

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis
Alérgica.

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-041-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

J30X Rinitis Alérgica y Vasomotora Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica

GPC**ISBN 978-607-8270-04-0**

DEFINICIÓN

La **rinitis alérgica** es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal mediada por anticuerpos IgE alérgeno-específicos, con participación de diversas células, citocinas y mediadores, cuyos síntomas principales, desencadenados por la exposición a alérgenos, son la rinorrea, obstrucción nasal, prurito nasal y estornudos en salva, los cuales remiten espontáneamente o con tratamiento. Frecuentemente los pacientes con rinitis alérgica presentan síntomas conjuntivales y de asma.

FACTORES DE RIESGO

Los pacientes alérgicos al látex, especialmente aquellos con espina bífida, tienen el riesgo de presentar reacciones alérgicas en procedimientos médicos y dentales (sondas, guantes, catéteres, etc) y con alimentos como plátano, kiwi, aguacate.

Los antecedentes de atopia familiar y la exposición a ambientes adversos como el tabaquismo familiar, ácaros del polvo y epitelios de animales, entre otros, son factores de riesgo para el desarrollo de rinitis alérgica

En los adultos es importante investigar factores ocupacionales, empleos previos, actividades específicas de trabajo, sustancias presentes en el área laboral, medidas de protección y la presencia de síntomas durante o posterior al trabajo y en días de descanso

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- En el personal alérgico al látex se recomienda usar guantes sin talco y guantes sin látex .
- Se recomienda la identificación temprana de alérgenos ocupacionales y el cambio de área de los trabajadores sensibilizados
- Investigar factores de atopia familiar, exposición a ambientes adversos como el tabaquismo familiar, ácaros del polvo y epitelios de animales.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Interrogar en forma intencionada la presencia de prurito nasal y faríngeo, estornudos en salva, moco nasal y síntomas conjuntivales, así como horario de presentación de los mismos

Realizar exploración física completa con énfasis en presencia de ojeras, líneas de Dennie y surco nasal transversal.

En el interrogatorio preguntar acerca de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas así como de su intermitencia, estacionalidad y factores desencadenantes.

INTERROGATORIO

Preguntar acerca de la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas así como de su intermitencia, estacionalidad y factores desencadenantes

El diagnóstico clínico de rinitis alérgica se establece con la presencia de: prurito nasal y faríngeo, estornudos en salva, moco nasal y síntomas conjuntivales. La mayoría de los pacientes tiene síntomas transitorios por las mañanas.

Interrogar predominancia de rinorrea u obstrucción nasal

La rinorrea es más común cuando los síntomas son estacionales y la obstrucción nasal se presenta más en rinitis perenne

EXPLORACIÓN

En la exploración física se pueden encontrar facies adenoidea, estigmas alérgicos (ojeras, líneas de Dennie, surco nasal) y alineación nasal

La citología nasal positiva es diagnóstica. Esta técnica tiene una sensibilidad de 18% y especificidad de 96%, valor predictivo positivo de 81% y valor predictivo negativo de 55%,

Las pruebas cutáneas con alérgenos se deben realizar en pacientes con diagnóstico probable de rinitis alérgica persistente moderada/severa y que después de 3 meses de tratamiento supervisado con medidas de control ambiental y medicamentos no obtienen mejoría

No se recomienda aplicar las pruebas en pacientes con dermatofismo, lesiones extensas de la piel o en embarazadas.

Solicitar las prueba intradérmicas como segundo recurso cuando los resultados por punción (pruebas cutáneas) son débilmente positivos y es alta la sospecha de rinitis alérgica.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Los antihistamínicos H₁ (antiH₁) son de gran importancia en el tratamiento de la rinitis alérgica. Los antiH₁ de primera generación como la clorfenamina, cloropiramina y la difenhidramina tienen el inconveniente de efectos sedantes y anticolinérgicos.

Los antiH₁ de segunda generación (epinastina, fexofenadina, loratadina) causan poca sedación, son más selectivos de receptores H₁, tienen un inicio de acción más rápido y su efecto dura más de 24 horas.

Se recomiendan los antihistamínicos de segunda generación. No producen taquifilaxia, carecen de efecto cardiotoxico. Se pueden usar desde los 2 años de edad. El alcohol no potencia su efecto

En adultos mayores no es recomendable usar antiH₁ de primera generación por sus efectos sobre el sistema nervioso central

Los esteroides nasales se consideran la primera línea de tratamiento de la rinitis alérgica persistente, sobre todo en la obstrucción.

Utilizar esteroides nasales en rinitis alérgica persistente, son medicamentos bien tolerados a largo plazo no causan atrofia de la mucosa nasal. La aplicación del medicamento se debe dirigir hacia los cornetes para no lesionar la mucosa septal.

Los esteroides nasales son un tratamiento efectivo para la rinoconjuntivitis alérgica y se ha demostrado que dosis recomendadas de budesonida, mometasona y fluticasona no afectan el crecimiento

Los descongestionantes cuando se aplican localmente, en cursos cortos, son muy efectivos para aliviar la obstrucción nasal, pero no controlan el prurito, los estornudos o la rinorrea.

No utilizar por más de una semana, pueden causar efecto de "rebote" y rinitis medicamentosa

Los descongestivos orales no se recomiendan en adultos mayores, embarazadas, pacientes con hipertensión, cardiopatía, hipertiroidismo, hipertrofia prostática, glaucoma y los que usan -bloqueadores o inhibidores de la MAO

El cromoglicato es menos efectivo que los antihistamínicos tópicos u orales y que los esteroides tópicos.

No se recomiendan en menores de un año por su margen estrecho entre dosis terapéuticas y tóxicas.

Por los resultados de su eficacia clínica en el tratamiento de la rinoconjuntivitis alérgica asociada a asma, sobre todo en pacientes con hipersensibilidad a la aspirina, los antileucotrienos pueden tener un papel terapéutico más importante.

El efecto de los antileucotrienos (zileutón, montelukast, pranlukast y zafirlukast) es menor al de los esteroides intranasales. Algunas guías clínicas los consideran como tercera opción para tratar la rinitis alérgica.

La InmunoTerapia con Alérgenos (ITA) es la administración gradual de concentraciones crecientes de extractos alérgicos, a los que el paciente está sensibilizado, con el fin de inducir tolerancia inmunológica específica y mejorar sus síntomas.

La aplicación de ITA en pacientes monosensibilizados y en fases tempranas de la rinitis alérgica puede prevenir el desarrollo de nuevas sensibilizaciones y de asma en 72%

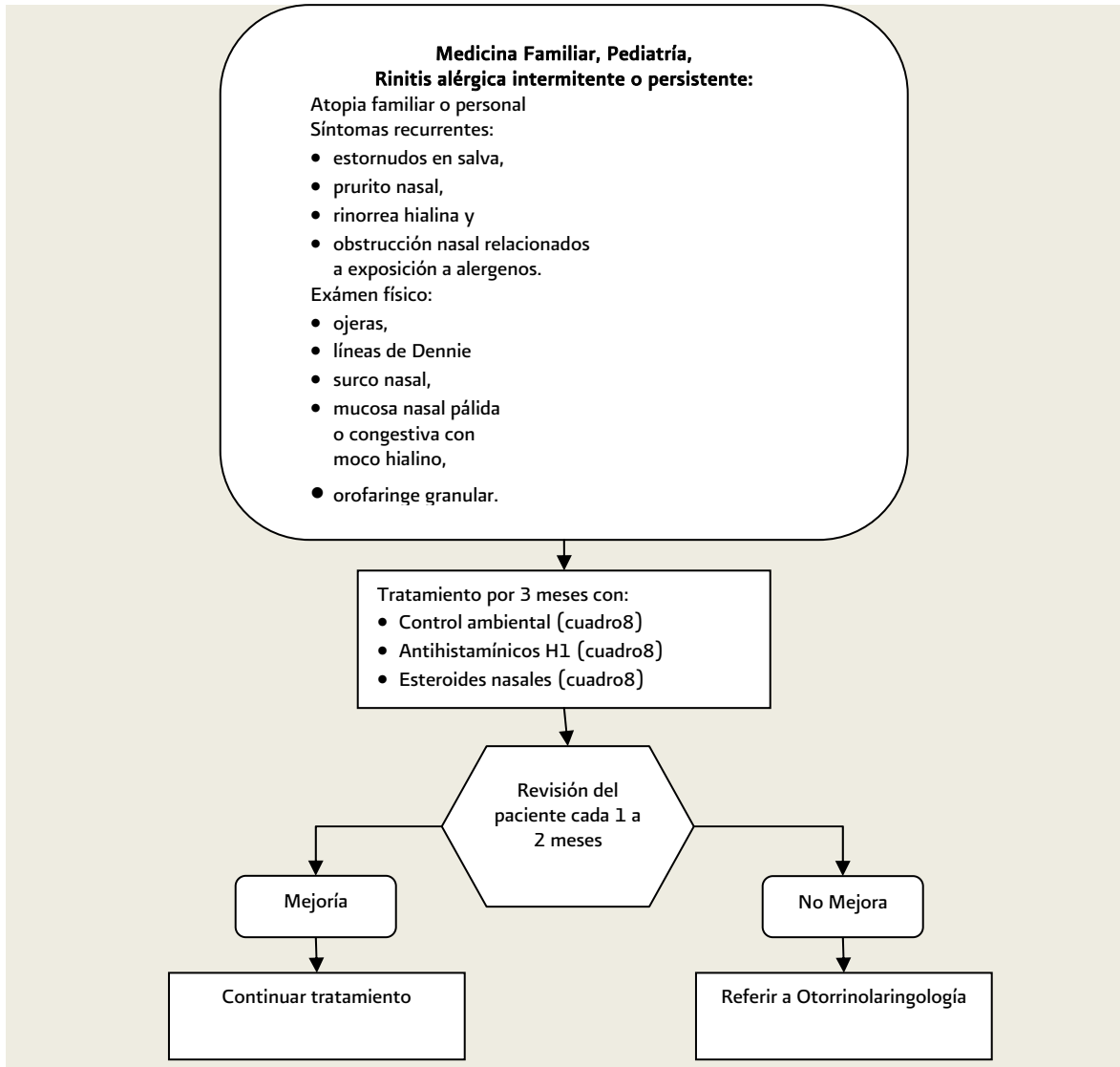
En el caso de mujeres gestantes no se recomienda el inicio de la inmunoterapia, por el riesgo de reacciones adversas, pero si ya la usaban antes del embarazo pueden continuar con ella.

CUADRO I TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

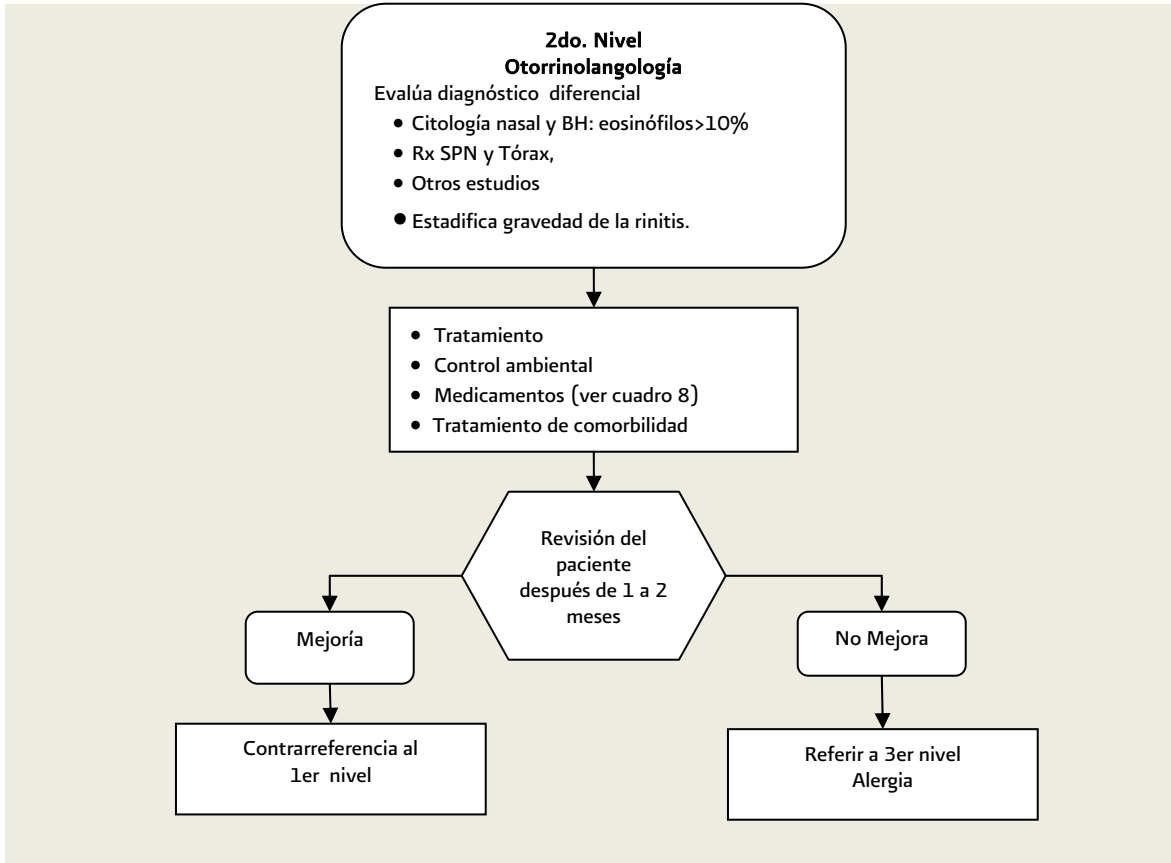
FARMACO	Dosis
Clorfenamina Jarabe	Niños 2-5 años: 2 ml c/6 h (1 mg) 6-11 años: 4ml c/6 h (2 mg) >12 años y adultos: 8ml c/6 h (4mg)
Clorfenamina Tabletas	>12 años y adultos: 1 tableta c/6 h
Clorfenamina Compuesta Tabletas	>12 años y adultos: 1 tableta c/8 h
Difenhidramina Jarabe	Adultos: 25 a 50 mg cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 100 mg/kg de peso corporal/ día. Niños de 3 a 12 años: 5 mg/kg de peso corporal/día, fraccionada cada 6 a 8 horas. Dosis máxima: 50 mg/ kg de peso corporal/día.
Epinastina Tabletas	Adultos y niños mayores de 12 años: Una tableta cada 24 horas.
Fexofenadina Comprimido	Adultos y mayores de 12 años: Rinitis alérgica: 120 mg al día. Niños de 6 a 11 años: 60 mg al día dividida en dos tomas.
Loratadina Tabletas	Niños <30 Kg: 5 mg c/24 h >30 Kg: 10 mg c/24 h
Loratadina Jarabe	Niños: 2-5 años: 5mg c/24 h >6 años: 10mg c/24 h
Budesonida Frasco Pulverizado	>6 años y adultos: 1-2 disparos en cada narina c/24 h
Mometasona Envase nebulizador	Niños 2-11 años: 1 disparo c/narina c/24 h >12 años y adultos: 2 disparos c/narina c/24 h
Oximetazolina envase gotero líquido	Adultos y niños mayores de 12 años: Dos o tres gotas en cada fosa nasal cada 12 horas, con el paciente en decúbito.
Oximetazolina Envase Líquido	Niños de 1 a 5 años: Dos a tres gotas en cada fosa nasal cada 12 horas, con el paciente en decúbito.
Fenilefrina gotas nasales	>6 años y adultos: 1-2 gotas en c/narina c/6 h
Cromoglicato disódico aerosol	Adultos y niños mayores de 2 años: 2 inhalaciones cada 6 horas.
Olopatadina gotas oftálmicas	De una a dos gotas en cada ojo afectado, instiladas dos veces al día a intervalos de 6 a 8 horas

ALGORITMOS

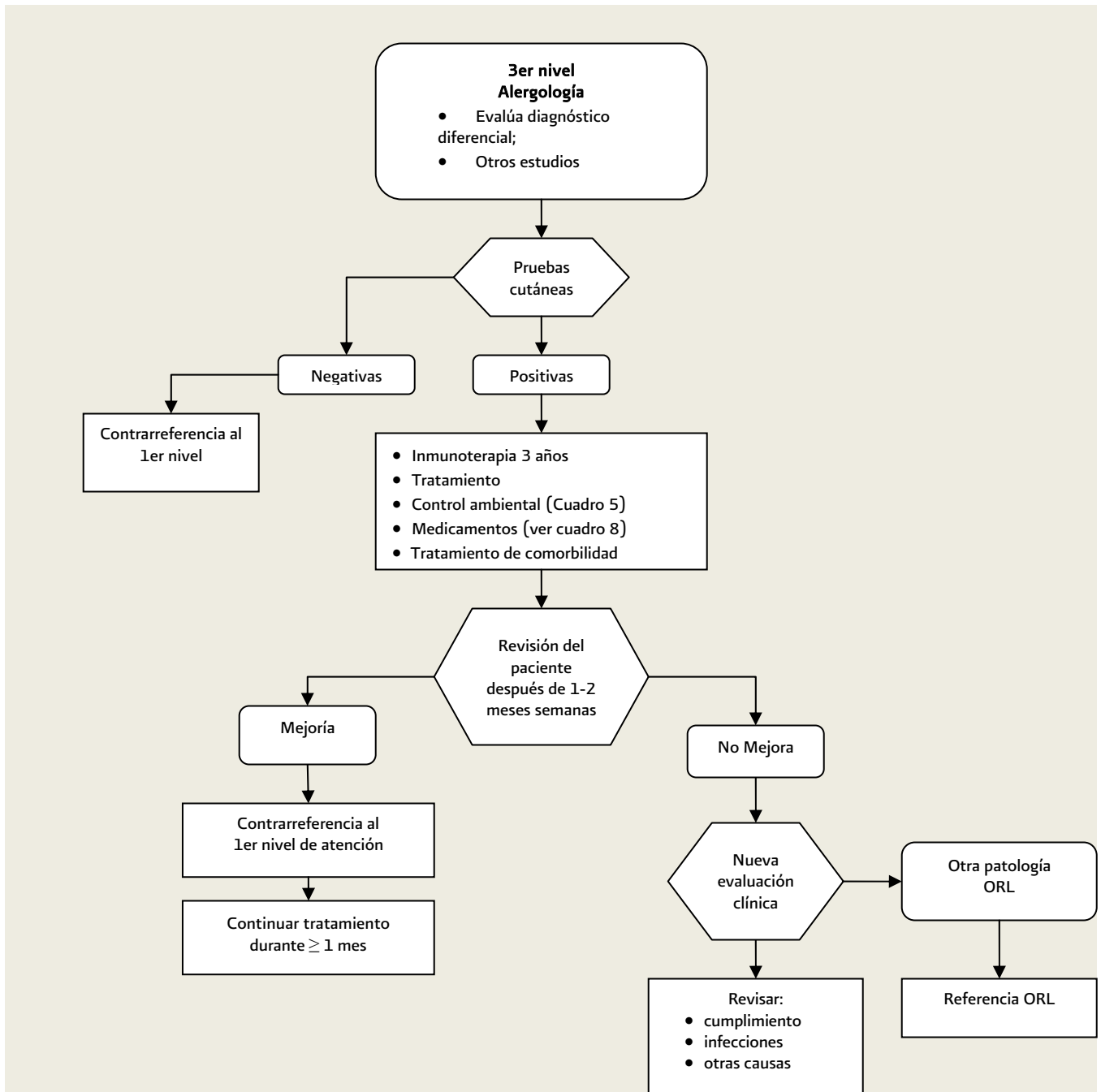
ALGORITMO 1. ATENCIÓN DE LA RINITIS ALÉRGICA EN PRIMER CONTACTO



