



## Guía Rápida correspondiente a

### **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 (Andalucía), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

### **Fecha de publicación:**

19 de Octubre del 2006

### **Cómo citar este documento:**

Pascual Perez JM, Callen Blecua M y Grupo de Vías Respiratorias. *Guía rápida del 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)

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.

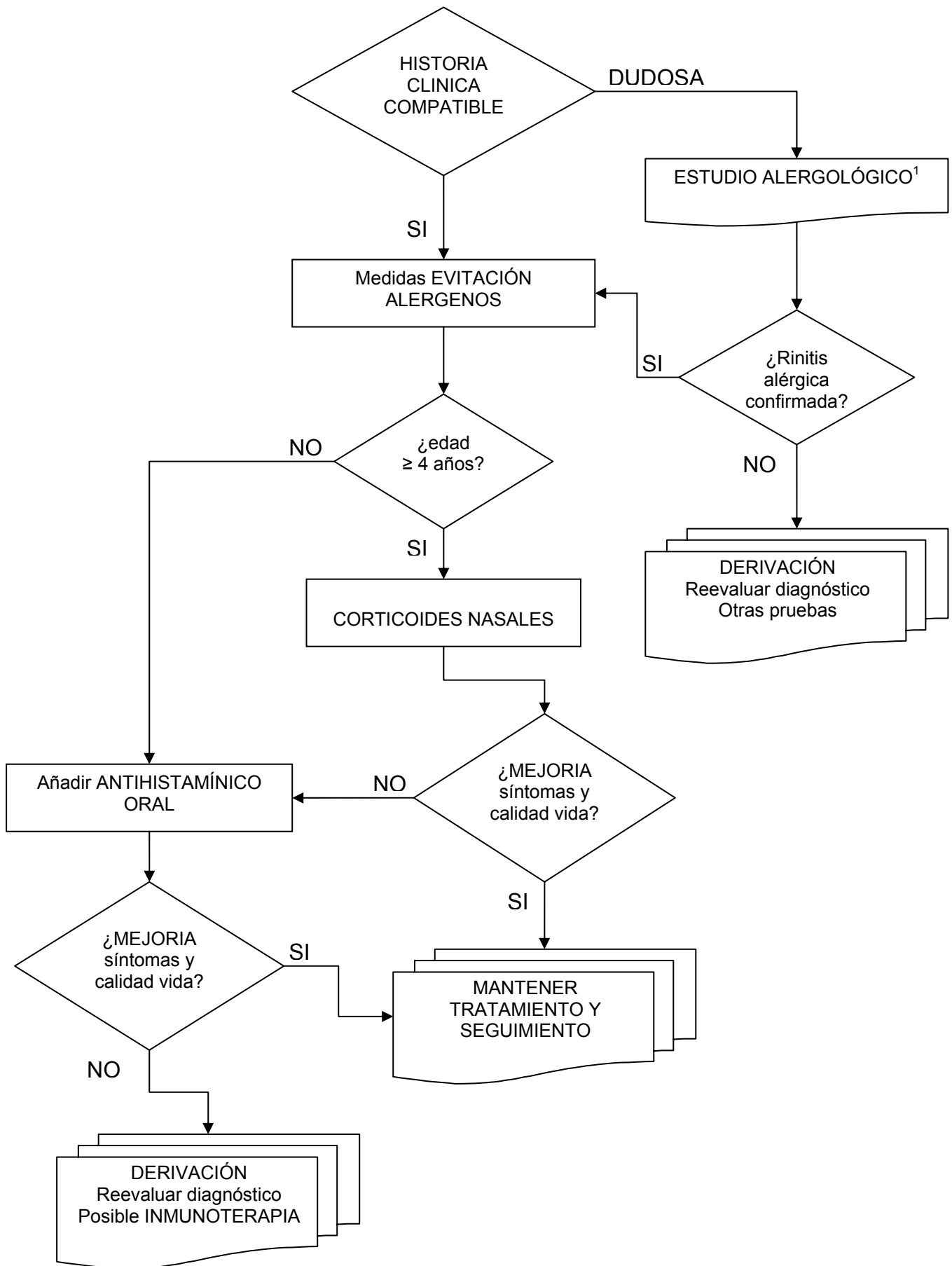
Los pólenes son los alérgenos más importantes causantes de síntomas estacionales, siendo las gramíneas la causa más frecuente de polinosis. A pesar de que en nuestro país la estación predominante es la primavera, el calendario polínico abarca todo el año.

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.

## Puntos Clave

1. El diagnóstico se hace en base a los síntomas y los factores de riesgo. Sólo en caso de duda hacer un Prick test, ImmunoCap Rapid o técnicas in vitro (Phadiatop, Ig E específica sérica) (*El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia*. - Protocolo del GVR):
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 siete 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).
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

Figura 1. Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria



<sup>1</sup> Prick – test, ImmunoCap Rapid, ó Phadiatop - IgE específica sérica (El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia. - Protocolo del GVR)