



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
NUTRICIÓN HUMANA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE
FIN DE CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**TEMA: ALERGIAS ALIMENTARIAS EN RELACIÓN CON
EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS: UNA
PROPUESTA DE REVISIÓN**

Autor

NARDDY CAROLINA RODAS ZAVALA

Tutor

Msc. MARÍA VICTORIA PADILLA SAMANIEGO

Milagro, Noviembre 2018

ECUADOR

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.
Fabricio Guevara Viejó, PhD.
RECTOR
Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Yo, **RODAS ZAVALA NARDDY CAROLINA** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la alternativa de Titulación – Emprendimiento, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Emprendimiento realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la temática **ALERGIAS ALIMENTARIAS EN RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS: UNA PROPUESTA DE REVISIÓN** del Grupo de Investigación **ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 7 días del mes de Noviembre de 2018



RODAS ZAVALA NARDDY CAROLINA
C.I: 0942126624

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta Práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por la estudiante **RODAS ZAVALA NARDDY CAROLINA**, cuyo título es **ALERGIAS ALIMENTARIAS EN RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS: UNA PROPUESTA DE REVISIÓN**, que aporta a la Línea de Investigación **ALIMENTACION Y NUTRICIÓN** previo a la obtención del **Grado LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Examen de grado o fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 7 días del mes de Noviembre de 2018.



PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA
Tutor
C.I.: 0603344383

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA

NOVILLO LUZURIAGA NIBIA NOEMI

SOLIS MANZANO ANGÉLICA MARÍA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA presentado por la señora **RODAS ZAVALA NARDDY CAROLINA**.

Con el título: **ALERGIAS ALIMENTARIAS EN RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS: UNA PROPUESTA DE REVISIÓN.**

Otorga al presente Proyecto de Investigación, las siguientes calificaciones:

Investigación Documental [80]

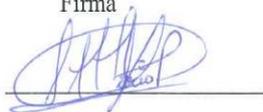
Defensa Oral [20]

Total [100]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) aprobado

Fecha: 07 de Noviembre de 2018.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	<u>PADILLA SAMANIEGO MARÍA VICTORIA</u>	
Secretario /a	<u>NOVILLO LUZURIAGA NIBIA NOEMI</u>	
Integrante	<u>SOLIS MANZANO ANGÉLICA MARÍA</u>	

A Dios, por ser la guía e inspirador y darme la fortaleza para continuar durante todo mi proceso académico y ayudar a convertirme en una profesional de excelencia.

A Sra. Marlene Rodas y Sra. Clara Zavala por su amor, paciencia y apoyo incondicional, siempre estuvieron en todo momento durante mi proceso de formación gracias.

A mi hija Zharick Delgado y mi hermana Brianna Barreto mis mayores inspiraciones y principales protagonistas de este sueño logrado.

A mi esposo, Julio Delgado por haberme dedicado su sacrificio y esfuerzo para así poder construir nuestro futuro.

Finalmente, a mis amigos Keyla González, Oscar Torres, Stefania Vera que me brindaron su amistad y apoyo absoluto.

Autor
Narddy Rodas

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a Dios, quien con su bendición me ha permitido lograr este trabajo.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que conforman la Facultad Ciencias de la Salud de la carrera Licenciatura en Nutrición Humana, por confiar en mí, abrirme sus puertas y brindarme sus valiosos conocimientos; gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y su amistad.

De igual manera agradecer a mi madre Marlene Rodas, esposo Julio Delgado, abuela Clara Zavala y mi hija Zharick Delgado, amigo Oscar Torres; por ser los principales promotores de mi sueño, haber estado persistentemente brindándome su apoyo, valores, principios, tiempo y dedicación gracias.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento, a mi tutora de trabajo de investigación, Msc. Victoria Padilla Samaniego, por su colaboración durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Autor
Narddy Rodas

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION	X
CAPÍTULO 1.....	XI
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XI
1.2 OBJETIVOS	XIII
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	XIII
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	XIII
1.3 JUSTIFICACIÓN	XIII
CAPÍTULO 2.....	XV
MARCO TEÒRICO CONCEPTUAL	XV
2.1 MARCO LEGAL	XV
2.2 ANTECEDENTES.....	XVII
2.3 MARCO CONCEPTUAL	XVIII
2.4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	XXI
2.4.1 ALERGIAS ALIMENTARIAS	XXI
2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS.....	XXI
Reacciones adversas a los alimentos (RAA) Tóxicas	XXI
Reacciones adversas a los alimentos (RAA) No Tóxicas.....	XXI
2.4.3 TIPOS DE REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS	XXI
Inmediatas.....	XXI
Diferidas	XXI
Tardías.....	XXII
2.4.4 ALÉRGENOS ALIMENTARIOS	XXII
2.4.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	XXII
2.4.6 DIAGNÓSTICO.....	XXV
2.4.7 TRATAMIENTO	XXV
CAPÍTULO 3.....	XXVII
METODOLOGÍA.....	XXVII
CAPÍTULO 4.....	XXVIII
DESARROLLO DEL TEMA.....	XXVIII
CONCLUSIONES.....	XXXI
BIBLIOGRAFÍA	XXXII

ALERGIAS ALIMENTARIAS EN RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS: UNA PROPUESTA DE REVISIÓN

RESUMEN

El objetivo de la presente propuesta de investigación fue desarrollar una revisión bibliográfica sobre alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños, en el que se emplearon 20 artículos basados en revistas científicas tomadas de bases como scielo, redalyc; Revista Española; documentos electrónicos. Además, se emplearon libros como "Dietoterapia de Krause 13 edición" y otros libros como "Alergias alimentarias". Con la información se aplicaron métodos teóricos en el que se hace referencia al análisis y síntesis de cada uno de los artículos científicos, así como también el histórico lógico para observar la evolución del fenómeno de estudio hasta la actualidad. Asimismo, se emplearon métodos empíricos como la triangulación de ideas para llegar a un análisis crítico desde diferentes puntos de vista para un mejor desarrollo del tema.

A través de las distintas revisiones documentadas, se comprobó que las alergias alimentarias dependen de dos factores principales. El primer factor incluye componentes ambientales que tienen relación directa con el estilo de vida de los niños, sus costumbres, el entorno en el que interactúan ante un alimento, los hábitos alimentarios arraigados por los cuidadores del niño, creencias erróneas al momento de introducir nuevos alimentos en la dieta cotidiana del infante; mientras que el otro factor incluye aspectos hereditarios que hacen énfasis en los antecedentes patológicos de los familiares, que han influenciado en el estado nutricional de los niños si no se toman los debidos correctivos, debido a que la prevalencia de esta patología puede aumentar.

Sin duda alguna, este estudio servirá como base aporte, para futuras investigaciones relacionadas al tema, facilitando información relevante y actualizada en la prevención de la aparición de alergias alimentarias.

PALABRAS CLAVE: alergias alimentarias, estado nutricional, factores ambientales, factores hereditarios, hábitos alimentarios.

FOOD ALLERGIES IN RELATION TO THE NUTRITIONAL STATE IN CHILDREN: A REVISION PROPOSAL

ABSTRACT

The objective of this research proposal was to develop a literature review on food allergies in relation to nutritional status in children, in which 20 articles were used based on scientific journals taken from databases such as scielo, redalyc; Spanish Magazine; electronic documents. In addition, books such as "Dietoterapia de Krause 13 edición" and other books such as "Allergias alimentarias" were used. With the information theoretical methods were applied in which reference is made to the analysis and synthesis of each of the scientific articles, as well as the logical historical to observe the evolution of the phenomenon of study to the present. Likewise, empirical methods such as the triangulation of ideas were used to arrive at a critical analysis from different points of view for a better development of the topic.

Through the different documented reviews, it was found that food allergies depend on two main factors. The first factor includes environmental components that are directly related to the children's lifestyle, their customs, the environment in which they interact with a food, the eating habits ingrained by the child's caregivers, erroneous beliefs when introducing new foods in the infant's daily diet; while the other factor includes hereditary aspects that emphasize the pathological background of family members, which have influenced the nutritional status of children if correct corrective measures are not taken, since the prevalence of this pathology may increase.

Undoubtedly, this study will serve as a basis for future research related to the subject, providing relevant and updated information on the prevention of the emergence of food allergies.

KEYWORDS: food allergies, nutritional status, environmental factors, hereditary factors, eating habits.

INTRODUCCION

La alergia alimentaria se define como una reacción adversa a alimentos (RAA), la respuesta inmunológica anormal luego de la ingestión, contacto o inhalación de un alimento, sus derivados o aditivo (Mariño A., 2018). En las personas con alergias alimentarias, el sistema inmunológico responde equivocadamente a un alimento (llamado alérgeno alimentario) como si fuera dañino, desatando una variedad de efectos negativos en la salud. Algunas alergias alimentarias pueden superarse con la edad, pero otras duran toda la vida; no hay curación para las alergias alimentarias. La única manera de prevenir una reacción es evitar rigurosamente el alérgeno alimentario (Young & Mickelson, 2012).

La prevalencia de la alergia a los alimentos varía significativamente en función de la región geográfica, los alérgenos evaluados, los criterios de diagnóstico, la edad de la población y las condiciones atópicas concurrentes. Además, estudios recientes basados en la población, como el estudio EuroPrevall en Europa y el estudio HealthNuts en Australia, han utilizado pruebas de provocación alimentaria y pueden considerarse estudios emblemáticos sobre la prevalencia de alergia alimentaria (Gris, y otros, 2015).

Actualmente, las alergias alimentarias son consideradas como una enfermedad con una baja tasa de incidencia presente en niños, y así mismo pese a la existencia de guías alimentarias gran parte de madres de familia desconocen sobre una adecuada alimentación antes de los seis meses de vida. Por ello, el estudio se enfoca en desarrollar una investigación documentada relacionada a identificar las principales causas que producen la aparición de alergias alimentarias y de qué manera afecta al estado nutricional en niños.

Este trabajo tiene como objetivo establecer una revisión bibliográfica enmarcada en el estudio de las alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños, cuya metodología tiene un enfoque cualitativo en donde se utiliza métodos teóricos y empíricos para un mejor desarrollo del tema. Esta propuesta de investigación facilitará información relevante y actualizada que permita el empleo del estudio documentado como sustento para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alergia alimentaria es un síndrome que comprende diversas entidades clínicas que afectan a diferentes sistemas y órganos, y son el resultado de la pérdida de la tolerancia hacia las proteínas de la dieta (Mahan K., Escott S., & Raymond J., 2013). Solo se producen en algunos individuos, pueden ocurrir después de la ingesta de muy pequeñas cantidades del alimento y no se relacionan con ningún efecto fisiológico o fisiopatológico propios del mismo (Gutiérrez, 2013). Involucran diferentes entidades clínicas como esofagitis eosinofílica, anafilaxia, síndrome de alergia oral, dermatitis atópica, entre otros (Mahan K., Escott S., & Raymond J., 2013).

Las reacciones alérgicas se han evidenciado en mil millones de individuos en el mundo; se ha demostrado una prevalencia en los últimos 60 años y se estima que para el 2050, cerca de 4 mil millones de personas sufrirán de algún tipo de alergia alimentaria (Mariño A., 2018). Por otra parte, la prevalencia de las enfermedades alérgicas ha aumentado dramáticamente, tanto en los países desarrollados, como en los que están en vía de desarrollo. En cuanto a distribución por edades, el principal grupo comprometido son los niños, que representan la mayor carga al sistema de salud por este problema, a tal punto que se necesitan US\$5 billones anuales para tratar sólo la rinitis alérgica en esta población en los Estados Unidos (Duque D., 2015).

En Europa se estima que la prevalencia de alergia a alimentos en niños oscila entre el 6 y el 8% y en adultos en un 2%. Entre los pacientes dérmicos estos porcentajes pueden aumentar a más del 10%. Aproximadamente el 30% de los niños con dermatitis atópica moderada-grave tienen alergia a alimentos y el 6% de los niños que consultan por asma (Audicana M., 2005).

En América Latina la prevalencia de alergia alimentaria varía según cada país; es así que, en un estudio efectuado en Colombia con 3,099 pacientes la prevalencia en alergias alimentarias fue de 14.9%, mientras que en Argentina de 5.1% en un grupo de 944 pacientes adultos; por otra parte, en Brasil el 24.4% tuvo una reacción alérgica al consumir huevo de las cuales se confirmaron 457 pacientes pediátricos (pruebas cutáneas) afectados; y en Chile de 7 a 11.1% de pacientes pediátricos mostraron una reacción alérgica al huevo, leche, carne y cacahuete

a través de la toma de pruebas cutáneas. (Navarrete E., Del Rìo B., Pozo C., & García D., 2014).

Asimismo, según Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), las madres introducen alimentos sólidos semisólidos y suaves a partir de los 0 y menores de 1 mes de edad (3.5%), 1 a 2 meses (2.2%), 2 a menores de 3 meses (5.5%), 3 a 4 meses (6.6%), 4 a 5 meses (10.1%), 5 a 6 meses (24.3%), 6 a menores de 8 meses de edad (73.6%) (Freire W., y otros, 2013).

Se estima que en un estudio realizado en Colombia, donde se encontró que el 28 % de los pacientes había informado de reacción adversa a un alimento, solo 4 % presentó tal reacción durante la prueba de reto controlado. Esto puede deberse a varias causas: mala clasificación del evento, incorrecta identificación del alimento sospechoso o adquisición de tolerancia en el lapso entre el momento de la reacción y la prueba de provocación. Cuando se realizan exámenes como la medición de IgE específica se observa que la prevalencia de alergia alimentaria varía con la edad y la población estudiada (Sánchez J, Restrepo M, Mopan M, Chinchilla C, & Cardona C, 2014).

