

Título: RINITIS ALÉRGICA

Autores:

Dr. Juan Miguel Báez López.
Especialista de 1er.Grado en Medicina General Integral y en Alergología,
Instructor.

Dra. MsC. Iglermis Figueroa García.
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en Alergología.
Instructora.

Lic. MsC. María de Jesús Valderrama Puentes.
Licenciada en Biología. Profesora Asistente.

Dr. MsC. Luis Antonio Alfonso Fernández.
Especialista de 1er. y 2º Grados en Alergología. Profesor Auxiliar y
Consultante.

Servicio de Alergología
Email: alergia@hha.sld.cu

Introducción

La nariz es un órgano encargado de importantes funciones tales como el olfato, la modulación del habla, el acondicionamiento del aire inhalado y la protección, tanto física como inmunológica, contra diversos agentes del medio ambiente.

La rinitis alérgica está dada por una reacción local, a nivel de la nariz, caracterizada por edema y vasodilatación de la mucosa nasal, con secreción y obstrucción nasal, desencadenada por la inhalación de aeroalergenos. Es un padecimiento crónico que puede aparecer a cualquier edad, pero el inicio casi siempre es durante la infancia o adolescencia.

A pesar de ello, el padecimiento de una rinitis es frecuentemente minusvalorado, siendo una enfermedad infradiagnosticada e infratratada.

Su prevalencia está aumentando en todos los países occidentales y la comunidad científica está tomando conciencia del impacto sobre la calidad de vida que sufren los pacientes aquejados de esta enfermedad; así como en el rendimiento laboral de estas personas.

Numerosas publicaciones demuestran y advierten que un inadecuado tratamiento y control de esta patología puede conducir a diversas e importantes complicaciones: sinusitis, disfunción de la trompa de Eustaquio, otitis media, disminución de la función cognitiva, hipoacusia, apnea del sueño e incremento de la propensión a desarrollar asma.

Objetivos

- ✓ Clasificar, de forma precisa, el tipo de rinitis, de acuerdo a los criterios existentes, para desarrollar acciones médicas consecuentes con cada una de ellas.

- ✓ Evaluar diversas opciones terapéuticas encaminadas a lograr el control de los síntomas de forma efectiva, y prevenir complicaciones, incrementando, así, el nivel de calidad de vida de los pacientes.

- ✓ Identificar el nivel de reducción de los costos teniendo en cuenta el consumo de medicamentos

Desarrollo

Estructura Asistencial Básica:

Recursos materiales.

Extractos alérgicos de ácaros estandarizados por el BIOCEN

Equipo SUMA

Microscopio óptico

Kit de SUMA Enzimático para la determinación de IgE sérica total

Tubos de ensayos de cristal 13 x 100 mm

Laminas Portaobjetos

Soluciones colorantes de Eosina (1g /100ml) y Azul de Metileno (0,1%)

Aceite de inmersión

Micropipetas de diferentes volúmenes

Micropuntas amarillas y azules para las micropipetas

Viales plásticos de 0,5 ml

Material gastable (lancetas, alcohol, algodón jeringuillas de 1,5,10 ml, aplicadores estériles y no estériles)

Participación de los profesionales y servicios implicados:

- Especialista de Alergología. - Evaluará personalmente a los pacientes decidiendo su inclusión o no en el protocolo asistencial.

- Residente de Alergología. - Auxiliará en la confección de historias clínicas y en todo lo referente al manejo de los casos.
- Licenciado en Biología- Será el encargado de la realización de técnicas relacionadas con la determinación de IgE, ya sea sérica o en lágrimas
- Licenciado o técnico. - Será el encargado, de la realización de las pruebas cutáneas y de la preparación de las vacunas hiposensibilizantes alérgeno-específicas en los pacientes que así lo requieran
- Servicios implicados. - Otorrinolaringología: Realizará examen general descartando otras patologías implicadas

Procesos asistenciales:

- Criterios de Universo de Trabajo. - Se evaluarán todos los pacientes con padecimiento de Rinitis alérgica remitidos de: policlínicos del área, otros servicios del Hospital y los ingresados por este motivo.

Criterios de Inclusión en el Protocolo Asistencial. (PA).

