

RINITIS Y RINOCONJUNTIVITIS

RINITIS ALÉRGICA

La rinitis alérgica es una inflamación de la mucosa nasal que cursa con obstrucción nasal, congestión y afectación ocular y de los senos paranasales, desencadenada por la inhalación de alérgenos, que ponen en marcha una reacción de hipersensibilidad inmediata. Existen factores intrínsecos del paciente como la edad, el sexo u otros factores hereditarios que, junto con los factores externos como el lugar de residencia o la cantidad y tiempo de exposición al alérgeno, predisponen a la rinitis alérgica.

La rinitis alérgica es la sexta enfermedad crónica más frecuente y su incidencia ha aumentando en los últimos años debido a una mayor exposición a alérgenos ambientales como el tabaco o la polución y a un mejor diagnóstico de la rinitis.

La rinitis alérgica se caracteriza por los estornudos, obstrucción, prurito nasal y rinorrea acuosa. Suele ir acompañada de enrojecimiento ocular, prurito, lagrimeo y edema parpebral. También puede cursar con prurito ótico y del velo de paladar, cefalea, astenia, fatiga, irritabilidad, insomnio y afectación general con o sin fiebre. El 20% de los pacientes pueden desarrollar asma. Es frecuente en niños y adultos jóvenes.

Rinitis alérgica estacional

La rinitis alérgica estacional, también conocida como "fiebre del heno" o polinosis, representa el 75% de las rinitis alérgicas. Suelen presentarse coincidiendo con la polinización de algunas plantas, siendo las más frecuentes las gramíneas, el olivo y la maleza. Existe una predisposición genética, y suele aparecer durante la edad escolar o adolescencia.

Los síntomas más frecuentes son picor de nariz, paladar y faringe, acompañados de lagrimeo, estornudos y rinorrea. En algunos pacientes puede observarse cefalea e irritabilidad, anorexia, depresión e incluso insomnio.

Rinitis alérgica perenne

La rinitis alérgica perenne, es aquella que se presenta de forma crónica, independientemente de la estación del año, aunque puede agravarse en determinadas estaciones. Los pacientes presentan una obstrucción crónica de la mucosa nasal, que facilita la aparición de sinusitis crónica o recidivas, pudiendo afectar al olfato, el gusto y el oído. Tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

La causa principal es la sensibilización a los ácaros del polvo doméstico. También se observa a las esporas de hongos, mohos, escamas dérmicas de perros, gatos y roedores, harinas, látex, maderas o incluso medicamentos o alimentos.

Tabla 1. Diferencias entre rinitis estacional y rinitis perenne

	Rinitis alérgica estacional	Rinitis alérgica perenne
Etiología	Polen gramíneas Olivo	Ácaros Esporas de hongo Escamas dérmicas de animales Polvo de cereales Madera Látex Medicamentos
Prevalencia	10% niños 20-30% jóvenes-adultos	
Clínica	Estornudos Rinorrea acuosa Prurito Obstrucción por congestión Lagrimeo Otalgia	Obstrucción nasal con sinusitis recidivantes Prurito poco frecuente

Tratamiento

El tratamiento de la rinitis alérgica dependerá de la gravedad de los síntomas que presente el paciente. Se considera leve cuando los síntomas son intermitentes, moderada cuando los síntomas son continuos pero no afectan las actividades diarias del paciente y grave cuando sí afecta. En todos los pacientes se debería hacer tratamiento preventivo, siguiendo una serie de modificaciones de hábitos. En la tabla 2 se recogen los tratamientos más frecuentes y que se desarrollan a continuación.

