

Rinitis

Decálogo para Atención Primaria

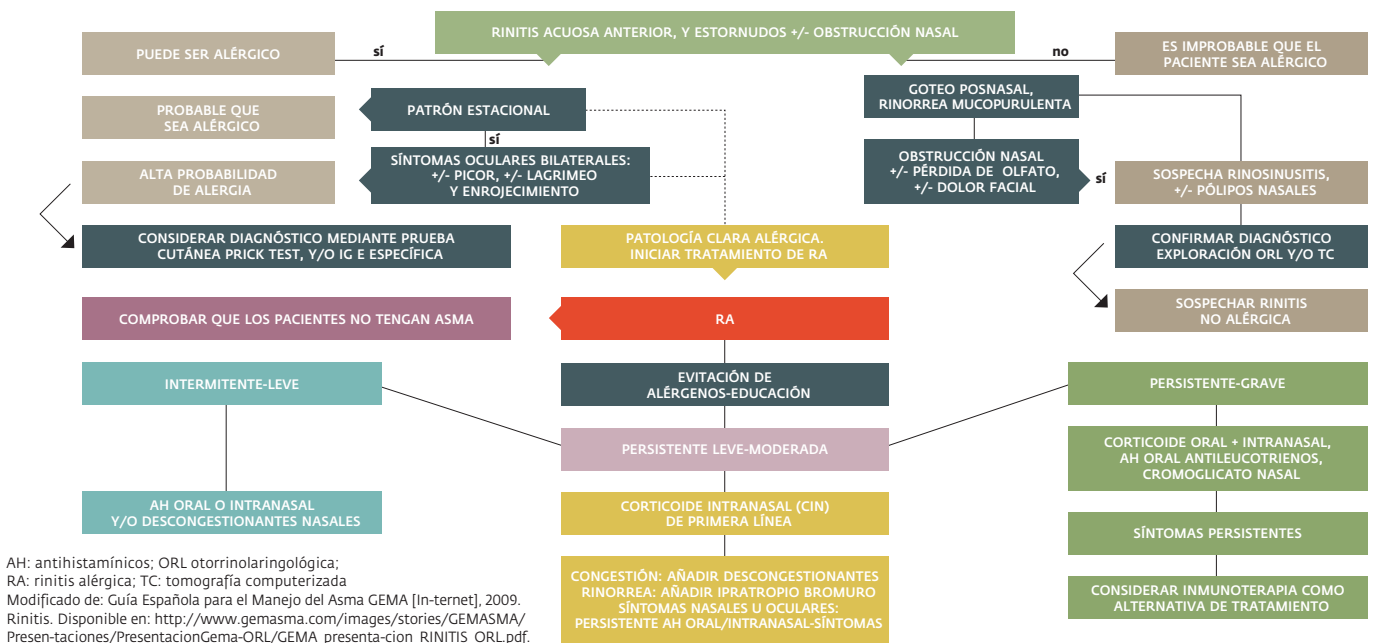


La rinitis es una enfermedad crónica con alta prevalencia, considerada un problema global en el sistema sanitario. Sus síntomas pueden deteriorar la calidad de vida de forma importante tanto en niños como en adultos; con un impacto socioeconómico importante¹.

Te proponemos el siguiente decálogo con las recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible:

1. La rinitis se define como una situación de inflamación de la mucosa nasal, caracterizada por la presencia de dos o más de estos síntomas (Tabla 1): rinorrea (anterior y/o posterior), estornudos, obstrucción nasal, y/o prurito nasal durante 2 días o más consecutivos y durante más de 1 hora la mayoría de los días^{2,4}.
Puede acompañarse de síntomas psicosociales y cognitivos: fatiga, depresión, irritabilidad, ansiedad, alteración del sueño, alteración de la concentración, dificultad en el aprendizaje, en la toma de decisiones, reducción de la velocidad psicomotora⁵.
2. La importancia de la rinitis radica en que sus síntomas pueden afectar la calidad de vida de forma muy importante y es causa de bajas laborales, por lo que ocasiona importantes costes indirectos^{1,2}.
Se calcula que la rinitis alérgica afecta a más de 500 millones de personas en todo el mundo. En una encuesta de adultos (≥ 18 años) en seis países europeos, la prevalencia de rinitis alérgica confirmada clínicamente varió entre 17% y 29% (prevalencia general: 22,7%)^{3,6}.
3. La rinitis puede coexistir o complicarse con otras enfermedades, como por ejemplo sinusitis, asma, otitis media y apnea obstructiva del sueño^{1,2,4-6}.
4. La conjuntivitis alérgica es muy prevalente y presenta una estrecha relación con la rinitis. Así, es frecuente que estos dos procesos vayan asociados en un 60-80% de los casos^{1,3-5}.
5. La rinitis alérgica se debe considerar como un factor de riesgo para el asma, y en pacientes con rinitis alérgica persistente debe evaluarse la presencia de la misma, y así planificar un tratamiento integral de la vía respiratoria^{2,4,6-10}.
6. Existe una correlación entre la gravedad del asma y de la rinitis: cuanto más grave sea el asma (Iniciativa Global para el Asma [GINA]) más grave es la rinitis (Impacto de la Rinitis Alérgica en el Asma [ARIA])^{5,7}.
7. La etiología de la rinitis es muy diversa: alérgica, infecciosa, fármacos, hormonal, ocupacional y otros factores. Por esta razón es importante recoger datos sobre el patrón de presentación, estacionalidad, cronicidad, desencadenantes, antecedentes personales y familiares^{2,4,5,7-9}.
8. En circunstancias especiales como en el embarazo, hay que tener en cuenta que hay un empeoramiento de una rinitis preexistente. **Los descongestionantes nasales no se aconsejan en mujeres gestantes** puesto que pueden atravesar la barrera placentaria^{2,4-14}.
9. El tratamiento de la rinitis alérgica comprende evitar factores desencadenantes, tratamiento farmacológico, inmunoterapia y educación^{1,2,11}.
10. Los corticoides intranasales (CIN) (tópicos) son fármacos eficaces y se consideran la primera línea de tratamiento en la rinitis alérgica moderada/grave¹¹⁻¹³.

Manejo de la rinitis alérgica



Rinitis

DEFINICIÓN	Se define como la inflamación de la mucosa nasal caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea (anterior y/o posterior), estornudos y prurito. Se puede acompañar de síntomas oculares,óticos y faríngeos
EPIDEMIOLOGÍA	Es una enfermedad crónica importante que afecta la calidad de vida de forma considerable. Es un problema sanitario significativo y de importancia creciente La rinitis más común es la de etiología alérgica, que afecta a un 21,5% de la población española, teniendo mayor impacto en la población infantil ^{1,3,6-12}
CLASIFICACIÓN	La etiología de la rinitis es muy diversa: alérgica, infecciosa, por fármacos, hormonal, ocupacional, etc. La clasificación de la rinitis alérgica es: intermitente/persistente La clasificación según la gravedad (leve/moderada/grave) se hace teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida ^{4,5}
RINITIS ALÉRGICA	<p>Factores de riesgo-comorbilidades</p> <p>La rinitis alérgica puede coexistir con otras enfermedades como otitis, sinusitis o asma Se considera que la rinitis es un factor de riesgo para el asma y su tratamiento inicial puede prevenir su aparición o su gravedad. Se observa que su tratamiento mejora el control del asma^{3,6} La rinitis alérgica en niños se puede manifestar desde edades tempranas (2-3 años). A mayor edad del niño, más frecuente es que la rinitis sea de origen alérgico¹²</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Se realiza en base a los síntomas y los factores de riesgo. En aquellos casos de rinitis persistente y/o moderada grave, se aconseja confirmar la sospecha mediante estudio alergológico con pruebas cutáneas de Prick-Test, que tienen sensibilidad y especificidad altas o mediante determinación de IgE específica</p> <p>Manejo</p> <p>Se instruirá al paciente en medidas básicas de control: minimizar la exposición al alérgeno Tratamiento farmacológico Inmunoterapia Educación</p> <p>Tratamiento</p> <p>Los corticoides nasales son la primera línea de tratamiento para la rinitis alérgica, moderada-grave. Deben administrarse en forma pautada en ciclos de al menos 2-4 semanas. Son menos eficaces si se usan de forma intermitente^{10,11,13} Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento indicado se puede asociar un antihistamínico. Una vez controlado, se volverá a un solo fármaco Los descongestionantes nasales pueden ser útiles cuando hay un gran componente obstructivo (usarlo minutos antes del corticoide intranasal), máximo usar 3-5 días Otras medicaciones pueden ser coadyuvantes o alternativas en algunos casos; por ejemplo: cromoglicato (síntomas oculares), anticolinérgicos (rinorrea), antileucotrienos (asma)</p> <p>Situaciones especiales</p> <p>En embarazo hay que tener en cuenta que hay un empeoramiento de la rinitis preexistente. El cromoglicato sódico intranasal se considera terapia de primera línea. Los antihistamínicos con categoría B pueden usarse con precaución a partir del primer trimestre de embarazo. Los descongestionantes nasales no se aconsejan en gestantes ya que pueden atravesar la barrera placentaria. En la lactancia, los antihistamínicos de segunda generación como la desloratadina, fexofenadina, y loratadina son de uso compatible</p> <p>Derivación a atención especializada</p> <p>Se realizará en aquellos casos no controlados con el tratamiento habitual, cuando exista organicidad o comorbilidad asociada (poliposis nasal grave), o cuando esté indicada inmunoterapia subcutánea¹²</p>

Tratamiento farmacológico de la rinitis

	Nombre genérico	Dosis	Efectos secundarios	Comentarios
CORTICOIDES NASALES	Fluticasona (furoato) 27.5 mcg/spray	55 mcg cada fosa nasal 1 vez/día Dosis máxima: 110mcg/día.	Efectos secundarios locales menores Amplio margen para efectos secundarios sistémicos	El tratamiento farmacológico más eficaz para la rinitis alérgica; tratamiento de primera línea para la rinitis alérgica persistente moderada/grave Eficaces para la obstrucción nasal Efecto observado a las 6-12 h, pero efecto máximo al cabo de unos días Debe indicarse a los pacientes el método adecuado de administración La solución acuosa en dosis única diaria es mejor tolerada por los pacientes
	Fluticasona (propionato) 50mcg/spray	100 mcg cada fosa nasal 1 vez/día. Dosis máxima: 400 mcg/día. Niños <12 años dosis máxima 200mcg/día		
	Beclometasona 50mcg/spray	100-50 mcg en cada fosa nasal 2 veces/día Dosis máxima: 400 mcg/día		
	Triamcinolona 55mcg/spray	110 mcg en cada fosa nasal 1 vez/día Niños < 6 años: 55 mcg en cada fosa nasal Dosis máxima: 220 mcg		
	Budesonida 100mcg/spray	100-200 mcg en cada fosa nasal 2 veces/día.		
	Mometasona 50mcg/spray	100 mcg en cada fosa nasal 1 vez/día Dosis máxima: 400 mcg/día		
ANTIISTAMÍNICOS ORALES	Loratadina	> 12 años: 10 mg 1 vez/día 2-12 años > 30 kg: 10 mg 1 vez/día 2-12 años < 30 kg: 5 mg 1 vez/día	La mayoría de los fármacos de segunda generación no producen sedación Sin efectos anticolinérgicos Sin cardiotoxicidad	Debe darse preferencia a los antihistamínicos orales de segunda generación, debido a su relación eficacia/seguridad favorable Acción rápida (menos de 1 h) y eficaz sobre los síntomas nasales y oculares
	Cetirizina	Adultos: 10 mg 6-12 años: 5 mg (< 30 kg) 1 vez/día 2-6 años: 2,5 mg (< 20 kg) 1 vez/día		
	Ebastina	> 12 años: 10 mg 1 vez/día y 20 mg adultos 1 vez/día 6-11 años: 5 mg 1 vez/día 2-5 años: 2,5 mg 1 vez/día		
	Fexofenadina	> 12 años: 120-180 mg 1 vez/día		
	Mizolastina	> 12 años 10mg 1 vez al día		
	Levocetirizina	Adultos: 5 mg 1 vez/día 6-12 años 5 mg 1 vez al día		
	Desloratadina	> 12 años 1 comprimido 1 vez/día		
	Rupatidina	> 12 años 10mg 1 vez/día		
	Bilastina	20 mg 1 vez/día		
	DESCONGESTIONANTES NASALES	Oximetazolina		
Fenilefrina		En cada fosa nasal: 1-2 nebulizaciones o 2-3 gotas cada 4-6 h		
Xilometazolina		En cada fosa nasal: 1-2 nebulizaciones o 2-3 gotas (al 0,1%) 2-3 veces/día En niños de 2 a 12 años en cada fosa nasal: 1-2 gotas (al 0,05%) 2-3 veces/día		
Nafazolina		En cada fosa nasal: 2 nebulizaciones o 2 gotas cada 12 horas		
Tramazolina		En cada fosa nasal: 1-2 nebulizaciones o 2-3 gotas cada 6 horas		
OTROS	Cromoglicato	En cada fosa nasal 1 nebulización 2-4 veces al día. Máximo: 6 nebulizaciones/día	Efectos secundarios locales menores Ipratropio bromuro efectos secundarios locales menores Casi ninguna actividad anticolinérgica sistémica Azelaestina: sabor amargo en algunos pacientes. Tolerancia excelente	Las cromonas intraoculares son muy eficaces Las intranasales son menos eficaces y efecto de corta duración En general, son muy seguras Ipratropio bromuro efectivo en pacientes alérgicos y no alérgicos con rinoresaca ARLT: eficaces en rinitis y asma Eficaces en todos los síntomas de rinitis y en síntomas oculares
	Ipratropio bromuro	2 pulverizaciones en cada fosa nasal 2-3 veces/día (dosis total 252 mcg/día) Niños de 6-12 años: 1 o 2 dosis (42 mcg)		
	Azelaestina	1 aplicación en cada fosa nasal 2 veces/día		
	Levocabastina	Adultos y niños > 4 años: En cada fosa nasal 2 nebulizaciones (100 mcg) 2 veces/día Dosis máxima: 2 nebulizaciones cada 6-8 horas		
	Antileucotrienos (ARLT) Montelukast	La dosis usual es de 10 mg 1 vez/día		

Tomada de: Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008. Documentos ARIA completos y recursos en: www.whiar.org.

Clasificación de la rinitis alérgica según duración y gravedad de los síntomas

SEGÚN LA DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	Intermitente	Síntomas ≤ 4 días/semana o ≤ 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, 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 molestos

Tomado de: Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008. Documentos ARIA completos y recursos. Disponible en: <http://www.whiar.org>. Manual de International Primary Care Airways Group (IPAG). Disponible en: <http://www.globalfamilydoctor.com>.

Efectos de los diversos fármacos en la rinitis alérgica

Nombre genérico	Estornudos	Rinorrea	Obstrucción	Anosmia	Prurito
CROMOGLICATO	++/+	+	+	-	+
DESCONGESTIONANTE	-	-	++/+++	-	-
ANTIISTAMÍNICOS NASAL	++	++/+++	+	-	++
ANTIISTAMÍNICOS ORAL	+++	+++	-/+	-	+++
BROMURO IPRATROPIO	-	++/+++	-	-	-
CORTICOIDES TÓPICOS	+++	+++	+++	+	-
CORTICOIDES ORALES	+++	+++	+++	++	-
ANTILEUCOTRIENOS	-	+	++	-	-

+/-: Representación del efecto sobre cada síntoma.
Fuente: Martín AJ, Romero E, de Mier M, Martínez E. Guía Clínica Fistera. Rinitis [Internet]. Diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/rinitis/>

Autoras

María Teresa Almela Tejedo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Coordinadora del Grupo de Trabajo Enfermedades Respiratorias de la SVMFIC.

María del Carmen Arichábalá Veintimilla
Residente de 4.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo Enfermedades Respiratorias de la SVMFIC.

Bibliografía

- Valero A, Alcázar F, Garde J, Andrés A, Mulo J, Benítez J, et al. CONFOR consenso en rinitis.
- Antonio J, Romero E, De Mier Morales M, Martínez E. Guía Clínica Fistera. Rinitis [Internet]. Diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/rinitis/>
- Bousquet J, Schünemann HJ, Samolinski B, Demoly P, Baena-Cagnani CE, Bachert C, et al. Allergy. [Internet]. 2008;63 (suppl 86):8-160. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23040884
- Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008. Documentos ARIA completos y recursos en: www.whiar.org.

- Llauger M. Manejo integral del paciente con patología crónica. Actualización en Asma y Rinitis. Grup respiratori Camfic. Colabora: 2012. Disponible en: http://projectes.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/Formacio/Docs/12_13/PresentacioAsmaRinitis.ppt.
- Bauchau V, et al. Eur Respir J [Internet]. 2004;24:758-64 [consultado febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.mmcpub.com/scsaia/AdultSummary.pdf>.
- Guía Española para el Manejo del Asma GEMA [Internet]. 2009. Rinitis. Disponible en: http://www.gemasma.com/images/stories/GEMASMA/Presentaciones/PresentacionGema-ORL/GEMA_presentacion_RINITIS_ORL.pdf.
- Pascual Pérez JM, Callen Bleuca 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). Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
- Martin D, Gerald A, Keith P, Wrigth E, Kaplan A. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. [consultado 10 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055847/>

Allergic Rhinitis-Guidelines for Prescribing Intranasal Corticosteroids. [consultado mayo de 2010]. Disponible en: <http://medsak.usask.ca/professional/guidelines/allergic-rhinitis.php>

- Sur DK, Scandale S. Treatment of Allergic Rhinitis. Am Fam Physician [Internet]. 2010 Jun 15;81(12):1440-6. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2010/0615/p1440.html>
- Fokkens W, Lund V, Mullol J; on behalf of the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyp Group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinology. 2007;Suppl 20:1-136.
- Baena M. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre rinitis alérgica. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_RINITIS.pdf
- Family Physician Airways Group of Canadá. Allergic Rhinitis – Rhino Sinusitis (AR-RS) Differential Diagnosis Tool.
- Manual de International Primary Care Airways Group (IPAG). Disponible en: <http://www.globalfamilydoctor.com>

Con la colaboración de:

