

Curso básico

El farmacéutico ante las afecciones comunes de las vías respiratorias superiores



Actividad acreditada por el Consell Català de la Formació Farmacèutica Continuada
Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

2,6 créditos



AUTORA Y DIRECTORA: DRA. ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.

Objetivos generales

Las infecciones y los procesos patológicos que afectan al tracto respiratorio superior generan un gran volumen de consultas, indicaciones y dispensaciones en el mostrador de la oficina de farmacia. Este curso pretende actualizar los conocimientos del farmacéutico para que pueda hacer frente a estos actos profesionales en las mejores condiciones.

Objetivos específicos

Tras el seguimiento de este curso el alumno debería ser capaz de:

- Describir la epidemiología, la clínica, las vías de transmisión, los factores de riesgo y los métodos diagnósticos de los siguientes procesos patológicos: resfriado común, rinitis alérgica y vasomotora, faringitis, laringitis, sinusitis, amigdalitis y gripe.
- Identificar los datos de farmacología clínica más relevantes de los medicamentos disponibles para el tratamiento sintomatológico o etiológico de los procesos descritos.
- Identificar nuevos lanzamientos presentes en el mercado de la oficina de farmacia en el ámbito trabajado, tanto en el terreno de la farmacoterapia de prescripción médica, como en la de indicación farmacéutica y en la parafarmacia.

- Seleccionar la información que debe trasladar al paciente afectado de alguna de las condiciones descritas como parte de su labor de educación sanitaria (prevención, estilos de vida, dosificación y posología de fármacos, efectos adversos, interacciones medicamentosas o medicamento-alimento, uso racional de medicamentos, etc.)

Metodología

El curso se articula en 6 temas, que se publican en los 6 números de FARMACIA PROFESIONAL que aparecerán en 2010, también en su versión electrónica en www.dfarmacia.com. La inscripción es gratuita para todos los suscriptores.

Evaluación

Para realizar los test de autoevaluación de cada tema (diez preguntas con respuesta múltiple) es necesario registrarse y acceder a: www.dfarmacia.com. El alumno recibirá la calificación de apto o no apto de forma automática, tras la realización del test correspondiente a cada tema. Al final del curso se dará acceso a las respuestas correctas razonadas y el alumno apto podrá descargarse el diploma correspondiente.

Sumario

Tema 1. Catarro común.
Tema 2. Rinitis alérgica y vasomotora.
Tema 3. Faringitis y laringitis.

Tema 4. Sinusitis.
Tema 5. Amigdalitis.
Tema 6. Gripe.

Más información: www.dfarmacia.com



Tema 2

Rinitis alérgica y vasomotora

La rinitis ocupa el segundo tema de este curso. La de origen alérgico cobra especial interés en primavera, en relación con los niveles de polen en el aire de distintas plantas con potencial alergénico. La rinitis vasomotora, en cambio, genera consultas en el mostrador de la farmacia durante todo el año. El farmacéutico tiene un importante papel en este ámbito como educador sanitario, indicador de algunos tratamientos y supervisor de su eficacia y seguridad en cada paciente.

La rinitis es una de las enfermedades más conocidas desde la antigüedad. Su persistencia a través de la evolución de la especie humana puede justificarse por la presencia de una estructura anatómica que no evolucionó hacia la bipedestación; en este sentido, la disposición de los orificios nasales, así como las de los senos maxilares, concuerdan más con

seres que se desplazan mediante cuatro puntos de apoyo, en lugar de con dos, como ocurre con el hombre actual.

Por otra parte, la rinitis es uno de los motivos más frecuentes de consulta sanitaria. En la mayoría de los casos suele relacionarse con procesos leves y molestos, de etiología a veces desconocida, cuyos síntomas generalmente remiten al

cabo de cierto tiempo, lo que conlleva que su abordaje terapéutico sea en no pocos casos meramente sintomático.

Clínica

La rinitis es un síndrome producido por la inflamación de las fosas nasales (fig. 1).



Fig. 1. Anatomía de una nariz normal frente a una nariz con rinitis

Clínicamente se caracteriza por la aparición de obstrucción nasal y congestión de los tejidos adyacentes, como ojos y senos paranasales. Todo ello se traduce en un cuadro en el que coexisten congestión nasal, estornudos, prurito y rinorrea. Pueden aparecer también síntomas oculares, óticos y faríngeos.

Las rinitis pueden clasificarse de acuerdo con varios criterios: duración, etiología y patogénesis¹.

Tomando como criterio de clasificación este último, las rinitis pueden subdividirse en:

- Rinitis inflamatorias, que a su vez engloba las siguientes tipologías: rinitis alérgica eosinofílica, rinitis eosinofílica no alérgica, rinitis infecciosa, poliposis nasal, rinitis atrófica, mastocitosis nasal y rinitis granulomatosa.
- Rinitis no inflamatorias, que incluyen la rinitis vasomotora y la rinitis medicamentosa.
- Rinitis estructurales, relacionadas con desviaciones septales, hipertrofia adenoidal, hipertrofia de cornetes, alteraciones de la motilidad filial, rinitis por cuerpos extraños, tumores y rinorrea de líquido cefalorraquídeo (o cerebroespinal).

La rinitis alérgica es un trastorno sintomático de la nariz, inducido por la inflamación mediada por Ig E de la mucosa nasal después de una exposición a un alérgeno. Este tipo de rinitis puede ser de tipo estacional, perenne u ocupacional.

La rinitis vasomotora es una rinitis no alérgica persistente, con una hiperrespuesta nasal a desencadenantes no específicos que intensifican los síntomas.

Epidemiología

A pesar de su elevada prevalencia, a menudo la rinitis se considera como problema banal, al no suponer un riesgo para la vida del paciente. Pero lo cierto es que se trata de un problema de salud que, en su forma crónica, interfiere notablemente en la calidad de vida del afectado, dificultando su actividad habitual y su capacidad de concentración, lo que obligatoriamente conlleva un menor rendimiento, tanto laboral como escolar. Al mismo tiempo, la rinitis ocasiona fatiga, cefalea y deterioro cognitivo, trastornos estos que inciden notablemente en el ritmo de vida habitual del paciente, a la vez que pueden servir de base para posteriores complicaciones.

La rinitis alérgica representa un importante problema de salud a nivel mundial: se calcula que afecta al menos a un porcentaje poblacional comprendido entre el 10 y el 30%, con una prevalencia que se incrementa año a año².

La rinitis alérgica estacional afecta fundamentalmente a personas con una edad comprendida entre los 20 y los 30 años; representa la mayor parte de los casos de rinitis alérgica. La rinitis alérgica perenne aparece con mayor frecuencia en personas con edades comprendidas entre los 30 y los 40 años.

En lo referente a la rinitis vasomotora, existen muy pocos datos relativos a su frecuencia e incidencia; no obstante, se admite que este tipo de rinitis afecta fundamentalmente a personas con una edad comprendida entre los 20 y los 60 años, siendo más habitual en el sexo femenino y especialmente cuando este grupo poblacional está en edad fértil³.

Etiopatogénesis

El ciclo fisiológico nasal implica un equilibrio entre el control vasomotor simpático y parasimpático, lo que conlleva una alternancia cíclica congestión-descongestión. Este equilibrio puede romperse por factores externos tales como frío, alérgenos, sustancias irritantes físicas o químicas, infecciones, etc., o bien por factores internos entre los que se incluyen alimentación, alteraciones endocrinas, mediadores vasoactivos, etc. Tanto unos factores como otros están mediados por sustancias vasoactivas como la histamina.

La obstrucción nasal es consecuencia de la vasodilatación, el edema de la mucosa y la secreción nasal que tienen lugar por la acción de los mediadores químicos y del sistema nervioso autónomo.

La secreción nasal es debida a la extravasación y al aumento de la permeabilidad de los capilares, así como a la estimulación glandular directa.

Rinitis alérgica

La rinitis alérgica aparece debido a una reacción antígeno-anticuerpo, que tiene como órgano de choque la mucosa que recubre las fosas nasales. Los alérgenos capaces de provocar una rinitis alérgica incluyen sustancias de muy diversa naturaleza:

- Pólenes de hierbas, malezas y árboles: gramíneas, olivo, cereales, caña de azúcar, plátano.
- Ácaros del polvo.
- Epitelio y orina de ciertos animales.
- Moho y hongos.

Esta variedad de alérgenos produce los tres tipos de rinitis alérgicas admitidos:

- Rinitis alérgica estacional: pólenes.
- Rinitis alérgica perenne: ácaros, epitelios de animales...
- Rinitis alérgica ocupacional: harina, látex, detergentes...

La rinitis alérgica se produce como consecuencia de la exposición de la mucosa nasal a partículas alérgicas inhalables, en pacientes previamente

te sensibilizados. La inflamación de la mucosa nasal es la base patogénica de este tipo de rinitis, cuya etiología es la sensibilización a aeroalérgenos mediada por Ig E⁴.

Este proceso se inicia con una reacción de hipersensibilidad inmediata tipo I mediada por anticuerpos específicos Ig E contra el alérgeno causal. Cuando el paciente vuelve a ponerse en contacto con el alérgeno, tiene lugar un puenteo antigénico de moléculas contiguas de Ig E fijadas a la superficie de los mastocitos, su degranulación y la liberación de mediadores responsables de las fases inmediata y tardía de la respuesta alérgica.

Los principales condicionantes de la rinitis alérgica son la predisposición atópica de origen familiar y la sensibilización a neumoaalérgenos.

Rinitis vasomotora

Este tipo de rinitis es una forma no alérgica de enfermedad nasal persistente, cuyos principales desencadenantes incluyen cambios mínimos en la temperatura o en la humedad ambiental, humo del tabaco, olores fuertes y cambios posturales que afecten a la cabeza.

Otros posibles agentes etiológicos son los factores psicológicos, tales como estrés emocional, estímulo sexual...

Clínica y complicaciones

Desde la perspectiva clínica, la congestión nasal es el síntoma más característico de esta afección. Dicha congestión puede ir acompañada de otros síntomas, entre los que se incluyen rinorrea, estornudos y prurito.

A nivel sintomático, las principales diferencias existentes entre la rinitis alérgica y la rinitis vasomotora son:

- La rinitis alérgica se caracteriza por la presencia de estornudos, prurito, abundante rinorrea y congestión moderada.
- La rinitis vasomotora cursa con rinorrea abundante, congestión que oscila de moderada a severa, estornudos ocasionales y, rara vez, prurito.

En la rinitis vasomotora, la congestión

nasal puede ser unilateral, bilateral o en balanza, estando muy influenciada por la posición corporal.

La rinitis alérgica, además de la sintomatología nasal ya mencionada, puede ir acompañada de cefalea, dolor facial y epistaxis; también pueden aparecer problemas otorrinolaringológicos (hipoacusia, otalgia, disfonía...), así como prurito ocular y tos o expectoración.

El informe ARIA⁵ permite clasificar la rinitis alérgica en cuatro grados, que dan idea de su gravedad:

- **Intermitente:** síntomas presentes menos de 4 días a la semana o menos de 4 semanas.
- **Persistente:** síntomas presentes más de 4 días a la semana y más de 4 semanas.
- **Leve:** no hay alteración o impedimento en el sueño, en las actividades cotidianas, prácticas deportivas o lúdicas, así como tampoco lo hay en la actividad laboral o escolar; no aparecen síntomas problemáticos.
- **Moderada-grave:** hay una o más de las anteriores alteraciones o síntomas problemáticos.

Respecto a las principales complicaciones y comorbilidades asociadas a la rinitis, merecen especial mención las comorbilidades ligadas a la rinitis alérgica:

- **Asma.** La coexistencia de rinitis alérgica y asma es frecuente, y de hecho, este tipo de rinitis se considera un factor de riesgo para el desarrollo de asma⁵.
- **Conjuntivitis.** En algunas situaciones, predominan los síntomas oculares sobre los nasales, en cuyo caso el proceso se denomina rinoconjuntivitis.
- **Sinusitis.**

Diagnóstico

Ante un cuadro de rinitis, el diagnóstico, inicialmente debe basarse en una adecuada anamnesis, seguida de la correspondiente exploración física. En lo que respecta a la anamnesis, esta incluye dos apartados básicos, a saber:

- **Antecedentes personales:** medicación habitual, antecedentes de trauma o ci-

rugia nasal, pólipos, exposiciones ya sea en el medio laboral, ambiental o asociada a situaciones de ocio, antecedentes familiares de atopía, asma, rinitis.

- **Enfermedad actual:** desencadenantes, síntomas nasales y otorrinolaringológicos (ORL), otros síntomas asociados (prurito ocular, afectación de vías respiratorias bajas...), tratamientos previos de la rinitis, afectación de la calidad de vida...

La exploración física debe incluir inspección nasal con el fin de detectar posibles desviaciones del tabique o existencia de surco transversal, así como exploración ótica, ocular, dérmica, pulmonar.

La historia clínica y la exploración física orientan al profesional hacia una rinitis, de un tipo u otro, o hacia otra afección diferente, aunque probablemente del espectro ORL. Seguidamente, y en función de la sospecha diagnóstica, se practicarán diferentes pruebas complementarias⁶:

- Pruebas alérgicas: test cutáneos (mediante técnicas de *prick*).
- Estudios de IgE específicas.
- Test de provocación conjuntival y/o nasal.
- Citología nasal.
- Pruebas serológicas: placas serológicas, y en ocasiones, TAC de senos.
- Técnicas rinométricas para determinar la permeabilidad de las fosas nasales, así como para determinar la necesidad de una cirugía.

El manejo diagnóstico puede ajustarse al algoritmo propuesto en la figura 2.

En la oficina de farmacia, el farmacéutico debería derivar al médico en los siguientes casos⁵:

- Niños menores de 12 años.
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Presencia de síntomas usualmente no asociados a un cuadro de etiología alérgica: obstrucción unilateral, anosmia, obstrucción nasal sin rinorrea, mucosidad espesa verde o amarillenta, rinorrea posterior y epistaxis recurrente.
- Rinitis alérgica persistente grave.
- Síntomas de asma no diagnosticada.

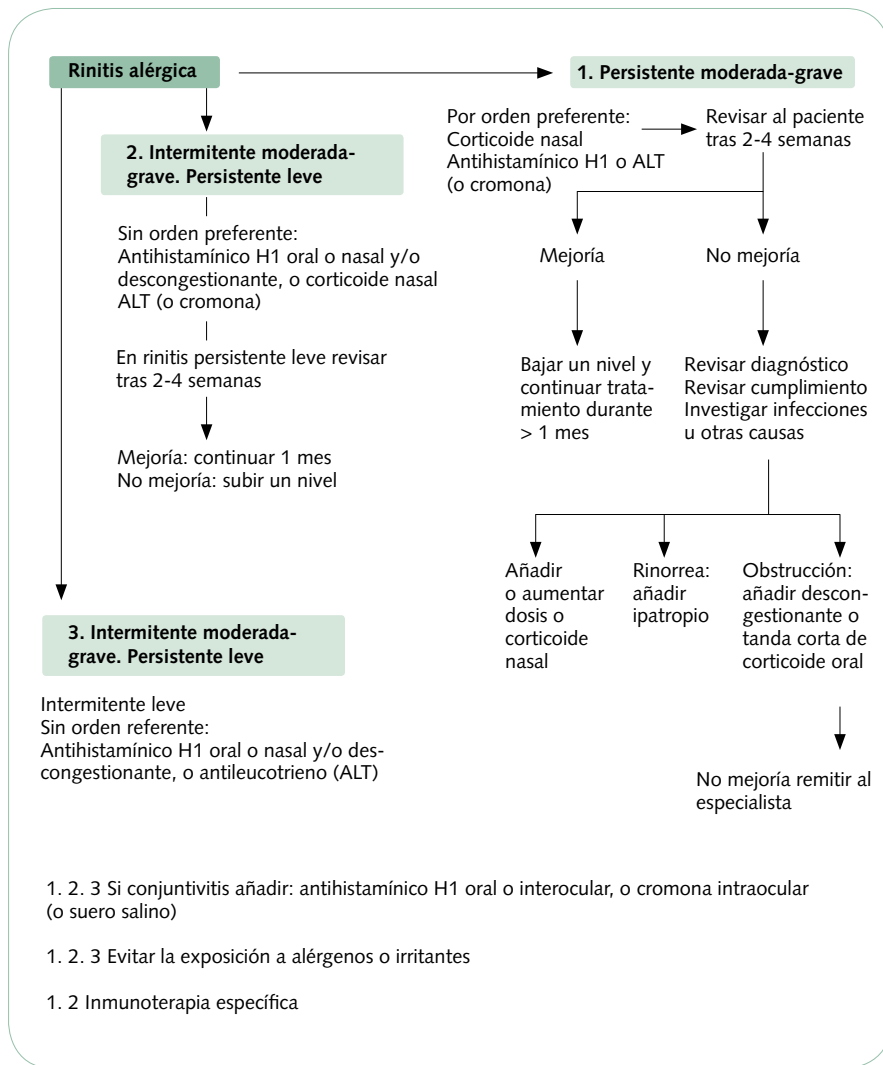


Fig. 2. Algoritmo de tratamiento de la rinitis alérgica según el consenso ARIA
 Fuente: Bousquet J, Khaltaen N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GAZLEN and AllerGen). Allergy. 2008;63(Suppl 86):8-160.

- Síntomas de asma no controlada.
- Otagia.
- Efectos secundarios del tratamiento inaceptables.

En lo referente al diagnóstico diferencial, ante un posible cuadro de rinitis, el médico lo realizará frente a enfermedades tales como la sinusitis. También se tratará de determinar el tipo de rinitis que presenta el paciente: alérgica, infecciosa o vasomotora.

Abordaje farmacológico

La farmacoterapia aplicable a la rinitis incluye una gran variedad de com-

puestos, los cuales, a su vez, pueden administrarse por diferentes vías. En cualquier caso, al elegir la opción terapéutica más apropiada, deben tenerse en cuenta⁶:

- Gravedad y duración de los síntomas.
- Sintomatología más relevante.
- Preferencias del paciente, siempre que sea posible.

Así pues, los grupos farmacológicos útiles son los siguientes:

- Antihistamínicos H₁.
- Corticoides.
- Cromonas.
- Descongestionantes nasales.

- Anticolinérgicos.
- Antileucotrienos.

Farmacoterapia de la rinitis alérgica

Al abordar la farmacoterapia de la rinitis alérgica se toman como referencia las recomendaciones del estudio ARIA⁵. Según dicho estudio, las opciones farmacológicas son las siguientes:

Antihistamínicos H1 por vía oral

Este grupo incluye, a su vez:

- Antihistamínicos H₁ de primera generación: clorfeniramina, clemastina, difenhidramina, hidroxizina, ketotifeno, mequitazina, oxatomida.
- Antihistamínicos H₁ de segunda generación: acrivastina, azelastina, cetirizina, desloratadina, elastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, mizolastina.
- Antihistamínicos H₁ con toxicidad cardiovascular: astemizol, terfenadina.

Estos fármacos bloquean los receptores H₁ y son efectivos en el control de los síntomas producidos por la histamina (rinorrea, estornudos, prurito nasal...), si bien su efecto sobre la congestión nasal es limitado.

Se prefieren los compuestos de segunda generación por su perfil más favorable de efectos adversos, a lo que se une una posología más cómoda que permite una sola toma al día. Otra de sus características es la rapidez de su efecto sobre los síntomas nasales y oculares.

Antihistamínicos H1 intranasales y oculares

Los compuestos empelados son azelastina, levocabastina y olopatadina, todos ellos en solución acuosa. Su principal ventaja es la rapidez de su efecto, ya sea a nivel ocular o nasal, a lo que se une su escasa absorción sistémica. Estos compuestos deben administrarse dos veces al día.

Corticoides intranasales

Los compuestos utilizados son los siguientes: beclometasona, budesonida, ciclesonida, fluticasona, flunisolida, mometasona y triamcinolona.

Estos fármacos reducen la hiperreactividad nasal, a la vez que disminuyen de forma potente la inflamación nasal. Son los compuestos de elección en la rinitis alérgica grave y en la rinitis alérgica moderada. Su efecto no es inmediato y su máxima eficacia se alcanza al cabo de un período comprendido entre las 2 y las 6 semanas de tratamiento. Debe utilizarse la menor dosis terapéutica que controle los síntomas. Sus efectos adversos son fundamentalmente de tipo local. En los niños es aconsejable mantener un control talla-peso.

Se ha demostrado que los corticoides intranasales mejoran la calidad de vida del paciente, incrementan su sensación de bienestar, mejoran el rendimiento laboral y escolar y reducen las alteraciones del sueño asociadas a la congestión nasal.

Corticoides orales/ intramusculares

Los fármacos empleados son betametasona, deflazacort, dexametasona, hidrocortisona, metilprednisolona, prednisona, prednisona, triamcinolona.

Estos compuestos rara vez se emplean para el tratamiento de los síntomas graves de la rinitis alérgica; su uso queda restringido para casos muy graves de rinitis alérgica. Deben utilizarse únicamente durante períodos cortos, habida cuenta de sus importantes efectos adversos potenciales a nivel sistémico.

Es aconsejable reemplazar las formulaciones orales o intramusculares por formulaciones intranasales; los inyectables y las formulaciones depot no se aconsejan, ya que existe riesgo de atrofia local del tejido cuando se emplean estas últimas.

Cromonas por vía intranasal y ocular

Los compuestos incluidos son cromoglicato sódico y nedocromilo. Estos fármacos actúan previniendo la liberación de mediadores de la inflamación en



mastocitos sensibilizados, mediante la estabilización de sus membranas. Entre sus principales características destaca su excelente perfil de seguridad, lo que los convierte en medicamentos muy adecuados para niños y mujeres embarazadas. Su desventaja más significativa es la necesidad de una dosificación frecuente (hasta 4 veces al día), unida a una eficacia inferior respecto a otros grupos farmacológicos.

Descongestionantes por vía oral

Este grupo incluye los siguientes compuestos: efedrina, fenilefrina, fenilpropanolamina y pseudoefedrina. Su utilidad en esta afección se justifica por su acción simpaticomimética. Resultan de utilidad en el alivio de la congestión nasal.

Por vía oral estos compuestos son menos eficaces en comparación con la vía intranasal; usualmente se asocian a an-

tihistamínicos de segunda generación, también administrados oralmente. No obstante, existen dudas sobre la eficacia de dicha combinación. No producen efecto rebote.

Dado su perfil de efectos adversos, están contraindicados en pacientes con arritmia, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, hipertiroidismo, glaucoma de ángulo estrecho e hipertrofia prostática.

Descongestionantes por vía intranasal

Este grupo incluye los siguientes fármacos: epinefrina, nafazolina, oximetazolina, fenilefrina, tetrahidrozolina, xilometazolina. La única diferencia importante entre estos fármacos es la duración de su acción: oximetazolina y xilometazolina tienen una duración de acción comprendida entre 8 y 12 h, mientras que para los restantes esa acción se reduce a un período comprendido entre 4 y 6 h.

Ninguno de estos compuestos debe utilizarse más de 7 días seguidos. De este modo se minimiza cualquier riesgo de efecto rebote. Su uso está contraindicado en niños con menos de 2 años. En adultos en tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden generar crisis hipertensivas. En pacientes aquejados de rinitis vasomotora, deben evitarse los vasoconstrictores tópicos.

En los niños se prefiere la utilización de gotas, ya que sus orificios nasales no son lo suficientemente grandes para admitir el uso de un aerosol.

Los nebulizadores deben usarse siempre de forma individual, limpiándolos después de cada utilización y desechándolos al cabo de un mes.

Anticolinérgicos por vía intranasal

Se incluye en este grupo el bromuro de ipatropio, que resulta útil en el tratamiento de la rinorrea, aunque carece de eficacia sobre la obstrucción nasal y el prurito.

Antileucotrienos por vía oral

Este grupo incluye los siguientes fármacos: montelukast, pranlukast y zafir-

lukast. Su mecanismo de acción se basa en el antagonismo de los receptores de los leucotrienos.

Estos fármacos tienen una eficacia similar a la de los antihistamínicos H₁ orales e inferior respecto a los corticoides intranasales.

La inmunoterapia con alérgenos específicos ha resultado ser un tratamiento eficaz en la prevención de la rinitis alérgica, disminuyendo la necesidad de fármacos y mejorando la calidad de vida del paciente⁷. Sus indicaciones, administrada por vía subcutánea, son las siguientes⁸:

- Rinitis alérgica moderada-grave o persistente, inadecuadamente controlada mediante farmacoterapia convencional.
- Pacientes que no quieren recibir farmacoterapia convencional.
- Presencia de efectos secundarios a la farmacoterapia convencional.
- Pacientes que no desean recibir un tratamiento farmacológico prolongado.

Por último, la rinitis alérgica, al igual que otras enfermedades, también puede tratarse mediante los correspondientes fármacos homeopáticos⁹:

- Cuadros en los que predominen los estornudos: *Nux vomica*, *Sabadilla*, *Arundo donax*.
- Cuadros en los que predomine la rinorrea: *Allium cepa*, *Arsenicum album*, *Kalium iodatum*, *Euphrasia*, *Dulcamara*, *Badiaga*, *Pulsatilla officinalis*, *Lachesis*.
- Cuadros en los que predomine la obstrucción nasal: *Apis melifica*, *Sanguinaria canadensis*.

Farmacoterapia de la rinitis vasomotora

En general, los pacientes que padecen rinitis vasomotora responden peor al tratamiento en comparación con los que sufren rinitis alérgica. En lo referente a las opciones farmacológicas, conviene no olvidar las siguientes puntualizaciones¹⁰:

- Los descongestionantes nasales de uso tópico no se consideran apropiados por el riesgo de rinitis medicamentosa.
- Los corticoides intranasales son eficaces, aunque su eficacia es inferior si se compara con los casos de rinitis alérgica.

- Los antihistamínicos H₁ resultan útiles en el tratamiento de la rinorrea, aunque carecen de eficacia sobre la congestión nasal.
- Las cromonas, y en concreto, el nedocromilo sódico es eficaz en el tratamiento de estornudos, prurito y rinorrea; sin embargo, su efecto sobre la congestión nasal es limitado.
- El bromuro de ipatropio es eficaz en pacientes con rinorrea profusa, pero debe usarse con precaución en pacientes con glaucoma o problemas prostáticos, así como en niños.

Al margen ya de la farmacoterapia, la solución salina intranasal es uno de los mejores recursos para aliviar la sintomatología de la rinitis vasomotora, debiendo aplicarse a temperatura corporal, y con la ventaja de que puede administrarse cuantas veces sea preciso.

Novedades terapéuticas

En la tabla I se recogen algunos productos relacionados con el tratamiento de la rinitis que se han lanzado al mercado farmacéutico en los últimos 12 meses.

Educación sanitaria

Al abordar la educación sanitaria en pacientes con rinitis, ya sea alérgica o vasomotora, hay que recordar un punto que resulta fundamental: evitar los agentes desencadenantes.

- En la rinitis alérgica, el paciente deberá evitar en la medida de lo posible el contacto con el alérgeno (en función de cuál sea, no siempre resulta fácil).
- En la rinitis vasomotora, los desencadenantes, representados principalmente por el humo del tabaco, los olores fuertes y los cambios de temperatura, pueden, en general, ser mejor controlados.

Otra cuestión a la que debe prestar atención especial el paciente con rinitis vasomotora es la realización de actividad física, la cual, por estimulación simpática, puede producir vasoconstricción nasal.

En lo que respecta a la oficina de farmacia, ante un sujeto con rinitis, el

Tabla I. Productos de reciente lanzamiento a través de oficinas de farmacia relacionados con la rinitis (últimos 12 meses)*

Marca	Laboratorio	Características
SinexSensi	Vicks	Simpaticomimético (oximetazolina) formulado como <i>spray</i> . Indicado para aliviar la congestión nasal que acompaña a diferentes enfermedades de las vías respiratorias altas, entre las que se incluye la rinitis.
Grazax	ALK Abelló	Extracto alérgico estandarizado de polen de una gramínea, <i>Phleum pratense</i> , indicado en el tratamiento de la rinitis inducida por polen de gramíneas en pacientes adultos con síntomas clínicamente relevantes y diagnosticados mediante prueba cutánea de <i>prick</i> positiva y/o test de Ig E específica a polen de gramíneas ¹¹ .
Azomyr	Menarini	Antihistamínico, desloratadina, formulado en solución oral, sin azúcar, ni colorante, apto para ser administrado en niños a partir de 1 año; entre sus indicaciones se incluye el alivio sintomático de la rinitis alérgica.
Nasalmer	Esteve	Kit aspirador nasal para bebé. <i>Spray</i> nasal hipertónico suave. Unidosos Productos aptos. para aliviar la congestión nasal propia de la rinitis en bebés y niños pequeños. Puede usarse tantas veces como sea preciso, sin riesgo de generar una rinitis vasomotora.
Suero Fisiológico Estéril TEVA	TEVA	Suero fisiológico estéril presentado en monodosis, apto para la higiene nasal, así como para aliviar la congestión nasal propia de la rinitis; puede utilizarse en lactantes, niños y adultos. Puede emplearse cuantas veces sea preciso.

*Listado con carácter ilustrativo, no exhaustivo.

farmacéutico debe interrogar al paciente con objeto de identificar la tríada clásica: rinorrea, estornudos en salva y obstrucción nasal; la presencia de otros síntomas indicativos de una posible alergia, una mucosidad purulenta, un cuadro de malestar general, una obstrucción nasal permanente o incluso problemas de audición son motivo suficiente para derivar al afectado al médico, con objeto de que éste diagnostique y trate adecuadamente el proceso patológico en cuestión.

Por último, cabe hacer especial referencia a la importancia de utilizar correctamente los descongestivos nasales (un uso abusivo o prolongado puede generar una rinitis de rebote). Igualmente, el farmacéutico debe instruir al paciente que lo necesita sobre el uso de los diferentes dispositivos que permiten la administración intranasal del fármaco. □

Bibliografía

1. Balziskueta E, Encabo B, Gaminde M, Gutiérrez A, Gracia L, Gurrutxaga A y col.

Rinitis alérgica. Protocolos de atención farmacéutica. Farmacia Profesional 2002; 16 (3): 56-58.

2. Negro JM, Rodríguez R. Rinitis alérgica. Actualización El Médico, (consultado el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/rinitis.pdf>

3. Vargas H. Rinología. Otorrinolaringología, (consultado el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Libros/medicina/cirugia/Tomo_V/rinologia.htm

4. Muñoz F. Rinitis alérgica y patología asociada. Pediatría Integral 2005; IX (7): 531-543.

5. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). Journal of Allergy and Clinical Immunology 2001;108 (Suppl. 5):S147-S334.

6. Baena MI. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre rinitis alérgica, (consultado el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: http://www.ugr.es/cts131/esp/guias/GUIA_RINITIS.PDF

7. Campos I, Carrasco A, Espinosa JM. Tratamiento de la rinitis alérgica y vasomotora. Una actualización basada en la evidencia. Formación Médica Continuada 2005; 12 (2): 113-122.

8. Gómez AE. Rinitis alérgica. Abordaje terapéutico. Farmacia Profesional 2008; 22 (4): 38-42.

9. Calleja C. Rinitis alérgicas. Tratamiento. Farmacia Profesional 2003; 17 (4): 104-106.

10. Anónimo. Rinitis vasomotora. Guías Médicas para el Tratamiento Ambulatorio, volumen II, (consultado el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: <http://www.seps.gob.pe/publicaciones/indexguia2.htm>

11. Anónimo. Phleum pratense (extracto de polen). Grazax. Nuevos productos. Panorama Actual del Medicamento 2009; 33 (320): 41-49.

Bibliografía general

Aguas Y, Castaño J, Cortes A, Gómez-Pantoja JM, Hernández de Vera J, Martos ME, et al. Protocolo de tratamiento de rinitis en farmacia comunitaria. Panorama Actual del Medicamento. 2000;231:178-207.

Álvarez MO. Antihistamínicos y rinitis. Un problema de consejo en la oficina de farmacia. Offarm. 2005;4:66-73.

Cadime. Tratamiento de la rinitis alérgica. SEMERGEN. 2007;7:370-7.

Carretero Colomer M. Rinitis alérgica. Offarm. 2009;5:116-8.

Fava G. Rinitis. Apuntes de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (consultado el 19 de octubre de 2009). Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/otorrino/otorrino_A014.html

Gómez AE. Rinitis y congestión nasal. Abordaje desde la farmacia. Offarm 2009; 1:46-53.

Guerrero J. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la rinitis. Medicine 2007;91:5895-5899.

Martínez A. Alergia y problemas otorrinolaringológicos pediátricos. Anales de Pediatría. 2003, monográfico(1):29-34.

Negro JM. Rinitis alérgica: mecanismos y tratamiento. Barcelona: MRA Ediciones; 2004.

Pascual JM, Callen M 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 el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: <http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm>

Romero E, Martín AJ, de Mier M, Maqueda T, Lahoz B. Rinitis. Guías clínicas 2003, (consultado el 18 de siembre de 2009). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Rinitis.pdf>

Rondón C. Protocolo terapéutico de la rinitis y de la conjuntivitis alérgica. Medicine. 2009;34: 2305-7.

Vida J. Rinitis y sinusitis. Apuntes de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile, (consultado el 18 de diciembre de 2009). Disponible en: http://www.med.uchile.cl/departamentos/norte/otorrino/apuntes/cap_08.htm