

# Guía práctica para mejorar el diagnóstico de la rinitis en atención primaria

La rinitis es un problema muy frecuente en todos los grupos de edad que afecta significativamente a la vida de las personas que la padecen, incluyendo a quienes conviven con ellas. El infradiagnóstico y el diagnóstico erróneo son comunes, lo que conduce a un tratamiento insuficiente o inadecuado, con el consiguiente impacto económico y posibles daños.<sup>1</sup>

La mayoría de las personas con rinitis controlan la afección de forma episódica, ya sea mediante autocontrol o con medicamentos de venta libre (OTC). Muchas subestiman y descuidan sus síntomas y, a menudo, no los comunican a su médico de cabecera (MC). Sin embargo, dado que se trata de un problema común y una comorbilidad frecuente que afecta al control de otras enfermedades, es necesario reconocerlo y tratarlo adecuadamente en la atención primaria.

## LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

La prevalencia media global de la rinitis alérgica (RA) y la rinitis no alérgica (RNA) es del 18 % y el 12 %, respectivamente, y parece estar aumentando con el tiempo.<sup>2</sup> La rinitis alérgica afecta a aproximadamente 500 millones de personas en todo el mundo<sup>3</sup> con una considerable variación geográfica.<sup>4</sup>

La rinitis afecta a todas las edades, aunque en niños y adolescentes es más frecuente.<sup>5</sup> La RA es más frecuente que la RNA y presenta síntomas más persistentes y de moderados a graves.<sup>3</sup> La frecuencia y la gravedad de los síntomas nasales y oculares de la RA, junto con los trastornos del sueño, provocan una notable reducción de la calidad de vida,<sup>4</sup> y una carga económica derivada de los costes de la medicación, las visitas al médico, el absentismo, el presentismo, el impacto en el rendimiento académico y laboral y en los familiares.<sup>6-8</sup>

## ¿QUÉ ES LA RINITIS Y CUÁLES SON SUS CAUSAS?

La rinitis es una inflamación de la mucosa nasal que se caracteriza por al menos dos síntomas, durante más de una hora al día en la mayoría de los días:

1. secreción nasal (rinorrea)
2. congestión nasal (nariz tapada)
3. estornudos
4. prurito nasal
5. prurito faríngeo
6. prurito ocular\*

Existen tres subgrupos de rinitis ampliamente aceptados: rinitis alérgica (RA); rinitis no alérgica y no infecciosa (RNN); y rinitis infecciosa.<sup>10</sup> La RA se refiere a los síntomas desencadenados por una respuesta inmunitaria tras la exposición a alérgenos, mientras que la RNN se refiere a los síntomas sin sensibilización alérgica.<sup>11</sup> A veces, ambos tipos (RNN y RA) coexisten al

Tabla 1: Clasificación de la rinitis alérgica (duración y gravedad)<sup>20,21</sup>

|                                                                              |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Intermitente</b><br>< 4 días a la semana<br>o<br>< 4 semanas consecutivas | <b>Leve</b> (todos los siguientes)<br>- Sueño normal<br>- Trabajo y estudios normales<br>- Actividad diaria normal<br>- Sin síntomas molestos                      |
| <b>Persistente</b><br>> 4 días a la semana<br>y<br>> 4 semanas consecutivas  | <b>Moderado/grave</b> (uno o más)<br>- Sueño alterado<br>- Problemas en el trabajo y los estudios<br>- Deterioro de las actividades diarias<br>- Síntomas molestos |

mismo tiempo (rinitis mixta). Identificar la causa de la rinitis es importante para su tratamiento eficaz.

La rinitis alérgica (RA) está causada por aeroalérgenos, incluida la exposición a alérgenos ocupacionales. Según la Rinitis Alérgica y su Impacto en el Asma (ARIA): <https://www.euforea.eu/aria/>, se clasifica en función de la duración y la gravedad de los síntomas (Tabla 1). Al menos el 50 % de los pacientes presentan síntomas persistentes y entre el 40 % y el 60 % padecen RA de moderada a grave, lo que afecta notablemente a su calidad de vida. El enfoque diagnóstico de la RA es similar en todos los grupos de edad. La RA suele aparecer en niños de entre 4 y 6 años, con una incidencia máxima entre los 14 y los 16 años, pero puede desarrollarse en cualquier momento de la vida.<sup>12,13</sup> La RA en adultos es menos frecuente que en niños, excepto en los casos relacionados con infecciones.

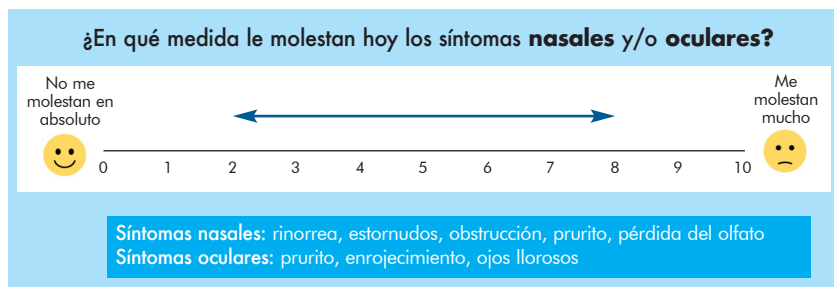
La RA a menudo se diagnostica de forma insuficiente o errónea y, con frecuencia, no se trata.<sup>14</sup> Dado que los síntomas iniciales son similares a los de otras afecciones, especialmente las virales (por ejemplo, resfriado común, rinosinusitis, gripe, COVID-19, Virus ARN), las personas con RA pueden pensar que tienen una

infección u otra afección respiratoria.<sup>15,16</sup> Esto puede llevarles a esperar que su médico de cabecera les recete antibióticos<sup>17</sup> (véase más adelante). Además, las personas con RA suelen autodiagnosticarse y autotratarse con medicamentos de venta libre en farmacias comunitarias o en la web para aliviar los síntomas sin acudir a su médico de cabecera.<sup>18</sup> Esto puede conducir al uso excesivo de medicamentos, a la falta de un diagnóstico establecido, a un tratamiento inadecuado, a un mal cumplimiento de la medicación y a un autocontrol deficiente.<sup>19</sup> Las solicitudes de medicamentos sin receta son una oportunidad para que los farmacéuticos identifiquen una posible rinitis y aconsejen o deriven a las personas a una consulta de atención primaria, donde se puede basar el diagnóstico en la historia clínica y familiar, la exploración física y, en casos seleccionados, la derivación a un especialista.

La gravedad de los síntomas de la RA y la RNA se evalúa con frecuencia mediante una escala analógica visual (Figura 1), que va de 0 (no molesta) a 10 (extremadamente molesta). Una puntuación de 5 o más identifica una enfermedad de moderada a grave. El uso de una EVA para evaluar la gravedad de la rinitis permite medir cualquier cambio después del tratamiento.

\* This is a symptom of allergic conjunctivitis, which is present in at least 50% of the patients with AR

Figura 1 - Escala analógica visual



Adaptado de: Sousa-Pinto B, et al. Validez, fiabilidad y capacidad de respuesta de las escalas analógicas visuales de monitorización diaria en MASK-air®. Clin Transl Allergy. 19 de septiembre de 2021; 11(7):e12062. doi: 10.1002/ctt2.12062

Tabla 2: Diagnóstico diferencial de la rinitis

| Rinitis                 | Alérgica                                                                                                                                                                                                           | No alérgica                                                                                                                                                                           |                                             |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                         |                                                                                                                                                                                                                    | No infeccioso                                                                                                                                                                         | Infeccioso                                  |
|                         | Rinitis alérgica (RA)                                                                                                                                                                                              | Rinitis no alérgica                                                                                                                                                                   | Virus del resfriado común<br>COVID<br>Gripe |
| Causas                  | Respuesta inmunitaria a los alérgenos                                                                                                                                                                              | Diversos: farmacológicos, uso crónico de descongestionantes                                                                                                                           | Infección                                   |
| Inicio                  | En la primera infancia                                                                                                                                                                                             | Cualquier edad                                                                                                                                                                        | Cualquier edad                              |
| Duración                | Intermitente/persistente                                                                                                                                                                                           | Intermitente/persistente                                                                                                                                                              | Intermitente, episódico                     |
| Antecedentes familiares | Rinitis, dermatitis atópica, asma                                                                                                                                                                                  | Irrelevante                                                                                                                                                                           | Si hay algún familiar infectado             |
| Comorbilidades          | Conjuntivitis alérgica, asma, dermatitis atópica                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                       |                                             |
| Desencadenantes         | <b>Exterior:</b> polen de árboles, malas hierbas y flores, y moho (el cambio climático puede aumentar los niveles de alérgenos)<br><b>Interior:</b> ácaros del polvo doméstico, cucarachas, epitelio animal y moho | - aditivos alimentarios (capsaicina, especias, sulfitos en la dieta salicilatos, causas ocupacionales<br>- cambios hormonales (TRH, premenstrual)<br>- excitación sexual<br>- alcohol |                                             |
| Factores agravantes     | - infección viral,<br>- humo del tabaco,<br>- irritantes ambientales: contaminación atmosférica                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                       |                                             |

