Protocolos del GVR
(P-GVR-6-gr)

RINITIS ALÉRGICA.

Guía Rápida

El Pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Redactores:

Maite Callén Blecua.
Alberto Bercedo Sanz

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda Garcia Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucia), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Mª Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias).

Fecha de publicación:

22 de diciembre de 2011

Cómo citar este protocolo:

Callén Blecua M, Bercedo Sanz A. Rinitis alérgica .
Protocolos del GVR (publicación P-GVR-6-gr) [consultado dia/mes/año]. Disponible en:
http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/protocolos-del-gvr

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 alergeno. 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 infratatada e infradiagnosticada.

Los pólenes son los alergenos 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 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.

Puntos clave

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. 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. 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 (IT) subcutanea 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.
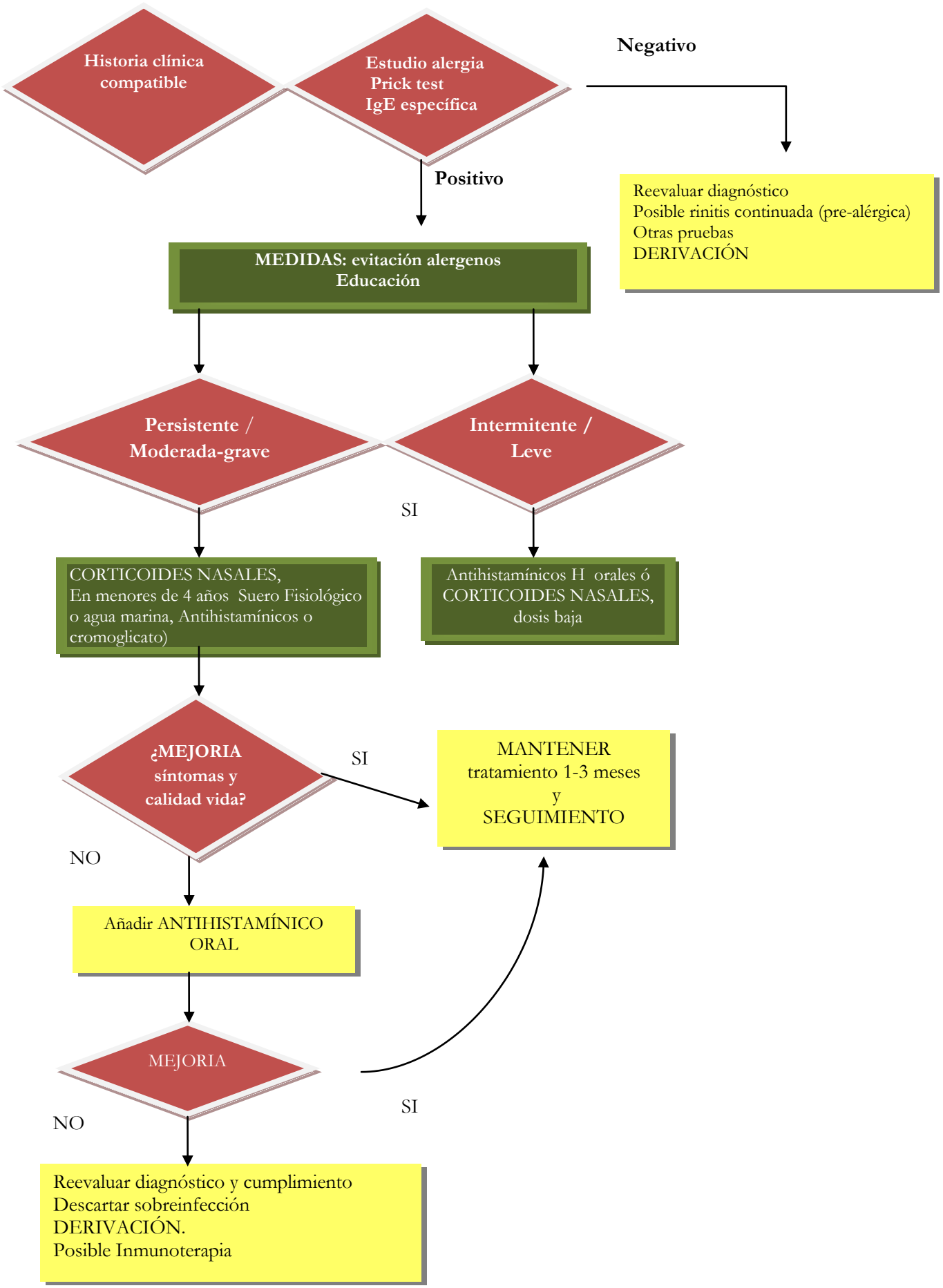
Figura.1 Manejo de la Rinitis Alérgica en Atención Primaria