

Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos especialistas de un hospital nacional en relación al manejo de la rinitis alérgica

Dres. Fernando Salazar-Reyna¹, Francisco Salaverry-Ramos¹

RESUMÉN

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas entre los médicos especialistas que manejan rinitis alérgica, se elaboró un cuestionario que fue aplicado en 54 (de un total de 65) médicos de diferentes especialidades como Otorrinolaringología, Medicina Interna, Neumología y Pediatría del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se encontró que la diferencia fundamental entre los especialistas está en el nivel de conocimientos actuales acerca del manejo y tratamiento de la rinitis alérgica. Se concluye que los niveles medio y alto de conocimientos, actitudes y prácticas son más homogéneos en la especialidad de Otorrinolaringología, seguidos de los de Pediatría.

INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica es una enfermedad prevalente que está en aumento en nuestro medio, aparentemente en relación al incremento de la contaminación ambiental y el reconocimiento de la enfermedad como tal por parte de los médicos y de los pacientes. Lamentablemente, no existen datos epidemiológicos referenciales y confiables sobre esta patología en nuestro medio.

Esta enfermedad, cuando se presenta de forma moderada o severa, convierte a un sector de la población en enfermos crónicos no controlados. Estos pacientes se ven incapacitados a desarrollar una actividad social y laboral normales⁽²⁾, lo que lleva a la alteración en su calidad de vida. Por esta razón el diagnóstico, tratamiento y control adecuados llevan al éxito en el manejo de esta enfermedad, un manejo en el que ya se están elaborando consensos^(2,3).

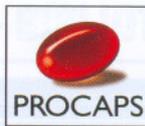
El presente trabajo pretende evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas entre los médicos especialistas que tratan la rinitis alérgica (Neumo-

logía, Otorrinolaringología, Pediatría y Medicina Interna) e identificar si existe variaciones que afecten la efectividad en el manejo o tratamiento y planificar, en un estudio posterior, una serie de intervenciones con el objeto de mejorar la atención a estos pacientes. En el Hospital Dos de Mayo no existe la especialidad de inmunología y alergia, razón por la cual no entró en el estudio.

En la literatura se encuentran múltiples guías que mencionan el adecuado tratamiento, manejo y prevención de la rinitis alérgica.^(2,3,8) Pero ningún estudio muestra si estas guías son revisadas por los médicos especialistas que tratan pacientes con esta patología. Como la medicina siempre está en un constante cambio; es de suponer, que los conocimientos médicos también, a la par con el acceso a la información.

Los Cuestionarios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas son instrumentos que ayudan a evaluar, en las áreas mencionadas, a las personas que los solucionan. Es un instrumento útil de diagnóstico situacional y seguimiento del nivel de preparación acerca de un tema específico.

1. Médicos Especialistas del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.



No existen cuestionarios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas, disponibles en la literatura, específicos para la rinitis alérgica. Por esta razón, se elaboró un cuestionario ceñido a los conceptos actuales en el manejo y tratamiento de la rinitis alérgica, los que son mencionados en los artículos que aparecen en la discusión y en la sección de bibliografía.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de evaluar los conocimientos actitudes y prácticas entre los médicos especialistas que tratan la rinitis alérgica se elaboró un estudio analítico transversal tomando como muestra a los médicos especialistas del Hospital Nacional Dos de Mayo en las especialidades afines a la rinitis alérgica, como Neumología, Otorrinolaringología, Pediatría y Medicina Interna.

- Criterios de inclusión: médicos especialistas relacionados con el tratamiento de la rinitis alérgica.
- Criterios de exclusión: médicos especialistas no relacionados con el tratamiento de la rinitis alérgica; médicos especialistas relacionados con el tratamiento de la rinitis alérgica que no deseen responder el cuestionario.

Se repartió los cuestionarios (Anexo 1) y una vez respondidos fueron depositados en una ánfora cubierta para proteger el anonimato del participante.

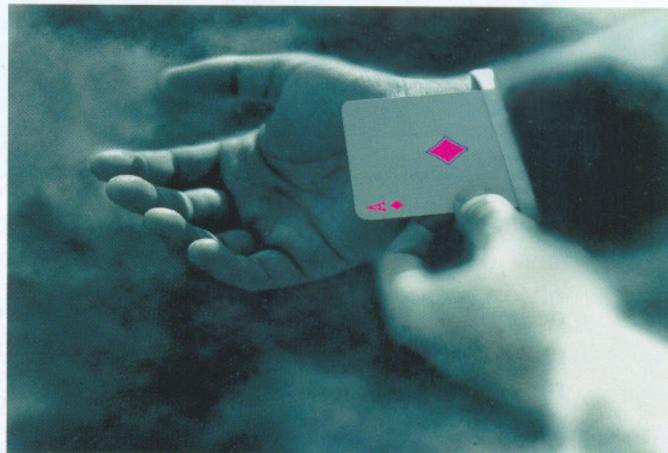
Cada pregunta en el cuestionario tiene un puntaje del 0 al 20, según su importancia o trascendencia, donde 0 es el puntaje mínimo y 20, el puntaje máximo, colocados arbitrariamente. La sumatoria del puntaje obtenido es independiente a cada variable. Los puntajes que aparecen al costado de cada pregunta en el Anexo 1 no fueron impresos en los cuestionarios proporcionados a los participantes.

La Tabla 1 muestra las preguntas del cuestionario que corresponden a cada área de estudio (actitudes, prácticas y conocimientos) y su respectivo nivel (alto, medio o bajo) en relación al puntaje obtenido por cada participante.

RESULTADOS

Se evaluó con el cuestionario a 54 médicos de las cuatro especialidades (de un total de 65 médicos) que tienen relación con el manejo y tratamiento

Para ganarle a las infecciones respiratorias



la solución más confiable

inedol[®]

AZITROMICINA

El AZ bajo la manga



♠ **1 sola dosis, 3 días de tratamiento.**

♥ **10 días de protección post-antibiótica.**

♣ **Alto perfil de seguridad.**

♦ **Único con la presentación de 22.5 ml.**

PRESENTACION: INEDOL: Cada cápsula dura de gelatina de INEDOL 500 mg contiene Azitromicina Dihidrato equivalente a 500 mg de Azitromicina base. INEDOL suspensión: Polvo para suspensión 200 mg/5 ml, para un volumen total de 15 ml y 22.5 ml. DESCRIPCIÓN: Azitromicina, es el primer antibiótico de los llamados Azalidos. Se da de la inserción de un átomo de Nitrógeno dentro del anillo de lactona de la Eritromicina A. ACCIÓN: Actúa por la inhibición de la síntesis de proteína bacterianas, mediante su unión a la subunidad ribosomal 50s. Su espectro antimicrobiano incluye: 1. Bacterias aerobias gram positivas: Staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes (Estréptococo betahemolítico del grupo A), Streptococcus pneumoniae y Corynebacterium diphtheriae. 2. Bacterias aerobias gram negativas: Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Bordetella pertussis, Vibrio cholera y Klebsiella. 3. Bacterias anaerobias: Bacteroides fragilis, Clostridium perfringens Propionibacterium acnes. 4. Microorganismos de enfermedades transmitidas sexualmente: Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Neisseria Gonorrhoeae. 5. Otros microorganismos: Toxoplasma gondii, Mycoplasma pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Pneumocystis carinii, y especies de campylobacter. INDICACIONES: a. Infecciones bacterianas de tracto respiratorio alto y bajo. b. Otitis media, sinusitis, faringitis/amigdalitis. c. Infecciones de piel y tejidos blandos. d. Infecciones transmitidas sexualmente por Chlamydia y Neisseria Gonorrhoeae no multirresistente y no complicadas, se recomienda 2 cápsulas de 500 mg en una sola toma. CONTRAINDICACIONES: Embarazo, lactancia, pacientes con reacciones alérgicas a los macrólidos. PRECAUCIONES: Debe ser usado con precaución en coadministración con Teofilina y Warfarina. No es necesario ajustar la dosis en compromiso hepático leve o moderado. Se debe tener precaución en compromiso hepático severo por ser el hígado la principal ruta de eliminación. REACCIONES ADVERSAS: Ocasionalmente se han descrito deposiciones blandas, diarrea, molestia abdominal (dolor), náusea, vómito y flatulencia. DOSIS ADMINISTRACION: Adultos (Excluyendo E.T.S.) esquema de 3 días de tratamiento: Una cápsula de 500 mg/día durante 3 días. En enfermedades transmitidas sexualmente producidas por Chlamydia o Neisseria gonorrhoeae sensibles, se recomienda dos cápsulas 500 mg en una sola toma (1 mg/día). Niños: la dosis pediátrica recomendada es de 10 mg/kg/día en una sola toma durante 3 días de tratamiento. Para niños entre 5 y 40 kg de peso corporal se recomienda INEDOL Suspensión por 15 ml. Para niños mayores de 45 kg se recomienda usar la dosificación para adultos. PRESENTACION: INEDOL 500 caja por 3 cápsulas en empaque blister. Registro MS-010229-94. INEDOL suspensión por 15 ml polvo para suspensión oral (200 mg/5ml) para reconstituir en agua hasta un volumen total de 15 ml. Registro MS-010230-94. INEDOL suspensión por 22.5 ml polvo para suspensión oral (200 mg/5ml) para reconstituir en agua hasta un volumen total de 22.5 ml. Registro MS-010230-94.



Tabla 1. Niveles de actitud, práctica y conocimientos según puntaje

	Nivel			Puntaje máximo por área
	alto Puntaje	medio Puntaje	bajo Puntaje	
• Actitudes Preguntas 4-10	> 65	45-65	< 45	90
• Prácticas Preguntas 11-17	> 65	45-65	< 45	90
• Conocimientos Preguntas 18-29	> 145	95-145	< 95	195

de la rinitis alérgica en el Hospital Nacional Dos de Mayo. De los 54 médicos entrevistados, 27 fueron médicos internistas (de un total de 34; 79,5% de los internistas); 10, neumólogos (100%); 7, pediatras (de 11; 64% de los pediatras); todos los otorrinolaringólogos (100%). La especialidad de Inmunología y Alergia no existe en este hospital. Además, en esta evaluación participaron tres residentes de Otorrinolaringología y tres residentes de Neumología, de segundo y tercer año, los demás participantes fueron asistentes o jefes de servicio. Los médicos de Medicina Interna que no participaron en el cuestionario estaban de licencia, vacaciones, o simplemente no se los pudo ubicar en el hospital. Ningún internista se negó al cuestionario. Sin embargo, en el servicio de pediatría, cuatro médicos no realizaron el cuestionario, uno se negó, dos no disponían de tiempo para realizarlo y uno no fue ubicado en el servicio.

El tiempo aproximado que demandó el responder el cuestionario fue 5 minutos.

Figura 1. Niveles de conocimientos de los médicos, según especialidades, frente al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica.

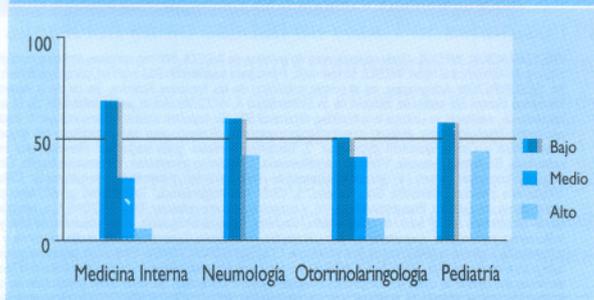
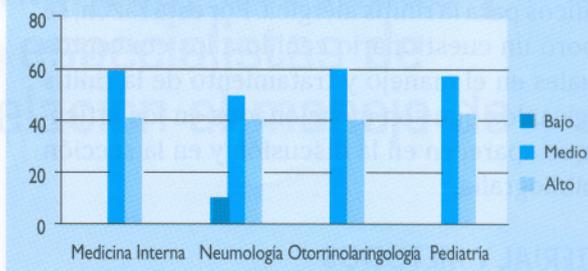


Figura 2. Niveles de actitud de los médicos, según especialidades, frente al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica.



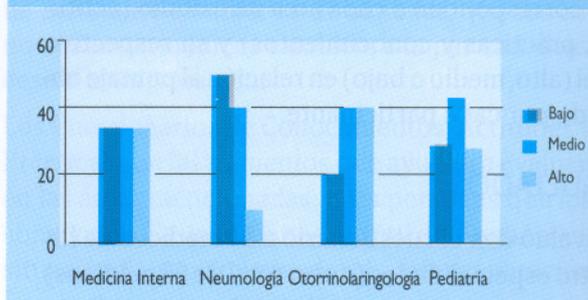
Dentro del cuestionario existen preguntas específicas que por su importancia es prudente comentar, de forma individual, en los resultados ya que serán discutidas más adelante.

Los médicos que no derivan a sus pacientes cuando la complejidad de la rinitis alérgica se hace difícil en el manejo y tratamiento fueron 12 (22%), de los cuales 3 tenían un nivel de conocimiento bajo; 6, medio, y 3, alto.

La especialidad más común a la que se derivan los pacientes en caso de complejidad es Otorrinolaringología (25; 46%), seguida de Otorrinolaringología e Inmunología (8; 15%), Inmunología (8; 15%). De los 12 médicos (22%) que no derivan a sus pacientes, 3 eran pediatras; 6, otorrinolaringólogos; 2, internistas; 1, neumólogo, y 1 no especificó su servicio.

Casi todos, 53 (98%) de los entrevistados, opinan que la educación sobre la prevención es parte del trabajo médico, y 52 (96%) opinan que educar a los pacientes con temas de prevención contribui-

Figura 3. Niveles de práctica de los médicos, según especialidades, frente al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica.





ría a disminuir la intensidad de la rinitis alérgica. Por otro lado, 18 (33%) médicos refieren que educar a los pacientes puede tomar mucho tiempo de la consulta y 35 (65%), que no tomaría mucho tiempo. Uno (2%) no respondió.

En relación a si el entrevistado está conforme con el conocimiento que tiene acerca del manejo y tratamiento de la rinitis alérgica, 23 (43%) respondieron que sí; 27 (50%), que no; cuatro no respondieron. De los 23 médicos satisfechos, 13 (57%) tenían un nivel de conocimientos bajo; 7 (30%), un nivel medio, y 3, (13%) un nivel alto. De los 13 de nivel bajo, 8 eran de Medicina Interna; 1, de Neumología; 1, de Otorrinolaringología y 2, de Pediatría.

El 67% (36) de los entrevistados se consideró apto para educar a los pacientes acerca de la etiología, prevención y tratamiento de la rinitis alérgica; el 30% (16), no y 3% (2) no respondieron. De los 36 que se consideraban aptos, 18 (50% de 36) obtuvieron un nivel de conocimientos bajo (11 internistas, 1 neumólogo, 3 pediatras y 3 otorrinolaringólogos); 14 (39%), un nivel medio (5 internistas, 5 otorrinolaringólogos, 3 neumólogos, 1 pediatra) y 4 (11%), un nivel alto (2 otorrinolaringólogos, 2 pediatras).

De los 54 médicos, 49 (91%) respondieron que sí dan información sobre la prevención y etiología de la rinitis alérgica durante la consulta; 4 (7%), que no y 1 se abstuvo. De los 49 que brindan información, 18 la dan al 100% de los pacientes; 8 al 80% y 22, a menos del 60%.

El 81% (44) transmite al paciente la información sobre la prevención de la rinitis alérgica en forma verbal, breve e individual; 7 (13%) usan folletos y la transmisión verbal; ninguno lo hace en forma grupal.

Cuarenta y siete (87%) médicos utiliza la anamnesis como procedimiento diagnóstico; 36 (67%), el examen físico rinológico; 34 (63%), la Ig total sérica; 9 (17%), el Prick test o intradermorreacción; 10 (19%), la citología nasal y 11 (20%), la radiología.

En cuanto a la duración del tratamiento, 28 (52%) médicos respondieron que indefinidamente; 8 (15%), 2 semanas; 8 (15%), mientras dure el cuadro alérgico; 6 (11%), otro esquema y 2 (4%), un mes.

Respecto al área de conocimientos, 42 (78%) médicos consideran que la rinitis alérgica puede ser incapacitante y 10 (19%), que no; dos no respondieron.

El 87% (47) piensa que podría existir una asociación causa-efecto entre la rinitis alérgica y el asma y 5 (9%), que no; dos no respondieron. Cuarenta (74%) médicos opinan que existe una relación causa-efecto entre la rinitis y la poliposis nasal y 8 (15%), que no la hay; 6 no respondieron.

Solo 15 (28%) médicos respondieron correctamente sobre la clasificación de la rinitis alérgica, pero ninguno conocía el significado de las siglas ARIA.

Dieciocho (33%) médicos opinaron que la inmunoterapia está desplazando al tratamiento convencional con antialérgicos y 32 (59%), que no. Veintiún (39%) médicos opinan que los antileucotrienos (montelukast zafirlukast) han probado su superioridad frente al tratamiento con antialérgicos convencionales y 26 (48%), que no.

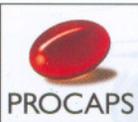
Once (20%) médicos consideran que los antihistamínicos de primera generación se pueden usar en ancianos y 38 (70%), no. Además, 38 (70%) consideran que los antihistamínicos de segunda generación no poseen efectos de somnolencia y 14 (26%), que sí.

El 44% (24) médicos considera que los descongestionantes nasales son los pilares del tratamiento para la rinitis alérgica y el 61% (33), que los nuevos antihistamínicos, como la desloratadina, poseen mayor poder antialérgico que los de segunda generación.

Doce (22%) médicos usan un aerosol nasal con corticoides para tratar la rinitis alérgica; 10 (18%) no lo usan y 27 (50%) no tienen una idea, según consenso, de su uso.

DISCUSION

Actualmente se están elaborando consensos para el manejo y tratamiento de la rinitis alérgica. Un ejemplo es el ARIA (*allergic rhinitis and its impact on asthma*); la rinitis alérgica y su impacto sobre el asma^(2,24) que intenta mostrar que un adecuado manejo del cuadro alérgico nasal controla un asma de nivel leve o mejora el control del asma moderado y severo. Sin embargo, todavía no se dispone de un consenso generalizado en rinitis alérgica, como el GINA lo es para asma⁽³⁰⁾. Por esta razón, muchos médicos que tratan rinitis alérgica no tienen una pauta común a la cual ceñirse.



Laboratorios
UNIMED

Ante las infecciones del oído y la otorrea...

Otosec[®]
Ciprofloxacina

Otosec[®] **HC**
Ciprofloxacina + Hidrocortisona

*Seca!
y alivia el dolor*

- ◆ Alivio rápido y efectivo sin riesgo de ototoxicidad.
- ◆ Cómoda posología: 3 gotas en el oído afectado 2-3 veces al día por 7 a 10 días.



OTOSEC HC: Composición: Ciprofloxacina base 0.3%, Hidrocortisona 0.1%. Farmacodinamia: La ciprofloxacina actúa interfiriendo la enzima DNA girasa, necesaria para la síntesis del DNA bacteriano. La hidrocortisona reduce el proceso inflamatorio. Indicaciones: Indicada en el tratamiento de las infecciones del conducto auditivo externo, causada por gérmenes sensibles a la acción del antimicrobiano, complicada con inflamación. Contraindicaciones: Historia de hipersensibilidad a sus componentes. Reacciones adversas: Sensación de picazón o quemazón puede ser notada ocasionalmente. La irritación local rara vez ocurre. Precauciones: Sensación de picazón o quemazón se puede notar ocasionalmente cuando la solución es instilada por primera vez en la inflamación aguda del oído. Dosis: 3 gotas en el oído afectado 2 veces al día ó según indicación del médico. Interacciones: No se han descrito. No existe absorción sistémica al ser utilizado por vía otológica. Presentación: Frasco gotero estéril por 10 ml.

En los cuadros comparativos, detallados en las Figuras 1 a 3, se muestra lo sugerido en el párrafo anterior; es decir, las diferencias en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el manejo y tratamiento de la rinitis alérgica entre los médicos especialistas relacionados con el control de esta patología al no tener un consenso común para uniformizar criterios.

En la Figura 1, se observa que en todas las especialidades existe un nivel de conocimientos bajo en un 50% de los médicos. Al haber participantes que obtuvieron un puntaje de nivel alto, se puede inferir que no era imposible obtenerlo.

La mayoría de preguntas del cuestionario, acerca de los conocimientos en el manejo y tratamiento en la rinitis alérgica, está dirigida a temas de actualidad, como lo es la nueva clasificación para la rinitis alérgica, los nuevos medicamentos para su tratamiento y sobre los últimos consensos para el uso de estos medicamentos^(1,2,24). De estos resultados se infiere que un 50% de los médicos entrevistados no maneja estos conceptos de actualidad. Alrededor de un 40% maneja un nivel medio y solo en Otorrinolaringología y Pediatría, en mayor proporción, existe un nivel alto. Suponiendo que un nivel aceptable es el medio y el alto entonces Otorrinolaringología tendría el nivel más uniforme, ya que en pediatría no existe el nivel medio. Cabe mencionar que los participantes que obtuvieron niveles altos en pediatría, en su mayoría, concuerdan con los asistentes más jóvenes. Más del 60% de los médicos de Medicina Interna y Neumología tiene un nivel bajo de conocimientos.

En la Figura 2, sobre el nivel de actitud de los médicos especialistas frente al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica, se observa que existe una cierta uniformidad entre los médicos, con niveles medios y altos muy similares. Llamó la atención, como a pesar de no existir el servicio de Inmunología y Alergia en el hospital, que el 30% de los participantes derivaría a los pacientes de difícil manejo a esta especialidad; el 61% los derivaría a otorrinolaringología, y el 22% no los derivaría.

La Figura 3 muestra el nivel de práctica entre los médicos en relación con la rinitis alérgica. Todas las especialidades muestran un similar nivel medio. El nivel bajo está presente en todas las espe-



cialidades pero varía entre ellas y la Neumología tiene la mayor proporción de médicos, seguida por Medicina Interna, Pediatría y Otorrinolaringología.

Es conveniente comentar las respuestas de algunas preguntas del cuestionario, sobre todo de la parte de conocimientos, en la que se observó una mayor diferencia en el diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica entre las diferentes especialidades.

El diagnóstico de rinitis alérgica se hace fundamentalmente por la anamnesis (87%), seguida por el examen físico rinológico, la Ig E específica y el Prick test⁽²⁵⁾. Llama la atención que el 11% de los participantes utilice a la radiología como procedimiento diagnóstico. La radiología es un examen solicitado para evaluar las complicaciones de la rinitis alérgica, pero no para establecer un diagnóstico, como opina el 20% de los encuestados.

El 67% utilizaría el examen físico rinológico para el diagnóstico, actualmente conocemos que solo Otorrinolaringología dispone de espéculos nasales para este diagnóstico. Por tanto, es importante capacitar a los médicos en el estudio clínico endonasal con espéculo o derivar a los pacientes a Otorrinolaringología para un estudio previo al inicio de tratamiento, puesto que existen patologías nasales que pueden simular un cuadro alérgico por obstrucción, por tumores, alteraciones estructurales e infecciones crónicas granulomatosas, entre otras. También es importante señalar que el 63% de médicos solicita un examen de Ig E sérica total para diagnóstico, parámetro que ya no es muy utilizado para la confirmación de la rinitis alérgica. Lo cierto es que la prueba utilizada es la Ig sérica específica para los alérgenos más frecuentes en el medio.

Un 52% respondió que el tratamiento para la rinitis alérgica es de tiempo indefinido. La rinitis alérgica es una condición crónica en la cual el esquema de tratamiento es 'control', no cura. Por tal motivo, no se puede poner un tiempo específico de tratamiento al ser un enfermedad crónica recurrente^(1,25), los casos más específicos son los persistentes severos. Por esta razón un tratamiento adecuado de la rinitis alérgica es indefinido, dependiendo de la severidad y el tipo de cuadro alérgico.

La rinitis alérgica puede ser incapacitante^(6,8) debido a la intensa congestión, estornudos y secreción nasal, que en momentos de crisis puede provocar

que el paciente abandone su centro de trabajo, educativo o social. Es importante destacar que la mayoría de médicos (78%) está consciente del problema y un adecuado manejo y tratamiento sería beneficioso para reincorporar a este paciente a su medio.

Es bueno saber que un 87% de médicos piensa que podría existir una asociación causa efecto entre la rinitis alérgica y el asma. Cada vez son más los estudios destinados a establecer una relación causa efecto entre estas dos patologías^(1,2,10,16,21,24) y se está viendo que un control adecuado de la rinitis alérgica también controla un asma leve y mejora la respuesta a la medicación en el asma moderado severo. Por otro lado 74% de médicos opinan que existe una relación causa efecto entre rinitis y poliposis nasal, lo cual no está comprobado ni sospechado, algunos autores consideran que la causa de la poliposis nasal se debe a micosis pero esto esta investigación. Lo cierto que es que no se sabe en la actualidad la causa exacta de la poliposis nasal⁽²⁶⁾ y que su incidencia es igual tanto en pacientes alérgicos como en los no alérgicos.

Se mencionó al principio de la discusión al ARIA como un primer consenso que trata de ordenar el manejo y tratamiento de la rinitis alérgica. El 100% de los participantes desconocía el significado de las siglas e inclusive en que consistía este consenso. Por esta razón es que no existe una homogeneidad en lo referente al tema de estudio, ya que los médicos especialistas no están revisando lo nuevo en relación al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica. Otra prueba de esto es la nueva clasificación de la rinitis alérgica, actualmente se divide en persistente, intermitente, leve, moderada y severa, dejando de lado la clasificación anterior que mencionaba a las rinitis estacional y ocupacional, entre otras^(1,2). Solo el 28% de los médicos entrevistados respondió correctamente a la pregunta.

En lo concerniente a los esquemas de tratamiento, se hicieron preguntas como la referente a si la inmunoterapia está desplazando al tratamiento convencional con antialérgicos, 18 médicos (33%) opinaron afirmativamente, mientras que 32 (59%) opinaron no estar de acuerdo. Aunque la inmunoterapia ha mejorado en los últimos tiempos usando alérgenos cada vez más puros, todavía no reemplaza al tratamiento convencional de la rinitis alérgica. La inmunoterapia tiene sus indicaciones, no es efecti-



va en el 100% de los casos; y además, tiene sus riesgos incluyendo la recaída alérgica, la no respuesta al tratamiento y la anafilaxia^(1,27).

Los antileucotrienos no han probado su superioridad frente al tratamiento con antialérgicos convencionales⁽²⁸⁾, aunque 21 (39%) médicos opinan que si la han probado. Estos medicamentos están siendo utilizados como terapia coadyuvante en el tratamiento del asma porque no se ha probado su éxito cuando son usados solos; es más, algunos autores están dudando en su necesidad para tratar el asma. En lo concerniente a la rinitis alérgica, tampoco es de gran utilidad en comparación a la terapia convencional con antialérgicos, o en todo caso se utiliza como terapia coadyuvante⁽²⁸⁾.

En cuanto a los antihistamínicos, 11 participantes (20%) están de acuerdo con que los antihistamínicos de primera generación se pueden usar en ancianos. Esto no es del todo cierto, los antihistamínicos de primera generación poseen efectos secundarios anticolinérgicos como son las alteraciones cardiovasculares, retención urinaria y glaucoma, entre otros, pero si se pueden usar en niños y gestantes⁽²⁹⁾. Es bueno saber que 38 médicos (70%) están en desacuerdo. Además, 38 médicos (70%) consideran que los antihistamínicos de segunda generación no poseen efectos de somnolencia; aunque, los produce en menor proporción que los antihistamínicos de primera generación.

Los descongestionantes tópicos nasales son parte del tratamiento de la rinitis alérgica en lo concerniente al alivio de la congestión de forma inmediata, corriendo el peligro que se produzca una rinitis medicamentosa de rebote por uso prolongado⁽²⁹⁾. La alergia nasal es una condición crónica y la mejoría sintomática de la congestión no es el problema fundamental a corregir, sino lo es la inflamación que como consecuencia produce la congestión. En la evaluación, 24 médicos (44%) mencionan que la terapia con descongestionante tópico nasal es uno de los pilares en el tratamiento de la rinitis alérgica y 29 (54%) están en desacuerdo.

En relación a si los nuevos antihistamínicos, como la Desloratadina, poseen mayor poder antialérgico que los de segunda generación, 33 médicos (61%) respondieron afirmativamente. Este supuesto mayor poder todavía no está comprobado por

estudios imparciales debido a la poca experiencia en el uso de esta medicina en el mundo, considerando que es una droga relativamente nueva. Todos los estudios sobre esta droga están siendo proporcionados por los laboratorios auspiciadores, y estas aparentes ventajas se deban, probablemente, solo a la intensa propaganda publicitaria que está inundando últimamente el mercado médico, ofreciendo ventajas comerciales más que ventajas reales.

Uno de los medicamentos pilares del tratamiento actual de la rinitis alérgica, inclusive en niños, es el aerosol nasal de corticoides^(1,2,17-20,29); sin embargo, solo 12 médicos (22%) usan Spray nasal de corticoides correctamente para tratar la rinitis alérgica. El aerosol nasal es un presentación galénica que actúa tópicamente sobre la mucosa nasal, a nivel de los mediadores de la inflamación, causa básica de la sintomatología de la rinitis alérgica, y, además, tiene un nivel de absorción sistémica muy bajo.

Por lo mencionado anteriormente en esta parte del trabajo y en los Resultados, existen diferencias relacionadas al manejo y tratamiento de la rinitis alérgica entre los médicos especialistas. Además, llama la atención los porcentajes importantes de nivel de conocimiento bajo, sobre todo en la parte de la medicación, aspecto fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad. Por esta razón, es conveniente hacer hincapié en la necesidad de estimular la capacitación continua en este tema.

La creación de una unidad de Rinología dentro del servicio de Otorrinolaringología, como en otros países, sería una alternativa importante para el manejo adecuado de esta enfermedad. En estas unidades los médicos se capacitan continuamente sobre rinitis alérgica, aparte de otros temas concernientes a la patología nasal como la poliposis, papilomatosis, enfermedades granulomatosas, cáncer o deformaciones.

Si bien Otorrinolaringología, en este cuestionario, no tiene el mayor porcentaje de médicos con nivel alto de conocimientos, si tiene el nivel más uniforme; es decir, que si unimos el nivel medio más el nivel alto, el mayor porcentaje corresponde a Otorrinolaringología. Y cuando uno analiza pregunta por pregunta del cuestionario, otorrinolaringología tiene los porcentajes más altos en el mayor número de preguntas que otras especialida-

Anexo I. Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas en rinitis alérgica

Este cuestionario es totalmente anónimo y no participa en ninguna evaluación curricular ni de desempeño laboral. Usted tiene la libertad de finalizar el cuestionario en el momento que desee.

Agradeceré que conteste con honestidad las siguientes preguntas puesto que el presente trabajo está destinado para proyecto de tesis.

Duración aproximada: 15 minutos

Puede marcar más de una alternativa por pregunta

- | Fecha | Puntaje |
|---|-------------------------|
| 1. ¿A qué especialidad pertenece usted? | (0 puntos) |
| a) Neumología | b) Otorrinolaringología |
| c) Pediatría | d) Inmunología |
| e) Medicina Interna | |
| 2. Su cargo es de: | (0 puntos) |
| a) Asistente | b) Residente |
| 3. En su consulta diaria, aproximadamente, ¿qué cantidad de pacientes acude por rinitis alérgica? | (0 puntos) |
| a) De 1 a 3 | b) De 4 a 5 |
| c) De 6 a 10 | d) Más de 10 |
| e) Otra | |

ACTITUD

- | | |
|--|------------------|
| 4. ¿Ud. deriva a los pacientes con rinitis alérgica a otra especialidad cuando su complejidad le hace difícil el manejo o diagnóstico clínico? | (20 puntos) |
| a) Si | b) No |
| 5. Según la pregunta anterior ¿A qué especialidad (es) enviaría a los pacientes con rinitis alérgica de difícil manejo? | (05 puntos) |
| 6. La educación sobre la prevención de la rinitis alérgica es parte del trabajo médico. | (10 puntos) |
| a) De acuerdo | b) En desacuerdo |
| 7. Educar a los pacientes con temas de prevención contribuiría a disminuir la intensidad de la rinitis alérgica. | (20 puntos) |
| a) De acuerdo | b) En desacuerdo |
| 8. Educar pacientes puede tomar mucho tiempo de la consulta | (10 puntos) |
| a) De acuerdo | b) En desacuerdo |
| 9. Estoy conforme con el conocimiento que tengo sobre el manejo y tratamiento de la rinitis alérgica. | (15 puntos) |
| a) De acuerdo | b) En desacuerdo |
| 10. Me considero apto para educar a un paciente acerca de rinitis alérgica en etiología, prevención y tratamiento. | (10 puntos) |
| a) De acuerdo | b) En desacuerdo |

PRACTICAS

- | | |
|--|-------------|
| 11. ¿Usted da información sobre la etiología de la rinitis alérgica o su prevención a los pacientes durante la consulta? | (20 puntos) |
| a) Si | b) No |
| 12. Si la respuesta anterior es 'Si', ¿A qué porcentaje de pacientes con rinitis alérgica Ud. le brinda esa información? | (10 puntos) |
| a) 20% | b) 40% |
| c) 60% | d) 80% |
| e) 100% | |
| 13. ¿Qué información brinda al paciente durante la consulta? | (15 puntos) |
| a) Principalmente factores que predisponen a la rinitis alérgica | |
| b) Sobre los medicamentos usados en el tratamiento (efectos secundarios, precios, u otros) de la rinitis alérgica. | |
| c) Sobre el pronóstico y etiología de la rinitis alérgica | |
| d) Otra | |
| 14. ¿Cómo transmite esa información? | (05 puntos) |
| a) Verbalmente, extenso, a cada paciente | |
| b) Verbalmente, breve, a cada paciente | |
| c) Con folletos | |
| d) Por grupos de pacientes | |

... continúa en la página siguiente

De una mirada de cerca a la verdadera...

Manual e Innovación Digital y Computarizada

Confección de finos instrumentos Auditivos

- Rápido y Económico
- Fácil adaptación y sonido real

REXTON A&M

Tubitos de Ventilación Donaldson

Equipos Auditivos

- Videoscopio • Otoscopio • Frontoluz

Emisiones Otoacústica

Audiometro

Tympanometro (Clínico-Diagnóstico)

MADSEN DANPLEX



PHONIX

WORLD S.A.C

Av. Larco 123 Ovalo de Miraflores ☎ 444-1767
Av. El Polo 123 Monterrico, Surco ☎ 312-6090 / 312-6992
Telefax: 435-5567
e-mail: elpolo@phonix.com.pe



• Pregunta 28		
1. Medicina Interna	10	37%
2. Neumología	2	20%
3. Otorrinolaringología	5	50%
4. Pediatría	1	14%
Total	18	
• Pregunta 29		
1. Medicina Interna	3	11%
2. Neumología	2	20%
3. Otorrinolaringología	4	40%
4. Pediatría	3	43%
Total	12	

des. Probablemente sea que Otorrinolaringología ve mayor número de pacientes con rinitis alérgica por día, y es obvio que tiene que afrontar este tipo de problemas mejor para controlar así su gran flujo de pacientes alérgicos.

Lo importante en todo esto es que si bien se sugiere a Otorrinolaringología como la especialidad más adecuada para el manejo de la rinitis alérgica, no lo puede hacer aislada de las otras especialidades. En el caso de la rinitis alérgica y su asociación con el asma bronquial, el neumólogo juega un papel importante en el control del problema asmático junto con el pediatra, en el caso de los niños, e indudablemente un alergista para un manejo conjunto especializado. No se puede pretender que el paciente 'pertenezca' a una especialidad por la territorialidad de su patología. El abordaje debe ser multidisciplinario para el beneficio mayor del paciente alérgico.

La tecnología y los conocimientos avanzan muy rápido y es necesario educarse continuamente porque si no se aprende lo básico no se puede aplicar lo complejo, y si esto ocurriera, parecería el retraso progresivo que puede llevar a la medicina en el Perú a la desactualización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diagnosis and management of rhinitis of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81 (5).
2. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *J Allergy Clin Immunol* 2001; Suppl (Nov):108 (5).
3. *Allergy, Principles and Practice* (Vol II). Editorial Mosby.
4. The allergy report, diseases of the atopic diathesis- Vol 2. The American Academy of Allergy, Asthma and Immunology.
5. Blair H. Natural history of childhood asthma: 20-year follow-up. *Arch Dis Child* 1977;52:613-9.
6. Smith JM. Epidemiology and natural history of asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis (eczema). In: Middleton E, editor. *Allergy, Principles and Practice*. 3rd ed. St. Louis, Mo.: CV Mosby Co.; 1988.
7. Pedersen PA, Weeke ER. Asthma and allergic rhinitis in the same patients. *Allergy* 1983;38:25-9.
8. Settipane GA. Allergic rhinitis—update. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;94:470-5.
9. Evans R III, Mullally DI, Wilson RW, et al. National trends in the morbidity and mortality of asthma in the US: prevalence, hospitalization and death from asthma over two decades: 1965-1984. *Chest* 1987;91:655-74S.
10. Kapsali T, Horowitz E, Diemer F, Togiias A. Rhinitis is ubiquitous in allergic asthmatics [abstract]. 1997;99:S138.
11. Arsdell PP, Motulsky KP. Frequency and heritability of asthma and allergic rhinitis in students. *Acta Genet* 1959;9:101-14.
12. Maternowski CJ, Mathews KP. The prevalence of ragweed pollinosis in foreign and native students at a Midwestern university and its implications concerning methods for determining inheritance of atopy. *J Allergy* 1962;33:130-40.
13. Madonini E, Briatico-Vangosa G, Pappacoda A, Maccagni G, Cardani A, Saporiti F. Seasonal increase of bronchial reactivity in allergic rhinitis. 1987;79:358-63.
14. Ramsdale EH, Morris MM, Roberts RS, Hargreave FE. Asymptomatic bronchial hyperresponsiveness in rhinitis. 1985;75:573-7.
15. Townley RG, Ryo UY, Kolotkin B, Kang B. Bronchial sensitivity to methacholine in current and former asthmatic and allergic rhinitis patients and control subjects. 1975;56:429-42.
16. Braman SS, Barrows AA, DeCotiis BA, Settipane GA, Corrao WM. Airway hyperresponsiveness in allergic rhinitis: a risk factor for asthma. *Chest* 1987;91:671-4.
17. Henriksen JW, Wenzel A. Effect of an intranasally administered corticosteroid (budesonide) on nasal obstruction, mouth breathing and asthma. *Am Rev Respir Dis* 1984;130:1014-8.
18. Welsh PW, Sticker EW, Chu-Pin C, Naessens JM, Reese ME, Reed CE, et al. Efficacy of beclomethasone nasal solution, flunisolide and cromolyn in relieving symptoms of ragweed allergy. *Mayo Clin Proc* 1987;62:125-34.
19. Corren J, Adinoff AD, Buchmeier AD, Irvin CG. Nasal beclomethasone prevents the seasonal increase in bronchial responsiveness in patients with allergic rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1992;90:250-6.
20. Watson WTA, Becker AB, Simons FER. Treatment of allergic rhinitis with intranasal corticosteroids in patients with mild asthma: effect on lower airway responsiveness. *J Allergy Clin Immunol* 1993;91:97-101.
21. Corren J, Harris AG, et al. Efficacy and safety of loratadine plus pseudoephedrine in patients with seasonal allergic rhinitis and mild asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1997;100 (6).
22. Leynaert B, Neukirch F. Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106 (5).
23. Leynaert B, Bousquet J. 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 (2).
24. Corren J. The impact of allergic rhinitis on bronchial asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 101(2).
25. Urval K. Overview of diagnosis and management of allergic rhinitis. *Prim Care Clin Office Pract* 1998; 25 (3).
26. Radenne F. Quality of life in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 104 (1).
27. Reisman RE. Immunotherapy: A practical review and guide. *Immunol Allergy Clin N Am* 2000; 20 (3).
28. Meltzer EO. Concomitant montelukast and loratadine as treatment for seasonal allergic rhinitis: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105 (5).
29. Corren MD. Advances in allergic diseases: An update for the new millennium. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105(6).
30. Global Initiative for AQAsthma. NIH Publication Number 95-3659 January, 1995.