- 1.- Pacientes de ambos sexos.
- 2.- Pacientes de 18 años o más.
- 3.- Se incluirán los pacientes con síntomas de rinitis, rinoconjuntivitis y asma bronquial
- 4.- Se incluirán rinopatías que no respondan al tratamiento farmacológico convencional

Criterios de Exclusión:

- Afecciones de otorrino relacionadas con Rinitis (Sinusitis, poliposis nasal)
- Otras afecciones, que puedan confundirse con las alérgicas. Ej.:
Rinitis Eosinofílica no alérgica, rinitis vasomotora, medicamentosa, etc.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios clínicos

- Antecedentes familiares de enfermedad atópica.
- Antecedentes personales de eccema o de asma.
- Cuadro clínico característico: estornudos, frecuentemente paroxísticos; rinorrea, que a menudo es acuosa y profusa; obstrucción nasal; y prurito de la nariz, el paladar, la faringe y los oídos. El drenaje mucoso retro nasal origina dolor de garganta, expectoración y tos. En general, existe blefaroconjuntivitis alérgica concomitante, con prurito intenso de conjuntiva y párpados, enrojecimiento, lagrimeo y fotofobia. Pueden aparecer tos y disnea sibilante asmática concomitante. Los síntomas tras el inicio de la estación del polen en la forma estacional o aparecen en todo el año en la forma perenne.
- Relación con los factores desencadenantes

Criterios de laboratorio

Predominio de eosinófilos en el frotis del exudado nasal.

- Pruebas cutáneas positivas (Prick Test)
- Frecuente eosinofilia sanguínea
- Niveles elevados de IgE sérica total

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Rinitis eosinofílica no alérgica
- Rinitis vasomotora
- Factores mecánicos (desviación del tabique, pólipos nasales, cuerpos extraños, tumores nasales y sinusales, hipertrofia de adenoides)
- Infecciones (IRA, Sinusitis, Rinitis infecciosa)
- Misceláneas (rinitis medicamentosa, rinitis atrófica, mastocitosis nasal, rinitis del embarazo)

CLASIFICACIÓN

Según duración de los síntomas:

- Estacional
- Perenne

Según predominio celular:

- Eosinofílica
- No eosinofílica

Según gravedad (en tiempo)

- Intermitente

- Menos de 4 días a la semana
- Menos de 4 semanas
- Persistente
- Mas de 4 días a la semana
- Mas de 4 semanas

Según gravedad de los síntomas

- Leve
- Moderada-Grave

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

1. Pruebas cutáneas inmediatas con inhalantes y hongos. (Prick Test)
2. IgE sérica total
3. Frotis nasal (citológico nasal)
4. Recuento global de eosinófilos
5. Rx. senos paranasales
6. Exudado Nasal
7. Rinometría
8. Tomografía axial computarizada

CONDUCTAA SEGUIR ANTE LA RINITIS ALERGICA:

Realizar a todos los pacientes:

- ✓ Historia clínica detallada por el especialista de alergología designado
- ✓ Examen físico exhaustivo

- ✓ Exploraciones complementarias requeridas según el caso, citadas en las herramientas de laboratorio

TRATAMIENTO:

Medidas Generales:

- ✓ Evitar el alérgeno (medidas de control ambiental orientadas por el especialista a cargo)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento médico medicamentoso

Esteroides tópicos nasales:

- **Beclometasona** spray nasal (Beclorino) (50 µg): 100 µg cada 6-8 horas
- **Budesonida** (Rhinocort) (100 µg): 100 µg cada 12 horas
- **Fluticasona** (Rinosone) (50 µg) 100 µg una vez al día (Martin 2010)
- **Mometasona** (Nasonex) (50 µg) 100 µg una vez al día

Antihistamínicos orales

- **Loratadina** (Clarityne) (Tab. 10 mg) 10 mg/día
- **Ketotifeno** (Zaditen) (1mg) 1mg c/12 horas
- **Dexclorfeniramina** (Polaramine) (Tab. 2 mg): 2 mg cada 12 horas
- **Ceterizina** (Zyrtec) (Tab 10 mg): 10 mg/día

Antileucotrienos Montelukast (Singulair) (Tab 10 mg): 10 mg/día.

