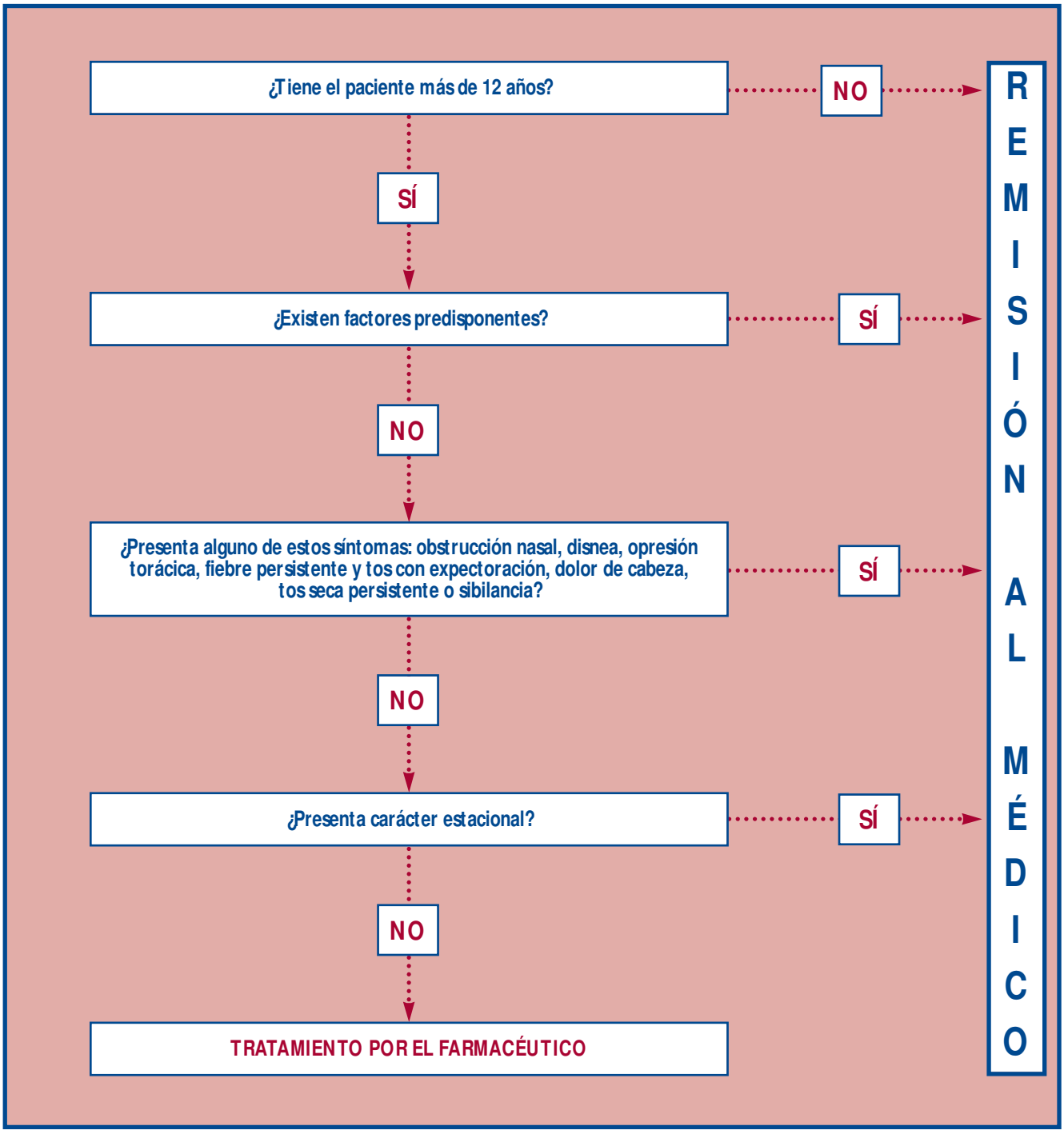
Se presenta a continuación un protocolo de Atención Farmacéutica dedicado al abordaje terapéutico de la rinitis alérgica. En estas dos páginas de apertura se recoge el algoritmo para la toma de decisiones con las derivaciones corres-

PROTOCOLOS DE Rinitis

■ EDER BALZISKUETA, BEGOÑA ENCABO, MARTA GAMINDE, ANA GUTIÉRREZ, LAURA GRACIA, AINHOA GURRUTXAGA y LETIZIA SAKONA



ATENCIÓN FARMACÉUTICA

alérgica

• Farmacéuticas. Grupo de trabajo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.

pondientes, que permitirán al farmacéutico determinar la atención que puede prestar a un paciente que refiera este problema. Se incluye, además, un índice de contenidos para guiar al lector sobre el desarrollo del trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- Definición
- Diagnóstico diferencial
  - Rinitis alérgica
    - Rinitis estacional
    - Rinitis perenne
- Tratamiento de rinitis alérgica en farmacia comunitaria
  - Recursos necesarios
  - Datos que se necesita conocer
- Plan terapéutico
  - Tratamiento no farmacológico
  - Tratamiento farmacológico
- Selección del tratamiento
- Consultas frecuentes
- Bibliografía

DEFINICIÓN

La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal de cualquier etiología que cursa clínicamente con obstrucción nasal y congestión de las áreas adyacentes. Es frecuente que aparezca afectación ocular y de los senos paranasales. La inflamación suele provocar prurito nasal y estornudos, anosmia y diversos grados de afectación del estado general, con o sin fiebre. Estos síntomas son la respuesta fisiológica normal a la irritación, por lo que para ser considerados patológicos deben aparecer de media al menos a una hora al día la mayoría de los días.

La rinitis alérgica consiste en una reacción de hipersensibilidad inmediata o tipo I (que son las mediadas por reacción con anticuerpos específicos IgE) en la mucosa nasal, acompañada por una respuesta inflamatoria retardada que es desencadenada por la inhalación de alérgenos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las rinitis pueden tener causas muy diversas, así que únicamente se hablará de rinitis alérgica en aquellos casos en los que es posible hallar uno o más alérgenos como agentes causantes de los síntomas descritos.

En la bibliografía que existe clasificaciones, sin que ninguna se haya aceptado de forma universal. La razón es que al tener que agrupar enfermedades de etiogenias y patogenias diversas frecuentemente unos grupos se solapan con otros y toda clasificación resulta cuestionable.

Las rinitis se pueden clasificar según su duración, de acuerdo a su etiología o según su patogenia (ver tabla I).

Aunque el tema de este protocolo son las rinitis alérgicas estacionales, en la tabla II se describen algunas diferencias entre otros los distintos tipos de rinitis y la sinusitis, con las que siempre se debe establecer diagnóstico diferencial y que, en muchos casos, son susceptibles de tratamiento sintomático similar al que se describe para la rinitis alérgica estacional. Es el médico el que debe llevar a cabo el diagnóstico diferencial. No obstante, dado el elevado número de consultas que se realizan en la farmacia sobre esta enfermedad es importante que el farmacéutico disponga de un protocolo que le ayude a distinguir entre los casos que pueden ser tratados en la farmacia y aquéllos que deben ser remitidos al médico.

Rinitis alérgica

La rinitis alérgica se caracteriza porque produce estornudos en salvas, obstrucción y prurito nasal con hidrorrea, que puede alternar con secreción mucosa transparente. La obstrucción es generalmente alternante y si es fija unilateral se debe descartar que la causa del problema sea anatómica. En general, se acompaña de enrojecimiento ocular, prurito y lagrimeo, con edema palpebral. Puede aparecer prurito ótico y del velo del paladar y frecuentemente cefalea, astenia, fatigabilidad, irritabilidad e insomnio. Hasta un 20% de los pacientes desarrolla síntomas de asma que coinciden con su rinoconjuntivitis.

La rinitis alérgica puede parecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en niños y adultos jóvenes. Es raro que la enfermedad se cure espontáneamente, aunque frecuentemente los síntomas disminuyen con la edad. La rinitis alérgica se divide en estacional y perenne. En la tabla III se muestran las diferencias entre rinitis estacional y rinitis perenne.

Tabla I. Clasificación de la rinitis

Según la duración	Aguda (menos de 14 días)		
	Crónica (más de 14 días)		
Según la etiología	Infecciosas		
	No infecciosas		
Según la patogenia	Inflamatorias	Rinitis alérgica eosinofílica	Estacional
			Perenne
		Rinitis eosinofílica no alérgica	
		Rinitis infecciosa	
		Poliposis nasal	
		Rinitis atrófica	
		Mastocitosis nasal	
		Rinitis granulomatosa	
	No inflamatorias	Rinitis vasomotora	Disfunción autonómica
			Asociada a condiciones sistémicas: embarazo, hipotiroidismo
		Rinitis medicamentosa	Abuso de vasoconstrictores locales
			Medicaciones sistémicas: antihipertensivos, contraceptivos, psicofármacos, drogas de abuso
	Estructurales	Desviaciones septales	
		Hipertrofia adenoidea	
		Hipertrofia de cornetes	
		Alteraciones de la motilidad cilial	
		Rinitis por cuerpos extraños	
		Tumores	
		Rinorrea de LCR	

> La rinitis estacional constituye el 75 % de los casos de rinitis alérgicas

Rinitis estacional

La rinitis estacional se conoce también como polinosis. Constituye el 75% de los casos de rinitis alérgicas. Los pacientes que la experimentan presentan síntomas cada año coincidiendo con la polinización de las plantas a las que están sensibilizados, lo que suele suceder en los meses de primavera (la mayoría de los pacientes se sensibilizan al polen de gramíneas y de olivo). De forma creciente van apareciendo pacientes con síntomas de rinitis en los meses de invierno y a principios de la primavera por pólenes de árboles. Dependiendo de las áreas geográficas, es frecuente la sensibilización a malezas, especialmente parietaria con síntomas tardíos. En cualquier caso, los síntomas son más intensos si la exposición al aire libre ha sido prolongada y se ha practicado ejercicio, especialmente si es a las horas de mayor polinización (entre las 5 y 10 h y entre las 19 y 22 h). Además, los síntomas se incrementan los días soleados y de

Tabla II. Diferencias entre los distintos tipos de rinitis y sinusitis. Eficacia de diferentes tratamientos

	Rinitis alérgica	*Rinitis eosinófila no alérgica*	*Rinitis colinérgica*	*Sinusitis*
Edad inicio	Infancia	Adultos	Jóvenes y adultos	Adultos
Obstrucción nasal	+	+ + +	+ +	+ + +
	Bilateral	Pólipos nasales	De inicio brusco	
Estornudos	+ + +	+	+ +	No
	En salvas			
Prurito nasal	+ + +	+	+	No
	(ocular, etc.)			
Rinorrea	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +
	Acuosa	Masa	Acuosa (muy molesta)	Purulenta espesa
Descarga posnasal	+	+ + +	+ + +	+ + +
	Escasa			
Estacionalidad	Sí	No	No	No
Anosmia	+	+ + +	+ +	+ + +
	En las agudizaciones	Pólipos nasales		
Estímulos inespecíficos	Poca influencia	No influencia	+ + +	
			Diagnóstico	
Aspecto mucosa	Pálida, edematosa	Pálida, edematosa	Roja, congestiva	Roja, edematosa
Tratamientos				
Inmunoterapia	Eficaz	No	No	No
Cromoglicato disódico	Eficaz	No	No	No
Anti H1	Eficaz	No	No	No
Bromuro de ipatropio	No	No	Eficaz (rinorrea)	
Esteroides tópicos	Eficaz	Eficaz	No	Eficaz

Carácter: + Leve + + Moderado + + + Agudo

viento y mejoran en los días húmedos y lluviosos.

Rinitis perenne

En este tipo de rinitis los síntomas no tienen estacionalidad, aunque no tienen por qué ser continuos. La obstrucción crónica de la mucosa nasal facilita la aparición de sinusitis crónicas o recidivantes, por obstrucción del drenaje de los senos, y es común la disminución del olfato y del gusto.

En general, los síntomas son por sensibilización a ácaros que se forman en el polvo doméstico. La proliferación de estos ácaros depende del grado de humedad y temperatura ambiente. Los ácaros abundan no sólo en ambiente doméstico sino también en zonas de almacenamiento de grano y otros materiales. En estos casos se trata de alérgenos profesionales.

Las esporas de hongos son con menos frecuencia causa de sensibilización, pero se han de considerar sobre todo en cuadros que se agravan en verano y a comienzos del otoño. Pueden producir asma acompañante con gran frecuencia. Los hongos más significativos son *Alternaria y Cladosporium*.

Una de las causas habituales de rinoconjuntivitis son las escamas dérmicas, especialmente las de perros y gatos, pero también de *hamster* y otros roedores. Son muy sensibilizantes y la exposición se produce durante largas horas.

Tampoco hay que olvidar los alérgenos profesionales como pueden ser las harinas, las enzimas, la madera, el látex e incluso algunas medicaciones.

TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA EN FARMACIA COMUNITARIA

Dado que la rinitis alérgica es un proceso que exige un diagnóstico, el farmacéutico debe remitir al médico todos los casos sospechosos de tratarse de rinitis. Por este motivo, este protocolo va orientado a identificar estos casos y también a seleccionar aquéllos en los que, a pesar de tratarse de rinitis, el farmacéutico podría recomendar un tratamiento en tanto el paciente acude al médico. En ningún caso pretende ser un conjunto de normas de actuación que deban ser imperativamente aplicadas en la farmacia, sino que pretende proporcionar una base flexible sobre la cual el profesional sanitario pueda adaptar, en función de las características del paciente, de la oficina de farmacia y del propio profesional de la salud, su forma de actuación.

Es conveniente que el protocolo sea consensuado con el resto de los miembros del equipo sanitario de la zona de salud en la que se integra la oficina de farmacia. Obviamente, necesitará ser actualizado en un futuro, por lo que se recomienda diseñar un registro en función de cada farmacia para su aplicación.

Recursos necesarios

Los recuros necesarios para llevar a cabo el protoloco son:

Tabla III. Diferencias entre rinitis estacional y rinitis perenne

	Rinitis alérgica estacional	*Rinitis alérgica perenne*
Etiología	Polen gramineas	Polvo doméstico
	Olea europa (olivo)	Ácaros
	Parietaria judaica	Hongos
	Esporas de hongos	Epitelios de animales domésticos
		Polvo de cereales
		Madera
		Látex
		Medicamentos
Prevalencia	10% niños	
	20-30% jóvenes-adultos	
Clínica	Estornudos	Obstrucción nasal más pronunciada que en la rinitis estacional, lo que facilita la aparición de sinusitis recidivantes o crónicas por disminución del drenaje del seno
	Rinorrea acuosa	
	Prurito	
	Obstrucción por congestión de los cornelios	
	Lagrimeo u otalgia	
		Prurito poco frecuente

– Una farmacia bien organizada que disponga de todos los posibles tratamientos para la rinitis y de un ambiente favorable para la comunicación farmacéutico-paciente.
– Un farmacéutico bien formado capaz de realizar una correcta identificación de los síntomas, una valoración del trastorno y capaz de reconocer las causas de remisión al médico.
– Un sistema de registro adecuado a las características de cada farmacia.

Datos que se necesita conocer

Los datos necesarios para aplicar el protocolo comprenden una entrevista en la que deben recabarse los datos precisos para decidir la remisión al médico o la posibilidad de recomendar un tratamiento. Las siguientes preguntas pueden ayudar al farmacéutico a identificar una rinitis alérgica estacional y decidir si es, por tanto, necesario remitir el paciente al médico:

El primer paso que debe dar el farmacéutico es discernir si realmente se trata de un caso de rinitis

– ¿Quién es el paciente?
– ¿Tiene antecedentes familiares?
– ¿Existe un diagnóstico previo de rinitis?
– ¿Qué síntomas presenta: obstrucción nasal, disnea, opresión torácica, dolor de oído, dolor de cabeza, secreción ocular purulenta, fiebre, tos con expectoración, tos seca persistente, sibilancia?
– ¿Cómo se presentaron los síntomas y cuál es su progresión, duración e intensidad?
– ¿Los síntomas presentan carácter estacional o son diarios?
– ¿Utiliza vasoconstrictores nasales de forma habitual o medicamentos que puedan producir rinitis: antihipertensivos (prazosina, guanetidina, etc.), metildopa, reserpina, anticonceptivos?
– ¿Existe algún factor predisponente: alérgenos irritantes (pinturas, productos químicos, productos de limpieza, cloro), condiciones climáticas, polen?

Para seleccionar el tratamiento adecuado es necesario conocer las siguientes cuestiones:

– En caso de ser mujer, ¿está embarazada o es madre lactante?
– ¿Ha utilizado algún medicamento vasoconstrictor? ¿Durante cuánto tiempo?
– ¿Está tomando algún medicamento?
– ¿Presenta algún tipo de alergia?

Tabla IV. Solución salina estéril

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Presentación*	*Código nacional*
Iso-Thea (Thea)	16 unidosis 5 ml	174920
Aguamarina (Diafarm)	10 monodosis 5 ml	151431
	Spray 110 ml	230300
Aguamare (Promoenvas)	F-1 solución 150 ml	331926
	F-2 solución 150 ml	340307
	F-3 solución 150 ml	340315
Boiron (Boiron)	Solución higiénica nasal	156562
Chicco Nasonet (Chicco Española)	10 unidades 5 ml	159137
	10 unidades 2,5 ml	159111
	20 unidades 2,5 ml	159129
Clinasal Humidificante (Salvat)	Solución	378430
Clinasal Plus (Salvat)	Solución	378539
Clinasal Suave (Salvat)	Solución	338830
Disnemar (Solvay Pharma)	Adultos 25 ml solución	196089
	Lactantes y niños 25 ml solución	196097
Higienan Solución Limpieza Nasal (Ort Farma Com)	Solución	224832
Inasal (Warner Lambert Consumer Health)	Nebulizador 15 ml	200329
Interapothek (Interapothek)	20 dosis 5 ml	200907
Libenar (SmithKline Beecham)	18 ampollas	348839
Lyomer (Fardi)	Solución 40 ml	159095
Mustela Solución Limpieza Nasal (Pharmascience)	18 unidades	190975
Nasal Higienic Finefar (Fineman)	Solución	243402
Nasomar (F5 Profar)	Solución 250 ml	318345
Nasomin (Faes)	Adultos 150 ml solución	382390
	Lactantes 150 ml solución	306159
Neusc (Neusc)	Solución 125 ml	317289
Orravan (Orravan)	Gotas 80 ml	174888
	Gotas 50 ml	174904
Pérez Giménez Solución Limpieza Nasal (Pérez Giménez)	24 unidades	317016
PQS (PQS)	Solución 30 ml	351312
	Solución 50 ml	351256
Quinton Nasal Isotónica (Medis Coll)	Solución	155234
Rhinomer (Novartis CH)	F-1 nebulizador 115 ml	196386
	F-2 nebulizador 135 ml	196378
	F-3 nebulizador 135 ml	196360
Rinasal (Cinfa)	Solución	180752
Sales Marinas (Naturfar)	Nebulizador 130 ml	205104
Salinet (Grifols)	Spray 100 ml	203893
	18 unidades 5 ml	376368
Sterimar (Asta Medica)	Microinfusión 100 ml	376582

Fuente: Catálogo de Parafarmacia 2001. Madrid: Publicaciones del Consejo General de COF, 2001.

– ¿Es diabético, hipertenso, cardiópata, asmático, padece hipertiroidismo o glaucoma?
– ¿Consume algún tipo de droga o medicamento tóxico?

Una vez el farmacéutico conoce el caso del paciente, puede aplicar el algoritmo de decisión que aparece en las páginas de apertura de este artículo.

PLAN TERAPÉUTICO

En el momento en el que una persona acude a la farmacia solicitando consejo o tratamiento para un posible caso de rinitis, el primer paso que debe dar el farmacéutico es discernir si realmente se trata de un caso de rinitis, para decidir entre la remisión al médico o la recomendación de un tratamiento.

No obstante, en la mayoría de los casos el farmacéutico puede recomendar al paciente un tratamiento sintomático que le ayude a mitigar los molestos síntomas con que cursa la enfermedad.

Tabla V. Tiras nasales

Producto (Laboratorio)	Presentación	Código nacional
Breathe Right	10 unidades pequeño	306233
(Naturland)	10 unidades grande	306241
	30 unidades mediano/grande	300319
	30 unidades pequeño	269845
Clear Passage	10 unidades	158642
(Martínez Llenas)	5 unidades	393173
Respiplus	10 unidades	395129
	5 unidades	393629
Salvelox	10 unidades pequeño	234567
(Cederroth Ibérica)	10 unidades grande	235838

Fuente: Catálogo de Parafarmacia 2001. Madrid: Publicaciones del Consejo General de COF, 2001.

Tabla VI. Mascarillas de protección personal

Producto (Laboratorio)	Presentación	Código nacional
Aseptex	5 unidades	302588
(3M España)		
Respirador 9312	3 unidades	259739
(3M España)		

Fuente: Catálogo de Parafarmacia 2001. Madrid: Publicaciones del Consejo General de COF, 2001.

La rinitis alérgica se caracteriza porque produce estornudos en salvas, obstrucción y prurito nasal con hidrorrea

El concepto de tratamiento no se refiere únicamente a un tratamiento farmacológico sino también a otras medidas higiénico-sociales encaminadas a mejorar los síntomas. No obstante, nunca se debe iniciar el tratamiento farmacológico sin advertir al paciente de la importancia de evitar el alérgeno que causa sus molestias una vez que haya sido identificado.

Tratamiento no farmacológico

Medidas preventivas sencillas y pequeñas modificaciones en los hábitos de vida son muy positivas para conseguir mejorar los síntomas. Algunas recomendaciones que el farmacéutico debe transmitir al paciente son las siguientes:

– Mantener las ventanas cerradas por la noche.
– Utilizar aire acondicionado con filtro.
– Disminuir las actividades al aire libre entre las 5 y las 10 h (porque a esta hora es cuando se produce la mayor emisión de pólenes) y de 19 a 22 h (período de descenso del polen desde lo alto de la atmósfera al enfriarse).
– Mantener cerradas las ventanillas cuando se viaja en coche y poner filtros al aire acondicionado en el automóvil.
– Permanecer el mayor tiempo posible dentro de casa durante los días de mayor concentración de pólenes. Durante el período álgido de polinización evitar salir, sobre todo los días de viento.
– Procurar tomar las vacaciones durante el período álgido de polinización y eligir una zona libre de pólenes (por ejemplo la playa).
– Evitar los productos irritantes (pinturas, agentes químicos, cloro) y el humo del tabaco de su entorno.
– Realizar ejercicio físico, puesto que favorece la vasoconstricción.
– Realizar una dieta equilibrada y una ingesta de líquidos adecuada.
– Evitar los cambios bruscos de temperatura.
– Mantener el ambiente húmedo.
– Realizar lavados nasales por lo menos tres veces al día.

Solución salina estéril

Es el primer tratamiento para la congestión nasal; consiste en el lavado activo y dinámico de las fosas nasales mediante una solución fisiológica y estéril de agua de mar, muy rica en oligoelementos y sales minerales, que ayuda a eliminar las secreciones y a descongestionar las mucosas. Sería el tratamiento de elección en niños pequeños por su facilidad de uso y aplicación, ya que se puede aplicar tantas veces como sea necesario; además no altera las mucosas ni produce efectos adversos importantes. La tabla IV muestra las soluciones salinas comercializadas en el mercado farmacéutico actualmente.

Tiras nasales

Las tiras nasales son unos dilatadores nasales que se colocan sobre el puente de la nariz, y producen, de forma natural una suave apertura de las fosas nasales. Así se puede contribuir a reducir la resistencia al paso del aire y, por lo tanto, la congestión nasal.

Su ventaja es que pueden usarse de forma prolongada, ya que no crean dependencia ni habituación, y en toda clase de pacientes (excepto en niños

Tabla VII. Rinológicos tópicos: descongestivos adrenérgicos (R01AA)

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Composición-presentación*	*Código nacional*
Ada (Estedi)	Fenilefrina-spray nasal 15 ml	700120
Disneumon pernasal (Solvay Pharma)	Fenilefrina-nebulizador 25 ml	746081
Rin up (Farma Lepori)	Fenilefrina-solución 0,25% 10 ml	978734
	Fenilefrina-solución 0,5% 10 ml	978726
Vasoconstrictor Pensa (Pensa)	Nafazolina-gotas 0,05% 15 ml	845123
	Nafazolina-nebulizador 0,05% 35 ml	845149
	Nafazolina-solución 0,05% 70 ml	845156
Descongestan (Merck Farma Química)	Oximetazolina-nebulizador 0,05% adul. 10 ml	791111
	Oximetazolina-nebulizador 0,05% adul. 20 ml	991331
Humoxal (Fournier)	Oximetazolina-nebulizador 0,015% 15 ml	992404
Inakintra (Diviser Aquilea)	Oximetazolina-gotas 0,05% 15 ml	978247
Nasolina (Salvat)	Oximetazolina-nebulizador 0,05% 20 ml	673046
Nasobalda (Sterling Health)	Oximetazolina-nebulizador 0,05% 15 ml	960641
Nebulicina	Oximetazolina-nebulizador 0,025% infantil 10 ml	791475
	Oximetazolina-nebulizador 0,5% 10 ml	791467
Oximetazolina Edigen (Edigen)	Oximetazolina-nebulizador 0,05% 15 ml	977983
Respibien (Cinfa)	Oximetazolina-nebulizador 0,05 % 15 ml	816728
	Oximetazolina-mentol nebulizador 0,05 % 15 ml	740829
Respir (Schering Plough)	Oximetazolina-gotas ped. 0,025% 10 ml	816751
	Oximetazolina-gotas 0,05% 10 ml	816744
	Oximetazolina-gotas 0,05% 20 ml	877381
	Oximetazolina-nebulizador 10 ml	816769
	Oximetazolina-spray 0,05% 20 ml	877399
Rinocorín (Synthelabo Pharma)	Oximetazolina-nebulizador 0,05% 10 ml	818500
Rinodif (Roche Nicholas)	Oximetazolina-gel 0,05% 10 ml	674028
Utabon (Uriach)	Oximetazolina-gotas infantil 0,025% 15 ml	843342
	Oximetazolina-gotas adulto 0,05% 15 ml	843334
Rhinospray (Fher)	Tramazolina-nebulizador 12 ml	817601
Amidrin (Fardi)	Xilometazolina-gotas 0,1% 10 ml	704916
Otrivin (Novartis Consumer Health)	Xilometazolina-gotas infantil 0,05% 10 ml	799890
	Xilometazolina-nebulizador 0,1% 10 ml	799908
Rationasal (Ratiopharm)	Xilometazolina-gotas 0,1% 10 ml	683623
	Xilometazolina-nebulizador 0,1% 10 ml	683615
Vicks Spray Nasal (Procter Gamble)	Xilometazolina-nebulizador 12 ml	683623
	Xilometazolina-mentol nebulizador 20 ml	882141

Fuente: Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2001. Madrid: Publicaciones del Consejo General de COF, 2001.

Tabla VIII. Duración de la acción de descongestivos adrenérgicos

4 a 6 horas	*8 a 12 horas*
Fenilefrina	Nafazolina
Metoxamina	Oximetazolina
Tramazolina	Xilometazolina

menores de 5 años por el tamaño de la tira) y junto con otros remedios pueden suponer una ayuda para la respiración. La tabla V muestran las tiras nasales comercializadas en el mercado.

Mascarillas

Las mascarilla son dispositivos que limitan el contacto del paciente con el alérgeno (tabla VI).

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento farmacológico de rinitis alérgicas se dispone actualmente de una amplia gama de principios activos que poseen acciones distintas y abordan la enfermedad desde diferentes puntos. Los productos más utilizados son: descongestivos, antihistamínicos y cromonas.

Descongestivos nasales tópicos

Estos fármacos estimulan los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso vascular, lo que provoca vasoconstricción de los vasos de la mucosa nasal. Su aplicación es eficaz para reducir a corto plazo la congestión pero carecen de efecto sobre los estornudos, la rinorrea y el picor nasal u ocular. Tampoco tienen ningún efecto sobre los procesos inflamatorios subyacentes de la rinitis, por lo que se pueden utilizar como tratamiento sintomático de ataque en pacientes con obstrucción nasal grave, sin que ello excluya la implantación de un tratamiento etiológico a largo plazo.

El uso regular de descongestivos tópicos durante más de dos o tres días puede llevar a la pérdida de efectividad y producir síntomas de rebote debido a la vasodilatación. Además pueden exacerbar la rinitis crónica si se utilizan durante períodos de tiempo largos, debido a que deforman la mucosa nasal. Por este motivo, para tratamientos prolongados es preferible utilizar descongestivos orales.

Los descongestivos tópicos están contraindicados en niños menores de dos años y en individuos tratados con IMAO. Los más utilizados son: efedrina, fenilefrina, nafazolina, oximetazolina y xilometazolina (tabla VII). Las características y la posología de estos principios son las siguientes:

– Efedrina. Produce una rápida descongestión si se aplica tópicamente a una concentración del 0,5% al 1%. El efecto máximo se consigue tras de una hora de su administración. No es recomendable en menores de 6 años.

– Fenilefrina. Se aplican de dos a tres gotas cada 4 horas, que equivalen a una solución al 0,25-0,5%.

– Nafazolina. Se administra en gotas o nebulizador al 0,05 % cada 6 horas.

– Oximetazolina y xilometazolina. Su efecto puede durar de 8 a 12 horas, por lo que sólo se administran dos veces al día. Aún así también pueden producir congestión de rebote o rinitis medicamentosa.

La actividad de los adrenérgicos tópicos es muy parecida. Las diferencias de potencia se suelen compensar con ajustes en la concentración de las soluciones, y la única diferencia digna de tener en cuenta es la duración de la acción (tabla VIII).

Descongestivos orales

Su principal ventaja es la duración mayor de su acción si se los compara con los tópicos, pero producen menor vasoconstricción. No producen irritación local, ni congestión de rebote o rinitis medicamentosa.

CONSULTAS FRECUENTES

¿Cuál es el tratamiento de elección de la rinitis alérgica estacional?
Las formulaciones con corticoides de acción local nasal constituyen hoy día el tratamiento etiológico de elección en la mayoría de los casos de rinitis no infecciosa. La efectividad del tratamiento nasal con corticoides frente a todos los tipos de rinitis alérgicas, tanto estacionales como perennes, se halla ampliamente documentada. Se ha demostrado que este tipo de fármacos son efectivos a la hora de controlar los síntomas, tanto si se ha podido administrar previamente a la exposición al alergeno (lo cual es preferible en rinitis alérgicas estacionales) como si se ha administrado con posterioridad a la presentación de los síntomas nasales.

Los principales corticoides incluidos en las formulaciones utilizadas hoy día para el tratamiento y profilaxis de las rinitis alérgicas son los esteroides halogenados: dipropionato de beclometasona, acetonido de triamcinolona, fluticasona y flunisolida y el esteroide no halogenado budesonida. Obviamente son medicamentos que sólo deben administrase por prescripción médica.

¿Cuándo está indicada la inmunoterapia para el tratamiento de la rinitis alérgica estacional y en qué consiste? ¿Es efectiva?
La inmunoterapia está indicada en aquellos casos de rinitis alérgica que no se controlan con tratamiento médico, cuya gravedad sea creciente y siempre que se acompañe de asma. Su eficacia ha sido establecida en sensibilizaciones a pólenes, ácaros y determinados epitelios. Ayudan a su control sintomático e incluso a su curación completa y puede prevenir el desarrollo de asma en un porcentaje significativo de los casos.

La inmunoterapia consiste en la administración por vía subcutánea de cantidades gradualmente crecientes de un extracto alergénico específico para disminuir la reactividad al mismo. Los síntomas suele mejorar después de 12 semanas de tratamiento, que debe continuarse unos dos o tres años después de la desaparición o reducción de la frecuencia de los síntomas.

Está contraindicada en pacientes con asma bronquial grave o dermatitis atópica grave. Las reacciones adversas más frecuentes son: broncoespasmo, hipertensión y urticaria.

Su aplicación requiere una identificación precisa de alergeno, por lo que debe ser prescrita y supervisada por especialistas. En cualquier caso la administración de la dosis se hará en un centro médico con capacidad de tratamiento en caso de reacción sistémica (que son infrecuentes en casos de rinitis), donde el paciente permanecerá al menos 30 minutos tras cada dosis. La aplicación se hará siempre por personal acostumbrado a ello y si el paciente o el tratamiento son considerados de riesgo se indicará su aplicación en unidades de inmunoterapia en servicios especializados.

No se aconseja administrar inmunoterapia a niños menores de 5 años ni iniciar el tratamiento durante el embarazo, pero puede continuarse durante la gestación sin aumentar dosis cuando ofrece un beneficio terapéutico evidente.

¿Existe algún medicamento homeopático para el tratamiento de la rinitis?
Un ejemplo de fármaco rinológico homeopático es *Euphorbium compositum*. Se presenta en forma de gotas orales, solución inyectable y como gotas nasales (solución nasal sin gas propulsor). Este es un agente de amplio espectro y de momento no se han descrito otras contraindicaciones que las debidas a las posibles alergias a alguno de sus componentes (fundamentalmente cloruro de benzalconio). Se administra en casos de rinitis de diverso origen y en sinusitis crónica.

La posología es de una o dos nebulizaciones en cada orificio nasal de 3 a 5 veces al día. En niños menores de 6 años una nebulización de 3 a 4 veces al día. Se puede administrar a lactantes. □

Su mayor inconveniente es que producen un incremento de la presión sanguínea, por lo que se deben usar bajo control médico sobre todo en pacientes hipertensos, diabéticos, con hipertiroidismo o trastornos cardíacos isquémicos. Los efectos adversos tales como sedación, somnolencia, mareo, ansiedad, tensión y retención urinaria también limitan su uso. En la tabla IX se muestra una relación de los descongestivos orales en el mercado.

Antihistamínicos
Los antihistamínicos bloquean competitivamente los receptores H1 de la histamina, pero no tienen acción sobre los receptores de histamina situados fundamentalmente sobre la pared estomacal, que estimulan la secreción ácida (receptores H2).

Son eficaces para reducir el prurito y los estornudos (síntomas de la fase inmediata de la reacción alérgica), pero no para la congestión nasal o los síntomas de respuesta tardía. Por este motivo se usan también combinados con descongestivos nasales. Existen especialidades farmacéuticas formadas por asociaciones de los dos. Pueden administrarse por vía oral o tópica.

La acción terapéutica de todos los medicamentos del grupo es prácticamente la misma. Las posibles diferencias de potencia antihistamínica se compensan ajustando la dosis. Los antihistamínicos tienen dos efectos secundarios dignos de mención: acción antico-

Tabla IX. Descongestivos orales

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Composición-presentación*	*Código nacional*
Pseudoefedrina OTC (OTC Ibérica)	120 mg pseudoefedrina, 6 mg dexbromfeniramina-10 cápsulas	974519
Disofrol (Schering Plough)	4 mg clorfeniramina-6 grageas	939454
	50 mg fenilpropanolamina-12 grageas	939462
Iniston (Warner Lambert CH)	60 mg pseudoefedrina, 2,5 mg tripolidina-25 comprimidos	772228
	30 mg pseudoefedrina, 1,25 mg tripolidina-jarabe 100 ml	772210
Rhinocap (Inibsa)	20 mg fenilefrina, 4 mg carbinoxamina-10 cápsulas retard	817593
Rinoretard (Warner Lambert CH)	50 mg fenilpropanolamina, 4 mg carbinoxamina-12 cápsulas	818773
	16,66 mg-fenilpropanolamina, 1,33 carbinoxamina-suspensión 90 ml	818765

Fuente: Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2001. Madrid: Publicaciones del Consejo General de COF, 2001.

Tabla X. Tipos de antihistamínicos

Clásicos	*De segunda generación*
Alimemazina	Astemizol
Azatadina	Azelastina
Clemastina	Cetirizina
Clemizol	Ebastina
Ciproheptadina	Fexofenadina
Clorfenamina	Loratadina
Difenhidramina	Mizolastina
Oxatomida	Terfenadina
Prometazina	
Tripolidina	

*La mequitazina está a medio camino entre ambos grupos

linérgica y capacidad para producir somnolencia.

Normalmente los antihistamínicos se dividen según la familia química a la que pertenecen. Los grupos químicos presentan diferencias de intensidad y de frecuencia de efectos secundarios.

Las diferencias de susceptibilidad individual a los efectos adversos de los antihistamínicos son tan importantes o más que las diferencias entre medicamentos. Por tanto, la regla de selección del tratamiento hasta ahora ha sido cambiar a otro antihistamínico si el primero resulta molesto para el paciente.

La principal utilidad de la tabla X es poder seleccionar esa medicación alternativa de un grupo químico diferente (práctica recomendada por algunos autores, aunque no tiene importancia trascendental).

Se han desarrollado antihistamínicos que carecen de acción anticolinérgica y no atraviesan la barrera hematoencefálica y, por tanto, no producen somnolencia. Estos antihistamínicos no sedantes son conocidos como de segunda generación: astemizol, azelastina, cetirizina, ebastina, fexofenadina, loratadina, mizolastina y terfenadina.

Otro medicamento, mequitazina, está a medio camino entre los antihistamínicos clásicos y los no sedantes. Carece de acción anticolinérgica y sedante a la dosis de 5 mg por toma, pero puede tenerlos a dosis más altas. Cetirizina, que se incluye entre los nuevos antihistamínicos, puede tener acción sedante a dosis altas.

La eficacia de los nuevos antihistamínicos debe considerarse semejante a la de los clásicos a falta de estudios comparativos detallados. Las diferencias entre ellos son de tipo farmacocinético y en la práctica no son tan importantes.

Casi todos se administran en una sola toma diaria y la acción dura unas 12-24 horas. Cetirizina, loratadina y terfenadina tienen un comienzo de acción rápido (tiempo aproximado de una hora) y son más utiles en casos agudos que astemizol, ebastina o azelastina (tiempo máximo de más de tres horas).

Mizolastina es un análogo de azelastina. La fexofenadina no es más que un metabolito activo de la terfenadina. Como antihistamínico es uno de los «mal llamados» no sedantes (de hecho todos pueden llegar a producir un cierto grado de somnolencia, al menos en algunos pacientes). Su interés radica en ofrecer una alternativa específica a la terfenadina, pero no parece aportar nada nuevo sobre el potencial terapéutico del amplio abanico disponible de fármacos en el grupo.

En cuanto a astemizol tiene una semivida de 9 días (para el resto está entre 7 y 17 horas) y esto hace que el efecto máximo se consiga tras de varios días de tratamiento y que tarde varios días en desparecer tras suspender la administración. La mayoría de los autores piensan que esta propiedad es más un inconveniente que una ventaja.

En pacientes con hipertensión, diabetes, hipertiroidismo, angina de pecho o glaucoma, el farmacéutico sólo debe recomendar el uso de soluciones salinas

Tabla XI. Antihistamínicos uso sistemico: aminoalquil éteres (R06AA)

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Composición-presentación*	*Código nacional*
Tavegil	Clemastina 1 mg-20 comprimidos	832527
(Consumer Health Care)	Clemastina 0,5 mg/5ml-120 ml solución	832519
Benadryl	Difenhidramina 25 mg-25 cápsulas	715839
(Warner Lambert Consumer Health Care)	Difenhidramina 50 mg-20 cápsulas	715847
	Difenhidramina 12,5 mg/5 ml-120 ml solución	715813

Tabla XII. Antihistamínicos uso sistémico: alquilaminas sustituidas (R06AB)

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Composición-presentación*	*Código nacional*
Polaramine	Dexclorfeniramina 2 mg-20 tabletas	808253
(Schering Plough)	Dexclorfeniramina 6 mg-20 repetabs	808287
	Dexclorfeniramina 2mg/5 ml-60 ml jarabe	808246
	Dexclorfeniramina 2 mg/5 ml-120 ml jarabe	864801
Fenistil	Dimetindeno 1 mg-20 comprimidos	756601
(Novartis Consumer Health Care)	Dimetindeno 1 mg/ml-gotas 10 ml	756593
Coricidin	Ácido ascorbico 50 mg, cafeína 30 mg,	736710
(Schering Plough)	clorfenamina maleato 4 mg, salicilamida 90 mg-12 cápsulas	
Rinomicine	Cafeína 50 mg, clorfenamina maleato 4 mg, fenilefrina	818690
(Fardi)	clorhidrato 20 mg, paracetamol 50 mg, salicilamida 50 mg, lactosa (excipiente) 10 mg, sacarosa (excipiente) 225 mg-6 grageas	

Aunque los antihistamínicos no sedantes evitan muchos problemas asociados a los tradicionales, conviene no olvidar que la sedación producida por éstos es a veces terapéuticamente beneficiosa (tablas XI y XII).

Alteraciones cardíacas de los antihistamínicos

La sobredosis con astemizol o terfenadina alarga el intervalo QTc y puede producir Torsade des Pointes y otros cuadros arrítmicos, a veces graves. Otros antihistamínicos no sedantes no parecen presentar este efecto.

Deben utilizarse con precaución en pacientes con trastornos del ritmo cardíaco o sometidos a tratamiento con fármacos que puedan provocar acumu-

lación del antihistamínico por interferencia con la eliminación por la vía del citocromo P450 (eritromicina, claritromicina, antifúngicos imidazólicos).

Cromomas

El principal exponente de este grupo es el cromoglicato disódico, que actúa impidiendo la desgranulación de mastocitos sensibilizados e inhibiendo la liberación de histamina y otros mediadores de la reacción inflamatoria. Su efecto parece ser más potente cuando la administración del fármaco precede a la exposición al alérgeno, por lo que su utilización está recomendada en la prevención de las rinitis alérgicas de todo tipo.

Cuando es aplicado por vía tópica, el cromoglicato sódico tiene una acción sistémica pobre, prácticamente no se metaboliza y se elimina rápidamente, lo que hace que sea considerado como un medicamento seguro para su administración a mujeres en estado de gestación o en período de lactancia. El principal problema que presentan los preparados que incluyen estos principios activos es su pauta posológica, puesto que es preciso mantener una dosificación regular y continuada (4-6 aplicaciones diarias) para conseguir una protección eficaz y sostenida en pacientes con rinitis (tabla XIII).

Tabla XIII. Preparados nasales antialérgicos (excluidos corticosteroides): R01AC

Especialidad farmacéutica (laboratorio)	*Composición-presentación*	*Código nacional*
Farmacron nasal (Alcon Cusí)	Ácido cromoglícico, disodio sal 2%-nebulizador 15 ml	955385
Renocil (Farma Lepori)	Ácido cromoglicico, disodio sal 2,56 mg/puls-nebulizador 15 ml	778126
Rinilyn (Chefaro Española)	Ácido cromoglicico, disodio sal 2%-nebulizador 10 ml	665893
Rinofrenal (Sigma Tau)	Ácido cromoglicico, disodio sal 4%-nebulizador 15 ml	995704

Tabla XIV. Ventajas e inconvenientes entre los diferentes tratamientos

Tratamiento	*Acción*	*Limitaciones*
Vapor y solución salina	Previenen las postillas nasales, licuan las secreciones	Molestias en la administración
Descongestivos tópicos	Reducen la inflamación de la mucosa, favorecen el drenaje del seno nasal	El uso prolongado puede causar congestión de rebote
Descongestivos orales	Reducen la inflamación de la mucosa, favorecen el drenaje del seno nasal	Pueden causar taquicardias, ansiedad, insomnio y nerviosismo
Antihitamínicos H1 orales	Reducen el prurito, los estornudos y la rinorrea	No reducen la congestión nasal, prolongan el intervalo QT, interaccionan con eritromicina, claritromicina y antifúngicos imidazólicos
Cromomas	Al tener poca absorción sistémica es seguro en mujeres embarazadas y madres lactantes Previene la conjuntivitis	La dosificación regular y continua dificulta el cumplimiento

A todos los pacientes se les debe aconsejar seguir las recomendaciones generales

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Si un paciente que acude a la farmacia en busca de consejo relata los síntomas característicos de una rinitis estacional leve es razonable aconsejarle inicialmente alguno de los tratamientos sintomáticos descritos para que le ayuden a mitigar momentáneamente los síntomas de la enfermedad. Todos los fármacos son más eficaces si se pueden anticipar al comienzo de los síntomas o si se administran cuando el cuadro clínico está comenzando.

Para la seleccionar el tratamiento más adecuado para cada tipo de paciente son fundamentales los datos que el farmacéutico recabará en la entrevista inicial. Un dato muy importante es la edad, ya que los descongestivos no pueden utilizarse en niños menores de dos años y tampoco pueden utilizarse en este tipo de pacientes soluciones oleosas en las que se haya dispersado el principio activo, ya que el aceite puede llegar hasta los alveolos y provocar síndrome de pulmón de shock. En los niños se recomienda el uso de soluciones salinas estériles.

En mujeres embarazadas y madres lactantes tampoco deben utilizarse los descongestivos, pero sí las soluciones salinas y las cromomas. En pacientes con hipertensión, diabetes, hipertiroidismo, angina de pecho o glaucoma el farmacéutico sólo debe recomendar el uso de soluciones salinas.

A todos los pacientes se les debe aconsejar seguir las recomendaciones generales; si es preciso, el farmacéutico se las dará por escrito (ver apartado tratamiento no farmacológico). Cuando los síntomas sean leves y se presenten desde hace poco tiempo estará indicada la utilización de antihistamínicos H1 (tópicos u orales) y si es necesario asociado a un descongestivo oral, ya que los antihistamínicos son efectivos para aliviar los estornudos y el picor nasal pero no para la obstrucción.

Cuando no hay respuesta al tratamiento anterior o los síntomas son moderados o graves se puede recomendar cromoglicato. En la tabla XIV se recogen las principales ventajas e inconvenientes de los diferentes tratamientos. □

BIBLIOGRAFÍA

Isaba L. Rinitis: Concepto. Información Farmacoterapéutica Vasca 1992;5:20-2.

Panadero FJ. Rinitis y sinusitis. Panorama Actual del Medicamento 1996;20:148-76.

Aranzana F. Descongestivos nasales. Offarm 1998;17:55-9.

Garrote A, Bonet R. Rinitis alérgica. Offarm 1998(4);47-56.

Resfriado común y gripe. Panorama Actual del Medicamento 2000;24(231).

Rodríguez Mosquera M. Rinitis alérgica. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2000; 24(1):1-8.

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2001.

Catálogo de Parafarmacia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2001.