



## **Protocolos del GVR (P-GVR-6)**

# **Rinitis Alérgica**

## **El Pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica**

### **Autor:**

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)

### **Redactores:**

Jesús M Pascual Pérez  
Maite Callén Blecua

### **Revisión por pares:**

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Carmen Fernandez Carazo (Andalucía), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda García Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonso Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Domínguez Aurrecoechea (Asturias), Antonio Jimenez Cortés (Andalucía), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Antonio Pons Tubío (Andalucía), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucia), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

### **Fecha de publicación:**

19 de Octubre del 2006

### **Cómo citar este protocolo:**

Pascual Perez JM, Callen Blecua M y Grupo de Vías Respiratorias. *Protocolo de Rinitis Alérgica. El Pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica*. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-6) [consultado día/mes/año]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)

#### NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta.

Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

## El pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica.

Introducción y justificación.....	4
Diagnóstico: Anamnesis y pruebas alérgicas.....	4
Tratamiento: Evidencias y Uso racional del Medicamento .....	5
Seguimiento: Educación y derivación .....	6
Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones.....	6
Bibliografía.....	7
Tabla I: Relación entre alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica.....	8
Tabla II: Efectos de las diversas medicaciones en la rinitis alérgica.....	9
Tabla III. Tratamiento: evidencias y uso racional del medicamento.....	10
Figura 1: Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria.....	11

## Introducción y Justificación

La rinitis alérgica (RA) se define como una inflamación de la mucosa nasal mediada por IgE después de la exposición a un determinado alérgeno. Afecta al 10-15% de la población general y su prevalencia está aumentando en los países desarrollados. Tiene gran importancia por el impacto sobre la calidad de vida y el rendimiento escolar. Se considera que es frecuentemente infratratada e infradiagnosticada.

Los pólenes son los alérgenos más importantes causantes de síntomas estacionales, siendo las gramíneas la causa más frecuente de polinosis. A pesar de que en nuestro país la estación predominante es la primavera, el calendario polínico abarca todo el año.

No obstante existen importantes diferencias geográficas, tanto en prevalencia (9,3% en Barcelona frente a 19,5 y 21,8% en Asturias y Madrid, según datos del estudio ISAAC para niños de 6-7 años) como en patrón según los alérgenos predominantes (estacional-polínico del interior y perenne-acarino de la costa).

Recientemente un consenso de expertos ha propuesto modificar la clasificación clásica de estacional y perenne, por otra que considera por un lado la duración (“intermitente” o “persistente”) y por otro la gravedad de los síntomas junto al impacto sobre la calidad de vida (“leve” o “moderada-grave”).

La rinitis alérgica y el asma son enfermedades comórbidas: un alto porcentaje de pacientes con rinitis (20-40%) tienen asma, mientras que un 30-50% de asmáticos tienen rinitis. Se ha sugerido que un óptimo manejo de la rinitis puede prevenir o retrasar la aparición de asma y mejorar el coexistente.

## Diagnóstico: Anamnesis y Pruebas alérgicas

La base fundamental es una historia clínica detallada.

La exposición a desencadenantes ambientales es un punto crucial de la historia. Se debe incluir un exhaustivo interrogatorio del entorno del niño, no sólo de las condiciones del hogar, sino también del colegio y posibles segundas residencias (abuelos, cuidadores,...). Se debe preguntar siempre sobre mascotas (en especial gatos).

Sugieren posible causa alérgica los siguientes datos: estacionalidad, prurito (nasal, ocular, faríngeo), persistencia de síntomas catarrales (rinorrea acuosa) en ausencia de fiebre (aunque con el tiempo puede sobreinfectarse), influencia de los cambios ambientales (viajes, obras, animales...), y antecedentes personales o familiares de atopia (asociación de asma y/o dermatitis atópica). Incluso la anamnesis puede orientar hacia el alérgeno probablemente responsable del cuadro (**Tabla I**), permitiendo afinar los procedimientos diagnósticos subsiguientes. El conocimiento de la aerobiología local (calendario polínico) permite sospechar el tipo de polen posiblemente implicado.

El síntoma predominante es el prurito nasal (que incluso puede obligar al saludo alérgico o pulsión de rascado nasal). Otros síntomas y signos frecuentes son: rinorrea (acuosa bilateral), obstrucción nasal, estornudos (en salvas), anosmia, fotofobia y lagrimeo (mucoide, sin legaña).

Se buscarán signos de la tríada clásica atópica: dermatitis, asma y rinoconjuntivitis.

La rinosinusitis bacteriana es una complicación frecuente, la rinorrea purulenta, el goteo postnasal y la tos crónica en niños son los signos más característicos, pero individualmente ninguno de ellos tiene la sensibilidad y especificidad suficiente como para diferenciar la sinusitis bacteriana de la rinitis viral o alérgica.

Si el diagnóstico clínico es evidente, no se precisan realizar pruebas diagnósticas, al menos inicialmente. Pero debe permitirse al Pediatra de Atención Primaria (PAP) que así lo

solicite, por formación y cualificación, el acceso directo a las pruebas alérgicas (PRICK, Ig E específica y/o Phadiatop), según se recoge en el “**Protocolo de identificación de alergia del GVR**”, P-GVR-3.

### **Tratamiento: Evidencias y Uso Racional del Medicamento**

El tratamiento se basa en la identificación y eliminación de los antígenos específicos (cuando es posible), y el uso de medicaciones que disminuyan la respuesta inmune. Si el diagnóstico clínico es evidente, se debería iniciar tratamiento sintomático. Éste incluirá tanto la educación en medidas de evitación como el uso de fármacos.

En primer lugar es prioritario, y no puede obviarse nunca, realizar un adecuado control ambiental. Aunque en la práctica diaria parece que algunas medidas como las fundas antiácaros y lavar la ropa de cama a 60° pueden ser útiles, no hay evidencia suficiente para afirmar que las medidas antiácaros son eficaces en el tratamiento de la RA. La reducción de exposición a alérgenos de animales domésticos no es efectiva sin la eliminación de éstos del hogar (evidencia A).

El espectro de fármacos que se puede emplear en la RA es amplio, y sus efectos sobre los distintos síntomas son muy distintos (**Tabla II**).

A excepción de los esteroides sistémicos, los corticoides nasales (CN) son la medicación más efectiva para el tratamiento de la rinitis alérgica y control de su sintomatología (evidencia A).

Numerosos estudios han valorado su efecto sobre el crecimiento y el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal sin encontrar efectos relevantes a las dosis recomendadas. No se ha encontrado atrofia de la mucosa nasal en las biopsias realizadas al cabo de 5 años de tratamiento. Pueden causar epistaxis, sequedad y costras nasales (relacionados con una mala técnica de administración).

Los antihistamínicos orales (AH) son eficaces en algunos de los síntomas de la RA, pero menos que los corticoides (sobre todo para la congestión). Sus efectos adversos más frecuentes fueron la sedación y somnolencia (sobre todo para los de primera generación, cetirizina y levocetirizina). No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina) sean superiores a los de segunda generación. No hay ensayos que hagan comparaciones directas entre los antihistamínicos orales y nasales, pero ambos son menos eficaces y coste-eficientes que los corticoides.

Los descongestivos nasales tópicos disminuyen la obstrucción nasal pero no son recomendables por el efecto rebote a partir de los 3-4 días. Por este motivo no están indicados como tratamiento continuo, pero pueden ser útiles durante tres días cuando hay un gran componente obstructivo, administrados unos minutos antes del CN.

Hay fuerte evidencia sobre la eficacia del cromoglicato disódico para disminuir los síntomas de la rinitis alérgica (evidencia A), pero debe ser administrado preventivo (su efecto puede tardar incluso 2-4 semanas) y con un intervalo entre dosis corto (cada 4-6 horas).

Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos son inferiores a los CN en la disminución de síntomas y en la valoración de la calidad de vida por cuestionario (evidencia A). Son superiores a placebo y similares a los AH (pero inferiores en síntomas oculares). No hay estudios en rinitis perenne ni en niños.

## Seguimiento: Educación y Derivación

Por tratarse de una patología recidivante, directamente relacionada con la exposición al alérgeno, es fundamental la educación al paciente no sólo en realizar un óptimo control ambiental mediante medidas de evitación, sino también en el uso de su medicación. El paciente debe aprender a identificar la sintomatología, conocer su propio calendario polínico, e instaurar un tratamiento precoz. El mejor tratamiento es el preventivo, y por eso debe aprender a anticiparse 1-2 semanas al inicio de sintomatología. Con este motivo es útil el dar esta información por escrito, concertando una consulta preparatoria previa a la estación sintomática (por ejemplo un par de meses antes). Se le debe instruir para poder hacer un seguimiento de los recuentos polínicos (red Palinológica) de su localidad (mediante Internet, teletexto y medios de comunicación). Se debe hacer especial hincapié en desaconsejar la compra de mascotas de pelo, sobre todo gatos. Una vez que se les coge afecto, es más difícil desprenderse de ellas.

Las medidas de evitación tienen sus particularidades según el alérgeno implicado. Para pólenes, se deben disminuir las actividades al aire libre durante los días de máximo recuento polínico, manteniendo las ventanas cerradas del hogar y automóviles, siendo recomendable el uso de aire acondicionado y filtros anti-partículas.

Se debe derivar a la consulta del especialista cuando se sospeche organicidad o comorbilidad (poliposis nasal u otitis serosa recurrente) o haya una pobre respuesta al tratamiento empírico. En la práctica, la mayoría de las veces se derivará si se cree que la inmunoterapia (IT) es necesaria. Se debe reservar ésta para aquellos pacientes en los que un adecuado tratamiento farmacológico asociado a estrictas medidas de evitación no es suficiente para el control de la sintomatología. Excepto en el caso de alergia a veneno de himenópteros, la edad por debajo de los cinco años es una contraindicación relativa para la administración de IT. No obstante, en general, se admite que es más eficaz en niños que en adultos, mejora síntomas y disminuye necesidad de medicación.

## Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones

En base a las pruebas y las conclusiones obtenidas proponemos un esquema de diagnóstico y tratamiento (**Figura 1**) basado en la evidencia, eficacia, seguridad y uso racional de los distintos medicamentos. Las principales conclusiones son:

1. El diagnóstico se hace en base a los síntomas y los factores de riesgo. Sólo en caso de duda hacer un Prick test o técnicas in vitro (Phadiatop, Ig E específica)
2. Siempre se instruirá al paciente en medidas básicas de control ambiental para minimizar la exposición al alérgeno. El tratamiento farmacológico o inmunoterápico no excluye su cumplimiento.
3. Los corticoides nasales (CN) son la primera línea de tratamiento para la RA, siendo su uso necesario e ineludible en la moderada-severa. Por tanto, otros fármacos deberían ser considerados como alternativas.
4. Deben administrarse de forma pautada “en ciclos” de al menos 7-10 días, nunca usar de forma intermitente “a demanda”. Después de este ciclo se reevaluará, disminuyendo si es posible la dosis para utilizar siempre la dosis mínima eficaz. Los efectos pueden ser aditivos cuando se usan otros corticoides.

5. Aunque no se ha observado alteración del crecimiento éste debe de ser monitorizado
6. El tratamiento puede fracasar si, en presencia de mucosidad, no se limpia bien la nariz previamente a la administración del CN. Los descongestivos nasales tópicos pueden ser útiles cuando hay un gran componente obstructivo (administrados minutos antes del CN), pero sólo se administrarán un máximo de tres días para evitar su efecto rebote.
7. Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial está indicado asociar un antihistamínico (AH). Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco
8. Ante sospecha de fracaso terapéutico por sinusitis bacteriana asociada, comenzaremos tratamiento antibiótico empírico sin realizar radiología confirmatoria previa.
9. Según las evidencias existentes y criterios de uso racional del medicamento, los CN de elección son budesonida y beclometasona, mientras que los AH son cetirizina y loratadina. Pero se deberá individualizar la elección de acuerdo a las condiciones de cada caso (con especial atención a la edad de autorización en ficha técnica). **Tabla III**
10. Otras medicaciones como cromoglicato, anticolinérgicos y antihistamínicos nasales y, en especial, antileucotrienos son mucho menos coste-eficientes, pero pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos
11. La derivación a Especializada se realizará en los casos no controlados o con comorbilidad asociada: se debería reevaluar el diagnóstico o valorar la inmunoterapia,
12. Se debe investigar siempre la presencia de asma

## Bibliografía

Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA 2001). En línea. Disponible en <http://www.whiar.com> Consultado en Junio 2005.

Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317: 1624-1629.

Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene Receptor Antagonists for Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Med* 2004; 116:338-334  
deShazo RD, Kemp SF. Management of allergic rhinitis. En línea. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) . Consultado en Junio 2005.

Long A, McFadden C, DeVine D, Chew P, Kupelnick B et al. Management of Allergic and Non allergic Rhinitis. AHRQ Publication No. 02-E024. 2002. En línea. Disponible en <http://www.ahcpr.gov> Consultado en Junio 2005.

Romero E, Martín AJ, de Mier M, Maqueda T, Lahoz B. Rinitis. *Guías Clínicas* 2003; 3 (5). En línea. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/rinitis.asp> . Consultado en Septiembre 2005.

**Tabla I.-** Relación entre alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica

	<b>POLEN</b>	<b>ACAROS</b>	<b>ANIMALES</b>
Afectación ocular	Severa	Escasa	Severa
Temporalidad	Estacional	Perenne (mejoría verano)	Perenne (nula mejoría verano)
Exacerbación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espacios abiertos y campo</li> <li>▪ Días soleados y viento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espacios cerrados y playa</li> <li>▪ Presencia durante limpieza del hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entorno del animal</li> </ul>
	Diurna	Nocturna o al despertar	Nocturna o al despertar
Características casa	Ventanas abiertas	Cerrada, Humedad	Animal de compañía
Nivel del mar (playa)	Mejora	Empeora	No influye

**Tabla II.-** Efectos de las diversas medicaciones en la rinitis alérgica.

	<b>SINTOMAS NAAALES</b>				<b>SINTOMAS OCULARES</b>
	<b>RINORREA</b>	<b>ESTORNUDOS</b>	<b>PRURITO</b>	<b>CONGESTION</b>	
<b>CORTICOIDES NAAALES</b>	+++	+++	+++	+++	++
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>	++	++	+++	+	++
<b>CROMONAS</b>	+	+	+	+	+
<b>ANTILEUCOTRIENOS</b>	++	++	++	+	+
<b>DESCONGESTIVOS</b>	-	-	-	++++	-
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>	+++	-	-	-	-

Efecto: - no efecto; + ligero; ++ moderado; +++ pronunciado; ++++ muy pronunciado

Modificado de Van Cauwenburge P. Allergy 2000; 55: 116-134

Tabla III.- Tratamiento: evidencias y uso racional del medicamento

		Edad autorización	EFG	CTD	Fuerza de recomendación
<b>CORTICOIDES NASALES</b>					<b>A</b>
	BUDESONIDA	6 años	SI	0.10(0.21)€ <sup>6</sup>	
	BECLOMETASONA	3 años	NO	0.21€	
	TRIAMCINOLONA	6 años	NO	0.26€	
	FLUTICASONA	4 años	NO	0.27€	
	MOMETASONA	6 años <sup>1</sup>	NO	0.23€	
<b>ANTIISTAMINICOS ORALES</b>					<b>A</b>
	LORATADINA	2 años	SI	0.21€	
	CETIRIZINA	12 meses <sup>2</sup>	SI <sup>5</sup>	0.25€	
	LEVOCETIRIZINA	2 años	NO	0.51€	
	DES Loratadina	12 meses	NO	0.57€	
	EBASTINA	2 años	SI <sup>5</sup>	0.40€	
<b>OTROS</b>					
	CROMOGLICATO	6 años <sup>3</sup>	NO	0,21€	<b>A</b>
	IPRATROPIO BROMURO	6 años	NO	0.39€	<b>A</b>
	AZELASTINA	6 años	NO	0.31€	<b>A</b>
	LEVOCABASTINA	4 años	NO	0.27€	<b>A</b>
	MONTELUKAST	15 años <sup>4</sup>	NO	1.54€	<b>A</b>

EFG: especialidad farmacéutica genérica; CTD: coste tratamiento día, calculado según la dosis diaria definida.(DDD) [Fuente: Nomenclator digitalis del Instituto Información Sanitaria. Consultado el 21 septiembre 2006]

<sup>1</sup> Autorizado a los 2 años por la FDA

<sup>2</sup> Autorizado a los 6 meses por la FDA

<sup>3</sup> A pesar de que en ficha técnica se señala que “no está demostrada su inocuidad en niños menores de 6 años”, en la mayoría de las guías se recomienda su uso en menores de 4 años para rinitis alérgica.

<sup>4</sup>Tiene autorización para asma a los 6 meses. Autorizado a los 2 años por la FDA para rinitis estacional alérgica

<sup>5</sup> No existe EFG en forma de solución o suspensión oral

<sup>6</sup> Entre paréntesis se ha calculado el CTD administrado dos veces al día, recomendable por su farmacocinética.

**Figura 1.-.** Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria

