



Estrategias para una calidad de vida en pacientes con rinitis alérgicas

Strategies for a quality of life in patients with allergic rhinitis

Estratégias para uma qualidade de vida em pacientes com rinite alérgica

Vanessa M. Cedeño-Zavalu ^I
vanessa-cedeno@hotmail.com

Gina R. Alonso-Muñiz ^{II}
gina-alonso2525@hotmail.es

Solange K. Quijije-Segovia ^{III}
solange.quijije@gmail.com

Alba A. Sornoza-Pin ^{IV}
alba.sarnozap@gmail.com

Liliana P. Cepeda-García ^V
liliana-fra@hotmail.com

Karol D. Castillo-Chávez ^{VI}
karol.castillo.cha@gmail.com

Recibido: 07 de septiembre de 2018 * **Corregido:** 28 de septiembre de 2018 * **Aceptado:** 25 de octubre de 2018

- I. Doctor en Medicina y Cirugía; Médico Especialista en Alergia e Inmunología; Docente Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Jipijapa, Ecuador.
- II. Licenciada en Enfermería; Magister en Emergencias Médicas; Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Jipijapa, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería; Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local; Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Jipijapa, Ecuador.
- IV. Licenciada en Enfermería; Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva; Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.
- V. Doctora en Medicina; Hospital Básico de Jipijapa, Jipijapa, Ecuador.
- VI. Licenciada en Ciencias de la Comunicación Esp. Publicidad; Economista; Magister en Gerencia Educativa; Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.

Resumen

La rinitis alérgica está adquiriendo gran relevancia, ya que constituye un problema de salud a escala mundial, con importante impacto socio-económico. Un aspecto novedoso de la enfermedad es la clasificación ARIA según la afectación de la calidad de vida de los pacientes. Los cuestionarios de calidad de vida nos proporcionan parámetros rigurosos y altamente reproducibles, con los que podemos contrastar los cambios del paciente a lo largo del tiempo, tras la administración de tratamiento o intervención quirúrgica y realizar estudios comparativos entre grupos con la misma, o diferentes patologías. La rinitis alérgica es una enfermedad crónica que asocia baja mortalidad pero alta repercusión en la vida diaria, por lo que la utilización de este tipo de cuestionarios nos ayuda a clasificar, y por lo tanto a tratar, de forma adecuada a los pacientes.

Palabras claves: Rinitis alérgica, calidad de vida, cuestionarios, comorbilidad.

Abstract

Allergic rhinitis is acquiring grand relevancy due to it constitutes a health problem all over the world and it has an important social and economic impact. A novel aspect of the disease is the new ARIA classification according to the quality of life in the patients affected. The quality of life questionnaires provide us rigorous and highly reproducibly parameters with that we can compare the changes of the patients throughout the time, after farmacological treatment or surgical intervention and we can realize comparative studies between groups with the same or different pathologies. Allergic rhinitis is a chronic disease that associates low mortality but high repercussion in the dairy life so the utilization of these questionnaires can help us to classify and therefore to treating adequately to the patients.

Key words: Alergic rhinitis, quality of life, questionnaires, comorbidity.

Introducción.

La rinitis alérgica (RA) es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos y el trastorno crónico más común en los niños de los EE.UU. Se estima que la RA afecta a uno de cada seis estadounidenses, una situación asociada con consecuencias económicas muy desfavorables para los sistemas de salud. La RA compromete la calidad de vida y reduce la productividad. A pesar de que se dispone de numerosas pruebas diagnósticas y fármacos eficaces, su uso sigue siendo muy variable. La presente guía de práctica clínica se elaboró con el objetivo de optimizar la atención médica de los pacientes con RA, mediante la revisión de la información disponible y el equilibrio entre los daños y beneficios de cada una de las opciones diagnósticas y terapéuticas. En esta guía, la RA se define como la reacción inflamatoria de la mucosa nasal, mediada por la inmunoglobulina (Ig) E, en respuesta a la exposición a alérgenos inhalables. Los síntomas de la RA consisten en rinorrea (anterior o en forma de drenaje posnasal), congestión nasal, prurito nasal y estornudos. (1)

La RA puede ser estacional o perenne, en tanto que los síntomas pueden ser intermitentes o persistentes. Introducción Definición de la RA La RA puede clasificarse sobre la base del patrón temporal de la exposición alérgica, es decir estacional (por ejemplo, en el caso de la alergia a pólenes), perenne (alergia a los ácaros del polvo doméstico) o episódica (como consecuencia de la exposición a alérgenos a los cuales el enfermo no está expuesto de manera regular), o de acuerdo con la frecuencia de los síntomas y según la gravedad de las manifestaciones clínicas. Este sistema de clasificación permite seleccionar la mejor estrategia terapéutica para cada paciente. En los EE.UU., la RA se suele definir como estacional o perenne; además, este esquema es el utilizado por la Food and Drug Administration (FDA) de los EE.UU. para la aprobación de nuevos fármacos. No obstante, esta clasificación tiene limitaciones importantes; de hecho, la duración de la exposición a

los distintos pólenes depende de la localización geográfica y de las condiciones climáticas. Por ejemplo, cuando la estación polínica se extiende todo el año, como ocurre en las zonas tropicales, la distinción de los síntomas atribuibles a la exposición a alérgenos estacionales o perennes es muy difícil. Los hongos se consideran alérgenos estacionales y perennes, y muchos enfermos tienen RA perenne con exacerbaciones, asociadas con la exposición estacional. Más aun, muchos pacientes están sensibilizados a diversos alérgenos. En cambio, la clasificación de la RA en función de la frecuencia y la gravedad de los síntomas permiten una mejor selección del abordaje terapéutico óptimo. (2)

Según la frecuencia sintomática, la RA se considera intermitente (menos de cuatro días por semana o menos de cuatro semanas por año) o persistente (más de cuatro días por semana y más de cuatro semanas por año). Esta clasificación, no obstante, también tiene sus limitaciones. (3)

Por ejemplo, en un enfermo que refiere síntomas tres días por semana todo el año debería considerarse el diagnóstico de RA intermitente, pero la sintomatología se asemeja más a la de la RA persistente. En este contexto, un paciente con RA perenne puede tener síntomas intermitentes, en tanto que un enfermo con RA estacional puede presentar síntomas persistentes. Según la gravedad de los síntomas, la RA se considera leve (cuando las manifestaciones clínicas no comprometen la calidad de vida) o más grave (cuando los síntomas interfieren con la calidad de vida). El agravamiento del asma, los trastornos del sueño, el compromiso para la realización de las actividades cotidianas y deportivas, la interferencia con el ocio y la alteración del rendimiento escolar o laboral son hallazgos que también caracterizan la RA más grave.

Incidencia y prevalencia La rinitis alérgica (RA) es una enfermedad muy frecuente en los niños y adultos de todo el mundo. En los EE.UU., la RA es uno de los diagnósticos más comunes en

el ámbito de la atención ambulatoria; sin embargo, los estudios epidemiológicos a gran escala revelaron que el porcentaje de pacientes con síntomas de RA supera ampliamente al de los enfermos con síntomas y pruebas de alergia positivas. En la encuesta National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2005-2006, realizada con una muestra de 7 398 pacientes, representativa de la población de 6 años o más de los EE.UU, se evaluó la incidencia de fiebre del heno, alergias actuales y rinitis actual y se determinó la presencia de inmunoglobulina (Ig) E específica para 19 alérgenos inhalatorios. (2)

Uno de cada tres pacientes refirió síntomas sugestivos de rinitis en los 12 meses previos, sin vinculación con infecciones de las vías aéreas superiores. El 52.7% de los pacientes con rinitis presentó, al menos, una prueba positiva de alergia. Por lo tanto, la RA mediada por IgE afectaría a una de cada seis personas de los EE.UU. Los alérgenos involucrados con mayor frecuencia en ese país son los pólenes de gramíneas, los ácaros del polvo doméstico y el polen de ambrosía.

En el International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), una investigación mundial de las alergias en la población pediátrica, se comprobó una variabilidad importante entre los países en cuanto a la prevalencia de RA. El índice más bajo se observó en Irán (1.5%), en tanto que el más elevado se encontró en Nigeria (39.7%). La prevalencia de RA varía en relación con las características genéticas, epigenéticas y ambientales, por mecanismos complejos que todavía no se comprenden por completo. A pesar de esta variabilidad, en la mayoría de los centros se comprobó un incremento en la prevalencia de RA en los niños. (2)

Por ejemplo, en los EE.UU., la frecuencia de RA en 2 422 pacientes de 13 a 14 años aumentó del 13% al 19% en el transcurso de un período de ocho años que culminó en 2002.

Cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Existen diversas definiciones de CVRS. Una de las más acertadas es la de Schipper, que la resume como “Efectos funcionales de una enfermedad y el tratamiento concomitante en un paciente determinado, tal y como lo percibe el propio paciente”. Conviene resaltar el aspecto individual y subjetivo de la percepción, puesto que un síntoma similar puede tener gran variedad de efectos en pacientes distintos. El desarrollo de la psicometría en las últimas décadas, permite obtener datos objetivos de estos aspectos. Esta ciencia ha permitido confeccionar cuestionarios que se utilizan para la realización de ensayos clínicos, en la investigación epidemiológica y encuestas de salud, para uso cotidiano en la práctica clínica y además, son un material importante para la toma de decisiones en política sanitaria. (4)

CVRS en Rinitis Alérgica

El concepto de calidad de vida es de especial importancia en las enfermedades crónicas. El deterioro de la calidad de vida de los pacientes que padecen RA es notable. Este hecho se ha podido constatar simplemente aplicando un cuestionario genérico, como el SF-36 a un grupo de pacientes con RA moderada persistente y a un grupo similar de población sana. Los pacientes con rinitis mostraron un deterioro significativo de la calidad de vida en todos los dominios del cuestionario, comparados con los sanos. Los mismos hallazgos se reproducen cuando se utilizan cuestionarios específicos de rinitis como el RQLQ, en vez de genéricos. (5)

Una experiencia desarrollada en España, recogida en el estudio FREEDOM, ha puesto de manifiesto la importante limitación que experimentan los pacientes con RA de nuestro País. Se trata de una amplia muestra de más de mil pacientes con RA o hipertensión arterial (HTA) en la que

compara la interferencia que ejercen ambas enfermedades en actividades cotidianas de los que las sufren. Pues bien, los pacientes con RA admitían ver afectada su actividad física en un 45% de los casos (frente a un 30% de pacientes con HTA), la actividad laboral en un 62% (35% de pacientes con HTA), las actividades de ocio en un 56% (26% de los hipertensos) y la conducción en un 32% (17% de los que tenían HTA). (6)

Todas estas diferencias resultaron ser estadísticamente muy significativas. Existen excelentes cuestionarios específicos para evaluar calidad de vida en rinitis, el más utilizado es el RQLQ (Rinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) de Juniper cuenta con 28 “ítems” que se distribuyen en 7 dimensiones distintas y ha sido traducido y validado en varios idiomas entre ellos el español, aunque tiene el inconveniente de que necesita satisfacer derechos de autor para su utilización. No obstante si se utiliza con fines de investigación no lucrativos, la autora habitualmente permite su uso libre de cargas. (6)

Es interesante comentar que la misma autora ha confeccionado un cuestionario independiente para evaluar el impacto que tienen los síntomas nocturnos de rinitis alérgica en la CVRS, tal es la importancia que se les otorga. Y no es para menos, pues el deterioro del descanso nocturno constituye uno de los efectos más desagradables de esta patología. En esta relación de cuestionarios hay que destacar dos novedades importantes: La primera en el cuestionario RHINIASTHMA, que ofrece la posibilidad de evaluar conjuntamente el impacto de rinitis y asma en CVRS, aunque por ahora no está validado en castellano. La segunda los constituye el desarrollo de un cuestionario específico diseñado y desarrollado íntegramente en España: el cuestionario ESPRINT33. Y esto constituye un detalle importante, porque la adaptación de un cuestionario a una determinada cultura o estilo de vida le otorga un gran valor, al poder ver los pacientes mejor reflejados en él sus

inquietudes, limitaciones y temores. El cuestionario tiene un buen comportamiento desde el punto de vista psicométrico. (7)

Costos, calidad de vida y productividad

La RA se asocia con consecuencias económicas muy adversas para los sistemas de salud. Más de la mitad de los costos directos tienen que ver con la utilización de fármacos antialérgicos. Asimismo, el tratamiento de las enfermedades asociadas, tales como sinusitis y asma, genera costos directos (ocultos) importantes. La RA compromete considerablemente la calidad de vida, el desempeño cognitivo, la toma de decisiones y la percepción personal. En los adultos, los costos indirectos obedecen a la pérdida de productividad y al ausentismo laboral, como consecuencia de la enfermedad. Según los resultados de un estudio, la RA ocasiona mayor pérdida de productividad laboral, en comparación con cualquier otra enfermedad. En los niños, la RA y las afecciones asociadas son causa importante de ausentismo escolar. Los niños con RA, y especialmente aquellos que presentan también asma o trastornos de la respiración vinculados con el sueño, padecen, con frecuencia, trastornos del aprendizaje, alteraciones conductuales y prestan menos atención. (2)

El objetivo de la guía es establecer pautas para el diagnóstico clínico inicial de la RA en el contexto de la primera consulta del paciente. En este ámbito, es fundamental que el profesional de atención primaria sea capaz de establecer el diagnóstico presuntivo de RA, ya que las estrategias terapéuticas disponibles para la enfermedad difieren de las opciones de tratamiento para la rinitis no alérgica. Los antecedentes de prurito nasal, ocular o palatino, estornudos, congestión nasal, rinorrea clara y drenaje posnasal, asociados con la exposición estacional, perenne o episódica a alérgenos, tienen importancia diagnóstica decisiva. No es infrecuente que los niños refieran sólo decaimiento o

fatiga, a menudo en asociación con tos; en estos casos, la presencia de rinorrea y prurito ocular o nasal debe ser indagada específicamente.

La RA estacional puede ser secundaria a la exposición a esporas fúngicas o pólenes, de aparición estacional, en tanto que los síntomas perennes, por lo general, obedecen a la sensibilización a alérgenos intradomiciliarios, como ácaros del polvo doméstico, cucarachas, epitelio de animales y hongos.

Sin embargo, en determinadas regiones la exposición persistente a pólenes puede motivar RA perenne. Diagnóstico de la Rinitis Alérgica La congestión nasal, la rinorrea, el prurito nasal y los estornudos son los síntomas característicos de la rinitis alérgica. Sin embargo, el diagnóstico se confirma mediante la detección de inmunoglobulina E específica contra alérgenos inhalatorios.

Los síntomas de otras enfermedades rinosinuales, tales como sinusitis, rinitis vasomotora y trastornos granulomatosos, pueden ser similares a los de la RA. Los síntomas atípicos, entre ellos epistaxis, rinorrea unilateral, congestión nasal unilateral, cefalea intensa o anosmia, sugieren diagnósticos alternativos, por ejemplo rinorrea de líquido cefalorraquídeo, tumores de los senos paranasales o rinosinusitis crónica. Las infecciones virales de las vías aéreas superiores pueden ocasionar síntomas semejantes a los de la RA; sin embargo, suelen ser de menor duración y a menudo incluyen, también, fiebre y mialgias. Los profesionales deben prestar especial atención a los medicamentos utilizados por los pacientes, ya que determinados agentes antihipertensivos y psicotrópicos y los descongestivos tópicos pueden motivar síntomas nasales.

En cambio, los antecedentes familiares de RA, asma o dermatitis atópica fortalecen el diagnóstico de RA. La rinorrea clara, la palidez y el edema de la mucosa de los cornetes nasales, el

lagrimeo, la congestión conjuntival y el edema y oscurecimiento infraorbitario de la piel (ojeras) son algunos de los hallazgos objetivos que sugieren el diagnóstico de RA. La hipertrofia de adenoides puede contribuir a los síntomas nasales; el trastorno debe ser rastreado sobre todo en los niños. La necesidad de limpiar permanentemente la garganta puede reflejar secreción posterior. Sin embargo, ninguno de estos síntomas es específico de la RA; los diagnósticos diferenciales incluyen, entre otros, el reflujo laringofaríngeo. Los síntomas crónicos pueden motivar el frote de la nariz hacia arriba (saludo alérgico) y la aparición del surco alérgico sobre el puente de la nariz. En los niños, la congestión nasal puede asociarse con facies adenoidea, por la respiración bucal crónica.

El examen físico es útil para detectar cuerpos extraños, rinorrea de líquido cefalorraquídeo, pólipos nasales (pueden asociarse con la RA o ser de etiología infecciosa o inflamatoria crónica), tumores e infecciones. Si bien el diagnóstico definitivo se establece cuando se confirma la presencia de IgE específica contra alérgenos (por medio de pruebas cutáneas o estudios en sangre), la terapia inicial se basa en los antecedentes y los hallazgos en el examen físico. La respuesta favorable al tratamiento empírico apoya, aún más, el diagnóstico presuntivo de RA.

Calidad de vida para pacientes con rinitis alérgica

La mayoría de los pacientes con alergias no reciben el tratamiento adecuado ya que los síntomas suelen ser confundidos con un resfriado.

- El 8 de julio está instituido como el Día Mundial de la Alergia.
- En el mundo, 400 millones de personas viven con rinitis alérgica.
- La rinitis alérgica afecta el rendimiento escolar, la socialización y la productividad en el trabajo.

- Sólo 56% de pacientes utiliza un tratamiento adecuado.



Se estima que en el mundo 400 millones de personas viven con rinitis alérgica y, en la mayoría de casos, los pacientes no han sido diagnosticados correctamente o no reciben el tratamiento adecuado, ya que los síntomas suelen ser confundidos con un resfriado, señaló la **Dra. Ma. Isabel Rojo**, Jefa de Alergología en el Hospital Juárez de México y ex Presidenta del Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia en el marco del Día Mundial de la Alergia, instituido el 8 de julio. (8)

La rinitis alérgica es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal que ocurre cuando una persona susceptible, se expone a partículas (proteínas) derivadas de plantas, animales, etc, conocidas como alergenos y que producen síntomas como: estornudos, comezón, escurrimiento nasal y congestión; y en ocasiones falta de olfato. Los pacientes con rinitis alérgica también suelen sufrir asma o tienen mayor riesgo de padecerla, principalmente aquellos que no son tratados adecuadamente. (9)

Asimismo, casi 80% de los pacientes con rinitis alérgica reportan dificultad para dormir y, por lo tanto, presentan fatiga durante el día. Además, el funcionamiento cognitivo también se ve afectado.

Esta enfermedad afecta el rendimiento escolar, la socialización y la productividad en el trabajo. Se calcula que anualmente se pierden hasta 2 millones de días escolares y 100 millones de días de trabajo.



En México, al igual que en otros países, la rinitis alérgica es la primera causa de consulta en Alergología. Investigaciones arrojan que el porcentaje de prevalencia en México oscila entre 13% y 20, siendo el sexo femenino el más afectado. Los principales alérgenos que causan rinitis alérgica, suelen ser comunes e incluyen polen, ácaros del polvo, esporas de moho, y caspa de animales.

“Si un paciente con este tipo de alergias no recibe un tratamiento adecuado, es más propenso a sufrir constantemente molestias, pues es complicado que se aísle totalmente de dichos factores y, a no disfrutar plenamente de la vida, pues termina privándose de placeres como disfrutar un día de campo, recibir un arreglo de flores o tener una mascota”.

Para evitarlo, actualmente existen fármacos que ayudan a controlar los síntomas hasta por 24 horas. Ejemplo de ellos son los antihistamínicos de segunda generación (como la loratadina) que, en comparación con otros tratamientos, no provocan sueño. Uno de los medicamentos que entra en esta categoría es Clarityne®, un fármaco de venta libre que con una sola toma alivia el escurrimiento nasal, estornudos, ojos llorosos, urticaria, así como picazón de nariz o garganta.

Sin embargo, la falta de información sobre rinitis alérgica ocasiona que los síntomas sean confundidos con el resfriado común o gripe y, por ende, las personas no reciban el tratamiento adecuado. Aún más, de los pacientes que sí tratan sus alergias con medicamentos, sólo 56% utiliza un fármaco adecuado, mientras 18% usa productos para resfriado y 26 % usa fármacos tanto para alergia como antigripales.

Por ello, es importante que un médico haga un diagnóstico certero el cual puede incluir una prueba para determinar qué alérgeno detona las molestias, hacer un interrogatorio que brinde información sobre los síntomas (frecuencia, duración e intensidad), así como una exploración física nasal y, si lo considera conveniente, una endoscopia nasal. Con un diagnóstico adecuado, el médico indicará el tratamiento más conveniente para cada paciente, el cual puede incluir una o varias terapias farmacológicas, medidas higiénicas medioambientales, así como lavados nasales salinos que ayuden a limpiar la nariz.

La rinitis alérgica acontece en la vía alta respiratoria, concretamente en las fosas nasales, donde se produce el acondicionamiento del aire (lo calienta, humedece y filtra) que se va a introducir en los alvéolos. En el presente trabajo se abordan las características de la rinitis alérgica, sus causas y los diferentes tipos de tratamiento que existen para combatirla.

En la parte interna de las fosas nasales se encuentra la mucosa nasal, epitelio recubierto de estructuras mucociliado y cuya misión es puramente defensiva, ya que retiene y humedece las partículas en suspensión.



La sintomatología de la rinitis alérgica perenne es similar a la estacional aunque produce un mayor bloqueo nasal

La rinitis alérgica consiste en la inflamación de la mucosa nasal y produce una sintomatología característica como episodios en salvas de estornudos, rinorrea acuosa, congestión nasconjuntival y de la rinofaringe. En todos los casos, se debe a que se han detectado uno o más alérgenos como agentes desencadenantes.