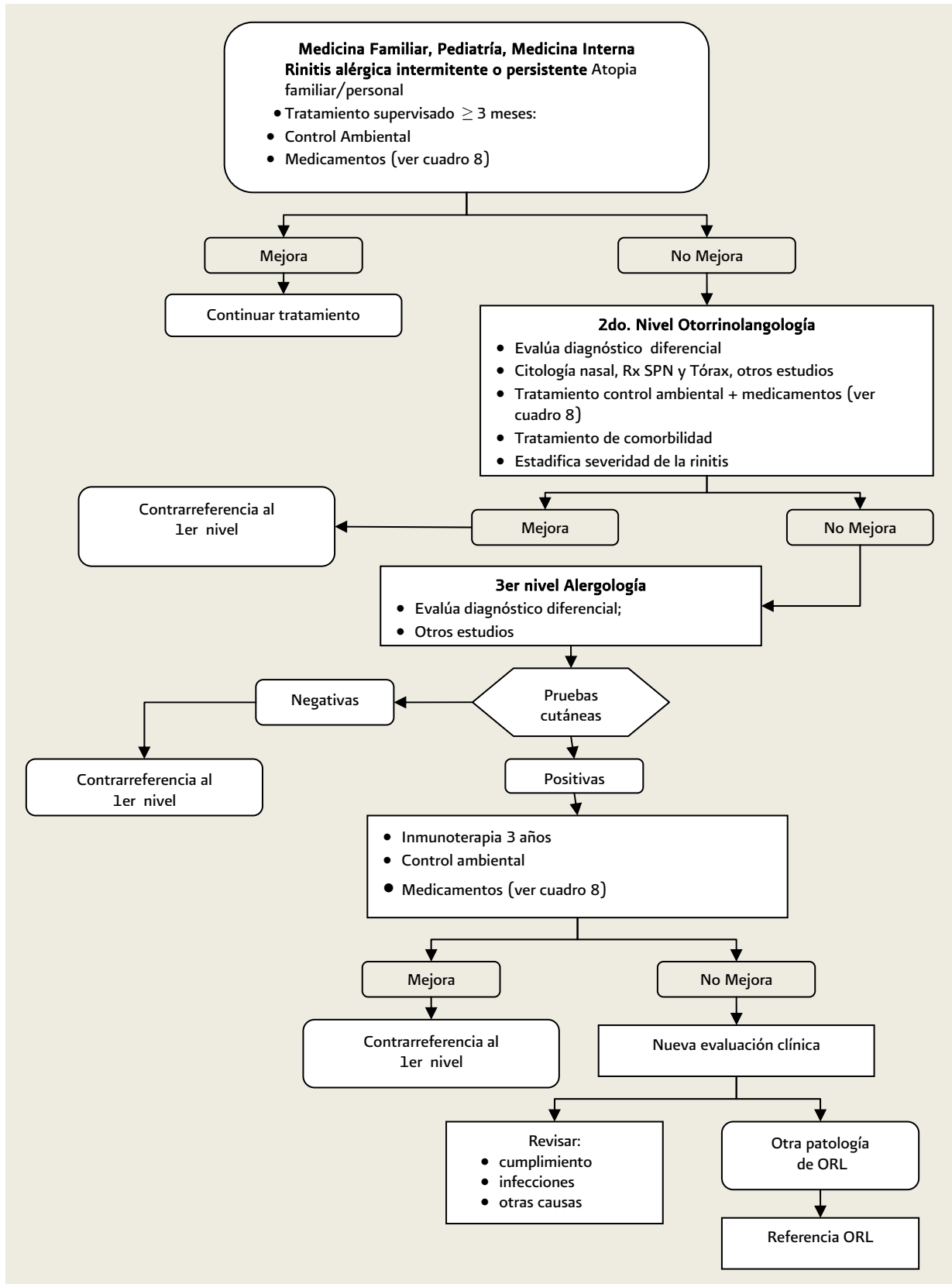
ALGORITMO 2. ATENCIÓN DE LA RINITIS ALÉRGICA EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA



ALGORITMO 3. ATENCIÓN DE LA RINITIS ALÉRGICA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA



ALGORITMO 4. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA RINITIS ALÉRGICA



ALGORITMO 5. TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA CON BASE EN SU SEVERIDAD