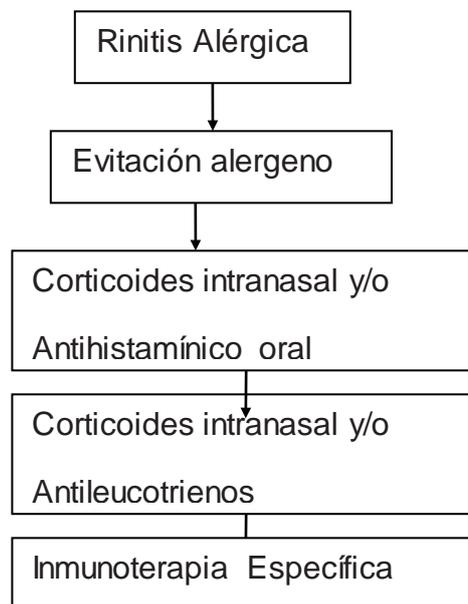
Inmunoterapia Específica (Subcutánea o Sublingual)

Según normas de nuestro Servicio con ácaros Dermatophagoides pteronyssinus (DP), Dermatophagoides siboney (DS) y Blomia tropicalis (BT). (Elaborados por el BIOCEN).

Tratamiento Higiénico

- Evitar la exposición al alérgeno mediante medidas de control ambiental.

ALGORITMO TERAPÉUTICO



Seguimiento

Los pacientes tendrán una evolución programada en reconsultas de acuerdo a su estado clínico y el desarrollo del estudio, con una periodicidad variable según el criterio del médico de asistencia. Este coordinará, de forma pertinente, las consultas interdisciplinarias en caso de requerirse.

Los pacientes tendrán acceso a la atención especializada de esta consulta, si es requerida, debido a empeoramiento de la condición u otra situación que se pueda presentar (reacciones adversas de la medicación, etc.).

INDICADORES

INDICADORES DE ESTRUCTURA		Estándar
Recursos humanos	% de especialista en Alergología, Lic. o Téc. en biología o microbiología entrenado en el perfil del PA	>95%
Recursos materiales	% de reactivos para los estudios según PA	>95%
	% de medicamentos según se detallan en el PA	>95%
Recursos organizativos	% de planillas para la recolección de datos (PRD)	100%
	% de planillas en la base de datos	100%
INDICADORES DE PROCESOS		Estándar
% de pacientes bien clasificados por el personal más calificado del Servicio		100%
% de pacientes con seguimiento ambulatorio según precisa el PA		> 90%
% de cumplimiento de las indicaciones del tratamiento		> 95%
INDICADORES DE RESULTADOS		Estándar
% de pacientes con mejoría de los signos de su enfermedad		≥90%
% de pacientes con complicaciones relacionadas con los estudios		≤ 1%
% de pacientes con mejoría subjetiva de su alergia nasal o no		≥ 80%
% de no agudización de los síntomas bajo tratamiento médico		≥ 80%

ANEXO I

MODELO: Ministerio Salud Pública	SERVICIO DE ALERGOLOGIA RINITIS ALERGICA	FOLIO:
UNIDAD:		

Hospital Hermanos Ameijeiras		
------------------------------	--	--

Nombre del paciente	1er Apellido	2do Apellido	H.Clínica
Dirección particular:			Barrio
Municipio	Provincia	Teléfono	Correo electrónico

Aspectos generales

Edad (años)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Color de la piel <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Amarilla
Lugar de nacimiento	Ocupación actual	Vivienda: <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> humedad <input type="checkbox"/> hacinamiento	
Mascotas? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No Cual?	APP de atopia	APF de Atopia	
Contacto frecuente con productos tóxicos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Cuales productos? Tiempo de exposición:	

Aspectos relacionados con los antecedentes de la enfermedad

Edad comienzo de enfermedad ___ años	Tiempo de evolución: __ meses _____ años	Relaciona con?: <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> cambios de tiempo <input type="checkbox"/> época del año
<input type="checkbox"/> uso de cosméticos <input type="checkbox"/> medicamentos <input type="checkbox"/> Alimentos		

Antecedentes Patológicos Personales

Otra Enf. Respiratorias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:Cuál?				Ha recibido tto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:Cuál?			
Operaciones?				Otras enfermedades: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál			
Hábitos tóxicos	Sí	No	Inten-sidad	Transfusiones de sangre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Alergia a medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál	
Tabaquismo:							
Alcoholismo:							

Café:					
Viajes al extranjero <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ; País:				Otro Tratamiento específico	
Antecedentes Patológicos Familiares					
Enfermedades alérgicas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Cuál?				Otras enfermedades: Cual ?	
Aspectos relacionados con las características de la enfermedad actual					
Observaciones:			Síntoma:		
Afectación bilateral: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			Prurito nasal: <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal : <input type="checkbox"/> Rinorrea : <input type="checkbox"/> Estornudos en salva: <input type="checkbox"/> Disminución o pérdida del olfato: <input type="checkbox"/>		
SIGNOS					
Hiperemia conjuntival: <input type="checkbox"/> quemosis: <input type="checkbox"/> edema palpebral: <input type="checkbox"/> secreción acuosa: <input type="checkbox"/> ojeras alérgicas: <input type="checkbox"/> Surco de Dennis Morgan: <input type="checkbox"/> Enrojecimiento Nasal: <input type="checkbox"/> Respiración Bucal: <input type="checkbox"/> Facies Adenoidea : <input type="checkbox"/>					
Complementarios generales					
Fecha: _____ Fecha: _____					
Hemoglobina		Eritrosedimentación		Cituria	
Hematocrito		Glicemia		Heces Fecales	
Leucograma		Ácido úrico		Colesterol	
Polimorfo nucleares		Creatinina		Triglicéridos	
Linfocitos		LDH		FR	
Monocitos		TGP		ANA	
Eosinófilos		FAL		ANCA	
Complementarios específicos					
Citológico nasal			Exudado nasofaríngeo		
IgE sérica global			IgE en lágrimas		
Prick test:					

Citológico conjuntival		Prueba de parche	
RX Senos paranasales			
TAC			
Tratamiento indicado			
Terapia general	Terapia tópica	Terapia Sistémica	
<input type="checkbox"/> evitación del alérgeno	<input type="checkbox"/> Ketotifeno	<input type="checkbox"/> Difenhidramina	
<input type="checkbox"/> control ambiental	<input type="checkbox"/> Levocavastina	<input type="checkbox"/> Dexclorferinamina	
<input type="checkbox"/> lágrimas artificiales	<input type="checkbox"/> Azelastina	<input type="checkbox"/> Meclizine	
<input type="checkbox"/> lavado con suero fisiológico	<input type="checkbox"/> Olopatadina	<input type="checkbox"/> Ciproheptadina	
<input type="checkbox"/> compresas frías	<input type="checkbox"/> Lodoxamida	<input type="checkbox"/> Ketotifeno	
	<input type="checkbox"/> Cromoglicato	<input type="checkbox"/> Loratadina	
	<input type="checkbox"/> Nedocromil	<input type="checkbox"/> Ceterizina	
	<input type="checkbox"/> Prednisolona	<input type="checkbox"/> Prednisona	
	<input type="checkbox"/> crema esteroidea palpebral	<input type="checkbox"/> Dexametasona	
		<input type="checkbox"/> Factor de transferencia	
		<input type="checkbox"/> Ciclosporina	
IT			
Interconsultas			
Observaciones			
Médico responsable:	Firma	Fecha	

Bibliografía

Bachert, C. (2004). Persistent rhinitis - allergic or nonallergic? *Allergy*; 59 Suppl 76:11.

Blaiss, MS. (2007). Safety considerations of intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc*; 28:145.

Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens J, Togias A, *et al.* (2012). Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) *Allergy*: 63 (Suppl.86).

Bush, R.K., y Swenson, C. Fahlberg, B. *et al.* (2013). High-dose house dust mite sublingual immunotherapy increased antigen-specific serum IgG4 and PD20 to HDM antigen. *J Allergy Clin Immunol*; 123:725.

Casale, T.B., Canonica. G.W., y Bousquet, J. *et al.* (2012). Recommendations for appropriate sublingual immunotherapy clinical trials. *J Allergy Clin Immunol*; 124:665.

Cingi, C.,y Ozlugedik, S. (2010). Effects of montelukast on quality of life in patients with persistent allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 142:654..

Doshi, J. (2009). Rhinitis medicamentosa: what an otolaryngologist needs to know. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 266:623.

Fireman P. Therapeutic approaches to allergic rhinitis. (2011) Treating the child. *J Allergy Clin Immunol*;1 05 (6Pt2):S 616-621.

Fletcher, R.H., Corren J., Feldweg, A.M. (2011). An overview of rhinitis

Harmsen, L., Nolte, H. Backer, V. (2010). The effect of generalist and specialist care on quality of life in asthma patients with and without allergic rhinitis. *Int Arch Allergy Immunol*; 152:288.

Jindal, A., Suriyan, S., Sagadevan, S. (2016) Comparison of Oral Montelukast and Intranasal Fluticasone in Patients with Asthma and Allergic Rhinitis. *J Clin Diagn Res.*: OC06-10.doi: 10.7860/JCDR/2016/20741.8268.Epub2016 Aug 1.

Juniper EF. (1998) Impact of upper respiratory allergic diseases on quality of life. *J Allergy Clin Immunol*; 101: S386-S391

Lundback B. (2012); Epidemiology of rhinitis and asthma. *Clin Exp Allergy*;28 (suppl 2):3-10.

Martin, B.G., Ratner, P.H., Hampel, F.C., et al. (2010). Optimal dose selection of fluticasone furoate nasal spray for the treatment of seasonal allergic rhinitis in adults and adolescents. *Allergy Asthma Proc*; 28:216.

Nasiri Kalmarzi, R., Fattahi, N., Kaviani, Z., Ataei, P., Mansouri, M., Moradi, G. (2016). Inverse correlation of soluble programmed cell death -1 ligand-1 (sPD-L1) with eosinophil count and clinical severity I allergic rhinitis patients. *Allergol Int.* 2016 Sep 8. Pii: S1323- 8930 (16) 30127-7. DOI: 10.1016/j.alit.2016.08.008.[Epub ahead of print].

Nayak, A., Langdon, R.B. (2007). Montelukast in the treatment of allergic rhinitis: an evidence-based review. *Drugs*; 67:887.

Passalacqua, G., Guerra, L. Compalati, E. Canonica, G.W. (2007). The safety of allergen specific sublingual immunotherapy. *Curr Drug Saf*; 2:117.

Pérez-Alzate, D., Blanca-López, N., Doña, I., Agundez, JA.(2016) Asthma and rhinitis Induced by Selective Immediate Reactions to Paracetamol and Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs in Aspirin Tolerant Subjects. *Front Pharmacol* ;7: 215.doi: 10.3389/fphar.2016.00215.e Collection 2016.

Senti, G., Graf, N. Haug, S. et al. (2011). Epicutaneous allergen administration as a novel method of allergen-specific immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol*; 124:997.

Shazo, R.D., Feldweg (2011). *Pharmacotherapy of allergic rhinitis*;2:12.

Sonia, T., Meriem , M., Yasine, O., Nozha, B. S. (2016).Prevalence of asthma and rhinitis in a Tunisian population. *Clin Respir J.* 2016 Oct 12 DOI: 10.1111/crj.12570.

Takeo, S., Okabayashi, Y., Kohno, T. Yumii, K., Hirakawa, K. (2016). The role of nasal fractional exhaled nitric oxide as an objective parameter independent of nasal airflow resistance in the diagnosis of allergic rhinitis. *Auris Nasus Larynx.* Pii: S0385-8146 (16) 30369-8. DOI: 10.1016/j.anl.2016.09.007

Vaidyanathan, S. Williamson, P. Clearie, K. et al. (2010). Fluticasone reverses oxymetazoline-induced tachyphylaxis of response and rebound congestion. *Am J Respir Crit Care Med*; 82:19.

Varghese, M., Glaum, M.C., Lockey, R.F. (2010). Drug-induced rhinitis. *Clin Exp Allergy.* 40:381.

Wallace, D.V., Dykewicz, M.S., Bernstein, D.I. et al. (2008): The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 122:S1.