Tipos

Rinitis Alérgica Estacional

También conocida como «fiebre del heno» acontece en aquellos pacientes que han desarrollado sensibilización a pólenes de diversas plantas en el medio donde viven habitualmente y

suelen ser los pólenes del olivo los responsables de las clínicas nasales gramíneas y maleza. El riesgo de presentar una rinitis alérgica depende de la predisposición genética y del nivel de exposición a dichos pólenes siendo más común en el interior de la península que en las zonas costeras.

La edad de comienzo suele ser la escolar y la adolescente estabilizándose hacia los 20 años y, generalmente, no suele afectar a personas de edad avanzada. La sintomatología suele aparecer de manera estacional.

Rinitis Alérgica Perenne

Es de tipo crónico y persistente durante todo el año, independientemente de las estaciones climáticas, aunque puede agravarse en determinados períodos como son la primavera y el otoño. Los antígenos que con más frecuencia se encuentran involucrados en este tipo de alergias son los componentes habituales del polvo doméstico: ácaros, células de descamación de animales domésticos y sus pelos. (10)

La sintomatología de la rinitis alérgica perenne es similar a la estacional aunque produce un mayor bloqueo nasal, pudiéndose afirmar que el origen y mecanismo de acción son comunes en ambos casos.

Causas

La rinitis alérgica se debe a una respuesta inmunológica IgE mediada del organismo y ocurre después de la interacción de dicha inmunoglobulina con un alérgeno al cual ese individuo está sensibilizado de otra exposición anterior. La exposición a alérgenos ocasiona una respuesta

inflamatoria precoz mediada por la histamina que ha sido liberada por los mastocitos; a continuación se produce una respuesta inflamatoria tardía que aparece entre las 3-12 horas tras la exposición al alérgeno, así la mucosa nasal se engruesa y comienza el bloqueo nasal con prurito, estornudos frecuentes y rinorrea, síntomas cuyo origen es neuronal, mientras que la obstrucción nasal tiene su origen a nivel vascular.

La rinitis alérgica perenne tiene un gran impacto en la vida del paciente tanto a nivel laboral con bajas laborales frecuentes, como en su calidad de vida ya que se encuentra muy disminuida.

Tratamiento

El tratamiento de la rinitis alérgica se basa en una triple terapia:

Tratamiento médico. Cuando se conoce el agente etiológico.

Tratamiento quirúrgico. En aquellos casos de rinitis que hubieran producido alteraciones importantes como grandes inflamaciones, sinusitis de repetición, hipertrofias mucosas y desviaciones del tabique nasal.

Tratamiento vacunal o inmunoterapia

Destinada a aquellos pacientes a los que creemos poder desensibilizar del alérgeno responsable de su proceso.

Cuando el agente causal se desconoce, el tratamiento se dirige a tener un buen control sintomático de la alergia para mejorar las consecuencias de la misma.

En la mayoría de ocasiones son tratamientos que se complementan entre sí, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En el tratamiento se ha de tener siempre presente que se ha de conservar al máximo la fisiología nasal con humidificación y calentamiento del aire que penetra por las vías nasales hacia el árbol respiratorio, por ello es esencial en primer lugar una correcta hidratación nasal con suero salino o fluidos similares hipertónicos llamados habitualmente «agua de mar» que se presentan en varias concentraciones; estas sustancias, al ponerse en contacto con la mucosa, favorecen que las fosas nasales realicen sus funciones. Dado que son productos en cuya composición está presente el sodio, también hay que ir con cuidado en los pacientes con hipertensión arterial o cardiopatías.

Otra medida a adoptar en el tratamiento de la rinitis alérgica consiste en intentar mejorar el ambiente laboral/familiar del paciente donde pueden existir pólenes, ácaros y hongos que activen el proceso. Para ello utilizaremos humidificadores del ambiente y extractores de humos. Por el contrario, se consideran condiciones ambientales desfavorables la temperatura superior a los 24-25 °C y la humedad por encima del 70% o por debajo del 20%, así como habitaciones con poca ventilación.

En este sentido, lo más importante es evitar el contacto con el alérgeno; para ello lo más indicado es la supresión de moquetas, alfombras, mantas, cojines y cortinajes de algodón, y pasar la aspiradora con bastante frecuencia. En otras ocasiones la rinitis se origina por la presencia de algún animal doméstico como perros, gatos y loros, en estos casos se recomienda prescindir de ellos en el interior de la casa y sobre todo en los dormitorios. Si no se pueden evitar los animales tendríamos que procurar lavarlos con bastante frecuencia.

Aparte de estas medidas de control alérgico, que van a disminuir el uso de un tratamiento médico adicional, también se pueden utilizar mascarillas que permiten respirar con seguridad en ambientes con gran concentración de alérgenos ya que filtran el aire inspirado.

En otras ocasiones está indicado el uso de tiras nasales que favorecen la apertura de las fosas nasales proporcionando un alivio inmediato, ya que disminuyen la resistencia al paso del aire y, por tanto, la congestión nasal. Estas tiras se pueden utilizar de manera prolongada mientras persista la congestión nasal.

Tratamiento Médico

Es el más empleado y se basa en el uso de diversos fármacos pues no se dispone del fármaco ideal que actúe contra toda la sintomatología de la rinitis. El tratamiento se compone del uso de descongestivos nasales, corticoides, antihistamínicos y estabilizadores de membrana.

Descongestivos nasales

Los descongestivos nasales son los primeros fármacos en utilizarse, actúan estimulando los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso de la pared vascular provocando una vasoconstricción local y, por tanto, una disminución del edema nasal; no tienen efecto sobre los estornudos, picor, ni sobre la rinorrea. Suelen utilizarse en formulaciones tópicas (cremas, pomadas, gotas y nebulizadores) aunque también existen preparados orales. Es importante señalar que su uso tendría que estar limitado a una semana aproximadamente ya que de lo contrario se produciría una hiperemia de rebote por vasodilatación con cambios en la mucosa y se produce una rinitis medicamentosa. (11)

Entre los más utilizados se encuentran la efedrina, fenilefrina, nafazolina, oximetazolina, metoxamina y pseudoefedrina; en algunas ocasiones se encuentran presentaciones con mezclas de corticoides y/o antihistamínicos; no está recomendado su uso en los niños. (12)

Anticolinérgicos

El fármaco más representativo es la atropina, pero debido a la gran cantidad de efectos secundarios que posee como sequedad de boca, taquicardia y visión borrosa, se desaconseja su uso.

Se utiliza el bromuro de ipatropio, que disminuye considerablemente la reacción nasal y tiene su efecto máximo a la hora de su administración.

Corticoides

Los corticoides constituyen un grupo terapéutico muy usado, tanto por vía tópica como por vía oral.

Los corticoides tópicos o de acción local son hoy día el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de rinitis alérgica; los esteroides actúan traspasando la membrana celular y uniéndose al receptor esteroide en el citoplasma formando el complejo esteroiderreceptor que es transferido al núcleo donde se une al ADN regulando la síntesis de proteínas.

De esta manera, los corticoides disminuyen la infiltración inflamatoria reduciendo el número de mastocitos y eosinófilos con una disminución de la permeabilidad vascular y la liberación de mediadores de la inflamación. De igual manera, la utilización de corticoides tópicos en pacientes con rinitis alérgica logra reducir la respuesta inmune local al disminuir el número de células de

Langerhans; también reducen la respuesta inmune celular mediada por los linfocitos T y consiguen además reducir la producción de citocinas.

En la actualidad los corticoides más utilizados por vía nasal son los esteroides halogenados como la beclometasona, acetónido de triamcinolona, mometasona, fluticasona y flunisolida y el esteroide no halogenado budesonida. Todos son derivados del éster o cetona de la hidrocortisona sintetizada con la finalidad de potenciar su acción corticoidea y disminuir su absorción sistémica, y con menos efectos secundarios como la inhibición de las suprarrenales.

Los corticoides son efectivos en el control de la obstrucción nasal, estornudos y rinorrea; en la obstrucción son más efectivos que los antihistamínicos. La dosis habitual es de dos pulverizaciones en cada fosa nasal una vez al día y cuando se alcanza una mejoría se disminuye la dosis a la mínima dosis eficaz.

Hay ocasiones en que los corticoides se usan de manera sistémica, pero se suele limitar al caso de una rinitis alérgica complicada o asociada a una poliposis. En estos supuestos se utiliza la prednisona oral a dosis de 1mg/kg/día o el deflazacort a dosis de 1,5 mg/kg/día en un ciclo corto de una semana o en pautas decrecientes.

Antihistamínicos

Los antihistamínicos pueden considerarse como uno de los principales grupos a utilizar. Actúan compitiendo con la histamina por los receptores histaminérgicos, fundamentalmente de los H₁. Debido a que presentan una menor eficacia que los corticoides, sólo se usan de manera individual en los casos de rinitis leves; y asociados a los corticoides en casos moderados y graves. Antagonizan la rinorrea acuosa, estornudos, picor nasconjuntival y de garganta. No poseen efecto

Estrategias para una calidad de vida en pacientes con rinitis alérgicas

sobre la congestión y obstrucción nasal, por lo que su uso está más indicado en el caso de las rinitis estacionales con menor componente congestivo.

Atendiendo a su estructura química (tabla 1) se pueden clasificar en:

Grupo químico	Antihistamínicos de primera generación	Antihistamínicos de segunda generación	Antihistamínicos de tercera generación
Alquilaminas	Clorfeniramina Triprolidina Bromfeniramina Feniramina		
Etanolaminas	Difenhidramina Dimenhidrinato Carboxamina		
Etilendiaminas	Antazolina Oxatomida		
Fenotiacinas	Prometazina	Meglitazina	
Piperacinas	Cinacina Furacina Hidrocina	Cetirizina	
Piperidinas	Azetadina	Loratadina Atemizol Azelastina Ebastina Terfenadina Ketotifeno	Desloratadina Norestemizol Fexofenadina

Los antihistamínicos también se pueden utilizar por vía tópica, como ocurre con la azelastina y levocabastina, que poseen un mecanismo de acción similar al de los antihistamínicos orales

Etilendiaminas. Producen, además de sedación, molestias gastrointestinales, y están representadas por antazolina y oxatomida.

Alquilaminas. Se pueden considerar como los antagonistas más activos y resultan eficaces a dosis bajas. Producen somnolencia y sedación, por lo que junto con los dos grupos anteriores hay que tener cuidado con su administración si después se ha de conducir o manipular maquinaria peligrosa. Este grupo está representado por tripolidina, feniramina, clorfeniramina y bromfeniramina.

Fenotiazinas. Representadas por mequitazina y prometazina.

Piperazinas. Representadas por cetirizina, cinarizina, clorciclizina y meclozina.

Piperidinas. Es el grupo de elección en el tratamiento de la rinitis alérgica ya que poseen baja incidencia de efectos secundarios, apenas tienen interacciones medicamentosas ni con el alcohol. Su acción se prolonga de 12 a 24 horas por lo que su administración una vez al día es suficiente. Están representadas por astemizol, azatidina, azelastina, ebastina, loratadina y terfenadina.

Miscelánea. En este último grupo se incluyen ciproheptadina, clemastina y levocabastina.

Los antihistamínicos también se pueden clasificar atendiendo al tiempo que hace que fueron descubiertos, hablando en este caso de antihistamínicos de primera, segunda y tercera generación:

Antihistamínicos de primera generación o sedantes. Pertenecen a este grupo los derivados de las etanolaminas, etilendiaminas y alquilaminas.

Antihistamínicos de segunda generación o no sedantes. Tienen mayor selectividad por los receptores H₁ y poseen la capacidad de no atravesar la barrera hematoencefálica o de hacerlo muy escasamente; en este grupo se encuentran las piperazinas y las piperidinas. Como representante de las piperazinas está la cetirizina con acción sedante casi nula, su efecto antiH₁ es rápido y no suele presentar efectos secundarios relevantes. Como representantes del grupo de las piperidinas se encuentran: el astemizol, la azelastina, la ebastina, la loratadina y la terfenadina. Son altamente selectivos para los receptores H₁ especialmente para los receptores periféricos. Los antihistamínicos

de segunda generación presentan un inicio de acción más rápido, entre 15 minutos y 3 horas, a excepción del astemizol, que tarda más.

Antihistamínicos de tercera generación. Son los metabolitos activos de los de segunda generación: la fexofenadina (de la terfenadina), la desloratadina (de la loratadina) y el norastemizol (del astemizol). De ellos tan sólo la fexofenadina se comercializa en España; el resto del grupo, la desloratadina y el norastemizol, están pendientes de registro y comercialización en España. La principal utilidad de los antihistamínicos de tercera generación consiste en carecer de efectos secundarios cardiológicos.

Los antihistamínicos también se pueden utilizar por vía tópica, como ocurre con la azelastina y levocabastina, que poseen un mecanismo de acción similar al de los antihistamínicos orales, aunque algunos de ellos presentan además una cierta acción antiinflamatoria.

Estabilizadores de membranas

Los estabilizadores de membranas son compuestos que no poseen acción competitiva con los mediadores químicos de la inflamación, se encuentran representados por el cromoglicato disódico y el ketotifeno.

El cromoglicato se encuentra disponible tanto en solución acuosa como en polvo; inhibe la producción de estornudos, prurito y rinorrea, al impedir la degranulación del mastocito sensibilizado e inhibiendo la liberación de histamina. Se usa más en la prevención de la rinitis alérgica ya que su efecto parece ser más potente si su administración precede a la exposición al alérgeno. Es un medicamento seguro por vía tópica en mujeres embarazadas o en período de lactancia. Su único

inconveniente es su pauta posológica, ya que se ha de administrar cada 4-6 horas. El ketotifeno tiene el mismo mecanismo de acción.

Inmunoterapia

Es una terapia desensibilizadora que consiste en la aplicación de una inyección o vacuna de alérgenos específicos a los que el paciente ha dado positivo como alérgico tras haber sido estudiado por un equipo de especialistas en la materia.

La inmunoterapia se aplica a diferentes dosis: las primeras dosis se administran semanalmente y con dosis muy bajas hasta que se alcanza la dosis de mantenimiento, que suele acontecer hacia la quinta o sexta semana; es a partir de esa dosis de mantenimiento cuando se modifica la pauta a una dosis mensual.

Este tipo de terapia suele estar indicada en aquellos pacientes con rinitis alérgicas crónicas y con sintomatología grave que no se puede controlar mediante ningún tipo de tratamiento médico o en aquellos casos de rinitis asociados a asma. Es una terapia más eficaz en los adolescentes y adultos jóvenes que en las personas mayores.

Como efectos secundarios o adversos pueden presentarse reacciones locales inflamatorias en el sitio de la inyección y también reacciones sistémicas como rinitis, eritema, angioedema, disfonía o broncoespasmo, que suelen aparecer en los 30 primeros minutos tras la inyección del alérgeno.

Los principales alérgenos susceptibles de inmunoterapia se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Principales alérgenos susceptibles de inmunoterapia y su utilidad

Vía de contacto	Tipo de alérgeno	Utilidad de la inmunoterapia
Inoculación	Veneno de himenópteros	Eficaz. El riesgo disminuye del 60 al 3-5%
Inhalación	Polen de plantas Polvo de casa Ácaros Esporas de hongos	Eficacia variable. Depende de la identificación del alérgeno y la potencia de la vacuna
Ingestión	Alimentos (huevos, frutos secos, crustáceos)	Poco eficaces. No suelen usarse por la alta incidencia de efectos secundarios

Tratamiento quirúrgico

En aquellos casos en los que la rinitis se cronifica o en los que ha fracasado todo tipo de tratamiento y se han producido complicaciones del tipo de sinusitis o existen alteraciones de la morfología del tabique nasal, tan sólo queda el tratamiento quirúrgico a través de la realización de una septoplastia. En otras ocasiones, es el vestíbulo nasal el que presenta alteraciones; en este caso se aconseja la realización de una rinoplastia para mejorar la ventilación nasal.

Consideraciones finales

La rinitis aguda constituye uno de los problemas de salud más importantes en las últimas décadas. Se han de distinguir tres tipos de actuaciones dependiendo de la edad de aparición de la rinitis:

En el caso de niños (mayores de 4 años) no hay problemas: está indicado el mismo tratamiento que en los adultos pero a una dosificación pediátrica. Se usa la asociación de esteroides y/o antihistamínicos. También suelen utilizarse los mucolíticos como la acetilcisteína y el ambroxol

para mejorar la obstrucción nasal. Con los antihistamínicos y vasoconstrictores hay que disminuir su uso o usarlos con mucha precaución, ya que producen efectos secundarios importantes. En el caso de los esteroides tópicos se aconsejan tratamientos cortos y controlados. En los niños es en los que más indicada está la inmunoterapia.

En la aparición de rinitis en adultos la estrategia terapéutica a seguir es la misma: primero descartar casos específicos de rinitis producidas por infecciones bacterianas y/o infecciones fúngicas; una vez descartadas, se inicia el tratamiento eliminando los factores ambientales, aumentando la hidratación nasal con lavados nasales hipertónicos (agua de mar o suero salino). Hay que usar vasoconstrictores, sin sobrepasar los 7 días, recomendándose los de uso oral asociados a algún antihistamínico. Si con esta pauta la rinitis no mejora, se inicia un tratamiento escalonado con corticoides tópicos (solos o asociados a antihistamínicos orales) durante algo más de un mes. Si aun así no se produce una mejoría, habría que aumentar las dosis máximas para comprobar si se da una mejoría; en caso contrario, utilizar los anticolinérgicos por vía tópica. Si el paciente es un adulto joven cabría considerar el tratamiento con inmunoterapia.

Por último, en aquellos casos en los que se sospeche una alteración anatómica, como una desviación del tabique nasal, o coexista una sinusitis crónica, hay que valorar el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones.

El impacto de la RA en la calidad de vida es alto, mayor incluso que en algunas enfermedades crónicas sin riesgo vital. La determinación de CVRS ofrece información específica de cómo las enfermedades afectan a los pacientes. Esta información no se puede suplantar con la

medición de la intensidad de los síntomas (marcadores de síntomas o de consumo de medicación) ni con parámetros analíticos y funcionales. La evaluación de CVRS en la rinitis alérgica ayuda a establecer la gravedad de las mismas, con sus decisiones terapéuticas que pueda conllevar. La evaluación de CVRS en la RA es útil para identificar los efectos del tratamiento sobre la enfermedad y para discriminar entre las diferentes modalidades de tratamiento. Además, otro de los aspectos interesantes de estos instrumentos es que ayudan a evaluar el impacto económico de la enfermedad. La RA tiene una prevalencia muy alta que hace necesario la evaluación en los ensayos terapéuticos no sólo los resultados clínicos y sino también el costeeffectividad de los tratamientos⁴⁹. Por último, conviene destacar que la medición de la CVRS en la RA debe ocupar un papel principal en los objetivos para el control y tratamiento de la enfermedad.

La RA representa una patología crónica asociada con una baja mortalidad, pero con una gran repercusión en el ámbito personal ya que altera la vida diaria de los pacientes tanto en los aspectos físicos como psicológicos. También supone un impacto económico muy importante por su elevada prevalencia y alto gasto asociado.

Todos estos aspectos se escapan del análisis exclusivamente clínico de la enfermedad y es donde los cuestionarios de CVRS se constituyen como un instrumento indispensable, para evaluar el verdadero alcance de la RA.

Tener una alergia no implica vivir permanentemente con síntomas o con temor a sufrírselos. Actualmente contamos con diversas alternativas terapéuticas que mejoran la calidad de vida de los pacientes y les permiten disfrutar de su día a día plenamente. Por eso, invitamos a quienes constantemente presentan estornudos; escurrimiento nasal; congestión nasal; tos; picazón de ojos, nariz y garganta, y ojerías a acudir con un médico y ponerle un alto a los síntomas de las alergias.

Bibliografía.

1. Fernández Rodríguez JC, Herrera Mera M. Rinitis y factores psicológicos: estado de su relación. Escritos de Psicología (Internet). 2013 Abr; 6(1): p. 14-19.
2. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Diagnóstico y Tratamiento de la Rinitis Alérgica Buenos Aires: SIIC Salud; 2015.
3. MSP. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. 2nd ed. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador; 2018.
4. Colás Sanz C. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL ASMA. In Hospital "Fundación Jiménez Díaz"; 2005; Madrid. p. 35-39.
5. De la Hoz B, Colás C, Rodríguez Rodríguez M. Calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica: estudio comparativo con la hipertensión arterial en el ámbito de atención primaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 Ago; 32(2): p. 169-181.
6. Sobrevia Elfau M, Ferrer Clavería L, Rojas Hijazo B. Calidad de vida en rinitis alérgica. O.R.L. ARAGON. 2009; 12(1): p. 9-14.
7. Baiardini I, Pasquali M, Giardini A, Specchia C, Passalacqua G. Rhinasthma: a new specific QoL questionnaire for patients with rhinitis and asthma. Allergy. 2003 289-294; 58(1).
8. BAYER. Calidad de vida para pacientes con rinitis alérgica. [Online].; 2018 [cited 04 07 2018]. Available from: <https://www.bayer.mx/es/prensa/noticias/noticias-de-mexico/calidad-de-vida-para-pacientes-con-rinitis-alergica.php>.
9. Cuidate. Rinitis. [Online].; 2015 [cited 04 08 2018]. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/alergias/rinitis.html>.
10. Mendoza Amatlle A, Mansilla Canelas G. Rinitis alérgica. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2002 Ene; 41(1): p. 50-53.
11. Álvarez Castelló M, Gómez M, Castro Almarales R. Rinitis alérgica y rinosinusitis. Una revisión necesaria. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2004 Feb; 20(1).
12. Valente J, Mérida P. Alergia, asma e inmunología. Rev Pediat. 2001 Ene; 10(5).