Por consiguiente, en la prevalencia de alergias alimentarias influyen factores ambientales modificables, la exposición microbiana y el empleo de antioxidantes en la dieta tales como: la alergia a la **proteína de la leche de vaca** (APCM) su prevalencia es de 0.3 a 3.5% en niños pequeños (<5 años de edad), <1% en niños mayores. La alergia al **huevo** es más prevalente en niños que en adultos, su prevalencia estimada es 0.5 - 5.0% en la infancia temprana, disminuyendo significativamente a <0.5% en niños mayores. Por otra parte, investigaciones en EE. UU. mostraron la prevalencia de alergia a los **peces** en <0.2% de los niños, y alergia a los **mariscos** en <0.5% de los niños; además la prevalencia de alergia al **maní** en niños de 1 a 3 años es del 1,1% (Gris, y otros, 2015).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una revisión bibliográfica sobre alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños: una propuesta de revisión.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Revisar artículos y documentos relacionados con alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños.
- ❖ Analizar la relación existente entre alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe factores ambientales y hereditarios que influyen en la alimentación de los niños y por ende en su estado nutricional, y que a pesar que la tasa de incidencia y desarrollo de las alergias alimentarias en niños es baja, los individuos están expuestos a adquirir diversas patologías y complicaciones a causa de una inadecuada alimentación complementaria en su etapa preescolar y que con el tiempo repercuten en la salud del individuo (Rodríguez I., Huerta J., & Huerta R., 2017).

La alergia alimentaria se desarrolla como producto de una serie de factores ambientales y genéticos. Entre las principales causas ambientales podemos citar el tipo de alimentos que se incluyan en la dieta en los primeros meses de vida, la exposición al humo del tabaco y los microorganismos que influyen en la etapa de gestación incrementando el riesgo de padecer reacciones adversas a algún alimento (Mariño A., 2018). Por otra parte, los factores genéticos influyen dependiendo de los antecedentes familiares en cuanto a las alergias alimentarias; es así que, si un familiar padece de alergia al maní, existen 7 veces la probabilidad de que el niño sufra de la misma alergia. También existe la teoría de la higiene que menciona que la falta de la exposición temprana durante la infancia a agentes infecciosos como a parásitos, aumenta el riesgo de ser más propenso a padecer de enfermedades

alérgicas, a través de la exposición natural del desarrollo del sistema inmune (Rodríguez I., Huerta J., & Huerta R., 2017).

Las reacciones adversas a los alimentos inciden en la aparición de manifestaciones clínicas que son evidenciadas en problemas de la piel, síntomas gastrointestinales, respiratorios o cardiovasculares que bien pueden darse de manera aislada o asociada; tales como anafilaxia, alergia oral, urticaria de contacto, enfermedad celiaca, dermatitis atópica, entre otras (Barrio A., y otros, 2008)

De acuerdo a lo indicado, esta propuesta de investigación se ha elaborado con miras a identificar los principales factores que influyen en el desarrollo de las alergias alimentarias, y consecuentemente, en el estado nutricional de los niños. Información que, a su vez, puede ser empleada como un sustento teórico para futuras investigaciones enmarcadas en la prevención de alergias alimentarias en niños.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 MARCO LEGAL

La Constitución de la República del Ecuador declara:

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Art. 281.- La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiado de forma permanente (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La citada **Constitución de la República**, en el **Art. 52**, garantiza a las personas el derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegir con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características. La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la

interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor (Humano, 2013).

La Ley Orgánica del Régimen de Soberanía Alimentaria

Artículo 9. Investigación y extensión para la soberanía alimentaria. -El Estado asegurará y desarrollará la investigación científica y tecnológica en materia agroalimentaria, que tendrá por objeto mejorar la calidad nutricional de los alimentos, la productividad, la sanidad alimentaria, así como proteger y enriquecer la agrobiodiversidad (Cordero F. & Vergara F., 2010).

Artículo 24. Finalidad de la sanidad. - La sanidad e inocuidad alimentarias tienen por objeto promover una adecuada nutrición y protección de la salud de las personas; y prevenir, eliminar o reducir la incidencia de enfermedades que se puedan causar o agravar por el consumo de alimentos contaminados (Cordero F. & Vergara F., 2010).

De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna. - Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo (Adolescencia, 2014).

Art. 26.- Derecho a una vida digna. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos (Adolescencia, 2014).

Ley Orgánica de Defensa del Consumidor

La Ley Orgánica de Defensa del Consumidor, en el **artículo 4**, Derechos del Consumidor, establece: “Derecho a la información adecuada, veraz, clara, oportuna y completa sobre los bienes y servicios ofrecidos en el mercado, así como sus precios, características, calidad,

condiciones de contratación y demás aspectos relevantes de los mismos, incluyendo los riesgos que pudieren presentar”; “Derecho a la protección contra la publicidad engañosa o abusiva, los métodos comerciales coercitivos o desleales” (Humano R. S., 2013).

2.2 ANTECEDENTES

Tal vez, el testimonio más antiguo sobre este acontecimiento tiene sus principios en el año 2500 a.C., en China, cuando el emperador Shen-Nung indicaba que las mujeres embarazadas no debían consumir carne ni mariscos (Aguilar, 2010).

Del Talmud, gran colección de las tradiciones rabínicas, existen dos versiones, la palestina y la babilónica. En el Talmud babilónico se dan reglamentos precisos sobre el modo de combatir una alergia intestinal al huevo, mediante elaboraciones adecuadas de clara de huevo. Por su parte, Hipócrates (460-370 a.C.) describió síntomas, como la cefalea, manifestaciones gastrointestinales y la contaminación de la sangre por bilis después del consumo de leche de vaca (Aguilar, 2010).

En el “Corpus Hipocraticum”. Estos reportes llevaron a escribir a Lucrecio, en “De Rerum Natura” que - “lo que es alimento para algunos, es veneno para otros”. En 1921, dos médicos austríacos, Prausnitz y Küstner publicaron los resultados de la transferencia pasiva local, inyectando el suero de Küstner (alérgico a pescado) en la piel de Prausnitz que no era alérgico. Tras inyectar localmente por vía intradérmica, el extracto de pescado sobre los puntos de transferencia, se obtuvo a los 15 minutos una prueba positiva. Este experimento facilitó las primeras bases de la manifestación clínica como es la anafilaxia que precisamente fue provocada con alimentos. Desde entonces, el test de transferencia cutánea pasiva ó test de Prausnitz y Küstner (PK), se empleó de forma rutinaria, denominando a la sustancia sérica responsable de la reacción “reagina”. Esta “reagina” no se identificó como anticuerpo de tipo IgE hasta 1967, de forma simultánea, por un lado, en Suecia por Bennich y Johansson y por otro, en EE.UU. por el matrimonio Ishizaka (Audicana M., 2005).

Claudio Galeno de Pérgamo (129-199 d.C.), que fue médico de gladiadores y de cámara del emperador Marco Aurelio, llamó la atención sobre la aparición de síntomas alérgicos después de ingerir leche de cabra. Siglos después, en la Edad Media, se usó el término *antipatía* para designar reacciones adversas a elementos tan variados como las plantas, los animales, los olores o ciertos alimentos (Aguilar, 2010).

