar a las madres sobre la importancia del cumplimiento de la cartilla de alimentación complementaria establecido por la OMS; con el fin de reducir la probabilidad de alergias en edades posteriores.

FUENTES DE INFORMACION

1. Góngora-Meléndez MA, Sienna-Monge JJJ, Río-Navarro D, Estela B, Ávila Castañón L. Aproximación práctica al diagnóstico de la alergia alimentaria. Boletín médico del Hospital Infantil de México. octubre de 2010;67(5):390-8. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462010000500002
2. Martín ISM, Villanueva PB, Caamaño ER, Micó V, Vilar EG. Asociación entre el momento de introducción de alimentos en el primer año de vida y la prevalencia de alergias alimentarias. Revista española de nutrición humana y dietética. 2014;18(3):145-54. <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/57>
3. Nutrición-Ministerio de Salud del Perú. Alimentación complementaria del lactante 6 a 24 meses. MINSA; 2011. https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
4. Barrón Quiroz MP. Obesidad y ablactación alérgica temprana, ¿una combinación peligrosa para desarrollo de asma y alergias en preescolares fronterizos? [Ciudad de Juárez - Chihuahua]: Universidad Autónoma de la Ciudad de Juárez; 2009.
5. Unidad de alergia, asma e inmunología del INSN. Manual de Alergia, Asma e Inmunología N°179-2015-INSN-DG. 2014.
6. La obesidad aumenta el riesgo de alergias [Internet]. Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO): Noticias, Tratamientos, Balón y Banda Gástricos. 2013. <https://stopalaobesidad.com/2013/03/08/la-obesidad-aumenta-el-riesgo-de-alergias/>
7. Navarro R, Del BE, Monge S, Luis JJ. Relación de la obesidad con el asma y la función pulmonar. Boletín médico del Hospital Infantil de México. junio de 2011;68(3):171-83. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n3/v68n3a2.pdf>
8. Berruezo GFR, Conesa DP, Saseta M del CF, Vicente JFH, Echarri PP, Caston MJP, et al. «Beikost»: complementary baby foods for transitional period and digestive maturation ANS Alimentation, nutrition y health. 2009;16(2):33-46.

9. Pawankar R. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. *World Allergy Organ J.* 19 de mayo de 2014;7(1):12.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4045871/>
10. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Importancia actual de las enfermedades alérgicas | Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA. 2011.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=681352>
11. Pawankar R, Canonica GW, ST Holgate ST, Lockey RF, Blaiss M. *The WAO White Book on Allergy (Update. 2013)*
12. Sánchez J, Restrepo MN, Mopan J, Chinchilla C, Cardona R. Alergia a la leche y al huevo: diagnóstico, manejo e implicaciones en América Latina. *Biomédica.* marzo de 2014;34(1):143-56.
13. Munayco CV, Aran J, Torres-Chang J, Saravia L, Soto-Cabezas MG. Prevalencia y factores asociados al asma en niños de 5 a 14 años de un área rural del sur del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* julio de 2009;26(3):307-13
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1380>
14. Díaz Astochado D. *Prácticas de Ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6-12 meses de edad. Comunidad de Manchay – Lima 2012. [Tesis de licenciatura]. Lima–Perú Universidad Ricardo Palma 2013.* Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/334>
15. Martín ISM, Villanueva PB, Caamaño ER, Micó V, Vilar EG. Asociación entre el momento de introducción de alimentos en el primer año de vida y la prevalencia de alergias alimentarias. *Revista española de nutrición humana y dietética.* 2014;18(3):145-54.
<http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/57>
16. Cordero MJA, López AMS, Baños NM, Villar NM, Ruiz ME, Rodríguez EH. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria.* 30 de noviembre de 2014;31(n02):606-20.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200010

17. Aviña Fierro J, Castañeda Gaytán D. Marcha alérgica: el camino de la atopia. *Alergia, asma e inmunología pediátricas*. 2006;15(2):50-6.
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10649>
18. Rojas A R, Quezada L A. Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. *Revista chilena de pediatría*. julio de 2013;84(4):438-50.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000400012
19. Boland M. Exclusive breastfeeding should continue to six months. *Paediatr Child Health*. marzo de 2005;10(3):148.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722513/>
20. Bird JA, Burks AW. Food allergy and asthma. *Primary Care Respiratory Journal*. 8 de julio de 2009; 18:258.
<https://www.nature.com/articles/pcrj200936>
21. Pérez G, T M. Diagnóstico de la alergia en Atención Primaria, ¿para qué? *Pediatría Atención Primaria*. junio de 2015; 17:65-75.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000200011
22. Lama M, Chatterjee M, Chaudhuri TK. Total Serum Immunoglobulin E in Children with Asthma. *Indian J Clin Biochem*. Abril de 2013;28(2):197-200.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613494/>
23. RIDA qLine® Allergy Panel 1-4 - R-Biopharm AG. Disponible en: <http://www.r-biopharm.com/products/clinical-diagnostics/allergy-diagnostics/panel-tests/item/rida-qline-allergy-panel-2-3>.
24. Alamar R, Sierra C, Zaragoza V, Olaya V. Prick-test en el diagnóstico de alergia cutánea. *Revista Española de Enfermería Dermatológica - ANEDIDIC*. septiembre de 2012; 17:23-31.
25. Arruda Chaves E. Pruebas diagnósticas en alergia y su utilidad clínica. *Revista Médica Herediana*. abril de 2004;15(2):113
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000200010
26. MINSA. Norma Técnica de Salud sobre los Patrones de Crecimiento de la niña y el niño menor de 5 años. 2011
27. Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008

28. OMS | OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros [Internet]. WHO. [citado 22 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/software/es/>
29. Pentz A, Green RJ. Advances in the diagnosis and management of allergic disease: applications to South African practice. SAMJ: South African Medical Journal. noviembre de 2014;104(11):794-794. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2918343>

ANEXOS

Anexo A

Cuestionario materno sobre prácticas de ablactancia, crecimiento y desarrollo del lactante menor de un año

| Datos Generales | | | |
|--|-------------------------|---------------------------------------|--|
| De la madre | | Del niño | |
| Edad | Lugar de procedencia | Sexo | |
| | a) Lima b) Provincia | Edad (meses) | |
| | | Numero de hijo | |
| Hasta que mes brindo Ud. lactancia materna exclusiva | | Ud. brindo leche de formula a su hijo | |
| a) Antes de los 6 meses b) 6 meses c) De 7 meses a mas | | a) Si b) No | |

| Lactantes de 6 a 8 meses de edad | Lactantes de 9 a 12 meses de edad |
|----------------------------------|-----------------------------------|
|----------------------------------|-----------------------------------|

| | |
|--|---|
| <p>1. Al iniciar con la alimentación complementaria, usted brindo a su hijo:</p> <p>a) Agüita de manzanilla. b) Jugo de frutas/caldos c) Papilla aplastada/mazamorras</p> | <p>1. Al iniciar con la alimentación complementaria usted brindo a su hijo:</p> <p>a) Agüita de manzanilla. b) Jugo de frutas/caldos c) Papilla aplastada/mazamorras</p> |
| <p>2. Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, hígado, pollo.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p> | <p>2. Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, hígado, pollo.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p> |
| <p>3. Que parte del huevo acostumbra a dar a su hijo.</p> <p>a) ¼ clara b) No le da c) ¼ de yema.</p> | <p>3. Acostumbra a dar a su hijo otras leches (formulas) o los derivados de la leche como: queso, yogurt, mantequilla.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p> |
| <p>4. Ha incluido a la dieta de su hijo alimentos ricos en carbohidratos como: papa, camote, yuca.</p> | <p>4. Que prefiere que coma más su hijo en el almuerzo.</p> <p>a) Más papa, arroz.</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) siempre b) a veces c) nunca | <ul style="list-style-type: none"> b) Toda la porción de carne, más su mazamorra de frutas, o su fruta entera. c) Todo su caldo de baso o de carne, más papa o arroz |
| <p>5. Ha incluido a la dieta de su hijo alimentos ricos en vitaminas como: frutas, verduras.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) siempre b) a veces c) nunca | <p>5. En la media mañana que le ofrece a su hijo/a. Una mazamorra de fruta/ huevo Un agua de manzanilla/anís Un caldito de verduras</p> |
| <p>6. Acostumbra a colocar una cucharadita de aceite o mantequilla a las comidas de su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) siempre b) a veces c) nunca | <p>6. Cuando su hijo no quiere comer usted que hace.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le da pecho y trata de hacerlo comer un poco b) Le hace comer a la mala c) Trata de hacer diferentes combinaciones de alimentos que le gustan y le anima a comer en el transcurso del día. |
| <p>7. Cuando su hijo/a enferma, usted como le ofrece los alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le da en pequeñas cantidades por más veces al día + leche materna. b) Deja de alimentarlo y le da panetelas/yerbas. c) Le da solo leche materna y a veces le ofrece comida | <p>7. Cuando su hijo/a enferma, (diarrea, resfrió) usted como le ofrece los alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le da en pequeñas cantidades por más veces al día y leche materna. b) Deja de alimentarlo y le da panetelas/yerbas. c) Le da solo leche materna y a veces le ofrece comida |
| <p>8. Cuando inicio a brindar alimentos a su bebe de qué manera los ofreció.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aplastadas en forma de papilla b) Licuadas c) Líquidas | <p>8. Entre los 9-10-11 meses como le da a su hijo los alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Licuados b) Aplastados c) Picados <p>8. Entre los 12 meses como le da la comida a su hijo /a.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Semilíquidos b) Triturados c) De la olla |
| <p>9. Entre los 6,7 y 8 meses de edad como le fue dando los alimentos a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Líquidos b) Licuados c) Aplastados o triturados | <p>9. Cuál de estos alimentos consistentes que le voy a leer acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una mazamorra de frutas o pan con huevo b) Agüita de anís c) Caldos o Jugo de frutas o refresco con galletas |
| <p>10. Cuántas comidas de consistencia espesa, recibió su hijo el día de ayer.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 1 vez / 2 veces b) 3 veces / 4 veces c) No le da | <p>10. En el almuerzo cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a dar a su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Puré de papa + jugo de fruta b) Puré de papa+ pescado o vísceras o pollo+ fruta sancochada o jugo de frutas. c) Caldo de res o bazo + jugo de frutas + papa o arroz. |
| <p>11. Cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una mazamorra de frutas espesa. b) Agüita de anís | <p>11. Con que frecuencia brinda a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: carne, pollo, vísceras, huevo, pescado, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una vez a la semana b) Tres veces a la semana |

| | |
|--|--|
| c) Jugo de frutas | c) Todos los días. |
| 12. Con que frecuencia brinda frutas, verduras a su hijo/a. a) Una vez a la semana b) Dos a tres veces a la semana c) Todos los días. | 12. Con que frecuencia brinda alimentos ricos en vitaminas como: verduras, frutas. a) 2 veces a la semana b) 3 a 4 veces a la semana c) Todos los días |
| 13. Con que frecuencia brinda alimentos ricos en hierro y proteínas a su hijo /a como sangrecita hígado, pollo. a) Una vez a la semana b) Dos a tres veces a la semana c) Todos los días. | 13. Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo. a) Nunca b) A veces c) Siempre |
| 14. Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo. a) A veces b) Nunca c) Siempre | 14. Cuántas comidas al día brinda a su hijo/a. a) 2 comidas b) 3 comidas c) 3 comidas más dos refrigerios |
| 15. De esta combinación de alimentos que le voy a leer cuál de ellas le da con más frecuencia a su hijo/a. a) Puré de papa + mazamorra b) Puré de papa+ hígado o pollo + fruta sancochada c) Caldo de res/bazo + papa +jugo de frutas | 15. Entre los 9-10-11 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida. a) 2 a 3 cucharadas b) 3 a 4 cucharadas c) 5 a 7 cucharadas 15. Entre los 12 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida. a) 2 a 3 cucharadas b) 4 a 5 cucharadas c) 7 a 10 cucharadas |
| 16. Entre los 6 y 7 meses cuantas comidas brindó a su hijo/a. a) 2-3 comida sin lactancia b) No le da c) 2- 3 comidas y lactancia frecuente. 16. Entre los 7 y 8 meses cuantas comidas brindó a su hijo/a. a) 3-4 comidas sin lactancia. b) 1comida y lactancia frecuente. c) 3-4 comidas y lactancia frecuente | 16. Que es lo que más le gusta y come su hijo en el almuerzo. a) Caldos o sopas con carne. b) Segundo completo c) Refrescos o jugos de frutas |
| 17. Entre los 6-7 meses cuantas cucharaditas de alimento brindo a su hijo/a. a) 1 a 2 cucharadita b) No le da c) 2 a 3 cucharaditas. 17. Entre los 7-8 meses cuantas cucharadas de alimento brindo a su hijo/a. a) 4 a 5 cucharadas b) 1 a 2 cucharadas c) 2 a 3 cucharadas | 17. Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo. a) Nunca b) A veces c) Siempre |
| 18. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de sus comidas. | 18. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de sus comidas |

| | |
|--|---|
| a) Nunca b) A veces c) Siempre | a) Nunca b) A veces c) Siempre |
| 19. Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo. a) Nunca b) A veces c) Siempre | 19. Después que su hijo se ha sanado usted le ofrece alguna comida adicional aparte de las tres comidas principales y las dos adicionales. a) Nunca b) A veces c) Siempre |
| 20. Cuando su hijo queda con hambre usted que más le da. a) Agua de anís o manzanilla b) Puré de papa o mazamorra c) Le da de lactar | 20. cuando su hijo queda con hambre usted que más le da. a) Agua de anís o manzanilla b) Puré de papa o mazamorra c) Le da de lactar |

| N° | Respecto a la higiene de los alimentos | Opciones de respuesta | | |
|----|---|-----------------------|---------|---------|
| | | Nunca | A veces | Siempre |
| 21 | Se lava las manos antes de preparar alimentos | | | |
| 22 | Lava las frutas y verduras con abundante agua | | | |
| 23 | Para desinfectar las frutas y verduras usted utiliza gotitas de legía | | | |
| 24 | Se interesa porque los platos y cubiertos se encuentren limpios, tapados o cubiertos | | | |
| 25 | Asea a su hijo(a) antes de alimentarlo | | | |
| 26 | Guarda adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que estos se contaminen | | | |
| 27 | Evita el contacto entre alimentos crudos y cocinados | | | |
| 28 | Manipula con la mano los alimentos que va a comer su hijo(a) | | | |
| 29 | Permite la presencia de animales domésticos (perros, gatos) cuando alimenta a su hijo | | | |
| 30 | Asea a su hijo(a) después de alimentarlo | | | |

Anexo B

Tabla de cuadros clínicos en relación con hipersensibilidad a alimentos mediada por IgE

Código:

Edad:

Sexo:

1. **¿Presento su niño(a) algún síntoma después de ingerir algún alimento sospechoso?**
 - a) Si
 - b) No
 - c) No recuerda

2. **¿Qué alimento sospechoso produjo la reacción?**

3. **¿Qué cantidad ingirió de dicho alimento?**
 - a) Porción muy pequeña
 - b) Todo o gran parte del alimento

4. **¿Cuánto tiempo transcurrió entre la ingestión del alimento y el comienzo de los síntomas?**
 - a) Inmediatamente o menos de una hora
 - b) Más de una hora

5. **Los síntomas se presentaron:**
 - a) Por primera vez
 - b) Más de una vez

| Cuadro clínico | |
|---------------------------------|--|
| 1. Urticaria | |
| 2. Angioedema | |
| 3. Eritema | |
| 4. Prurito | |
| 5. Vómitos | |
| 6. Diarrea aguda | |
| 7. Sibilancias (asma bronquial) | |
| 8. Dermatitis atópica | |
| 9. Rinoconjuntivitis | |

Anexo C

Ficha de recolección de datos

| | | | | | | | |
|--|---------|--------------------------------|---------|------|---------------------------------|-----|------------|
| Código | | Edad | | Sexo | F | SAA | |
| HC | | | | | M | NAA | |
| Ficha de respuesta inmunológica | | Ficha de cuadro clínico | | | Indicador somatometrico | | |
| Ig Total | | Cuadro clínico | | | Peso | | |
| Negativo | | Ausente | | | Talla | | |
| Positivo | | Presente | | | P/T | | |
| IgE específico | | Alimento sospechoso | | | | | |
| Negativo | | | | | Delgadez | | |
| Positivo | | | | | Normopeso | | |
| A-Lactoalbumina | | Síntoma | | | Sobrepeso | | |
| B-Lactoglobulina | | Urticaria | | | Obesidad (O) | | |
| Caseína | | Angioedema | | | Prácticas de ablactancia | | |
| Albumina de suero | | Eritema | | | LME (meses) | | |
| Clara de huevo | | Prurito | | | | | |
| Yema de huevo | | Vómitos | | | Ablactación (meses) | | |
| Semilla de soja | | Diarrea aguda | | | | | |
| Zanahoria | | Sibilancias | | | AbT | | |
| Harina de trigo | | Dermatitis atópica | | | AbA | | |
| Avellana | | Rinoconjuntivitis | | | Leche de formula | | |
| Cacahuete | | | | | | | |
| Prick Test | | | | | | | |
| Negativo | | | | | | | |
| Positivo | | | | | | | |
| Conclusión | G1 | | G2 | | G3 | | G4 |
| | AbT + O | | AbA + O | | AbT + No O | | AbA + No O |

| | | | |
|-------------------------|------------------------|------------|-----------------------------|
| IgE Total + | > 46 UI/ml (0-3 años) | SAA | Sin alergia alimentaria |
| | > 208 UI/ml (4-5 años) | | NAA |
| IgE Especifico + | ≥0,70 UI/ml | AbT | Ablactación temprana |
| | | AbA | Ablactación adecuada |
| P/T: Obesidad | > +3DE | P/T | Peso para la estatura |
| | | LME | Lactancia materna exclusiva |

Anexo D

Consentimiento informado para los padres / tutores

Universidad San Martín De Porres – Filial Norte

Investigador: Quesquén Minchola Geraldine Marilyn

Título: Alergias Alimentarias y su relación con el binomio Obesidad/Ablactación temprana en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, año 2017

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Alergias Alimentarias y su relación con el binomio Obesidad/Ablactación temprana en niños en edad preescolar atendidos en dos establecimientos de salud de Lambayeque, año 2017". Este es un estudio desarrollado por la investigadora Geraldine Marilyn Quesquén Minchola estudiante de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres. Estoy realizando este estudio para evaluar si la alimentación complementaria temprana en el lactante y la obesidad son un factor desencadenante de alergias alimentarias en niños de 2 a 5 años. La alergia alimentaria es una enfermedad que afecta principalmente a los niños en edad preescolar y que predispone a enfermedades crónicas. Si un lactante no consume leche materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses, puede tener mayor predisposición a enfermedades alérgicas.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio:

1. Se recolectará los datos: edad, sexo, talla, peso y resultados de pruebas inmunológicas (IgE total, IgE específico o Prick Test) de su menor hijo (a) de la historia clínica.
2. Además, a Ud. se le realizará una encuesta que consta de 30 preguntas y que completará los datos necesarios para el estudio.

Riesgos: No se constata riesgos por participar en esta fase del estudio, únicamente se espera no restar mucho tiempo durante la realización de la encuesta, agradeciendo de antemano su paciencia.

Beneficios: Usted se beneficiará de una evaluación clínica completa, se brindará el tiempo necesario para un análisis individualizado. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los exámenes realizados.

Costos e Incentivo: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la importancia de la evaluación nutricional en el primer año de vida.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

Uso futuro de la información obtenida: Los resultados de las pruebas inmunológicas (IgE total, IgE específico o Prick Test) así como los datos antropométricos (peso y talla) recolectados de la historia clínica de su menor hijo (a) serán almacenadas en una base de datos por un periodo no mayor de 5 años. Estos resultados solo serán identificados con

códigos. Si usted no desea que estos resultados permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, usted aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a que el investigador guarde los datos recolectados de la historia clínica de mi menor hijo(a): SI () NO ()

Además, la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad y permitiendo la evaluación de medidas de control de alergias alimentarias, se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional Lambayeque, cada vez que se requiera el uso de sus resultados de laboratorio y estas no serán usadas en estudios genéticos.

Derechos del paciente: Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llame al investigador al teléfono: 951805688

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque, teléfono (074) 480433 anexo

CONSENTIMIENTO:

Estoy de acuerdo(a) en la participación en este estudio y la de mi menor hijo(a), he recibido suficiente información sobre la investigación, comprendo que mi participación en esta actividad es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos ni que esto repercuta en mi menor hijo(a).

Participante:

Nombre:

DNI:

Fecha: