



**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:

Jesús M Pascual Pérez
Maite Callén Blecua.
Alberto Bercedo Sanz

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Urueña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda García Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Begoña Domínguez Aurecoetxea (Asturias), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), M^a Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Xavier Pérez Porcuna (Cataluña), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Ana Giner Muñoz (Navarra)

Fecha de publicación:

1 de diciembre

Cómo citar este documento técnico:

Pascual Perez JM, Callen 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 día/mes/año]. Disponible en: 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.

Índice	3
Introducción y justificación.....	4
Diagnóstico: Anamnesis y pruebas alérgicas.....	4
Tratamiento: Uso racional del Medicamento.....	5
Seguimiento: Educación y derivación.....	6
Manejo en Atención Primaria: Flujograma y Conclusiones.....	7
Bibliografía.....	9

Tablas y figuras:

Tabla I: Clasificación de la rinitis alérgica según duración y gravedad de los síntomas.....	10
Tabla II: Relación entre los alérgenos más frecuentes en la rinoconjuntivitis y la historia clínica.	10
Tabla III: Efectos de las diversas medicaciones en la rinitis alérgica.....	11
Tabla IV: Fármacos para la rinitis.....	12
Tabla V: Instrucciones para la administración de fármacos en forma de sprays nasales.....	12
Figura 1: Postura correcta para la administración de fármacos en forma de sprays nasales.....	13
Figura 2: Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria.....	14

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 25% de la población general y su prevalencia está aumentando en los países desarrollados; en nuestro medio 8,5% de los niños de 6-7 años y 16,3% de los de 13-14 años refieren haber tenido síntomas de rinitis alérgica durante el último año. 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. 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).

Los últimos consensos de expertos han modificado 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”) (Tabla I).

La rinitis alérgica y el asma son enfermedades comórbidas: un alto porcentaje de pacientes con rinitis alérgica (50%) tienen asma, mientras que un 80-90% 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 atopía, asociación de asma y/o dermatitis atópica. 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 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.

En definitiva, aunque el diagnóstico clínico de la rinitis alérgica sea muchas veces evidente, se aconseja realizar estudio alergológico para identificar de forma objetiva los desencadenantes sospechosos de los síntomas alérgicos, al menos en aquellos casos de rinitis persistente y/o moderada-grave, mediante pruebas cutáneas de Prick-test o determinación de IgE específicas, estableciendo siempre la concordancia entre la historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas según se recoge en el “Protocolo diagnóstico de alergia del GVR”, P-GVR-3.

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 muy seleccionados y no respondedores a los tratamientos farmacológicos recomendados. 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, la realización de 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 III).

A excepción de los corticoides sistémicos, los corticoides nasales (CN) son la medicación más efectiva para el tratamiento de la rinitis alérgica y control de su sintomatología. 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, fundamentalmente 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 AH nasales (azelastina, levocabastina) tienen cierta eficacia para mejorar la congestión nasal y un comienzo de acción más rápido (menos de 15 minutos).

Los descongestivos nasales tópicos disminuyen la obstrucción nasal pero no son recomendables por el efecto rebote a partir de los 3-5 días. Por este motivo no están indicados como tratamiento continuo, pero pueden ser útiles durante tres-cinco días cuando hay un gran componente obstructivo, administrados unos minutos antes del CN.

Los descongestivos orales, solos o asociados a AH mejoran algunos de los síntomas de la rinitis 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).

Los antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast y zafirlukast) 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). En nuestro país, está aprobado el uso de montelukast en pacientes mayores de 15 años que presentan conjuntamente asma y rinitis alérgica.

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 uno-dos 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) 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. 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 y el riesgo de reacciones alérgicas sistémicas. Se precisa adrenalina en el 3,4% de los pacientes tratados. El riesgo de anafilaxia fatal es de 1 por 2,5 millones de inyecciones. Otra alternativa a la IT subcutánea es la IT sublingual que aunque ha demostrado también su eficacia (modesta y todavía controvertida en niños) en la reducción de síntomas alérgicos y uso de medicación, faltan ensayos bien diseñados que evalúen las diferencias entre ambas vías de administración de la IT en el tratamiento de la rinitis alérgica.

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 realiza en base a los síntomas y los factores de riesgo. Al menos en aquellos casos de rinitis persistente y/o moderada-grave, se aconseja confirmar la sospecha mediante estudio alergológico con pruebas cutáneas de Prick-test o determinación de IgE específicas.
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 rinitis moderada-grave. Por tanto, otros fármacos deberían ser considerados como alternativas.
4. Los CN 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. 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, o si la técnica no es correcta (Tabla V, Fig.2). 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 fracaso terapéutico por sinusitis bacteriana asociada, comenzaremos tratamiento antibiótico empírico sin realizar radiología confirmatoria previa.
9. Según criterios de uso racional del medicamento, el CN de elección es la budesonida; los de menor biodisponibilidad sistémica son la fluticasona y mometasona. 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 Especializada se realizará en aquellos casos no controlados con el tratamiento habitual, cuando exista organicidad o comorbilidad asociada (poliposis nasal, etc.), o cuando se considere que la inmunoterapia SC este indicada. Quedan pendientes nuevos ensayos clínicos con resultados positivos que permitan establecer la recomendación de la IT sublingual.
12. Se debe investigar siempre la presencia de asma ante un niño o adolescente con diagnóstico de rinitis alérgica y viceversa, estableciendo un programa de tratamiento conjunto.

Bibliografía

1. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L et al. Joint Task Force on Practice; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122 (suppl 2): 1-84.
2. Bousquet J, Khaltaev 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.
3. 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.
4. Röder E, Berger MY, deGroot H, van Wijk RG. Immunotherapy in children and adolescents with allergic rhinoconjunctivitis: a systematic review. *Pediat Allergy Immunol*. 2008;19:197-207.
5. 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

Tabla I: Clasificación de la rinitis alérgica según la duración y la 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: Relación entre alérgenos más frecuentes causantes de rinoconjuntivitis e historia clínica

	Polen	Ácaros	Animales
Afectación ocular	Severa	Escasa	Severa
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. Efecto de los diversos fármacos en la rinitis alérgica*

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

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

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

Tabla IV. Fármacos para la rinitis

		Edad autorización	EFG*
Corticoides Nasales	Budesonida	6 años	Si
	Beclometasona	3 años	No
	Triamcinolona	6 años	No
	Fluticasona (propionato)	4 años	No
	Fluticasona (furoato)	6 años	No
	Mometasona	6 años	No
Antihistamínicos Orales	Loratadina	2 años	Si
	Cetirizina	12 meses	Si
	Levocetirizina	6 años	No
	Desloratadina	12 meses	No
	Ebastina	2 años	No
Otros	Cromoglicato	6 años ¹	No
	Ipratropio bromuro	6 años	No
	Azelastina	12 años	No
	Levocabastina	4 años	No
	Montelukast	15 años ²	No

*EFG: especialidad farmacéutica genérica.

¹ 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.

² Tiene autorización para “rinitis y asma” a los 15 años

Tabla V. Recomendaciones para la administración de sprays nasales

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



Figura 1. Posición correcta para la administración de fármacos en forma de sprays nasales.
Reproducido de Scadding GK. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clin Exp Allergy 2008; 38: 19-42.

Fig.2 Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria

