

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO-SAN BORJA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 26 OCT. 2018

VISTO:

El expediente N°18-024952-001-INSN-SB; sobre aprobación de la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas; y,

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA fue aprobada la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso b) del literal II.4.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-

2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de la Atención Integral Especializada el elaborar y proponer en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 2 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración y Aprobación de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Gestión de Procesos y Procedimientos del Proceso de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 118/2017/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Práctica Clínica;

Que, mediante la Nota Informativa N°0964-2018-SUAIEPEQ-INSNSB, de fecha 09 de octubre de 2018, la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, remite la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica, elaborada por la especialidad de Otorrinolaringología, la misma que cuenta con el visto bueno de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas con la finalidad de que se proceda a su aprobación, mediante la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Que, mediante la Nota Informativa N° 663-2018-UAIE-INSN-SB, de fecha 10 de octubre de 2018, el Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada emite opinión favorable a la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica, elaborado por la especialidad de Otorrinolaringología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas;

Que, mediante la Nota Informativa N° 00915-2018-UGC-INSN-SB, de fecha 11 de octubre de 2018, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación, mediante la emisión de la Resolución Directoral de la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica, la misma que cuenta con la opinión favorable de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas y de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Que, mediante el Memorandum N°651-2018-DG/INSNSB, de fecha 12 de octubre de 2018, la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, solicita se realice las acciones que correspondan de acuerdo al marco normativo vigente, en relación a la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica;

Que, mediante Informe Legal N° 249-2018-UAJ-INSN-SB, la Unidad de Asesoría Jurídica informa en relación a la "Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja, la misma que se encuentra enmarcada dentro de las normas de la materia, por lo que se recomienda su aprobación, mediante la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica de Rinitis alérgica de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas, que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.-ENCÁRGUESE a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas la implementación de la Guía de Práctica Clínica antes señalada, aprobada con la presente resolución.

ARTÍCULO 3.- ENCÁRGUESE a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación del cumplimiento de la presente Guía.

ARTÍCULO 4.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulma Tomás González
DIRECTORA GENERAL



EZTG/BSPB/dpm

Distribución

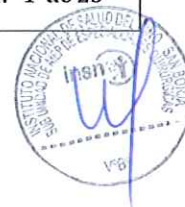
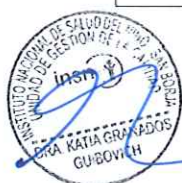
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Tecnologías de la Información
- () Archivo



GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE RINITIS ALERGICA



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Equipo Técnico de Otorrinolaringología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	<p>Dra. Zulema Tomás González</p> <p>Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>

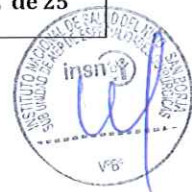
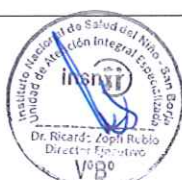




GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

Índice

I	Finalidad	3
II	Objetivo	3
III	Ámbito de Aplicación	3
IV	Diagnóstico y Tratamiento	3
4.1.-	Nombre y Código	3
V	Consideraciones Generales	3
5.1	Definición	3
5.2	Fisiopatología	4
5.3	Aspectos Epidemiológicos	5
5.4	Factores de Riesgo Asociado	6
VI	Consideraciones Específicas	7
6.1	Cuadro Clínico	7
6.1.1	Signos y Sintomas	7
6.1.2	Fotografías	8
6.2	Diagnostico	8
6.2.1	Criterios de diagnostico	10
6.3	Exámenes Auxiliares	11
6.3.1	De Patología clínica	11
6.3.2	De imágenes	13
6.3.3	De exámenes especiales complementarios	14
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva	15
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas	15
6.4.2	Terapéutica	15
6.4.3	Efectos adversos o colaterales del tratamiento	18
6.4.4	Signos de alarma	19
6.4.5	Criterios de Alta	19
6.4.6	Pronosticos	19
6.5	Complicaciones	19
6.6	Criterios de Referencia y Contrarreferencia	19
6.7	Fluxograma	20
VII	Anexos	21
VIII	Referencias Bibliográficas	22





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

I.-Finalidad

Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud de los pacientes con Rinitis alérgica y el tratamiento oportuno, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.

II.-Objetivo

Unificar y estandarizar la guía de práctica clínica de Rinitis alérgica en el personal de salud, brindando orientación basada en evidencia; favoreciendo en una atención oportuna, segura y costo efectiva.

III.-Ámbito de Aplicación

Es de aplicación en todos los servicios asistenciales que presenten el diagnóstico de Rinitis alérgica en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

IV.-Diagnóstico y Tratamiento**4.1 NOMBRE Y CODIGO CIE X**

RINITIS ALERGICA J30.4

V.-Consideraciones Generales**5.1 DEFINICION**

La rinitis alérgica corresponde al conjunto de las manifestaciones funcionales nasales provocadas por el desarrollo de una inflamación dependiente de inmunoglobulina E (IgE) de la mucosa nasal, en respuesta a la exposición a distintos tipos de alérgenos [1,2]. No obstante, estas manifestaciones funcionales no siempre son específicas y pueden observarse en muchas otras circunstancias (irritación, ambiente, etc.) [3-5].



5.2 FISIOPATOLOGÍA

La mucosa nasal es de tipo respiratorio y consta de un epitelio pseudoestratificado ciliado recubierto de moco. Las glándulas mucosas desembocan a este nivel.

Bajo el epitelio, según la región estudiada, se observa una profusa red vascular (cornete inferior) o una submucosa fina en la que transitan diversas células linfoplasmocíticas (cornete medio, seno maxilar). Todo este conjunto contribuye a la formación de una película mucosa transportada activamente por el batido ciliar hacia la rinofaringe.

Por lo general, las células inflamatorias son poco numerosas en la submucosa.

Tres tipos celulares desempeñan un papel primordial en la reacción nasal alérgica: las células presentadoras de antígeno, los linfocitos y los eosinófilos, que son responsables de la cinética de la respuesta alérgica.

Esta reacción alérgica dependiente de IgE, debida al contacto alérgénico, observada en la rinitis alérgica suele describirse en dos fases [6,7]:

- I fase de sensibilización, donde la presentación de los alérgenos a los linfocitos, por parte de las células presentadoras de la mucosa nasal, desencadena una respuesta inmunitaria caracterizada por una inflamación Th2 que causa la producción de IgE específicas del alérgeno. Estas IgE, producidas tras la diferenciación de los linfocitos B en plasmocitos, puede fijarse a continuación a las células dotadas de receptores para este isotipo (sobre todo mastocitos). Esta síntesis de IgE se debe a una interacción linfocítica B y T. Esta fase es silenciosa desde el punto de vista clínico;
- II fase clínica, caracterizada por la aparición de síntomas durante el contacto del alérgeno (o alérgenos) con la mucosa nasal. Esta etapa puede dividirse a su vez en otras dos: la fase inmediata, en la que participa sobre todo la activación de los mastocitos, y la fase retardada, con el reclutamiento de distintas células inflamatorias y mediadores.

Durante la reacción inmediata, el reconocimiento del alérgeno por las IgE fijadas a los mastocitos de la mucosa desencadena una señal de membrana que provoca la liberación rápida de los mediadores preformados, en especial histamina y triptasa. La histamina ejerce sus efectos sobre las distintas estructuras de la mucosa, vasos, glándulas y terminaciones nerviosas sensitivas que desencadenan los síntomas característicos de la rinitis: rinorrea, prurito nasal, estornudos y obstrucción nasal.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

La reacción retardada se caracteriza por la liberación de mediadores neoformados, como los leucotrienos, así como de diferentes citocinas (interleucina 4 [IL4], IL5, IL6, factor de necrosis tumoral α [TNF- α]) que ejercen un efecto quimiotáctico sobre varios tipos celulares, lo que permite su reclutamiento por migración transendotelial a partir del compartimento vascular hacia la mucosa nasal a través de la expresión de moléculas de adhesión. El infiltrado celular es polimorfo, constituido sobre todo por mastocitos, linfocitos (en especial Th2) y eosinófilos. Estas células están activadas y su supervivencia es prolongada, lo que contribuye a amplificar el fenómeno inflamatorio.

Es probable que las células epiteliales nasales desempeñen un papel destacado en la atracción, la acumulación y la activación de los mastocitos a nivel de la mucosa. Recientemente se ha insistido, entre los distintos mecanismos supuestos, en la difusión sistémica de los mediadores y de las citocinas proinflamatorias ^[9] a partir de la mucosa nasal, que participa en la activación de las células provocadoras de la inflamación a nivel de la médula ósea, lo que favorece la migración de las células inflamatorias.

5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El aumento constante de la alergia respiratoria (rinitis alérgica, asma, etc.) ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la haya convertido en una de sus principales preocupaciones ^[9]. En Francia, por ejemplo, los resultados del estudio ISAAC (Annesi-Maesano, 1998, GB), realizado en 18.555 niños y adolescentes de 10-17 años provenientes de cinco zonas geográficas distintas, ha demostrado una prevalencia media de la rinitis estacional del 13,9%, pero con variaciones muy significativas, que oscilaban entre el 5,8% y el 39,6% según las zonas. La prevalencia de la rinitis perenne era más homogénea y se situaba alrededor del 3%.

En los adultos (de 20 a 44 años), los datos del estudio europeo ^[10] existentes para tres ciudades francesas distintas, por ejemplo ^[14], indican una prevalencia de la rinitis alérgica estimada en el 28,34,3 y 30,8% en cada una de ellas.

Estos estudios tienen sus limitaciones, pero atestiguan una prevalencia elevada de la rinitis alérgica en la población general. Los factores causantes de este aumento de la prevalencia siguen sin dilucidarse.

Algunos autores apuntan a los de tipo ambiental (urbanización, modificación alimentaria, reducción de las infecciones infantiles).



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

El factor familiar también se sospecha en la aparición de alergia respiratoria, porque los estudios de agregaciones familiares han permitido sospechar el carácter hereditario de la rinitis alérgica.

Los estudios de genética molecular permiten una estrategia de localización de los genes implicados en las enfermedades alérgicas [11-17].

A través de los estudios, se han localizado los loci génicos y después los genes candidatos. Estos estudios, largos y complejos tienen como objetivo identificar las variantes genéticas y asociarlas a un fenotipo concreto. Esta tarea es difícil, porque existen numerosas formas clínicas y los factores ambientales también desempeñan un papel no despreciable. En la práctica, se debe recordar que además de esta elevada incidencia, la asociación con el asma es muy frecuente. De forma general, existe una buena correlación entre la prevalencia de la rinitis y la del asma. La rinitis alérgica aumenta el riesgo de aparición de asma en un factor de alrededor de 8 [18].

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Alérgenos, esta molécula introducida en el organismo induce una reacción inmunitaria específica. En la rinitis alérgica, los alérgenos son sobre todo neumalérgenos o alérgenos difundidos por el aire. Pueden ser perennes o estacionales.

Son numerosos (Cuadro I) y, entre los implicados con más frecuencia, se encuentran los pólenes de gramíneas, de herbáceas, de árboles, las proteínas animales, las esporas fúngicas y los insectos. Además de estos alérgenos comunes, los de tipo profesional también provocan rinitis: harina, fibras, látex, etcétera.

También se observan reacciones cruzadas debido a una homología inmunoquímica entre ciertos alérgenos.

Cuadro I.
Lista de los alérgenos comunes responsables de la rinitis alérgica (lista no exhaustiva).

Alérgenos	Sensibilización cruzada significativa
Gramíneas	Avena, trigo, zanahoria, apio, cebada, manzana, centeno
Ambrosía	Apio, zanahoria, perejil
Ácaros	
Látex	Aguacate, plátano, castaña, kiwi
Abedul	Apio, melocotón, manzana, pera
Ciprés, enebro, tuya	
Parietaria	
Gato, hámster, cobaya, ratón	
Mohos (<i>Alternaria</i> , <i>Cladosporium</i> , <i>Aspergillus</i>)	
Cucarachas	

**VI.-Consideraciones Específicas****6.1 CUADRO CLINICO**

La rinitis alérgica se caracteriza por inflamación de la mucosa nasal que produce con gran frecuencia síntomas de obstrucción nasal, rinorrea y estornudos, que pueden o no acompañarse de lagrimeo y picor ocular.

6.1.1 Signos y síntomas

Aunque la anamnesis es esencial para el diagnóstico, la exploración clínica es indispensable para descartar las demás enfermedades naso sinusales. (Fig. 3-5)

La exploración ORL consiste como mínimo en la inspección de las fosas nasales con un espéculo o con un otoscopio al que se le fija un espéculo grande. No se encuentran anomalías significativas, aparte de un edema bilateral de los cornetes inferior y medio, recubierto de secreciones transparentes durante la exposición alérgica. La endoscopia nasal es más precisa, pero sigue siendo una exploración especializada, y además, el coste de los endoscopios o de los fibroendoscopios, así como las exigencias de esterilización la convierten en una auténtica prueba complementaria.

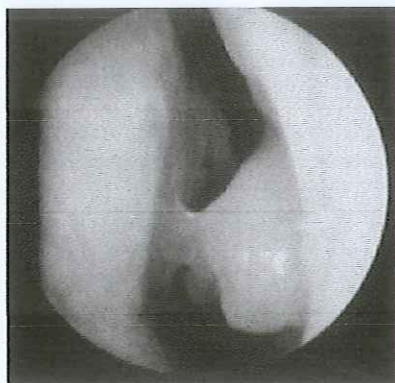
Sigue siendo indispensable en caso de duda diagnóstica, de síntomas unilaterales o atípicos (algias faciales, epistaxis) y si el paciente desempeña una profesión con riesgo de cáncer (como los ebanistas, o las personas que trabajen con el cuero, el cromo, el níquel o con vapores tóxicos). Una exploración normal fuera de los períodos sintomáticos no es infrecuente y no debe hacer que se descarte el diagnóstico.

Al contrario, la rinitis alérgica puede asociarse a una poliposis, que a su vez suele asociarse al asma o a una hipertrofia de las vegetaciones adenoideas en los adolescentes jóvenes.

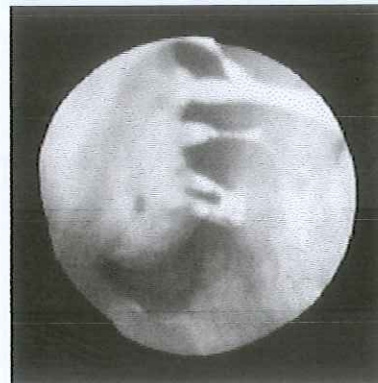


GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

6.1.2 Fotografías



Rinoscopia de la fosa nasal izquierda: rinitis alérgica, edema transitorio del cornete inferior con secreción serosa.



Rinoscopia de la fosa nasal derecha: rinitis aguda con secreciones e hipervascularización.



Rinoscopia de la fosa nasal izquierda: rinitis alérgica, edema polipoide de la cabeza del cornete inferior.

6.2 DIAGNOSTICO

El último consenso de la OMS, denominado ARIA (acrónimo inglés de Rinitis Alérgica y su Impacto en el Asma) [9, 10] y las recomendaciones de la Société Française d'ORL para el tratamiento de las rinitis crónicas [1] son la base de evidencia para la realización de esta GPC. El diagnóstico debe sospecharse a partir de la anamnesis.

Al igual que en cualquier enfermedad alérgica, la búsqueda de concordancia temporoespacial en el desencadenamiento de los síntomas es esencial. Esto suele ser fácil en las formas recientes con monosensibilización.

A veces, en las formas antiguas o en caso de multisensibilización, esta cronología es más complicada de encontrar.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

La asociación clásica de síntomas sugerentes incluye los estornudos en salvas, la rinorrea acuosa y la obstrucción nasal bilateral, que aparecen durante la exposición a los alérgenos. La confirmación de este diagnóstico, la búsqueda de comorbilidad y, sobre todo, de un cuadro de asma asociado, debe ser sistemática. Debe evaluarse la intensidad de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida.

Numerosos estudios han confirmado que, en ausencia de tratamiento, la repercusión sobre el sueño, las actividades profesionales, escolares y las actividades recreativas no es nada despreciable [20-25].

Por último, se debe buscar el efecto de los tratamientos que se toman en ocasiones (medicamentos, eliminación del alérgeno), el ambiente alérgico o no del paciente (animales, ácaros, pólenes, mohos, tabaquismo, ambiente profesional, aficiones, etc.), así como los antecedentes alérgicos personales y familiares (aunque sus valores predictivos sean bajos).

Las formas clínicas son numerosas, en función de los alérgenos responsables, las comorbilidades presentes y la edad del paciente. Entre ellas, la rinitis por pólenes de gramíneas es el modelo de alergia primaveral, y la debida a los pólenes de ambrosiáceas es la homóloga de la alergia otoñal. El diagnóstico es más difícil cuando los síntomas aparecen en períodos inconstantes, cuando la polinización de las especies es variable de un año a otro. Esto es lo que sucede con la alergia a los pólenes de cupresáceas en la región mediterránea. Los síntomas suelen ser muy intensos y se atribuyen a una rinitis aguda viral. La alergia a los ácaros es una posibilidad en la que se piensa especialmente si la rinitis es máxima por la mañana al levantarse, en otoño o cuando el paciente hace la cama o vacía el aspirador, y si la rinitis desaparece durante la estancia en altitud (los ácaros requieren calor y humedad para reproducirse y no pueden sobrevivir por encima de los 1.000-1.200 m de altitud).

La alergia a los mohos se sospecha en especial si existen mohos en la casa y si la rinitis aparece cuando el paciente se encuentra en las habitaciones afectadas, o incluso antes de una tormenta.

En algunos casos, el contacto con los animales provoca episodios de recrudescencia de la rinitis. En tal caso existe una concordancia espacial con los brotes de rinitis, de conjuntivitis y, en ocasiones, de asma durante estos contactos.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

Por último, siempre debe pensarse en el diagnóstico de rinitis profesional si el paciente relaciona la aparición de sus síntomas con su trabajo.

Los síntomas, al menos al principio, siguen el ritmo de la exposición profesional, por lo que aparecen (o se agravan) durante la semana y desaparecen o mejoran durante el fin de semana y las vacaciones.

En las formas más antiguas, el diagnóstico clínico es menos evidente y justifica una anamnesis meticulosa para intentar identificar los factores desencadenantes.

6.2.1 Criterios de diagnóstico

Se ha propuesto utilizar una ayuda diagnóstica, en forma de un cuestionario epidemiológico que integre los datos clínicos y los antecedentes personales y familiares de atopia ^[26] (Cuadro II).

Permite establecer una puntuación de probabilidad del diagnóstico de rinitis alérgica con un umbral dotado de un adecuado valor predictivo positivo y negativo (respectivamente, del 84 y 74%).

Cuadro II.
Escala para la detección selectiva de la rinitis alérgica, según Annesi-Maesano.

Pregunta	Elementos	Número de puntos	Puntuación acumulada
¿Ha tenido durante los últimos 12 meses: estornudos, rinoresaca, obstrucción nasal?	Síntomas nasales	1 por síntoma	3
¿Durante cuál de estos meses ha tenido usted problemas nasales?	Duración en meses de la afectación	1 por período >6 meses 1 por período de pólenes	5
¿Estos problemas nasales se acompañan de lagrimeo o de picor ocular?	Síntomas nasales asociados a síntomas oculares (rinoconjuntivitis)	2	7
¿Qué factores suelen desencadenar o aumentar estos problemas nasales?	Factores desencadenantes	2	9
	Al menos un alérgeno entre pólenes o ácaros	1	
	Al menos un alérgenos entre epitelios y mohos		
¿Piensa usted que es alérgico?	Sensación individual de alergia	2	11
¿Se ha sometido a un estudio médico para saber si es usted alérgico?	Detección positiva de alergia	2	13
¿Un médico le ha dicho que usted es o era alérgico?	Diagnóstico positivo de alergia	1	14
¿Uno o varios miembros de su familia sufren eccema, asma o rinitis alérgica?	Antecedentes familiares positivos de alergia	2	16
TOTAL			16





6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología clínica

Citología nasal

La eosinofilia secretora que puede aparecer no siempre indica una alergia.

La ausencia de método estandarizado en su realización y su interpretación no han permitido su utilización en la práctica cotidiana.

Confirmación de la alergia

El análisis del estudio de la práctica cotidiana confirma aún la escasez de exploraciones solicitadas cuando se sospecha el diagnóstico de rinitis alérgica [23, 24, 27]. Se dispone de numerosas exploraciones, pero algunas son inútiles: hemograma completo, determinación de las IgE totales.

Las más útiles son las pruebas cutáneas, las determinaciones de IgE específicas y las pruebas multialérgicas.

Pruebas cutáneas de alergia

Su valor predictivo, asociado a los datos de la anamnesis, alcanza el 97-99%.

Son el elemento básico y la primera fase de la exploración alergológica.

Consisten en introducir un extracto alérgico purificado (mejor si está estandarizado) por vía percutánea (pruebas de punción).

Si los mastocitos del paciente tienen en su superficie IgE específicas de este alérgeno, se produce su desgranulación y causan una reacción de tipo urticarial en los minutos posteriores a la inyección. Su reacción y su lectura requieren un aprendizaje.

Las precauciones clásicas son:

- La realización de un control positivo (1 o 10 mg/ml de histamina o de desgranulante mastocítico inespecífico, como el fosfato de codeína al 9%).
- La realización de un control negativo (diluyente que sirva para los alérgenos probados).





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

Cualquier positividad en el lugar del control negativo (por lo general, debida a un traumatismo por la aguja) cambia la interpretación de las pruebas de punción a los alérgenos.

- La interrupción de los antihistamínicos y de las demás clases de fármacos que tengan una actividad antihistamínica varios días antes de la realización de las pruebas es indispensable.

Una pápula en el lugar donde se ha depositado el extracto alérgico, de al menos 3 mm de diámetro, con un control completamente negativo, debe considerarse positiva, y refleja una sensibilización. No obstante, se debe rechazar la ecuación pruebas cutáneas positivas = alergia, porque más del 25% de las personas (de una población general) presentan una positividad en dichas pruebas sin que tengan sintomatología clínica. Es indispensable, mediante la anamnesis, demostrar que la sintomatología nasal es realmente atribuible a la alergia.

En la polinosis aislada, cuando la historia clínica es típica, las pruebas cutáneas no son obligatorias [9]. Determinación de las inmunoglobulinas E específicas séricas. En la práctica habitual, no se trata de una prueba de primera elección. Tiene utilidad sobre todo cuando existe una discordancia entre el alérgeno sospechado por la clínica y los resultados de las pruebas cutáneas,

Determinación de las inmunoglobulinas E específicas séricas

En la práctica habitual, no se trata de una prueba de primera elección.

Tiene utilidad sobre todo cuando existe una discordancia entre el alérgeno sospechado por la clínica y los resultados de las pruebas cutáneas, cuando se quiere buscar una sensibilización a un alérgeno infrecuente, no disponible en las pruebas cutáneas o cuando éstas son irrealizables (dermatosis extensa) o ininterpretables (tratamiento antihistamínico imposible de interrumpir).

La determinación de las IgE específicas no se ve influida por los medicamentos. Se trata de una prueba cara y se requiere una cierta demora para obtener los resultados.





El laboratorio de análisis debe mencionar de forma obligatoria la técnica utilizada y el nombre del fabricante (ejemplo: prueba de radioalergoabsorción [RAST], CAP-análisis de inmuoabsorción ligada a enzimas [ELISA], determinaciones inmunoenzimáticas). La aparición de los alérgenos recombinantes debería facilitar la estandarización de estas pruebas.

Pruebas multialérgicas de detección selectiva

Estas pruebas séricas detectan, en el suero del paciente, las IgE dirigidas de forma específica contra los neumoalérgenos más frecuentes. Se utilizan ampliamente por parte de los médicos no especialistas y se basan en una técnica radioinmunológica o inmunoenzimológica. Algunas permiten una respuesta no cualitativa y binaria (positivo/negativo), mientras que otras ofrecen una respuesta semicualitativa. La especificidad y la sensibilidad de la prueba son superiores al 80-90%, pero algunos alérgenos regionales, como los pólenes de ciprés y de ambrosía, la cucaracha y los alérgenos alimentarios pueden no estar presentes en el equipo utilizado.

Determinación de las inmunoglobulinas E totales séricas

La determinación de las IgE totales carece de valor en el diagnóstico del componente alérgico de una rinitis. No es una prueba de detección selectiva, por lo que no debe solicitarse con este fin.

Concentración de los polimorfonucleares eosinófilos sanguíneos

La búsqueda sistemática de una eosinofilia sanguínea (eosinófilos superiores a 500/dl o superiores al 5%) no es útil en la práctica habitual.

6.3.2 De imágenes

Su ausencia de sensibilidad y, sobre todo, de especificidad, hacen de ellas una exploración inútil en las situaciones no complicadas. A veces incluso, esta exploración puede hacer que se establezca de forma errónea un diagnóstico de sinusitis y retrasar la búsqueda de una alergia.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

Sólo la tomografía computarizada (TC) conserva una utilidad cuando la endoscopia nasal descubre una lesión atípica. Su realización sólo está justificada después de una anamnesis minuciosa y de una exploración de las cavidades nasales.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

Aunque la anamnesis es esencial para el diagnóstico, la exploración clínica es indispensable para descartar las demás enfermedades nasosinuales.

La exploración ORL consiste como mínimo en la inspección de las fosas nasales con un espéculo o con un otoscopio al que se le fija un espéculo grande.

No se encuentran anomalías significativas, aparte de un edema bilateral de los cornetes inferior y medio, recubierto de secreciones transparentes durante la exposición alérgica.

La endoscopia nasal es más precisa, pero sigue siendo una exploración especializada, y además, el coste de los endoscopios o de los fibroendoscopios, así como las exigencias de esterilización la convierten en una auténtica prueba complementaria. Sigue siendo indispensable en caso de duda diagnóstica, de síntomas unilaterales o atípicos (algias faciales, epistaxis) y si el paciente desempeña una profesión con riesgo de cáncer (como los ebanistas, o las personas que trabajen con el cuero, el cromo, el níquel o con vapores tóxicos). Una exploración normal fuera de los períodos sintomáticos no es infrecuente y no debe hacer que se descarte el diagnóstico. Al contrario, la rinitis alérgica puede asociarse a una poliposis, que a su vez suele asociarse al asma o a una hipertrofia de las vegetaciones adenoideas en los adolescentes jóvenes.

Esto destaca la utilidad de la exploración endonasal, sobre todo en las formas refractarias al tratamiento.

Las pruebas de provocación nasal son sobre todo útiles para el diagnóstico de rinitis profesional. Requieren equipos experimentados y un entorno adecuado. Esta prueba consiste en depositar en la fosa nasal dosis crecientes de alérgenos bajo vigilancia clínica de los síntomas de rinitis y la administración del diluyente de estos alérgenos como control. Los resultados de la prueba se evalúan mediante una escala clínica, en función del flujo máximo nasal y/o mediante rinomanometría, etcétera.





6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

El manejo de la rinitis alérgica comprende el evitar factores desencadenantes, tratamientos farmacológicos, inmunoterapias, cirugía, etc.

Cuando el diagnóstico clínico es evidente, el tratamiento sintomático debe iniciarse, el cual incluye medidas de prevención y medicación [28]. Es fundamental evitar los factores desencadenantes del cuadro clínico, es decir, los alérgenos, pero también los posibles irritantes como humo de tabaco, cosméticos, etc.

Hay que disminuir en lo posible la exposición pues la supresión total es imposible, pero la reducción puede reducir la gravedad de los síntomas [29].

El alérgeno puede ser sospechado por la historia clínica. Las medidas de evitación son: Ácaros, evitar objetos susceptibles de acumular polvo, sistema de limpieza húmedo o con filtros, fundas impermeables para colchón y almohada, animales, evitar mascotas en el domicilio o al menos en el dormitorio, lavar con frecuencia semanal y evitar que permanezca en las zonas de mayor habitabilidad, evitar ejercicio aire libre en época de polinización y mantener ventanas cerradas y el aire acondicionado es recomendable.

Cuando requiere una importante inversión económica o cambios de vida sustancial para el paciente debemos considerar la confirmación diagnóstica con los test alérgicos e identificar el alérgeno específico.

6.4.2 Terapéutica

Numerosos fármacos han sido propuestos para el tratamiento de las rinitis alérgicas, destacando entre ellos los corticoides nasales y los antihistamínicos locales y generales.

Los corticoides nasales y los antihistamínicos orales y locales (nasales y conjuntivales) son el eje del tratamiento.





Corticoides intranasales (CN)

Controlan la obstrucción nasal de modo muy superior a los antihistamínicos.

Reducen la obstrucción nasal, prurito, estornudos y la rinorrea tanto en la rinitis alérgica como en las no alérgicas. Efecto variable sobre los síntomas oculares [29]. Inicia su acción entre 6-8 horas después de la primera dosis, aunque su mejoría clínica puede no ser aparente hasta pasado algunos días, con máximo efecto a partir de las dos semanas.

Efectividad tanto en su uso a demanda, como continuado, pero su máxima efectividad sólo se alcanza de esta última forma.

Todos tienen eficacia semejante variando solo su biodisponibilidad sistémica. La absorción sistémica es inapreciable para la fluticasona propionato, fluticasona furoato y la mometasona, pequeña para el resto y alta para la betametasona y dexametasona, por lo que no se aconseja en tratamientos prolongados estas dos últimas [11].

Los efectos secundarios son escasos: irritación, sequedad local y epistaxis en ocasiones por aplicación incorrecta sobre el tabique nasal [30].

La edad a partir de la cual están indicados los CN varía en función del tipo de corticoide y de las distintas agencias reguladoras. Los estudios que avalan la eficacia de los CN en pediatría se han realizado en niños desde los 2 años de edad, aunque en la mayoría de ellos la seguridad no era la variable principal. También la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica recomienda su uso en niños desde 2 años de edad [17].

Antihistamínicos orales

Son eficaces en el control de los estornudos, picor y rinorrea, con escaso efecto sobre la obstrucción nasal. Mejoran también los síntomas no nasales, conjuntiva, paladar, piel y vías aéreas inferiores [29]. En el momento actual se emplean principalmente cetirizina, ebastina, fexofenadina, loratadina, desloratadina y mizolastina.

La última comercialización es la bilastina. Los de segunda generación producen menor sedación y trastornos psicomotores, permitiendo además una dosis diaria, por lo que es aconsejable su utilización [31].





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

Corticoides orales

Sólo se deben emplear en casos muy graves y en corto periodo de tiempo. Los corticoides inyectables o depot no tienen indicación [13].

Descongestionantes tópicos

Tipo nafazolina, oximetazolina, fenilefrina entre otros, pueden ser útiles en un principio en el control de la obstrucción y rinorrea, pero presentan el efecto creciente de rebote y dan lugar a una rinitis medicamentosa si se usan más de 7 a 10 días, por lo que su utilización debe quedar limitada a los primeros días [31].

Descongestionantes orales

El empleo de agonistas adrenérgicos sistémicos, tipo pseudoefedrina, empleados asociados a antihistamínicos, tienen valor discutido, ya que pueden producir efectos adversos a nivel del SNC y cardiovasculares. Contraindicado en presencia de arritmia, enfermedad coronaria, hipertensión, hipertiroidismo, glaucoma, retención urinaria y patología psiquiátrica.

Por su poca efectividad no son generalmente recomendables [29]. Es necesario ofrecer terapia combinada a los pacientes con inadecuada respuesta a la monoterapia farmacológica utilizando una combinación de fármacos. En el momento actual es discutida la efectividad de asociar un corticoide nasal con un antihistamínico oral, en ensayo clínico no ha demostrado efectividad frente a corticoides y placebo. Una posible alternativa es el uso de un único spray nasal con la combinación de corticoides y antihistamínicos en pacientes no controlados con los corticoides nasales [1].

Los antileucotrienos no deben ser recomendados como terapia de entrada, la única posible excepción es si coexiste con asma, su uso queda como tratamiento complementario[1].

Inmunoterapia

La inmunoterapia sublingual y subcutánea es pesada y tiene algún riesgo, pero es efectiva en la reducción de síntomas y disminución de necesidad de medicación, aunque la magnitud de este efecto es poco clara.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

La inmunoterapia específica subcutánea está indicada cuando existe sensibilización demostrada mediada por IgE a antígeno único o grupo muy reducido de antígenos y los pacientes no son controlados con medidas preventivas ni con farmacoterapia o no la toleran o la rechazan.

Se ha evidenciado su eficacia en sensibilizaciones a polen, ácaros y determinados epitelios^[32].

La inmunoterapia sublingual presenta las mismas indicaciones más las que rechazan la inmunoterapia subcutánea. La inmunoterapia sublingual es eficaz para la rinitis alérgica y se ha mostrado que es una vía segura de administración.

En niños se acepta el inicio de la inmunoterapia a partir de los cinco años. Esta terapia no está exenta de riesgos, con posibilidad extrema de una reacción anafiláctica^[33].

Cirugía

El lugar de la cirugía se limita a la corrección de las deformidades anatómicas y, en caso de obstrucción persistente no controlada, a realización de cirugía sobre los cornetes, aunque su eficacia en este caso es dudosa. No hay ensayos clínicos aleatorios de tratamiento quirúrgico de la rinitis alérgica. En caso de acompañarse de sinusitis crónica también puede ser necesaria la cirugía^[34].

Otros tratamientos

En las rinitis alérgicas estacionales, los lavados nasales con solución salina mejoran los síntomas tanto en niños como en adultos^[29].

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

Los CN utilizados a las dosis recomendadas producen pocos efectos adversos locales (irritación nasal, epistaxis, costras nasales, raramente perforación del tabique nasal), aunque en ocasiones pueden ser motivo de abandono del tratamiento. Los efectos adversos a menudo se relacionan con una técnica de administración inapropiada^[35].





6.4.4 Signos de alarma.

En casos de administración de inmunoterapia podría presentar anafilaxia.

6.4.5 Criterios de Alta

Los paciente con rinitis alérgica solo de controlan, no existe una remisión completa, a menos que se detecte el alérgeno causante y se erradique. A pesar de todos los esfuerzos por erradicar la rinitis alérgica, es una enfermedad que solo se controla. En el medio ambiente existen muchos alérgenos que podrían escapar de detectarlo en los test de alergia, en todos los casos la familia tiene que entender que la rinitis requiere de un medio ambiente adecuado y tratamiento de mantenimiento en el año.

6.4.6 Pronóstico

Va depender si se halla el alérgeno causante.

6.5. COMPLICACIONES

Se da solo en casos de rinitis mal controlada o persistente en la cual se puede complicar a una rinosinusitis más aún si hubiera algún defecto anatómico que requiere corrección quirúrgica.

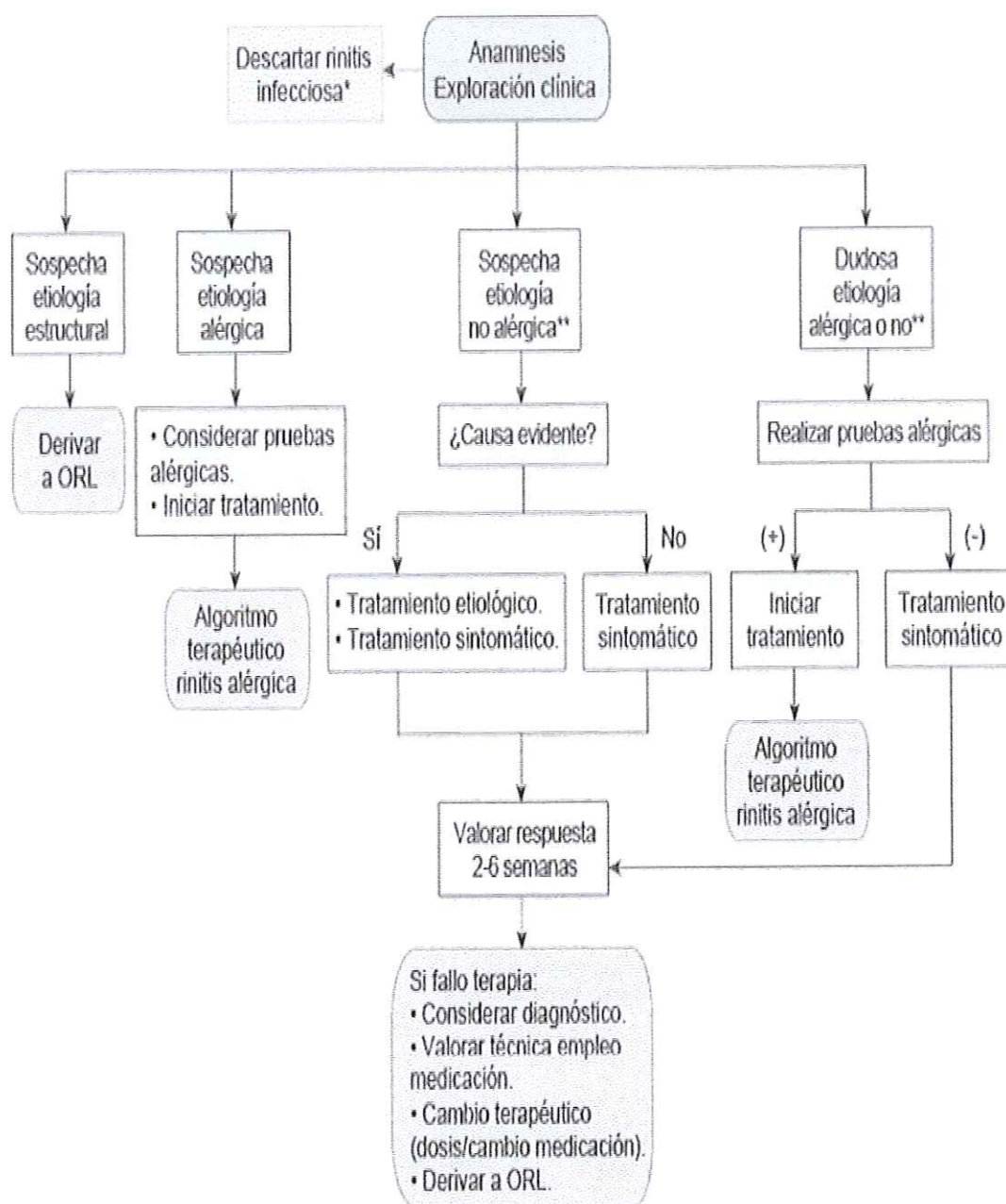
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En casos de rinitis alérgica intermitente puede ser evaluado por medico de primer nivel o segundo nivel de atención, en los casos que no mejora con terapia por vía oral hay que indicar corticoide tópico el cual podría ser manejado en este mismo nivel por médico pediatra. En los casos recurrentes sin respuesta a los anteriores pasar a tercer nivel donde puede ser manejo por alergista, en caso de no respuesta el Otorrinolaringólogo plantearía un tratamiento quirúrgico de acuerdo a la evaluación individualizada por paciente.



6.7. FLUXOGRAMA

FLUJOGRAMA DE DIAGNOSTICO



**VIII.-Referencias Bibliográficas**

1. Société Française d'ORL. Clinical practice recommendations: management of chronic rhinitis. *Oto-rhino-laryngologie Fr* 2005;87:44-51.
2. Naclerio RM. Pathophysiology of perennial allergic rhinitis. *Allergy* 1997;52(suppl36):7-13.
3. Bachert C, van Cauwenberge P, Olbrecht J, van Schoor J. Prevalence, classification and perception of allergic and nonallergic rhinitis in Belgium. *Allergy* 2006;61:693-8.
4. Georgitis JW. Prevalence and differential diagnosis of chronic rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2001;1:202-6.
5. Klossek JM. Les rhinites en pratique quotidienne : des symptômes au diagnostic chez l'adulte. *OPA Prat* 2002; n°153.
6. Naclerio RM. Pathophysiology of perennial allergic rhinitis. *Allergy* 1997;52(suppl36):7-13.
7. Salib RJ, Drake-Lee A, Howarth PH. Allergic rhinitis: past, present and the future. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2003;28: 291-303
8. Borish LC, Steinke JW. 2. Cytokines and chemokines. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111:S460-S475.
9. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108(suppl5):S147-S334.
10. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, selfreported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9:687-95.
11. Neukirch F, Pin I, Knani J, Henry C, Pison C, Liard R, et al. Prevalence of asthma and asthma-like symptoms in three French cities. *Respir Med* 1995;89:685-92.
12. Brasch-Andersen C, Haagerup A, Borglum AD, Vestbo J, Kruse TA. Highly significant linkage to chromosome 3q13.31 for rhinitis and related allergic diseases. *J Med Genet* 2006; 43:e10.
13. Chae SC, Park YR, Li CS, Lee JH, Yang YS, Zhang Q, et al. Analysis of the variations in IL-28RA gene and their association with allergic rhinitis. *Exp Mol Med* 2006;38: 302-9.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

14. Demoly P. Respiratory allergic disease genes. *Rev Pneumol Clin* 2003;59:67-75.
15. Kabesch M. Gene by environment interactions and the development of asthma and allergy. *Toxicol Lett* 2006;162: 43-8.
16. Lee HM, Park SA, Chung SW, Woo JS, Chae SW, Lee SH, et al. Interleukin-18/-607 gene polymorphism in allergic rhinitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70:1085-8.
17. Shreffler WG, Charlop-Powers Z, Sicherer SH. Lack of association of HLA class II alleles with peanut allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;96:865-9.
18. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104: 301-4.
19. Bachert C, van Cauwenberge P. The WHO ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma) initiative. *Chem Immunol Allergy* 2003;82:119-26.
20. Bousquet J, Annesi-Maesano I, Carat F, Leger D, Rugina M, Pribil C, et al. Characteristics of intermittent and persistent allergic rhinitis: DREAMS study group. *Clin Exp Allergy* 2005;35:728-32.
21. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94:182-8.
22. Bousquet J, Neukirch F, Bousquet PJ, Gehano P, Klossek JM, Le Gal M, et al. Severity and impairment of allergic rhinitis in patients consulting in primary care. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:158-62.
23. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Klossek JM. ERAP, a pharmaco-epidemiologic survey on perennial allergic medical practice in France. *Presse Med* 2003;32: 1066-73.
24. Klossek JM, Gohler C, Vervloet D, Deslandes B, Dufour X, Neukirch F. Epidemiology of seasonal spring-time allergic rhinitis in adults in France. *Presse Med* 2005;34:348-52.
25. Leynaert B, Neukirch C, Liard R, Bousquet J, Neukirch F. Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A populationbased study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:1391-6





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

26. Annesi-Maesano I, Didier A, Klossek M, Chanal I, Moreau D, Bousquet J. The score for allergic rhinitis (SFAR): a simple and valid assessment method in population studies. *Allergy* 2002;57:107-14.
27. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M. ERASM, a pharmacoepidemiologic survey on management of intermittent allergic rhinitis in every day general medical practice in France. *Allergy* 2002;57:546-54.
28. Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. Updated January 2013
29. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC, Farooque S, et al; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2008;38(1):19-42. PubMed PMID: 18081563
30. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al; Joint Task Force on Practice; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(2 Suppl):S1-84
31. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, et al; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(3):466-76
32. Calderon MA, Alves B, Jacobson M, Hurwitz B, Sheikh A, Durham S. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD001936. PubMed PMID: 17253469
Cheng J, Yang XN, Liu X, Zhang SP. Capsaicin for allergic rhinitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD004460





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE RINITIS ALERGICA

33. Radulovic S, Calderon MA, Wilson D, Durham S. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. Cochrane Database Syst. Rev. 2010;(12):CD002893.
34. Jose J, Coatesworth AP. Inferior turbinate surgery for nasal obstruction in allergic rhinitis after failed medical treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(12)
35. Información farmacoterapéutica de la comarca. Corticoides nasales. volumen 23 • N° 1 • 2015.

