



### En época de rinitis alérgica, consultemos un protocolo actualizado

Bercedo Sanz A, Guerra Pérez MT, Callén Blecua M. El Pediatra de Atención Primaria y la rinitis alérgica. Protocolos del GVR (publicación P GVR 7) [en línea] [consultado el 21/05/2026]. Disponible en: [www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/rinitis\\_alergica\\_p\\_gvr\\_6\\_2016.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/rinitis_alergica_p_gvr_6_2016.pdf)

Para la valoración de la rinitis alérgica (RA) la realización de una historia clínica detallada es imprescindible y el estudio alérgico, mediante *prick test* o técnicas *in vitro*, recomendable. Se indagará la existencia de comorbilidad, como el asma.

Las medidas de control ambiental que minimicen la exposición a alérgenos resultan fundamentales y el tratamiento no las reemplaza, sino que las complementará en el control clínico de la RA.

Los corticoides nasales (CN) ocupan la primera línea de tratamiento y son considerados de elección en casos moderados y graves de RA, salvo en menores de 2 años, en los que los antihistamínicos orales son considerados el tratamiento farmacológico de primera línea. La eficacia de los CN en uso intermitente (“a demanda”) es inferior que en ciclos pautados de, al menos, 2-4 semanas, momento en que se intentarán reducir a la dosis mínima eficaz si hay control sintomático. Se deben priorizar aquellos con baja biodisponibilidad sistémica (muy baja: mometasona, furoato de fluticasona y propionato de fluticasona; baja: budesonida) y tener en cuenta la edad del paciente.

Además, conviene adiestrar adecuadamente en la técnica de administración, porque puede disminuir su eficacia en caso de no ser correcta.

Si el tratamiento con CN no es suficiente, se asocia un antihistamínico (AH), individualizando la elección del mismo, según características y edad del paciente. Los AH orales de segunda generación son menos sedantes y, por tanto, los preferidos, siendo los incorporados más recientemente los que tienen inicio de acción más rápido y menos efectos secundarios. Los AH intranasales son de inicio de acción más rápido que los orales, por lo que son especialmente útiles en rinitis intermitente y estacional. En casos de insuficiente control en mayores de 12 años pueden administrarse en asociación farmacológica con los CN.

Una vez alcanzado el control se volverá a indicar la desescalada, prefiriendo el uso de un solo fármaco si con él se controla la clínica.

Se realizará derivación a consultas hospitalarias tanto de pacientes con una RA no controlada pese al tratamiento adecuado como de aquéllos que



**Figura 1. Posición correcta para la administración de fármacos en sprays nasales.**  
Reproducido de Scadding GK. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008; 38: 19-42.

asocien comorbilidad. En el ámbito hospitalario la inmunoterapia constituye una posible estrategia terapéutica para determinados pacientes y otros fármacos de uso muy ocasional en RA, como el montelukast, cromoglicato y anticolinérgicos, que podrían plantearse como coadyuvantes o alternativas sólo en casos seleccionados.

**Nota:** el presente protocolo incluye tablas y algoritmos que resultan de utilidad en consulta para la individualización y el ajuste del tratamiento, por lo que constituye una herramienta formativa actualizada de interés para la práctica asistencial de los pediatras de Atención Primaria.

**Mireya Orío Hernández**

Pediatra. CS Alcalde Bartolomé González.  
Móstoles. Madrid. España.