



Grupo de Vías Respiratorias

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

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.

Redactores:

Alberto Bercedo Sanz
María Teresa Callén Blecua
María Teresa Guerra Pérez.

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Álvarez (Madrid), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Águeda García Merino (Asturias), José Antonio Castillo Laita (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), M^a Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), María Isabel Moneo Hernández (Aragón), Olga Cortés Rico (Madrid), Maite Asensi Monzó (Valencia), Juan Carlos Juliá Benito (Valencia) Mar Duelo Marcos (Madrid)

Fecha de publicación:

20 de octubre de 2016

Cómo citar este documento técnico:

Bercedo Sanz A, Callen Blecua M, Guerra Pérez MT 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: <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>

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.

Índice	3
Introducción y justificación	4
Diagnóstico: Anamnesis y pruebas alérgicas	4
Tratamiento: Uso racional del Medicamento	5
Seguimiento: Educación y derivación	8
Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones	9
Bibliografía	10

Tablas y figuras:

Tabla I: Clasificación de la rinitis alérgica según duración y gravedad de los síntomas	12
Tabla II: Alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica	12
Tabla III: Control ambiental frente a alérgenos	13
Tabla IV: Efectos de las diversas medicaciones en la rinitis alérgica	14
Tabla V: Dosis de corticoides nasales en la rinitis alérgica.	15
Tabla VI: Instrucciones para la administración de fármacos en forma de sprays nasales	16
Tabla VII. Dosis de antihistamínicos orales en la rinitis alérgica.	17
Tabla VIII. Dosis de otros medicamentos en la rinitis alérgica	18
Figura 1: Postura correcta para la administración de fármacos en sprays nasales	19
Figura 2: Algoritmo Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria	20

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 en personas previamente sensibilizadas. Los síntomas característicos incluyen prurito nasal, rinorrea, estornudos y congestión nasal, que pueden acompañarse de síntomas óticos, faríngeos y con mucha frecuencia síntomas oculares como conjuntivitis, prurito ocular y lagrimeo (se denomina rinoconjuntivitis alérgica). Afecta al 25% de la población general y su prevalencia está aumentando en los países desarrollados. Según datos del estudio ISAAC en nuestro país un 8,5% de los niños de 6-7 años y un 16,3% de los de 13-14 años refieren haber tenido síntomas de rinitis alérgica durante el último año. Estudios de seguimiento de cohortes de recién nacidos muestran un incremento de la prevalencia de RA en los niños del 5,4% al 14% desde los 4 a los 8 años de edad.

La RA tiene gran importancia por el impacto que produce sobre la calidad de vida, produciendo alteraciones del sueño, problemas de conducta, ansiedad, cefaleas falta de atención, problemas de aprendizaje, somnolencia diurna y afectando al rendimiento escolar. Así mismo, la respiración oral y los problemas de maloclusión dental secundarios son muy frecuentes. Se considera que es frecuentemente infratratada e infradiagnosticada.

Los ácaros del polvo y los pólenes son los alérgenos más importantes que desencadenan los síntomas de alergia. Dentro de los pólenes que son causantes de síntomas de tipo estacional, las gramíneas son 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.

Existen importantes diferencias geográficas, tanto en prevalencia (10,1% en Barcelona frente a 22,2 y 23,3% en Asturias y Madrid, según datos del estudio ISAAC para niños de 6-7 años) como en el perfil de sensibilización alérgica predominante (estacional-polínico en el interior de nuestro país y perenne-acarino en regiones costeras).

Los últimos consensos de expertos han modificado la clasificación clásica de RA 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”) (Tabla I).

La RA y el asma son enfermedades comórbidas: un alto porcentaje de pacientes con rinitis alérgica (40-50%) tienen asma, mientras que un 80-90% de asmáticos tienen rinitis alérgica. Se ha sugerido que un óptimo manejo de la RA puede prevenir o retrasar la aparición de asma y mejorar el coexistente.

Diagnóstico: Anamnesis y Pruebas alérgicas

La base fundamental del diagnóstico de la RA 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 y/o alergia alimentaria. Incluso la anamnesis puede orientar hacia el alérgeno probablemente responsable del cuadro (Tabla II), 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 originar el saludo alérgico o pulsión de rascado nasal. Otros síntomas y signos frecuentes son: rinorrea acuosa bilateral anterior y posterior, congestión u obstrucción nasal, estornudos (en salvas), síntomas oculares como prurito ocular, conjuntivitis, lagrimeo (mucoide, sin legaña) y fotofobia, anosmia, síntomas óticos y faríngeos. Se buscarán signos de la tríada clásica atópica: dermatitis atópica, asma y rinoconjuntivitis, así como la coexistencia o síntomas previos de alergia alimentaria.

La rinosinusitis bacteriana es una complicación frecuente; la rinorrea purulenta que persiste más de 10 días, 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.

Aunque la historia clínica puede orientar hacia el alérgeno responsable, es recomendable realizar el estudio alérgico. El Pediatra de Atención Primaria (PAP) que así lo solicite, por formación y cualificación debe tener acceso directo a las pruebas alérgicas básicas (Prick test, IgE específica y/o Phadiatop), según se recoge en el “Protocolo diagnóstico de alergia del GVR”, P-GVR-3.

En niños polisensibilizados y sobre todo en caso de asociarse la RA a alergia alimentaria se puede realizar un estudio de componentes

alérgicos recombinantes (diagnóstico molecular, habitualmente disponible a nivel hospitalario) que permite valorar si se trata de una verdadera sensibilización primaria o si el resultado positivo del prick test o IgE específica se debe a marcadores de reactividad cruzada (panalérgenos).

Tratamiento: Uso Racional del Medicamento

El tratamiento se basa en la identificación y eliminación de los alérgenos específicos, cuando es posible, y en el uso de medicamentos que disminuyan los síntomas. La inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados y no respondedores a los tratamientos farmacológicos recomendados. Si el diagnóstico clínico es evidente, se debería iniciar tratamiento sintomático que incluirá tanto la educación en medidas de evitación de alérgenos (Tabla III) como el uso de fármacos (Tabla IV). El tratamiento farmacológico o inmunoterápico no excluye su cumplimiento. Se han desarrollado escalas analógicas visuales de síntomas de RA través de aplicaciones móviles interactivas ya disponibles para los adolescentes.

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 estas medidas 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.

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

Los corticoides nasales (CN), a excepción de los corticoides sistémicos, son la medicación más efectiva para el tratamiento de la

rinitis alérgica y control de su sintomatología siendo su uso necesario e ineludible en la RA moderada-grave. El resto de fármacos deberían ser considerados como alternativas.

Los CN deben administrarse de forma pautada “en ciclos” de al menos 2-4 semanas y son menos eficaces si se usan de forma intermitente “a demanda”. Se iniciará el tratamiento con la dosis recomendada para cada CN y para cada edad. Se realizará un control del paciente al cabo de 2-4 semanas y una vez controlados los síntomas (normalmente se consigue antes, al cabo de 1-2 semanas de comenzar el tratamiento), se disminuirá si es posible la dosis para utilizar siempre la mínima dosis eficaz (Tabla V). Se debe recomendar continuar el tratamiento hasta que termine la exposición al alérgeno implicado, si los síntomas persisten a lo largo de todo el año, el tratamiento deberá ser continuo, aspecto muy frecuente en la alergia a los ácaros del polvo. En caso de alergia a pólenes, habitualmente será necesario únicamente durante la estación polínica.

Todos los CN han demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas nasales pero existen diferencias entre ellos en cuanto al inicio de acción, biodisponibilidad sistémica, afinidad por el receptor glucocorticoideo, unión a tejido nasal, eficacia en síntomas oculares, dispositivo de administración nasal y coste de tratamiento. Budesonida cuenta con una amplia experiencia de uso, un menor coste y un inicio de acción más rápido (5 horas frente a 8 y 12 horas de fluticasona y mometasona, respectivamente) y puede ser una buena opción con mejor relación costo-beneficio. Sin embargo, es recomendable tener en cuenta también la biodisponibilidad sistémica de los CN de segunda generación, aspecto importante si se usan con corticoides inhalados o tópicos en el niño, puesto que existen importantes diferencias entre ellos: muy baja <2% (mometasona, furoato o propionato de fluticasona), baja 34%

(budesonida), media 44-46% (beclometasona y triamcinolona).

Aunque no se ha observado alteración del crecimiento a las dosis recomendadas éste debe de ser monitorizado porque los estudios no superan un año de duración. No se ha encontrado atrofia de la mucosa nasal en las biopsias realizadas al cabo de 5 años de tratamiento.

El tratamiento puede fracasar si, en presencia de mucosidad, no se limpia bien la nariz previamente a la administración del CN, o si la técnica no es correcta (Tabla VI, Figura 1). Pueden causar epistaxis, sequedad y costras nasales, fundamentalmente relacionados con una mala técnica de administración.

Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial con CN está indicado asociar un antihistamínico (AH). Una vez alcanzado el control se volverá a un solo fármaco.

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, difenhidramina, dexclorfeniramina, hidroxicina).

Los AH recomendados (Tabla VII) son los de segunda generación (cetirizina, ebastina y loratadina) que son mucho menos sedantes que los de primera generación. No hay evidencia en la práctica de que los nuevos antihistamínicos (desloratadina, levocetirizina, fexofenadina, rupatadina y bilastina) sean superiores a los de segunda generación. Los AH (cetirizina, fexofenadina y desloratadina) están aprobados para su uso por encima de los 6 meses de edad.

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 AH nasales (azelastina, levocastina) (Tabla VIII) tienen cierta eficacia para mejorar la congestión nasal y un comienzo de acción más rápido (menos de 15 minutos) pero solo se recomiendan en la RA estacional. Los AH nasales son efectivos en los síntomas oculares pero sin diferencias comparados con los corticoides nasales. Existe una combinación intranasal de azelastina y propionato de fluticasona que es más efectiva que en monoterapia y que se utilizará si los síntomas no están controlados con antihistamínico o corticoide nasal en caso de RA moderada o grave en mayores de 12 años. En caso de conjuntivitis alérgica asociada se puede asociar AH oculares en colirio (levocabastina, azelastina, ketotifeno, olopatadina) o solución salina y si los síntomas oculares son persistentes y graves un ciclo corto de corticoide ocular en colirio durante 5-7 días (fluorometolona o dexametasona).

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-cinco días para evitar su efecto rebote. Deben ser evitados en niños preescolares.

En casos muy seleccionados de rinitis persistente y grave con gran obstrucción e insuficiencia respiratoria nasal puede considerarse un ciclo corto de corticoide oral (prednisona 1mg/kg/día) durante tres-cinco días, siendo además conveniente descartar sobreinfección bacteriana asociada.

Los descongestivos orales, solos o asociados a AH mejoran algunos de los síntomas de la rinitis y pudieran ser útiles en algunos pacientes seleccionados como tratamiento de rescate pero no están recomendados en menores de 12 años.

Hay fuerte evidencia sobre la eficacia del cromoglicato disódico para disminuir los síntomas de la rinitis alérgica, pero debe ser administrado

de forma preventiva, antes de que los síntomas estén presentes (su efecto puede tardar incluso 2-4 semanas) y con un intervalo entre dosis corto (cada 4-6 horas) lo que limita su uso. Son menos eficaces que los CN y los AH orales y pueden ser una opción en niños menores de 2 años.

El bromuro de ipratropio nasal (Tabla VIII) aunque no es un tratamiento de primera línea para la RA en niños puede ser de utilidad como tratamiento adyuvante para el control de la rinorrea excesiva no controlada con otros tratamientos.

Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast) (Tabla VIII) son inferiores a los CN en la disminución de síntomas y en la valoración de la calidad de vida por cuestionario. Son superiores a placebo y similares a los AH (pero inferiores en síntomas oculares). Está aprobado el uso de montelukast en pacientes mayores de 15 años con asma y rinitis alérgica. Utilizado solo o asociado con AH puede ser una opción en pacientes que presentan epistaxis con CN a pesar de una técnica adecuada. La guía ARIA recomienda el uso del montelukast en niños con RA estacional y en niños preescolares con RA persistente pero basa su recomendación en su seguridad y tolerabilidad añadiendo además su limitada eficacia y alto coste del tratamiento.

Suero salino o sprays salinos nasales pueden ser usados de forma única para síntomas leves de RA o de forma combinada antes de aplicar otros tratamientos tópicos con el objetivo de dejar la mucosa nasal limpia de secreciones. Son especialmente útiles en caso de costras nasales.

La inmunoterapia (IT) consiste en la administración de dosis crecientes de un alérgeno para modificar la respuesta inmunológica y clínica frente a él. Para ello se utilizan preparados farmacéuticos que derivan de extractos de

sustancias alergénicas naturales capaces de causar o provocar enfermedades alérgicas.

La inmunoterapia se utilizará en pacientes seleccionados con rinitis alérgica moderada-grave (con o sin asma) en los que los síntomas clínicos no se controlan a pesar de las medidas estrictas de control ambiental y tratamiento farmacológico o cuando el alérgeno relevante en la aparición de los síntomas no es evitable o interfiera de forma persistente en su calidad de vida y siempre que no haya contraindicación. La edad por debajo de los cinco años es una contraindicación relativa para la administración de IT, excepto en el caso de alergia a veneno de himenópteros.

La IT subcutánea (ITSC), comparada con placebo, mejora los síntomas y disminuye la necesidad de medicación para la rinitis. Los inconvenientes de la ITSC son la forma de administración, el tiempo prolongado de tratamiento (habitualmente de 3 a 5 años) y el riesgo de reacciones alérgicas sistémicas (0,1 a 4%). El riesgo de anafilaxia fatal es de 1 por 2,5 millones de inyecciones.

Los candidatos más idóneos para recibir ITSC serán aquellos niños con necesidad diaria y crónica de tratamiento farmacológico y una fuerte historia familiar de asma, especialmente cuando los padres han comprendido los riesgos y beneficios de la ITSC y están motivados además para prevenir el desarrollo de asma.

Otra alternativa reciente es la IT sublingual (ITSL), con extractos alérgicos acuosos en ampollas o en tabletas. Es más fácil su administración en los niños, tienen un menor riesgo de anafilaxia (no descrita en niños) y producen cambios inmunológicos similares a la ITSC. Los estudios y revisiones sistemáticas refieren una eficacia menor de la ITSL comparada con la ITSC.

Seguimiento: Educación y Derivación

Por tratarse de una patología recidivante, directamente relacionada con la exposición al alérgeno, es fundamental la educación del paciente no sólo para realizar un óptimo control ambiental con medidas de evitación de alérgenos, 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 uno-dos meses antes). Se le debe instruir para poder hacer un seguimiento de los recuentos polínicos (Red Palinológica, Red Española de Aerobiología, etc.) 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 los ácaros del polvo pueden ser útiles medidas ambientales como la disminución de la humedad en las habitaciones, uso de fundas antiácaros, lavar la ropa de cama a 55-60° y toda una serie de medidas dirigidas a disminuir la exposición del paciente a los ácaros, aspecto que muchas veces resulta muy difícil de implementar en otros lugares diferentes al domicilio como el colegio, estancias deportivas, etc. Para los 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.

La presencia de RA suele preceder al desarrollo de asma y puede dar lugar a un asma de difícil control. En caso de sospecha de síntomas asmáticos asociados, la espirometría forzada es

una prueba diagnóstica que debe realizarse. Se debe derivar a la consulta del especialista hospitalario aquellos casos no controlados con el tratamiento habitual, cuando exista organicidad o comorbilidad asociada (otitis medias de repetición, poliposis nasal, desviación tabique nasal, hipertrofia adenoidea, síndrome de alergia oral asociado a polinosis, alergia alimentaria, urticarias y anafilaxia, etc.), o cuando se considere que la IT esté indicada.

Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones

En base a las pruebas y las conclusiones obtenidas proponemos un esquema de diagnóstico y tratamiento (Figura 2) basado en la evidencia, eficacia, seguridad y uso racional de los distintos medicamentos. Las principales conclusiones son:

1. La base fundamental del diagnóstico de la RA es una historia clínica detallada basada los síntomas y los factores de riesgo. Se recomienda realizar un estudio alérgico mediante Prick test o técnicas in vitro (Phadiatop, IgE específica), al menos en aquellos casos de rinitis persistente.
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 RA moderada-grave. Por tanto, otros fármacos deberían ser considerados como alternativas.
4. Deben administrarse de forma pautada “en ciclos” de al menos 2-4 semanas, son menos eficaces si se usan de forma intermitente “a demanda”. Después de este ciclo se reevaluará, disminuyendo si es posible la dosis para utilizar siempre la dosis mínima eficaz. Si los síntomas persisten a lo largo de todo el año, el tratamiento deberá ser continuo. Los efectos pueden ser aditivos cuando se usan otros corticoides.
5. No se ha observado alteración del crecimiento en estudios a corto plazo aunque 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, o si la técnica no es correcta (Tabla VII, Figura 1). 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-cinco 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 un fracaso terapéutico por la existencia de una rinosinusitis bacteriana asociada, se comenzará un tratamiento antibiótico empírico sin realizar radiología confirmatoria previa.
9. Es recomendable utilizar los CN de menor biodisponibilidad sistémica: mometasona, furoato o propionato de fluticasona, budesonida. Según criterios de uso racional del medicamento, el CN de elección es la budesonida, 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).
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 Atención Hospitalaria 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

1. Arnedo Pena A, García-Marcos L, García Hernández G, Aguinaga Ontoso I, González Díaz C, Morales Suarez-Varela M, et al. Tendencia temporal y variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de rinitis alérgica en escolares de 6-7 años de ocho áreas españolas, según el ISAAC. *An Pediatr(Barc)* 2005;62:229-36
2. Westman M, Stjärne P, Asarnej A. Natural course and comorbidities of allergic and nonallergic rinitis in children. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129(1):403-408.
3. Bousquet J, Khaltayev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008; 63 (suppl 86):8-160.
4. Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, Jones NS, Leech SC et al; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008;38:19-42.
5. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:466-476.
6. Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016 Apr 23. (en prensa). Disponible en doi: 10.1016/j.jaci.2016.03.025.
7. Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, Samolinski B, Bachert C, Canonica GW, et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): The new generation guideline implementation. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2015;70:11 (1372-1392).
8. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz S.R., Barody FM, Bonner JR, et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;152:S1-43.
9. Pascual Pérez JM, Callén Blecua M, Bercedo Sanz A 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 23/08/2016]. Disponible en: <http://www.respirar.org/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
10. Mora Gandarillas I, Morel Bernabé JJ y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Identificación de la Alergia. El pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la alergia. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-3). [Consultado 23/08/2016]. Disponible en: <http://www.respirar.org/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
11. Kim JM, Lin SY, Suarez-Cuervo C, Chelladurai Y, Ramanathan M, Begal JB and Erekosima N. Allergen-specific immunotherapy for pediatric asthma and rhinoconjunctivitis: a systematic review. *Pediatrics* 2103;131(6):1155-67.
12. Nieto A, Mazon A, Pamies R, Bruno L, Navarro M, Montanes A. Sublingual immunotherapy for allergic respiratory diseases: An evaluation of meta-analyses. *J Allergy Clin Immunol*. 2009;124 (1):157-61.
13. Derendorf H, Meltzer EO. Molecular and clinical pharmacology of intranasal

- corticosteroids: clinical and therapeutic implications. *Allergy* 2008;63:1292-1300
- 23/08/2016]. Disponible en www.Uptodate.com
14. deShazo RD, Kemp SF. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. Versión 42, Jul 2016. [Consultado 23/08/2016]. Disponible en www.Uptodate.com.
15. Creticos PS. Subcutaneous immunotherapy for allergic disease: indications and efficacy. Versión 14.0, Jul 2016 [Consultado
16. Corticoides nasales. Infac. Información farmacoterapéutica de la comarca. Vol.23,Nº1,2015. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>

Tabla I: Clasificación de la rinitis alérgica según duración y gravedad de los síntomas

Según la duración de los síntomas	Intermitente	Síntomas < 4 días/semana, ó < 4 semanas consecutivas.
	Persistente	Síntomas > 4 días/semana, y > 4 semanas consecutivas
Según la gravedad de los síntomas	Leve	No interfiere en el sueño No interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio No interfiere en las actividades escolares y laborales Síntomas presentes pero no molestos
	Moderada-grave (1 o > ítems)	Interfiere en el sueño Interfiere en las actividades diarias, deportivas y de ocio Interfiere en las actividades escolares y laborales Síntomas presentes y molestos

Tabla II: Alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica

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

Tabla III. Control ambiental frente a alérgenos.

Medidas de evitación pólenes

Es importante para el paciente saber la época de polinización, y durante la misma, evitar salir al campo.

Los días de viento y soleados son los peores por su mayor concentración de polen ambiental.

Permanecer el mayor tiempo posible en el interior de edificios.

Viajar con las ventanillas del coche cerradas, no cortar césped, no viajar en moto o bicicleta, llevar gafas de sol y utilizar purificadores de aire o filtros antipolen.

Las puertas y las ventanas del dormitorio deben estar continuamente cerradas (especialmente cuando las concentraciones de polen son muy elevadas) Los filtros de ventana antipolen son muy eficaces.

Medidas de evitación ácaros

Reducir la humedad ambiental del dormitorio (< 50%), realizar una buena ventilación de las estancias y utilizar deshumidificadores si es preciso.

Eliminar moquetas, alfombras, tapicerías, estanterías, libros, peluches, cortinas, etc.

Utilizar colchón y almohadas sintéticas con fundas de colchón y almohada especiales. Edredón sintético no de plumas.

Lavar la ropa de la cama cada semana y las mantas cada dos semanas a > 60°, para ello es aconsejable el uso de tejido de algodón.

No barrer. Limpieza diaria con aspirador (filtro HEPA) y trapo húmedo, y hacerlo siempre en ausencia de la persona alérgica.

Usar los acaricidas (sustancias físico-químicas que matan a los ácaros) en colchones, sofás, alfombras y moquetas.

Evitar olores fuertes (insecticidas, ambientadores, ceras, naftalinas, perfumes, etc.).

No utilizar estufas de gas.

El paciente estará ausente en las maniobras de limpieza, Pintado, barnizado, encerado de parqué.

Medidas de evitación de epitelio de animales

Consiste en sacar al animal responsable del hogar y realizar posteriormente una limpieza exhaustiva.

Aun así se puede tardar seis meses o más en eliminar totalmente los alérgenos del hogar.

Si el animal no puede ser evitado, se recomienda confinarlo a una habitación, lavarlo una vez a la semana y utilizar un producto que disminuya la carga alérgica.

Medidas de evitación de hongos

Mantener secos los alrededores de la ducha y en general todo el baño incluyendo las toallas.

No usar esponjas de baño.

No guardar ropa o zapatos húmedos en armarios o zonas poco ventiladas.

Incrementar la aireación de las estancias oscuras y húmedas de la casa y utilizar pinturas antimohos, incrementar la limpieza, evitando formación de manchas de humedad.

Evitar plantas de interior y las flores secas de adorno y utilizar antifúngicos (trioximetileno, tributil-trioxido, formaldehído) en la limpieza de los filtros de aire acondicionado y deshumidificadores.

No visitar bodegas o sótanos.

Evitar salidas en días húmedos y lluviosos.

No mover montones de hojas caídas al suelo.

Evitar acercarse a vegetación muerta o en estado de descomposición.

Tabla IV. Efecto de los diversos fármacos en la rinitis alérgica*

	Rinorrea	Estornudos	Picor	Obstrucción	Síntomas oculares
Corticoide Nasal	+++	+++	++	+++	++
Antihistamínico					
• Oral	++	++	+++	+	++
• Nasal	++	++	++	+	0
Cromoglicato					
• Nasal	+	+	+	+	+
• Ocular	0	0	0	0	++
Antileucotrienos	++	++	++	+	+
Descongestivo					
• Nasal	0	0	0	++++	0
• Oral	0	0	0	+	0

Efecto: 0 no efecto; + ligero; ++ moderado; +++ pronunciado; ++++ muy pronunciado

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

Tabla V: Dosis de corticoides nasales en la rinitis alérgica.

Corticoides	Edad de autorización	Dosis por fosa nasal Niños hasta 12 años	Dosis por fosa nasal Niños mayores 12 años
Fluticasona furoato	6 años ¹	1 aplic./24h Si no respuesta 2 aplic./24h	2 aplic./24 horas
Mometasona	6 años ¹	1 aplic./24h	2 aplic./24 horas
Fluticasona propionato	4 años	1 aplic./24h a 1 aplic./12h	2 aplic./12-24 horas
Budesonida 50/100 mcg	6 años	1-2 aplic. 50mcg/12h ó 1-2 aplic. 100mcg/24h	2 aplic.(200 mcg)/24 h
Budesonida 64 mcg	6 años	2 aplic./24 horas ó 1 aplic./12 horas	2 aplic./24 horas o 1 aplic./12 horas
Triamcinolona	6 años ¹	1-2 aplic./24h	2 aplic./24 horas
Beclometasona	18 años ²		1-2 aplic./12 horas

¹Las fichas técnicas de mometasona, fluticasona (furoato) y triamcinolona no recomiendan su uso por debajo de 6 años. No obstante, están aprobados por la US FDA para uso en niños ≥ 2 años, por lo que se puede valorar su uso en caso de síntomas severos que no responden a otros tratamientos.

² Aprobada por la US FDA (Food and Drug Administration) para uso en niños ≥ 6 años.

Tabla VI. Recomendaciones para la administración de sprays nasales de suspensión acuosa (no aerosoles)

1. Antes de la administración, se debe sonar la nariz y agitar el spray suavemente.
2. Inclinar la cabeza ligeramente hacia delante.
3. Sujetar el spray en posición vertical y colocar el aplicador en uno de los orificios nasales.
4. Orientar el aplicador hacia el exterior de la nariz, lejos del tabique nasal. Esto favorece que el medicamento llegue a la parte adecuada de la nariz.
5. Mientras se coge aire por la nariz, apretar firmemente una única vez el botón dosificador.
6. Sacar el aplicador y echar el aire por la boca.
7. Evitar sonarse en los 15 minutos siguientes después de su uso.

Si se utiliza un sistema de aerosol el paciente debe inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás, aguantar la respiración unos segundos y echar el aire por la boca.

Tabla VII. Dosis de antihistamínicos orales en la rinitis alérgica.

Antihistamínico	Presentación	6 m-2 años	2-6 años	6-11 años	>12 años
Cetirizina	Comp 10 mg Jarabe 5mg/5ml Gotas 10mg/ml (1ml=20 g; 1g=0,5mg)	2,5mg/24h	5mg/24h (5 ml) o 2,5 mg /12 horas	5mg/12h ó 10 mg/24h (10 ml) (p.c ¹ > 30Kg)	10 mg/12-24h (10 ml)
Levocetirizina	Comp 5 mg Jarabe 2.5 mg/5ml Gotas 5 mg/ml (1ml=20g; 1g=0,25mg)		1,25mg/12- 24h (2.5-5 ml)	2,5-5mg/24h (5-10ml)	5mg/12-24h (10 ml)
Loratadina	Comp 10 mg Jarabe 5mg/ml		5mg/24h	10mg/24h (p.c ¹ > 30kg)	10mg/12-24h
Desloratadina	Comp 5 mg Jarabe 0,5mg/ml	6-12m: 1mg/24h 12-24m: 1,25mg/24h	1,25mg/24h	2,5mg/24h	5mg/12-24h
Fexofenadina	Comp 120/180 mg ² Jarabe 30mg/5 ml ²	15mg/12h ¹	30mg/12h ²	30mg/12h ²	120mg/24h
Ebastina	Comp 10 y 20 mg Jarabe 5mg/5ml		2,5mg/24h	5mg/24h	10mg/12-24h
Rupatadina	Comp 10 mg Jarabe 1mg/ml		2,5mg/24h (p.c ¹ 10-25 kg)	5mg/24h (p.c ¹ >25Kg)	10mg/24h
Bilastina	Comp 20 mg				20mg/24h

¹p.c: peso corporal.

²La presentación en jarabe no está disponible en España y los comprimidos de 180 mg solo están indicados en urticaria crónica idiopática.

Tabla VIII. Dosis de otros medicamentos en la rinitis alérgica			
Otros medicamentos	Edad autorización	Dosis en niños hasta 12 años	Dosis en niños mayores de 12 años y adultos
Cromoglicato Colirio Spray nasal	4 años 6 años ¹	1-2 gotas por ojo hasta 4-6 veces/24 horas 1 aplic. por fosa nasal 3-4 veces/24 horas, hasta 6 /24 h	
Bromuro de Ipratropio Spray nasal	6 años	2 aplic. por fosa nasal 2 veces/24 horas	2 aplic. por fosa nasal 2-3 veces /24 horas
Azelastina Colirio Spray nasal	4 años 6 años	1 gota por ojo/12 horas hasta 4 veces/24 horas 1 aplic. por fosa nasal dos veces/24 horas	
Levocabastina Colirio Spray nasal	4 años 4 años	1 gota por ojo/12 horas hasta 3-4 veces/24 horas 2 aplic. fosa nasal /12 horas, hasta 3-4 veces/24 horas	
Olopatadina colirio	3 años	1 gota x 2 veces/24 horas (intervalo de 8 horas)	
Ketotifeno colirio	3 años	1 gota por ojo /12 horas	
Montelukast	15 años ²	2-5 años: 4mg/24 h. 6-14 años: 5 mg /24 h.	>15 años y adultos: 10 mg/24 horas
Azelastina + Fluticasona Spray nasal	12 años		1 aplic. por fosa nasal/12 h

¹A 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.

²Tiene autorización para RA estacional y asma a los 15 años. La guía ARIA recomienda el uso de montelukast en niños con RA estacional y en niños preescolares con RA persistente pero advierte de su limitada eficacia y alto coste del tratamiento.



Figura 1. Posición correcta para la administración de fármacos en sprays nasales.

Reproducido de Scadding GK. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clin Exp Allergy 2008; 38: 19-42.

Figura 2. Algoritmo del manejo de la Rinitis Alérgica (RA) en Atención Primaria

