

# Puntos Clave en ...

## Rinitis Alérgica

2023



**Grupo de Vías  
Respiratorias**  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Presentación:  
Isabel Mora Gandarillas

1

Diagnosticar rinitis alérgica (RA) mediante una **historia clínica** detallada basada en los síntomas y los factores de riesgo.

Realizar **estudio alérgico** mediante prick test o técnicas in vitro (Phadiatop, IgE específica, ImmunoCap Rapid) al menos en los casos persistentes, moderados o graves.

2

Educar siempre al paciente y la familia en las medidas de **control ambiental** para reducir la exposición al alérgeno y en la higiene nasal diaria.

3

Los **corticoides nasales** (CN) son la primera línea de tratamiento, necesaria siempre en la RA moderada – grave.

Deben administrarse de forma **pautada en ciclos** de al menos 2-4 semanas y después reducir hasta encontrar la mínima dosis eficaz o suspender si es posible.

4

Antes de la aplicación del CN se debe hacer una **limpieza nasal**.

Informar siempre sobre la **técnica correcta** de aplicación y asegurar su comprensión para garantizar la eficacia del fármaco.

5

Elegir los CN de biodisponibilidad sistémica muy baja (mometasona, furoato y propionato de fluticasona) o baja (budesonida).

Tener en cuenta la **edad de autorización** del CN según la ficha técnica y monitorizar el crecimiento.

6

Cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento inicial con CN está indicado asociar un **antihistamínico (AH)**.

Si se sospecha rinosinusitis bacteriana iniciar tratamiento antibiótico empírico sin necesidad de radiografía previa.

7

Los Antihistaminicos orales (AHO) recomendados son los de **segunda generación** (cetirizina, ebastina, loratadina).

Los nuevos AHO (desloratadina, levocetirizina, fexofenadina, rupatadina, bilastina) aportan mayor rapidez de acción y menos efectos secundarios.

8

Los **antihistamínicos intranasales (AHIN)** azelastina, levocabastina, olopatadina son mas eficaces frente a la congestión nasal que los orales (AHO) y forman parte de la **primera línea** de tratamiento en las RA estacional e intermitente.

9

En mayores de 12 años con RA moderada o grave no controlados con CN y AHO, puede utilizarse la **combinación** de azelastina y propionato de fluticasona que es mas efectiva que en monoterapia.

No se recomienda el uso de montelukast como tratamiento inicial de la RA por su reducida eficacia y el riesgo de eventos adversos neuropsiquiátricos.

10

Investigar siempre la presencia de **asma asociada** a la RA.

Derivar a atención hospitalaria los casos **no controlados** para reevaluar el diagnóstico o valorar **inmunoterapia** y aquellos con comorbilidad asociada.

 **RESPIRAR**  
TO BREATHE