Tabla 2: Tratamiento rinitis alérgica

- ✓ **Medidas Preventivas**
- ✓ **Tratamiento preventivo**
 - Antihistamínicos
 - Corticoides nasales
 - Cromoglicato disódico
- ✓ **Tratamiento de rescate**
 - Antihistamínicos
 - Corticoides nasales y orales
 - Vasoconstrictores nasales
 - Anticolinérgicos tópicos
 - Antileukotrienos
- ✓ **Inmunoterapia**
- ✓ **Cirugía nasosinusal**

Medidas preventivas no farmacológicas

En pacientes con rinitis alérgica, estén o no con tratamiento farmacológico, se recomienda seguir unas medidas preventivas y modificación de hábitos para disminuir o mejorar los síntomas. Algunas de estas medidas son:

- Dormir con las ventanas cerradas.
- Utilizar aire acondicionado con filtro para mantener la temperatura ambiental inferior a 24-25°C.
- Mantener el ambiente húmedo, entre 20 y 70%, mediante humidificadores.
- Evitar las moquetas, alfombras, mantas, cojines y cortinas de algodón, pasando el aspirador frecuentemente.
- Lavar la ropa de la cama al menos 1 vez a la semana con agua caliente.
- Evitar los animales domésticos en el interior de la casa y si se tienen procurar mantenerlos lo más limpios posibles y evitar que estén en los dormitorios.

- Evitar las plantas en el interior de la casa o dormitorios, puesto que pueden albergar hongos.
- Disminuir las actividades al aire libre en las horas de máxima polinización:
 - De 5 a 10 h, periodo de máxima producción de polen.
 - De 19 a 22 h, descenso del polen de la atmósfera al enfriarse.
- Viajar en el coche, con las ventanillas cerradas y disponer de filtro en el aire acondicionado.
- Evitar salir a la calle los días de máxima polinización, especialmente si son días secos y de viento o procurar estar en zonas libres de polen, como la playa.
- Realizar ejercicio físico, puesto que favorece la vasoconstricción.
- Realizar una dieta equilibrada y una ingesta adecuada de líquidos.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Realizar lavados nasales, al menos, tres veces al día.

Soluciones salinas: es el tratamiento de elección para la congestión nasal, sobre todo en niños, en los que se puede utilizar tantas veces como sea necesario. Las soluciones salinas consisten en una solución fisiológica y estéril de agua de mar que contiene oligoelementos y sales minerales que ayudan a mantener hidratada la mucosa nasal, elimina las secreciones y descongestiona las mucosas, sin alterarlas o provocar efectos adversos. Al ser soluciones ricas en sodio se debe tener cuidado al utilizarlos en pacientes hipertensos o con cardiopatías.

Tiras nasales: son unos dilatadores nasales que se colocan en el puente de la nariz y producen una suave apertura de las fosas nasales, reduciendo la resistencia al paso del aire y la congestión nasal. Se pueden utilizar de forma prolongada y en todos los pacientes, salvo en niños menores de 5 años.

Mascarillas: en algunos casos graves, se puede recomendar la utilización de mascarillas, para limitar el contacto del paciente con el alérgeno.

Tratamiento farmacológico

Cuando no se conoce el agente causal, el tratamiento farmacológico se dirige a controlar los síntomas, mantener la fisiología de la mucosa nasal y mejorar la calidad de vida del paciente.

Antihistamínicos

Los antihistamínicos son fármacos que actúan bloqueando los receptores H1 de la histamina y que provocan la reducción del prurito, rinorrea acuosa y los estornudos, mejoran los síntomas oculares, asmáticos y parámetros funcionales respiratorios, con mínimo efecto en la congestión

nasal. Están recomendados en casos de rinitis leves o moderadas, principalmente de tipo estacional, solos o asociados a vasoconstrictores nasales como la pseudoefedrina. En pacientes con rinitis graves se utilizan asociados a corticosteroides. Las pautas habituales de los antihistamínicos más frecuentes se recogen en la tabla 3:

Tabla 3: Dosis habituales antihistamínicos.

	Niños < 30 kg	Niños > 30 kg	Adultos
Hidroxizina	0,5 mg/kg/8h	0,5 mg/kg/8h	
Ketotifeno	0,5 mg/12h	1 mg/12h	2 mg/12h
Astemizol	2,5 mg/24h	5 mg/24h	10 mg/12h
Ebastina	2,5 mg/24h	5 mg/24h	10 mg/24h
Loratadina	5 mg/24h	10 mg/24h	10 mg/24h
Cetirizina	2,5 mg/12h	5 mg/24h	10 mg/24h
Terfenadina	15-30 mg/12h	30-60 mg/12h	60 mg/12h
Dexclorfeniramina	0,5 mg/6-8h	1 mg/6-8h	2 mg/6-8h
Clemastina	0,25 mg/12h	0,5 mg/12h	1 mg/12h

Los principales efectos secundarios de los antihistamínicos son los efectos anticolinérgicos y el sueño que pueden provocar. Los pacientes presentan una susceptibilidad individualizada a los efectos adversos, por lo que se suele cambiar el antihistamínico, generalmente eligiendo uno de otra familia, hasta encontrar aquel mejor tolerado por el paciente.

Los antihistamínicos de segunda generación producen menos sueño, puesto que no atraviesan la barrera hematoencefálica y no provocan efectos anticolinérgicos. En un estudio comparativo entre difenhidramina y loratadina, aquellos pacientes en tratamiento con difenhidramina presentaban más fatiga, menos concentración, menores niveles de motivación y más sueño, pudiendo afectar incluso a la capacidad de conducción y aumentar el riesgo de accidentes que aquellos pacientes tratados con loratadina.

La eficacia de estos los antihistamínicos de segunda generación es similar a los clásicos, pudiendo administrarse una sola vez al día. La cetirizina, loratadina y terfenadina, según los estudios llevados a cabo, comienzan la acción

a la hora de la administración, por lo que se recomienda su utilización en casos agudos. Astemizol tiene una semivida de 9 días, por lo que su efecto terapéutico tarda en aparecer y en desaparecer. Esto es importante puesto que puede provocar alargamiento del intervalo QT y Torsades de Pointes, y su efecto puede tardar en desaparecer.

La cetirizina y loratadina se pueden utilizar durante el embarazo. Sin embargo, astemizol y terfenadina están contraindicados por riesgo de malformaciones.

Los antihistamínicos de tercera generación son los metabolitos activos de los de la segunda generación. Su principal ventaja es que no presentan efectos cardíacos. Existen antihistamínicos tópicos comercializados como la azelastina y levocabastina que actúan rápidamente y que se administran con un 1 puff en cada fosa nasal dos veces al día.

Corticoides

Los corticoides tópicos o intranasales están considerados el tratamiento más efectivo de la rinitis alérgica, siendo el tratamiento de elección de las rinitis moderadas y graves.

No se conoce del todo el mecanismo por el que actúan los corticoides, aunque se ha visto que actúan regulando la síntesis de proteínas y disminuyendo la respuesta inflamatoria al reducir el número de mastocitos y eosinófilos. También reducen la respuesta inmune local, controlando la obstrucción nasal, los estornudos, la rinorrea y el picor. Los corticoides nasales más utilizados son los esteroides halogenados beclometasona, acetónido de triamcinolona, mometasona, fluticasona y flunisolida y el esteroide no halogenado budesonida. La dosis habitual es una o dos pulverizaciones en cada fosa nasal una o dos veces al día. La fluticasona es el que presenta una acción más prolongada y una mejor relación riesgo-beneficio. Los pacientes tienen sus preferencias, siendo la budesonida mejor aceptada que la fluticasona por los pacientes.

La utilización de corticoides por vía sistémica se limita a casos complicados de rinitis alérgica, utilizándose prednisona oral 0,5-1 mg/kg/día o deflazacort 1,5 mg/kg/día, que deberán suspenderse gradualmente.

Descongestivos nasales y orales

Los descongestivos nasales son fármacos estimuladores de los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso de la pared vascular que actúan provocando la vasoconstricción de los vasos de la mucosa nasal. Reducen la congestión y el edema nasal, pero no actúan sobre los estornudos, la rinorrea ni el picor nasal u ocular.

El uso regular durante más de 5 días puede provocar una pérdida de efectividad y producir síntomas de rebote por vasodilatación. En tratamientos prolongados, pueden alterar la estructura normal de la mucosa, provocando una rinitis medicamentosa crónica. Están contraindicados en niños menores de dos años y en pacientes en tratamiento con IMAO.

Los principios activos más utilizados por vía tópica son la efedrina, fenilefrina, nafazolina, oximetazolina o xilometazolina. Estos dos últimos principios activos tienen como ventaja que se administran sólo dos veces al día, frente a las 4 o 6 aplicaciones del resto de preparados, aunque tienen un mayor riesgo de inducir rinitis medicamentosa. La principal ventaja del uso de la vía oral frente a los descongestivos tópicos es su mayor duración de acción con un menor efecto vasoconstrictor. No producen irritación local, ni congestión de rebote ni rinitis medicamentosa, pero provocan otros efectos adversos más graves.

En pacientes hipertensos, diabéticos o con hipertiroidismo o trastornos cardíacos isquémicos se deben utilizar bajo control médico, puesto que pueden provocar un aumento de la presión sanguínea. Otros efectos adversos que provocan son sedación, somnolencia, mareo ansiedad, tensión, glaucoma y retención urinaria.

Cromomas o estabilizadores de membranas

El cromoglicato disódico es un estabilizador de la membrana que actúa impidiendo la desgranulación de mastocitos sensibilizados e inhibe la liberación de histamina y otros mediadores de la respuesta inflamatoria. Su efecto más potente se observa al administrarlo antes de la exposición al alérgeno, por lo que está indicado en la prevención de la rinitis alérgica y en algunos casos se puede asociar a los antihistamínicos y corticoides durante el tratamiento. Inhiben la producción de los estornudos, el prurito y la rinorrea.

La administración tópica está indicada en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia, puesto que su acción sistémica es mínima y se elimina rápidamente. Tiene como gran inconveniente su posología, ya que se debe administrar cada 4-6 horas para mantener su efecto.

El ketotifeno, un antihistamínico, es también un estabilizador de la membrana, siendo su principal efecto adverso el sueño y aumento del peso.

Anticolinérgicos

El anticolinérgico de elección para la rinitis alérgica es el bromuro de ipratropio que actúa disminuyendo la reacción nasal, con un efecto máximo a la hora de su administración. Están indicados en aquellos pacientes en los que la rinorrea no se controla con los corticoides tópicos. La posología habitual es 1-2 puff cada 6-8 horas de la solución al 0,03%. Su principal efecto adverso es la sequedad nasal. La atropina tiene importantes efectos adversos, como sequedad de boca, taquicardia y visión borrosa, por lo que no se utiliza para esta indicación.

Antileucotrienos

Los antileucotrienos son fármacos que actúan en la fase tardía de la inflamación, disminuyendo el nivel de eosinófilos periféricos. Montelukast, a dosis de 10 mg día, se utiliza en el tratamiento de la rinitis estacional en aquellos pacientes en los que los corticoides no están indicados o no se toleran adecuadamente.

En la tabla 4 se recogen los diferentes tratamientos que se pueden emplear en la rinitis alérgica con sus ventajas e inconvenientes.

Tabla 4: Ventajas e inconvenientes entre los diferentes tratamientos

Tratamiento	Ventajas	Limitaciones
Soluciones salinas	No alteran la mucosa nasal ↓ las secreciones Recomendado en niños	Molestias en la administración
Descongestivos tópicos	↓ la inflamación de la mucosa Favorecen el drenaje del seno nasal	Congestión de rebote con el uso prolongado
Descongestivos orales	↓ la inflamación de la mucosa Favorecen el drenaje del seno nasal	Taquicardias, ansiedad, insomnio y nerviosismo
Antihistamínicos H1 orales	↓ prurito, estornudos, y rinorrea	Prolongan el intervalo QT Interacciones con fármacos metabolizados vía citocromo
Corticoides	Recomendados en niños asociados en algunos casos a antihistamínicos	
Cromomas	Seguros en mujeres embarazadas o lactantes	Dosificación cada 4-6 horas
Anticolinérgicos	Rinitis colinérgica sin respuesta a corticoides	Sequedad de boca

No se conoce que ninguno de los tratamientos disponibles para la obstrucción nasal puedan interferir de forma negativa en el embarazo, pero en estas pacientes siempre deben ser de elección los que exponen a menos riesgos, como el cromoglicato de sodio por vía nasal y, en el caso de los antihistamínicos H1, los no sedativos y no atropínicos pueden ser también una alternativa. Cetirizina es una opción aceptable durante el embarazo, y también podría serlo loratadina, aunque es mejor evitarla en el primer trimestre del embarazo debido a riesgo de hipospadias observada en animales y no excluida del humano. En cuanto a los corticosteroides nasales, se encuentran entre los agentes de segunda línea, siendo beclometasona o budesonida la primera elección de los corticosteroides tópicos en el embarazo.

Inmunoterapia

La inmunoterapia o terapia desensibilizadora consiste en la exposición controlada, mediante una inyección subcutánea, al alérgeno al que el paciente ha dado positivo. Está indicada en niños y pacientes jóvenes con rinitis alérgica crónica o con sintomatología grave no controlable con las medidas ambientales, farmacológicas o asociada a asma. En general permite reducir el tratamiento farmacológico.

Algunos alérgenos para los que está indicada la inmunoterapia son el veneno de himenópteros, el polen de algunas plantas, ácaros, esporas de hongos y alimentos como el huevo, crustáceos o los frutos secos.

La pauta recomendada son dosis semanales bajas de alérgeno que se aumentan hasta la dosis de mantenimiento, que se suele alcanzar a las 5 o 6 semanas. Posteriormente se modifica la pauta a una dosis mensual que se mantiene durante 3-5 años.

Los efectos secundarios más frecuentes son reacciones locales inflamatorias en el lugar de inyección y reacciones sistémicas como rinitis, eritema, angioedema, disfonía o broncoespasmo que desaparecen a los pocos minutos de la inyección. En los últimos años ha aparecido la inmunoterapia nasal, que ha mejorado la tolerancia y es igual de eficaz, y la inmunoterapia sublingual que también es clínica e inmunológicamente eficaz.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellos pacientes en los que la rinitis se cronifica y ha producido importantes alteraciones como sinusitis de repetición, hipertrofia de la mucosa y desviación del tabique nasal.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA.

Los diferentes tipos de alergia conjuntival son un frecuente motivo de consultas tanto a los médicos de Atención Primaria como a los oftalmólogos. Además, en los últimos años se ha observado un incremento de la frecuencia de este tipo de alergia conjuntival por causa de medicamentos y soluciones oftálmicas empleadas, por el uso de lentes de contacto y por incremento de la polución atmosférica.

Los fenómenos alérgicos en general, afectan a más del 15% de la población con una mayor prevalencia en los países occidentales industrializados en los que alcanza hasta un 30%. La alergia, como ya hemos comentado anteriormente, afecta a diferentes órganos tales como los ojos, nariz y senos nasales, oído, pulmones y piel. Sin embargo, el componente ocular es probablemente el más frecuente y el más incapacitante. Algunos pacientes se ven afectados solo durante unas pocas semanas o meses, mientras que otros presentan síntomas que perduran a lo largo de todo el año.

La alergia conjuntival se clasifica en 4 tipos o categorías:

- Conjuntivitis alérgica (CA) o rinoconjuntivitis alérgica, reacción de hipersensibilidad tipo I.
- Queratoconjuntivitis atópica (QCA), reacción tipos I y IV.
- Queratoconjuntivitis vernal (QCV), reacción tipos I y IV.
- Conjuntivitis papilar gigante (CPG), reacción tipos I y IV.
-

Rinoconjuntivitis alérgica.

La mayoría de las RA se presentan en la infancia. Muchos niños se desensibilizan en la pubertad, pero un 50% aproximadamente se vuelven a sensibilizar durante su vida adulta siendo la incidencia máxima, tanto en el hombre como en la mujer, entre los 18 y 35 años. Los síntomas más frecuentes son el prurito ocular que es el más común, el lagrimeo, la fotofobia y la quemazón; todos ellos están sometidos a exacerbaciones y remisiones durante la estación dependiendo del clima y la actividad del paciente empeorando en días calurosos y secos.

Queratoconjuntivitis atópica (QCA)

Se trata de una afección mucho menos frecuente que la RA. Durante la infancia es infrecuente pero, cuando se presenta puede conducir a la ceguera. La sintomatología es inespecífica con picor, lagrimeo, enrojecimiento, quemazón, fotofobia y abundante secreción mucosa, y siempre es bilateral. Cuando es grave, la fotofobia puede llegar a impedir al paciente abrir los ojos. Los síntomas empeoran en ambiente caluroso. Es una enfermedad crónica que muchas veces persiste hasta los 50 ó 60 años de edad. Puede presentar eccema parpebral, blefaritis, conjuntivitis cicatrizante y ulceración corneal que compromete la visión. Es frecuente que los pacientes que sufren QCA sean poco cumplidores con el tratamiento y por ello es importante incidir en este aspecto.

Queratoconjuntivitis vernal (QCV)

Es una enfermedad infrecuente de carácter crónico, bilateral y que cursa con trastornos inflamatorios oculares externos y se asocia a factores climáticos. Más frecuente

en climas cálidos. También es más frecuente en niños con una incidencia máxima entre los 11 y 13 años y es muy raro que se presente antes de los 3 años.

El signo más típico es la presencia, incluso a simple vista, de papilas gigantes en la conjuntiva palpebral superior, se presenta en forma bilateral y se acompaña de prurito persistente, irritación, sensación de presencia de un cuerpo extraño y secreción mucosa notable. Si hay afectación de la córnea es un indicador de gravedad.

Es importante cambiar las condiciones ambientales del paciente intentando mantener un ambiente fresco y húmedo. La aplicación de compresas frías o bolsas de hielo pueden aliviar parcialmente los síntomas.

Conjuntivitis papilar gigante (CPG)

Se asocia con el uso de lentes de contacto, especialmente las de tipo blando, o a portadores de prótesis oculares y suturas corneales y conjuntivales. Se desconoce su etiología. Clínicamente es semejante al de QCV con presencia de papilas gigantes que pueden alcanzar un diámetro de 1 mm en la conjuntiva del párpado superior, con escozor intenso, enrojecimiento, secreción mucosa importante y dolor.

A nivel preventivo e higiénico-dietético destacaremos:

- Disminuir los posibles depósitos que se puedan acumular limpiando bien las lentes de contacto cada vez que se empleen, utilizando soluciones limpiadoras y lubricantes sin tiomersal. Si se usa suero salino debe ser sin conservantes. Igualmente hay que limpiar diariamente las prótesis con jabón de tocador o champú del que se emplea para niños.
- Reducir el tiempo de contacto con las lentes o la prótesis. Evidentemente con las prótesis es más dificultoso limitar el tiempo de contacto. Cada paciente debe ser instruido para conseguir el mantenimiento más adecuado de la prótesis.
- Buscar las lentes de contacto y prótesis mejores para el paciente. Como hemos dicho, las lentes blandas se asocian con mayor frecuencia a la CPG que las lentes duras y cuanto mayor curvatura tenga la lente, mayor será el traumatismo que puede producir en la conjuntiva del párpado. Asimismo, las lentes de mayor diámetro tienen mayor superficie de contacto y por tanto, son también peores.

Medidas generales no farmacológicas

El principal objetivo de estas medidas será llevar a cabo una correcta higiene ocular para evitar el contagio de las infecciones oculares, tanto a terceros como de un ojo afectado al otro. Para ello disponemos de soluciones as-

tringentes como el agua destilada de hamamelis, y anti-sépticas como el ácido bórico, el sulfato de cinc y el borato sódico, para lavar los ojos y realizar baños oculares.

Para el baño ocular es importante tener en cuenta las siguientes medidas higiénicas:

- Limpiarse bien las manos antes de utilizar el producto.
- Limpiar el recipiente para el baño ocular con agua hervida.
- Lavarse bien los párpados y las pestañas con la solución que vamos a emplear para efectuar el baño ocular utilizando una gasa esteril.
- Inclinar ligeramente hacia adelante y colocar sobre la órbita el recipiente con la solución manteniendo abierto el párpado y realizar movimientos hacia atrás y hacia adelante.
- La duración del baño debe ser de entre 30 y 60 segundos.
- Para la limpieza de los párpados pueden utilizarse también soluciones específicas para el lavado palpebral o suero fisiológico así como toallitas impregnadas con soluciones apropiadas para el cuidado y la protección ocular como las citadas anteriormente. El uso de agua y sal o manzanilla no es muy recomendable ya que en algunos casos puede provocar la aparición de eccema.

Medidas de prevención para evitar el contagio de infecciones oculares:

- No tocarse ni frotarse el ojo infectado. Lavarse con jabón en caso de contacto.
- Evitar el contacto físico cercano con individuos con conjuntivitis.
- Limpiarse las secreciones oculares al menos dos veces al día siguiendo las pautas descritas anteriormente.
- Evitar el uso de toallas o pañuelos de tela para la limpieza ocular y, si es así, no compartirlas ni usarlas más de una vez.
- No utilizar lentes de contacto ni maquillarse los ojos mientras dure la infección. Una vez remitida ésta, lavar bien las lentes de contacto antes de usarlas de nuevo. Es importante recordar que el uso de las lentes de contacto durante más de 24 horas puede favorecer la aparición de infecciones.
- También es importante recordar al paciente que una vez abierto un colirio, debe usarse durante un período máximo de 4 semanas y que cada envase no debe utilizarse por más de un paciente.

Consejos para el uso de productos oftálmicos

Recomendaciones generales para el empleo de productos oftálmicos.

- Utilizar el colirio asépticamente. Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de su utilización. No tocar con el gotero ni los ojos ni los dedos.
- Cada envase debe usarse para un solo paciente.
- Guardar el producto al resguardo de la luz y en un lugar seco y fresco.
- Guardar en nevera el colirio sólo si el fabricante así lo indica. En el caso de que necesite guardarse en nevera, deberá sacarse un tiempo antes de su administración para que alcance la temperatura ambiente.
- Se recomienda quitarse las lentes de contacto antes de administrar un producto oftálmico y esperar 20 minutos para volvérselas a poner. Algunas lágrimas artificiales envasadas en monodosis pueden emplearse con lentes de contacto (leer las especificaciones del producto).
- Separar los párpados del ojo(s) afectado(s) e instilar una gota dentro del párpado inferior, mientras se dirige la vista hacia arriba.
- Si se trata de un colirio suspensión, hay que agitarlo antes de usarlo.
- Si se utiliza un colirio y una pomada a la vez, se instilará primero el colirio y pasados 5 a 10 minutos podrá aplicarse la pomada.
- Los geles o pomadas oftálmicas se aplican en una pequeña cantidad (unos 0,5 cm o un envase monodosis) en el fondo del saco conjuntival. Se cierra el párpado suavemente y se mantiene cerrado durante unos segundos, puede darse un pequeño masaje para distribuir la pomada uniformemente.
- Una vez aplicado el producto mantener el ojo abierto y no parpadear más de lo normal.
- Cerrar bien el envase después de cada aplicación.
- Desechar al mes de abierto el envase. Los envases unidosis se desecharán después de su uso.

Indicación del tratamiento adecuado

En aquellos pacientes donde predomine la congestión de la mucosa nasal resultan especialmente útiles los descongestionantes adrenérgicos, mientras que en aquellos en los que los síntomas más marcados sean los estornudos, la rinorrea o el prurito nasal, pueden ser preferibles los antialérgicos (antihistamínicos y cromoglicato). Los corticosteroides rinológicos y la inmunoterapia son de prescripción médica.

CONCLUSIÓN

La rinitis y conjuntivitis alérgica es un problema de salud que ha ido adquiriendo una mayor relevancia en los últimos años, puesto que puede afectar hasta el 30% de la población adulta y el 40% de la infantil, sin diagnosticarse en todos los casos.

Como se ha visto, se pueden recomendar unas medidas preventivas que ayudan a disminuir la exposición a los alérgenos y, por lo tanto, disminuyen los síntomas. Existen tratamientos eficaces que ayudan a aliviar y controlar los síntomas más frecuentes y mejoran la calidad de vida del paciente. En los casos más graves se puede optar por otros tratamientos alternativos, como la inmunoterapia e incluso la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Balziskueta E, Encabo B, Gaminde M, Gutiérrez A, Gracia L, Gurrutxaga A y Sakona L. Protocolos de Rinitis. Farmacia Profesional 2002;16(3):56-68
2. Aguilar L C. Rinitis alérgica. OFFARM 2002;21(4):60-67
3. Rinitis alérgica. The Pharmaceutical Letter 2003; 16 (5): 121-128. <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=86>
4. Brett E S. Treatment of allergic rhinitis and its comorbidities. Release date: June 24, 2003. Disponible en www.medscape.com/viewprogram/2344
5. Prats Escudero A, Vilanova Juanola JM, Ivero Iborra M. Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica. JANO 2000;58 (1339)
6. Clorhidrato de fenilefrina oral para la congestión nasal en rinitis alérgica estacional. The Journal of Allergy and Clinical Immunology 2015; 3(5): 702-708
7. Rinitis alérgica durante el embarazo. Rev Prescrire 2015 ; 35 (386) : 912-918.
8. Menárguez Puche JF, Lorenzo Zapata MD, Sánchez López MI, alcántara Muñoz PA. ¿Podemos mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en atención primaria? Aten Primaria 2001;27:227-233.
9. Guía clínica para síntomas menores oftalmológicos. The Pharmaceutical Letter 2009; 3 (11): 17-24. <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=199>
10. Fitch CP, Rapoza PA, Owens S, et al. Epidemiology and diagnosis of acute conjunctivitis at an inner-city hospital. 1989;96: 1215-20
11. Bielory L. Update on ocular allergy treatment. Expert Opinion Pharmacother 2002 May; 3(5): 541-53
12. Redondo MJ, del Olmo A., Herreras JM. Alergia conjuntival: formas clínicas. Med Clin 2001; 116: 350-54
13. Spraul CW, Lang GK. Allergic and atopic diseases of the lid, conjunctiva and cornea. Curr Opin Ophthalmol 1995; 6: 21-26
14. Bahmer FA, Ruprecht KW. Safety and efficacy of levocabastine compared with oral terfenadine. Ann Allergy 1994; 72: 420-34
15. Friedlaender M. Overview of ocular allergy treatment. Curr Allrgy Asthma Rep 2001; Jul; 1(4): 375-79
16. Consulta de indicación farmacéutica. Actuación del farmacéutico en la resolución de los trastornos leves de salud. 2006 Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra.

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>