El inventor del término *alergia* fue un doctor austriaco llamado Clemens Freiherr von Pirquet von Cesenatico, nacido en 1874; sin embargo Charles Robert Richet (1850-1935), un hombre polifacético que se interesó por la medicina y disciplinas como la historia, la literatura, la sociología, la parapsicología y la psicología, el que contrastó en 1902 el término *anafilaxia*, para expresar que «muchos venenos poseen la notable propiedad de aumentar en lugar de disminuir la sensibilidad del organismo frente a su acción». Dicho vocablo procede del griego *phylax*, que significa «guardián», por ende, *anafilaxia* se equipararía con «incapacidad para guardarse de algo» (Aguilar, 2010).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Alergia alimentaria: La Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica la define como una reacción de hipersensibilidad a alimentos mediada inmunológicamente (Valle I. & Huerta J., 2017).

Alérgeno alimentario: Componente en los alimentos o ingredientes de los alimentos (típicamente proteínas o haptenos) que pueden ser reconocidos por células del sistema inmune y que pueden provocar una respuesta inmunológica (Valle I. & Huerta J., 2017).

Alergia: efecto adverso de salud compatible con cuadro alérgico a un alimento debido a una respuesta inmunitaria específica que revierte al suprimir el alimento de la dieta y puede reproducirse al volver a dar el alimento (Plaza A., 2016).

Alimentación complementaria: La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad (OMS, 2018).

Atopia: Es la tendencia familiar o personal a producir anticuerpos específicos Ig E en respuesta a dosis bajas de alérgenos, generalmente proteínas, y a desarrollar síntomas típicos de asma, rinoconjuntivitis, eczema o dermatitis. Este término hace referencia a una predisposición genética (Barrio A., y otros, 2008).

Anafilaxia: Es una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica grave con riesgo vital (Barrio A., y otros, 2008).

Consumidor: Persona o institución que adquiere algún bien o contrata algún servicio mediante el pago de un precio, para satisfacer sus necesidades o del grupo familiar (FAO, 2014).

Estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales (Figueroa D., 2004).

Epinefrina (adrenalina): Es el principal tratamiento en las reacciones alérgicas anafilácticas, y su pronta administración mejora la posibilidad de supervivencia y una recuperación rápida (Young J. & Mickelson S., 2012).

Etiqueta alimentaria: Es cualquier marbete, rótulo, marca, imagen u otra materia descriptiva o gráfica, que se haya escrito, impreso, estarcido, marcado, marcado en relieve o en huecograbado o adherido al envase de un alimento (FAO, 2013).

Enfermedad Celiaca: Es un desorden autoinmune intestinal crónico con un fuerte componente genético, cuya sintomatología resulta de la ingestión de la proteína más importante del trigo, cebada y centeno, denominada gluten. (Parada A. & Araya M., 2010).

Factor de riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2016).

Fuente alergénica: alimento que causa la reacción (Plaza A., 2016).

Hábitos Alimentarios: conjunto de costumbres que condicionan la forma de como las personas seleccionan, consumen y preparan sus alimentos influidas por la disponibilidad y acceso a los mismos (FAO, 2014).

Intolerancia alimentaria (IA): Se refiere a reacciones no inmunes, causadas por características fisiológicas únicas del individuo, que incluyen mecanismos metabólicos, tóxicos, farmacológicos e indefinidos (Mariño A., 2018).

Prevalencia: La prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, por lo tanto, no hay tiempo de seguimiento (Fajardo A., 2017).

Reacción adversa a alimentos. Es cualquier reacción anormal a la ingestión de alimentos, independientemente de su fisiopatología (López H., 2005).

Reacción tóxica. Ocurre cuando se ingiere una dosis suficiente de la toxina presente en el alimento. Muchas plantas que sirven de alimento sintetizan sustancias tóxicas cuya función biológica es protegerlas de predadores como insectos, hongos, animales o incluso humanos (López H., 2005).

Reacción no tóxica. Depende de la susceptibilidad individual y puede deberse a mecanismos inmunológicos o no inmunológicos (López H., 2005).

Reactividad cruzada: es un fenómeno que ocurre cuando un anticuerpo (Ac) reacciona no solo con el alérgeno original, sino con otros similares. La reactividad cruzada es común entre alimentos de la misma familia, por ejemplo, distintos frutos secos o distintos mariscos (Plaza A., 2016).

Sensibilización: Evidencia de IgE específica hacia alérgenos alimentarios sin síntomas clínicos después de la exposición a dichos alimentos (Valle I. & Huerta J., 2017).

2.4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.4.1 ALERGIAS ALIMENTARIAS

Según Taylor S. (1999), las alergias alimentarias son "respuestas anormales del sistema inmunitario a determinados componentes de los alimentos".

2.4.2 CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS

Reacciones adversas a los alimentos (RAA) Tóxicas

Se presentan en personas expuestas y dependen del alérgeno del alimento como puede ser ejemplo de contaminantes las toxinas bacterianas (*Clostridium botulinum*), las micotoxinas, los metales pesados, los pesticidas y los antibióticos; y entre los naturales están los glucósidos cianógenos, los bociógenos (el berro y el nabo) y la solanina (patatas y tomates verdes) (Álvarez M., Hevia X., Gómez I., Castro R., & Rodríguez J., 2004).

Reacciones adversas a los alimentos (RAA) No Tóxicas

Estas dependen de la susceptibilidad de las personas mas no del alimento, y las podemos diferenciar las mediadas por mecanismos inmunológicos (IgE mediadas alergia que provoca síntomas a cualquier nivel: gastrointestinales, asma, rinitis, conjuntivitis, dermatitis atópica, urticaria, edema alérgico subcutáneo y anafilaxia); y la (No IgE mediadas que provoca enteropatía por gluten) (Álvarez M., Hevia X., Gómez I., Castro R., & Rodríguez J., 2004).

2.4.3 TIPOS DE REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS

Inmediatas: Se producen a breves minutos de ingerir el alimento (menos de 30 minutos), por lo que la relación causa-efecto suele estar muy clara. Es el caso, por ejemplo, del Síndrome de Alergia Oral, inducido por la ingestión de melocotón que pueden presentar síntomas como urticaria, angioedema, vómitos o anafilaxia (Gómez H., 2018).

Diferidas: Comienzan al menos 2 horas tras la ingestión del alimento y en algunas ocasiones pueden florecer al cabo de 24-48 horas. Esta reacción causa por lo general síntomas digestivos (diarrea), y no se detecta anticuerpos específicos IgE, como es el caso de la enteropatía sensible a proteínas (Gómez H., 2018).

Tardías: Asoman varios días luego de la ingestión del alimento. El síntoma más habitual es el empeoramiento de los cuadros de dermatitis atópica (Gómez H., 2018).

2.4.4 ALÉRGENOS ALIMENTARIOS

Los alérgenos alimentarios pueden clasificarse en completos e incompletos; se mencionan “incompletos” cuando son incapaces de sensibilizar por sí mismos o cuando, aun pudiendo inducir respuestas de IgE no pueden desencadenar las manifestaciones. Esto último sucede cuando son alérgenos monovalentes incapaces de degranular mastocitos por el puenteo de dos moléculas de IgE en su membrana. Estos son determinantes hidrocarbonados derivados de la porción glican de glicoproteínas ampliamente difundidas entre los vegetales, frecuentemente reaccionan en forma cruzada con glicoproteínas de plantas no relacionadas. Por otro lado, los alérgenos "completos o verdaderos" son aquellos capaces de inducir la producción de IgE específica y desencadenar manifestaciones características, al menos en la mayoría de las exposiciones (son relativamente estables al calor, resistentes a la acción de las proteasas, no se desnaturalizan con facilidad) dependiendo de cambios en la permeabilidad intestinal inducidos por otras sustancias alimenticias o procesos inflamatorios gastrointestinales (Gris, y otros, 2015).

Se congregan en más de 14 familias y la mayoría de los alérgenos alimentarios derivados de vegetales poseen alta homología con estas. Alimentos como el maní sensibilizan y producen reacciones luego de estar expuestos por medio de la ingesta en personas predispuestas y pueden asomar manifestaciones al consumir alimentos con reactividad cruzada (ej. legumbres). Alimentos con alérgenos lábiles como la manzana pueden sensibilizar por ingesta, pero es más factible que el individuo este sensibilizando a pólenes por medio de la vía aérea y después por reactividad cruzada, pueden aparecer síntomas tras ingerir el alimento que contiene alérgenos con reactividad cruzada (Gris, y otros, 2015).

2.4.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Anafilaxia

Es una reacción sistémica potencialmente mortal, se desarrolla de forma rápida en escasos minutos a 2 horas tras la inhalación o exposición al alérgeno. La principal manifestación alérgica alimentaria es el shock anafiláctico y puede estar antecedido por síntomas menores.

En la población usual los alimentos más frecuentes de anafilaxia (leche de vaca, pescados y frutos secos en niños). Por otra parte, existe una manifestación clínica de anafilaxia provocada por ejercicio físico, que consiste tras la ingestión de uno o varios tipos de alimentos desencadena cuadros anafilácticos severos luego de realizar un ejercicio o actividad física permanente, en el intervalo de 2-3 horas después de la ingesta de algún tipo de alérgeno tolerando el paciente la ingestión del alimento o el ejercicio, por separado (Gutiérrez, 2013).

Síndrome de alergia oral

El síndrome de alergia oral (SAO), o síndrome polen-alimentos (SPA), es causado por el contacto directo con alérgenos alimentarios y está limitado casi en su totalidad a la orofaringe, implica algunas veces otros órganos, además la sensibilización se da a través del aparato respiratorio o la piel, su reacción a los alimentos es el efecto de la presencia de un antígeno adentro del alimento cuya estructura es similar a la del antígeno del polen (Mahan K., Escott S., & Raymond J., 2013).

Los síntomas son rápidos, surgen a los pocos minutos de ingerir el alimento en cuestión, producen picor e irritación de los tejidos orales además de hinchazón y a veces ampollas, y generalmente ceden antes de 30 min. Esta enfermedad aparece en individuos que también padecen de rinitis alérgica estacional por el polen de abedul o pólenes de hierbas, después de ingerir ciertas frutas, hortalizas y algunos frutos secos, debido a lo expuesto anteriormente es necesario realizar una anamnesis cuidadosa y preguntar exhaustivamente por los alimentos (Mahan K., Escott S., & Raymond J., 2013).

Hipersensibilidad gastrointestinal inmediata

Aparecen diversos síntomas, en el intervalo de 2 horas tras ingerir el alimento implicado, producen náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Mas de la mitad de las personas que padecen de alergia alimentaria tienen reacciones mediadas por mecanismos dependientes o no de IgE, en los que participan mastocitos, eosinófilos y otras células inmunitarias. Los síntomas GI residen en esofagitis eosinofilia, o bien florecen junto con demás síntomas alérgicos no digestivos, como son síntomas respiratorios (sibilancias) o cutáneos (urticaria) (Mahan K., Escott S., & Raymond J., 2013).

Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias

Son cuadros clínicos transitorios, presentan manifestaciones gastrointestinales diversos (diarrea, vómitos, deshidratación, incluso shock hipovolémico) y repercusión variable del estado nutricional, característicos, pero no exclusivos, del lactante. Los alérgenos más comúnmente implicados son la leche de vaca, también existe otros cuadros clínicos parecidos que se producen tras la ingesta de soja, huevo, arroz, pescado y pollo. Regularmente no se detecta IgE específica. Los síntomas desaparecen luego de retirar el alimento comprometido de su dieta y las lesiones anatómicas del intestino son de localización variable (Gutiérrez, 2013).

Enfermedad celíaca

Es una enteropatía ocasionada por una intolerancia permanente a la gliadina (porción de gluten soluble en alcohol, presente en trigo, centeno y cebada), que produce un cuadro de mala absorción y retraso del crecimiento. Para contrarrestar las manifestaciones clínicas es necesario una dieta estricta sin gluten y permitirá que la mucosa intestinal se normalice (Gutiérrez, 2013).

Dermatitis atópica

La dermatitis atópica (DA) es una patología crónica inflamatoria de la piel con intenso prurito y curso en brotes que afecta a un gran número de niños y adultos. La DA es la consecuencia de la interacción entre la susceptibilidad genética, factores ambientales, agentes infecciosos, alteración de la función de barrera de la piel y la respuesta inmunológica. Es con frecuencia el primer paso de la marcha atópica, con desarrollo posterior de alergia a alimentos, rinitis y asma. La prevalencia de dicha patología en niños es más frecuente, llegando a afectar al 15%-20% de éstos en los países industrializados y en adultos al 1%-3%. En el 45% de los niños el inicio de la DA ocurre durante los primeros 6 meses de edad, en el 60% durante el primer año y antes de los 5 años en al menos el 85% de los individuos afectados. La clínica de la DA se modifica con la edad tanto en su morfología como en su localización. Las manifestaciones clínicas que puede presentar el lactante son pápulas eritematosas y lesiones exudativas con intenso prurito en mejillas, frente, cuero

cabelludo y pliegues extensores de extremidades. En el infante son menos frecuentes las lesiones exudativas predominando las pápulas y placas liquidificadas propias de la DA subaguda o crónica con afectación de pliegue ante cubital y poplíteo, manos, pies, muñecas y tobillos, zona peribucal y pliegues auriculares. En el adulto se afectan pliegues de flexión, cara y cuello, zona superior de brazos y espalda, dorso de manos, pies y dedos (Gutiérrez, 2013).

2.4.6 DIAGNÓSTICO

El primer paso para realizar un diagnóstico eficaz y exhaustivo será en realizar al paciente una historia clínica detallada y una exploración física integral, además será necesario realizar pruebas específicas tales como pruebas de parche y/o niveles de IgE específica y en algunos casos serán necesarios retos orales. Asimismo, se valorarán: Antecedentes familiares y personales de atopia para establecer el riesgo, la relación entre los síntomas y la exposición al alimento, el tiempo transcurrido entre el contacto a la ingesta del alimento y la aparición de los síntomas, la cantidad del alimento ingerido que provocó la reacción, la edad de comienzo y los factores asociados o desencadenantes (Rodríguez I., Huerta J., & Huerta R., 2017).

La realización de pruebas cutáneas con extractos alérgicos o con el alimento en su estado natural está ampliamente extendida. Sin embargo, se han realizado investigaciones donde muestran una correlación variable con la provocación antigénica a doble ciego, entre el 30 y el 90%, siendo el valor predictivo positivo mínimo y variable con la edad del paciente y el alimento empleado y el valor predictivo negativo superior al 95% (Santos , 2018).

2.4.7 TRATAMIENTO

Está compuesto por dos partes principales que son evitar el alérgeno responsable de las alergias para prevenir reacciones, progresión y consolidación de la sensibilización y educación del paciente, la familia y los cuidadores para evitar ingestas accidentales, lograr una dieta nutricionalmente adecuada y reconocer y tratar la anafilaxia (Mariño A., 2018).

Es necesario valorar el crecimiento y la nutrición de los niños, con una dieta de exclusión. Los criterios antropométricos son los mismos que para los demás niños: peso, talla, perímetros craneal y braquial y velocidad de crecimiento. Asimismo, debe evaluarse la calidad de la dieta alternativa y el grado de cumplimiento de la misma. Se pueden sustituir los alimentos eliminados por otros alternativos que permitan una dieta adecuada en aportes de energía, principios inmediatos, vitaminas y oligoelementos (Barrio A., y otros, 2008).

Además, se debe tener en cuenta que las causas más frecuentes de ingesta accidental son la falta de información del paciente o de sus cuidadores sobre la composición de un alimento, confusión, intercambio de alimentos entre niños y contaminación accidental del alimento con otros alimentos. Los padres y pacientes mayores deben saber que puede producirse este tipo de accidentes y tener la formación necesaria para actuar correctamente (Barrio A., y otros, 2008).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

El trabajo de investigación va enmarcado en un enfoque cualitativo mediante un método de estudio documentado en el que se utiliza revisiones bibliográficas basadas en revistas científicas como scielo, redalyc, Revista Española, documentos electrónicos además de libros "dietoterapia de Krause 13 edición", así como el de "alergias alimentarias", y a su vez, se utilizó métodos teóricos y empíricos para un mejor desarrollo del tema.

Para el **análisis** utilizamos una revisión bibliográfica de forma analítica en base a información de diferentes fuentes relacionadas a las alergias alimentarias. Por lo tanto, se verificó distintos estudios sobre las alergias alimentarias en relación con el estado nutricional en niños para identificar los principales factores que influyen en el estudio.

Por consiguiente, en la **síntesis** se agrupó las principales ideas establecidas en el análisis indagando desde los diferentes criterios de los autores, con el propósito de llegar a una conclusión específica relacionada al tema.

En el proceso **Histórico lógico** se identificó la evolución de las alergias alimentarias y su influencia con el estado nutricional en niños para verificar los principales cambios que ha sufrido el fenómeno de estudio a través de la historia en su alimentación.

Para el desarrollo del **método empírico** se empleó la técnica de la triangulación de ideas que se basa en la agrupación de los métodos cualitativos tomados a partir de la propuesta de cada autor en referencia a la propuesta de investigación, para llegar a un análisis crítico desde diferentes puntos de vista; y así facilitar la comprensión del objeto de estudio.

Después de analizar la información recabada se optó por elegir los criterios que tienen una estrecha relación con el tema, lo que permite un eficaz desarrollo del tema de investigación y llegar a un consenso más preciso en el estudio de las alergias alimentarias en niños.

Criterios

- ✓ Hábitos alimentarios
- ✓ Alergias alimentarias
- ✓ Estado nutricional

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

La alimentación es el eje principal en que se ve influenciada la aparición de enfermedades de carácter alimentario en la infancia, en el que intervienen factores genéticos, trastornos digestivos, características específicas del cuidador, falta de conocimiento o errores en la introducción de nuevos alimentos (Segoviano C. & Verges C., 2016).

Las alergias alimentarias en niños se han convertido en los últimos años en un problema de salud pública debido al incremento de su prevalencia y al efecto en la calidad de vida de los niños; lo que se puede evidenciar en estudios realizados en EE. UU. que indican que la alergia alimentaria IgE mediada afecta al 6% de los niños menores de 3 años y al 2% de los adultos. Otra investigación propuesta por el autor Diego Gutiérrez (2013), menciona que en Europa estudios reflejan una prevalencia de alergia alimentaria en un rango de 0.3% al 7.5% en niños (Fernández D., 2013).

A nivel local, un estudio realizado por Daniela De Almeida (2017) refiere que existe una prevalencia del 14.2% de niños que sufren de alergias alimentarias en Ecuador, lo que sería una cifra alarmante en relación a otros estudios como en Europa, EE. UU. en donde la prevalencia de alergias en niños es menor. Conjuntamente, las alergias alimentarias tienen más probabilidades de presentarse en el género masculino que femenino (De Almeida D., 2017).

Los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva presentan menor riesgo de sufrir el desarrollo de alergias por la proteína de la leche de vaca y otras enfermedades dérmicas, si se realiza una comparación con los alimentos con fórmulas o alimentos mixtos. La razón de este fenómeno se da porque la leche materna posee 100.000 veces menos proteína que la leche de vaca además de inmunomoduladores. Por su parte, los niños que reciben lactancia materna exclusiva poseen una flora intestinal rico en microvellosidades que facilita la absorción de nutrientes distinto a los que se alimentan solo con leche de fórmula, debido a estas ventajas es que se promueve como método de prevención para el desarrollo de alergias por sucedáneos (Soriano H. & Castillo E., 2018).

Por lo general, una correcta alimentación durante los primeros años de vida no sólo es importante para el desarrollo de los sistemas y los órganos del cuerpo, sino que, corrobora como un factor de protección para evitar las alergias alimentarias. Debido a lo anteriormente expuesto, un estudio realizado por ISAAC (Estudio internacional de Asma y alergias en niños, por sus siglas en inglés) se enfocó en la identificación de aquellos factores que influyen en la aparición de alergias alimentarias, en la que participaron 56 países y se comprobó que algunos de los desencadenantes de alergias son el modo de alimentarse de las madres durante su etapa gestante y el consumo de alimentos del niño antes y después de los seis meses de edad. El estudio indica que empezar con la alimentación complementaria antes de los seis meses e introducir alimentos procesados se relacionan con la manifestación de alergias tales como asma, rinitis y eccema (Cervantes K. & Guillén F., 2017).

Actualmente se han registrado cerca de 170 alimentos que producen alergias alimentarias en las personas, por tal motivo se hace necesario resaltar que, del total de esos alimentos, son 8 los que causan que un 90% de individuos desarrollen reacciones alérgicas a algún alimento. Entre los que se destacan la leche de vaca, el huevo, el maní, la soya, el trigo, frutos secos, el pescado y los mariscos, cabe mencionar que una reacción alérgica puede darse por otros alimentos, por ello es necesario emplear un manejo minucioso al momento de introducir nuevos alimentos a los niños. (Young J. & Mickelson S., 2012).

Además, uno de los factores determinantes para el desarrollo de alergias alimentarias es el factor hereditario, debido a que existe la probabilidad del 25 a 40% de que un niño adquiera alergias alimentarias si uno de sus padres las ha presentado durante su vida y si ambos padres presentan algún tipo de alergia las probabilidades se incrementan del 50 a 70%. Se analizaron los datos de antecedentes patológicos familiares del conglomerado de niños con alergias alimentarias, el 83.3% refirieron tener antecedentes patológicos familiares de algún tipo de alergia mientras que, del grupo de niños sin alergias alimentarias, solo el 33.3% refirieron algún tipo de antecedente patológicos familiares de alergias, demostrando que el factor hereditario está implicado para el desarrollo de las alergias alimentarias (De Almeida D., 2017).

Por otra parte, se realizaron estudios epidemiológicos con el fin de identificar la relación que existe entre alergias alimentarias con las zonas geográficas urbanas y rurales, en un estudio descriptivo realizado en Canadá, se encontró un mayor riesgo de alergia a mariscos en zonas

urbanas que en rurales, esta relación geográfica puede deberse a las variaciones de exposición a los alérgenos y estilos de vida, incluyendo diversos hábitos dietéticos, preparaciones y procesamiento de alimentos alergénicos; sin embargo un estudio polaco realizado en niños de 12-16 años, las causas de las diferencias de prevalencia de sensibilización alérgica entre zonas urbanas y rurales pueden explicarse, que en el área rural la adquisición es por una mayor exposición ambiental a los animales de granja, a alimentos sin procesar y a compuestos microbianos que tiene efectos inmunosupresores potenciales, mientras que en la zona urbana, existe una mayor exposición a CO₂, tratamientos antibióticos y alimentación suplementaria, lo cual contribuye a un más alto riesgo de alergias alimentarias (García A., Córdova D., & Zúñiga G., 2016).

Un estudio realizado en E.E.U.U por parte de Milner y cols a una cohorte de niños donde la mayoría eran afroamericanos de bajos recursos económicos, hallaron que el consumo a edad temprana de vitamina D estaba asociado con un mayor riesgo de padecer enfermedades de carácter alimentario; sin embargo la luz solar participa en la biosíntesis de la vitamina D, por ende, el nuevo estilo de vida de las sociedades industrializadas, caracterizado por la presencia de ambientes cerrados en mayor parte del tiempo, sea uno de los causantes del aumento de la prevalencia de las alergias alimentarias (Urrego J., Hernández L., & Marrugo J., 2009).

Asimismo, se ha verificado reportes de crecimiento bajo en niños con alergia alimentaria que son comunes de manera relativa cuando son comparados con los niños no afectados, y se atribuyen en general al número de alimentos eliminados y la duración de la dieta. Además, el déficit de crecimiento puede evidenciarse durante el primer año de vida de manera independiente del tipo de dieta y puede observarse en niños alérgicos con ingesta calórico proteica similar a los niños sanos. Por ende, la simple condición de ser alérgico puede afectar a los lactantes y niños en riesgo de deterioro del crecimiento; sin embargo, la presencia de manifestaciones clínicas a nivel dérmico como la dermatitis atópica, puede ser un causal del deterioro del crecimiento en los lactantes pueden manifestar un deterioro progresivo del puntaje Z del peso para la edad hasta los 12 meses, y los índices de crecimiento pueden empeorar después del inicio de la enfermedad de manera indirecta al tipo de dieta (González S., Galindo G., Rangel D., & Macías A., 2017).

CONCLUSIONES

- ✓ Una vez que se analizó las diferentes fuentes bibliográficas se concluyó que existen dos factores principales que intervienen en la aparición de las alergias alimentarias. El primero corresponde al factor ambiental, que tienen una relación directa con el estilo de vida de los niños, sus costumbres, el entorno en el que interactúan ante un alimento, los hábitos alimentarios arraigados por los cuidadores del niño y creencias erróneas al momento de introducir nuevos alimentos en la dieta cotidiana del infante. El otro factor que tiene relación con las alergias alimentarias está referido a causas genéticas o hereditarias que hacen énfasis en los antecedentes patológicos de los familiares y que han influenciado en el estado nutricional de los niños.

- ✓ También se llegó a la conclusión de que las alergias alimentarias guardan una relación con el estado nutricional de los niños, debido a que el consumo de algún alimento alérgeno puede derivar en cuadros clínicos como una hipersensibilidad gastrointestinal inmediata; lo que, a su vez, produce síntomas como vómitos, náuseas y diarreas que coadyuvan al deterioro del estado nutricional en los niños.

- ✓ De acuerdo al análisis de las distintas revisiones bibliográficas, se pudo inferir que en la actualidad las alergias alimentarias no representan un problema de salud pública; sin embargo, si no se toman los debidos correctivos la prevalencia de esta patología puede ir en aumento, por lo que es necesario intervenir a través del manejo nutricional como método de prevención para el desarrollo de las alergias alimentarias desde los primeros años de vida del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taylor, S. (1999). *Conferencia sobre Comercio Internacional de Alimentos a Partir del Año 2000*. Obtenido de Perspectivas para el futuro: Nuevos problemas - alérgenos alimentarios: <http://www.fao.org/docrep/meeting/X2670S.htm>
2. Adolescencia, C. d. (07 de Julio de 2014). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Obtenido de LEXIS: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf
3. Aguilar. (s.f.). *Alergias Alimentarias*. Obtenido de Alimentación Infantil.
4. Álvarez M., Hevia X., Gómez I., Castro R., & Rodríguez J. (2004). Algunas consideraciones sobre las reacciones adversas por alimentos. *Scielo*, 1-6. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500008
5. Audicana. (2005). Alergia Alimentaria. *Asociación Vasca de Pediatría de Atención*. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <http://www.avpap.org/jornadas2005/alergiaalimentaria.pdf>
6. Audicana M. (2005). Alergia Alimentaria. *Asociación Vasca de Pediatría de atención*, 3. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de <http://www.avpap.org/jornadas2005/alergiaalimentaria.pdf>
7. Barrio A., Barrio J., Cilleruelo L., Colmenero A., Fernnandez S., Rayo A., . . . Salcedo E. (2008). Alergia alimentaria. *Reunión del Grupo Gastro-Sur Madrid*, 1-25. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2014/05/Alergia_alimentaria_2008.pdf
8. Cervantes K., & Guillén F. (julio de 2017). PRESENCIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDADES ALÉRGICAS POR CONSUMO DE ALIMENTOS EN NIÑOS ANTES Y DESPUÉS DE LOS SEIS MESES DE EDAD BARRANQUILLA. *Scielo*, 1-6. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v20n2/v20n2a02.pdf>
9. Constitución de la República del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
10. Cordero F., & Vergara F. (27 de Diciembre de 2010). *LEY ORGÁNICA DEL RÉGIMEN DE LA SOBERANÍA ALIMENTARIA*. Obtenido de <https://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/pacha/wp-content/uploads/2011/04/LORSA.pdf>
11. De Almeida D. (Octubre de 2017). *Universidad Católica del Ecuador*. Obtenido de PREVALENCIA DE ALERGIAS ALIMENTARIAS Y FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES EN NIÑOS (AS) DE 1 A 5 AÑOS DE LAS GUARDERIAS “MUNDO DE PAPEL” Y “TRAZOS Y COLORES” DE LA CIUDAD DE QUITO: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14478>

12. Duque D. (2015). Reacciones alérgicas: aspectos claves y nuevas perspectivas. *Scielo*, 48, 69-82. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492015000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Fajardo A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Scielo*, 1-7. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109
14. FAO. (03 de septiembre de 2013). *Etiquetado de los alimentos*. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/foodlabel@172033/es/>
15. FAO. (2014). *Glosario de términos*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>
16. Fernández D. (2013). Manual Practico de Alergia Alimentarias. *ResearchGate*, 1.
17. Figueroa D. (08 de Junio de 2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Scielo*, 1-3. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2004.v6n2/140-155/>
18. Freire W., Ramírez M., Philippe B., Mendieta M., Silva K., Romero N., . . . Monge R. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Censos y Estadísticas*, 25. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-sanitaria-y-atencion-de-las-enfermedades&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&Itemid=599
19. García A., Córdova D., & Zúñiga G. (08 de 08 de 2016). Factores de riesgo asociados a Alergia Alimentaria: una revisión de estudios en niños y adolescentes. *Universidad de Cuenca*, 1-13. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiC-KqDk_jdAhVnKawKHVSkDycQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fpublicaciones.ucuenca.edu.ec%2Ffojs%2Findex.php%2Fquimica%2Farticle%2Fview%2F1612%2F1264&usg=AOvVaw0WdRSJ-Vrg
20. González S., Galindo G., Rangel D., & Macías A. (21 de 10 de 2017). Impacto de la dieta de eliminación en la nutrición y el crecimiento de niños con múltiples alergias alimentarias. *Noticias SLaaI*, 1-6. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de <http://slaai.blogspot.com/2017/10/impacto-de-la-dieta-de-eliminacion-en.html>
21. Gris, C. (2015). Epidemiología de la alergia a los alimentos mediada por IgE. *scielo*, 2.

22. Gris, C., Goddard, E., Karabus, S., Kriel, M., Lang, A., Manira, A., . . . Levin, M. (2015). Epidemiología de la alergia a los alimentos mediada por IgE. *Scielo*, 1-5. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742015000100028
23. Gutiérrez. (2013). *Manual Práctico de Alergias Alimentarias*. Puerta del mar. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de https://www.researchgate.net/publication/289375645_MANUAL_PRACTICO_DE_ALERGIA_ALIMENTARIA
24. Humano, R. S. (2013). *Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano*. Obtenido de Ediciones legales: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGLAMENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf>
25. Humano, R. S. (2013). *REGLAMENTO SANITARIO DE ETIQUETADO DE ALIMENTOS PROCESADOS PARA EL CONSUMO HUMANO*. Obtenido de Ediciones Legales: <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/08/REGLAMENTO-SANITARIO-DE-ETIQUETADO-DE-ALIMENTOS-PROCESADOS-PARA-EL-CONSUMO-HUMANO-junio-2014.pdf>
26. López H. (5 de Septiembre de 2005). Consenso de Alimentación en el Niño con Alergia Alimentaria. *Acta Pediátrica de México*, 26(5), 1-4. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640830007.pdf>
27. Mahan K., Escott S., & Raymond J. (2013). *krause Dietoterapia*. España: Elsevier.
28. Mariño A. (2018). Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo*, 1-19. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a44s.pdf>
29. Mariño, A. I. (2018). Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo*, 2.
30. Mariño, D. A. (2018). Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento . *Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo*, 2.
31. Navarrete E., Del Río B., Pozo C., & García D. (04 de 10 de 2014). Reporte preliminar del abordaje diagnóstico de alergia alimentaria en pacientes con antecedente de dieta de eliminación. *Revista Alergia México*, 61(4), 1-2. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/4/16>

32. Ojeda, D. P. (s.f.). Declaración Pública sobre la alergia a los alimentos y la anafilaxia. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*, 5-14.
33. OMS. (2016). *Temas de Salud: Factores de riesgo*. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
34. OMS. (26 de Septiembre de 2018). *Alimentación Complementaria*. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
35. Parada A., & Araya M. (2010). El gluten. Su historia y efectos en la enfermedad celiaca. *Scielo*, 1.
36. Plaza A. (8 de Marzo de 2016). Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. *anales de pediatria*, 52-53. Recuperado el 10 de 08 de 2018, de <https://www.analesdepediatria.org/es-alergia-alimentaria-edad-pediatrica-conceptos-articulo-S1695403316000278>
37. Politècnico, L. F. (2018). *Alergia Alimentaria*. Recuperado el 2018, de LA FE hospital Universitario Politècnico: <http://www.alergialafe.org/alergia-alimentaria>
38. Rodríguez I., Huerta J., & Huerta R. (01 de 01 de 2017). Alergia a alimentos. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 26, 5-15. Recuperado el 2018 de 10 de 15, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al171b.pdf>
39. Sánchez J, Restrepo M, Mopan M, Chinchilla C, & Cardona C. (2014). Alergia a la leche y al huevo: diagnóstico, manejo e implicaciones en América Latina. *scielo*, 1-5. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572014000100017
40. Santos , V. (2018). Alergias Alimentarias. *ELSEVIER*, 21(7), 346-369. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-alergias-alimentarias-5682>
41. Segoviano C., & Verges C. (29 de marzo de 2016). Alimentación Complementaria: qué, cuándo y cómo. *Scielo*, 31-33. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322016000100015
42. Soriano H., & Castillo E. (mayo de 2018). Revista chilena de Pediatría. *Scielo*, 89(3), 1-80. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0370-4106&lng=en
43. Urrego J., Hernández L., & Marrugo J. (1 de Agosto de 2009). Factores epidemiológicos en la inmunopatogénesis de la alergia a los alimentos. *Revista Científica Salud Uninorte*, 25, 1-16. Recuperado el 15 de 10 de 2018, de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/218/5786>

44. Valle I., & Huerta J. (Enero de 2017). Alergia a alimentos. *Alergia, asma e inmunologia pediaticas*, 26(1), 1-2. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al171b.pdf>
45. Valle, I., & Jose, H. (Enero de 2017). Alergia a alimentos. *ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGIA PEDIATRICAS*, 26(1), 5-6. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al171b.pdf>
46. Young J., & Mickelson S. (2012). *Alergias a los alimentos lo que el personal de la escuela debe saber*. Recuperado el 08 de 10 de 2018, de Healthy Futures: http://healthyfutures.nea.org/wp-content/uploads/2015/04/foodallergybook_spanish.pdf
47. Young, J., & Mickelson, S. (2012). Alergias a los alimentos. *Healthy futures*, 5.