La rinitis no alérgica (Table 2) está provocada por diversos factores que inflaman o irritan la mucosa nasal, como ciertos medicamentos (por ejemplo, aspirina, AINE), ingredientes alimentarios (capsaicina, especias, sulfitos y salicilatos dietéticos), hormonas (premenstruales, anticonceptivos orales, TRH), productos químicos (por ejemplo, perfumes, lacas para el cabello, cosméticos, antitranspirantes/desodorantes, lejía y productos de limpieza domésticos), serrín, humo de cigarrillos, factores ocupacionales y contaminación.<sup>22</sup> Las enfermedades sistémicas también pueden causar síntomas nasales (trastornos autoinmunitarios, deficiencias de inmunoglobulina, discinesia ciliar), así como deformidades anatómicas nasales, como el tabique nasal desviado.<sup>23</sup> Las infecciones, especialmente las infecciones virales respiratorias, son una causa común de RNA, al igual que la falta de sueño, la fatiga, el estrés y el frío extremo. En la rinitis mixta, la RNA puede complicarse por la presencia de RA.

El dolor sinusal, la rinosinusitis bacteriana aguda y la otitis media pueden aparecer con cualquiera de estas formas de rinitis. Esto se debe al exceso de producción de moco, junto con la obstrucción de los ostia sinusales y/o la trompa de Eustaquio, lo que provoca un aumento de la presión en los senos paranasales y el oído medio, causando dolor. Por lo general, la rinosinusitis bacteriana aguda se produce después de una infección viral, con un empeoramiento de los síntomas entre 5 y 7 días después de su aparición. Se caracteriza por dolor sinusal, fiebre superior a 38°C y, a menudo, síntomas sistémicos como dolor de cabeza, dolores musculares, fatiga, escalofríos y sudoración. Los antibióticos innecesarios pueden causar más daño que beneficio, pero los esteroides

nasales tópicos pueden ser beneficiosos.<sup>24,25</sup> Identificar la causa subyacente de la rinitis es esencial para un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado. La RNA se trata principalmente eliminando el factor desencadenante, mientras que la RA puede tratarse eficazmente con una serie de terapias farmacológicas una vez diagnosticada con precisión.

#### Preguntas para ayudar a identificar la RA:

- ¿Se ha dado cuenta de algo o algún lugar que desencadene sus síntomas? Por ejemplo, polvo doméstico o polen, contacto con animales, determinadas tareas en el trabajo, en casa o en la escuela, o exposición a productos químicos.
- ¿Qué síntomas le causan más molestias? (descarte rinorrea, estornudos, picor en la nariz, congestión nasal, pérdida del olfato, ojos llorosos o con picor).
- ¿Cuánto tiempo lleva con estos síntomas? ¿Tuvo los mismos síntomas el año pasado por estas fechas?
- ¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna vez síntomas similares?
- ¿Se les ha diagnosticado alguna vez rinitis alérgica (los pacientes pueden conocerla como fiebre del heno), conjuntivitis alérgica, asma o dermatitis atópica?
- ¿Sus síntomas aparecen y desaparecen, o están siempre presentes? ¿Puede relacionar los síntomas con una estación o época del año en particular?
- ¿La secreción nasal es clara y acuosa?
- ¿Tiene sibilancias o dificultad para respirar? (Responder «sí» puede indicar asma, pero también puede indicar dificultad para respirar por la nariz).
- ¿Tiene dolor de oído o dolor en la cara? («Sí» puede indicar otitis media o rinosinusitis. Esto no indica infección bacteriana, sino que se debe a una combinación de aumento de la producción de moco, acompañado de una reducción del drenaje, lo que provoca presión (dolor) en el oído medio o los senos paranasales (véase más arriba).

## ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO?

### Anamnesis

Es fundamental recabar una anamnesis personal y familiar detallada para evaluar la RA, y las preguntas deben centrarse en los tipos de síntomas, su aparición, duración y frecuencia, posibles exposiciones, factores agravantes o atenuantes y estacionalidad [véase el cuadro de preguntas más abajo]. La anamnesis también debe evaluar afecciones asociadas, como conjuntivitis alérgica, asma, dermatitis atópica, trastornos respiratorios del sueño, rinosinusitis y otitis media.

### Exploración física

Los hallazgos pueden incluir mucosidad clara y pegajosa y cornetes inferiores pálidos e inflamados. A menudo se observa respiración bucal, olfateo frecuente y/o carraspeo, junto con signos como ojeras («ojos alérgicos»), pliegues infraorbitarios y un pliegue nasal transversal (por el «saludo alérgico», más común en los niños). Es importante descartar otras causas de obstrucción nasal, como una desviación septal significativa, pólipos o masas nasosinusales y, especialmente en ►

niños, cuerpos extraños, que se caracterizan por una secreción nasal unilateral maloliente. Los senos paranasales pueden ser sensibles al tacto en personas con sinusitis crónicos.

## Señales de alerta

Ciertas «señales de alerta» requieren atención inmediata e indican la necesidad de derivar al paciente a un otorrinolaringólogo y/o alergólogo. Entre ellas se incluyen la obstrucción nasal unilateral persistente, secreción progresiva con sangre, secreción nasal maloliente, dolor sinusal persistente o pólipos nasales (sugeridos por congestión nasal grave y persistente y anosmia). Estos signos sugieren afecciones subyacentes más graves que requieren una evaluación más detallada.

## Evaluación

Si la anamnesis y la evaluación clínica sugieren RA, y esto se ve respaldado por una respuesta positiva al tratamiento empírico con un antihistamínico H1 no sedante y/o un glucocorticoide nasal (o una combinación fija de glucocorticoide nasal y antihistamínico nasal en casos moderados a graves), es posible confirmar los alérgenos basándose en la anamnesis mediante pruebas séricas de inmunoglobulina E específica para alérgenos (IgE) o pruebas cutáneas de alergia, aunque estas pruebas suelen ser negativas en la rinitis alérgica local.<sup>26,27</sup> La rinitis alérgica local se caracteriza por una buena respuesta al tratamiento, junto con detección negativa de IgE sistémica, ya que ésta solo se encuentra en la mucosa nasal. Las pruebas séricas (IgE) suelen estar disponibles en la atención primaria, no requieren técnicos cualificados y no es necesario suspender los antihistamínicos. Las pruebas cutáneas requieren un profesional cualificado para realizar la prueba e interpretar los resultados. Rara vez

están disponibles en atención primaria, aunque los resultados se obtienen de forma inmediata. Estas pruebas se reservan para casos de incertidumbre diagnóstica o falta de respuesta al tratamiento, pero también si se está considerando la inmunoterapia con alérgenos.<sup>28,29</sup>

No se recomienda el uso de imágenes radiográficas para el diagnóstico de la RA.<sup>20</sup>

## References

- Braido F, Baiardini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Illness perception, mood and coping strategies in allergic rhinitis: are there differences among ARIA classes of severity? *Rhinology*. 2014 Mar;52(1):66-71. doi: 10.4193/Rhino13.040.
- Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JJK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130. doi: 10.1002/ct2.12130. PMID: 35344304; PMCID: PMC8967272.
- Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2(L)EN and AllerGen). *Allergy*. 2008 Apr;63:8-160.
- Akdis CA, Hellings PW, Agache I, editors. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. European Academy of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis; 2015.
- Meltzer EO. Allergic rhinitis: burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016 May;36(2):235-48. doi: 10.1016/j.iac.2015.12.002.
- Bédard A, et al. Correlation between work impairment, scores of rhinitis severity and asthma using the MASK-air® App. *Allergy*. 2020 Jul;75(7):1672-1688. doi: 10.1111/all.14204. Epub 2020 Mar 22.
- Dierick BJH, van der Molen T, Flokstra-de Blok BMJ, Muraro A, Postma MJ, Kocks JWH, et al. Burden and socioeconomic of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2020 Oct;20(5):437-453. doi: 10.1080/14737167.2020.1819793.
- Smith P, Hellings P, Scadding G, Harvey R, Carney S, Price D, et al. Impact of allergic rhinitis on health-related quality of life: results from an Australian survey. *Intern Med J*. 2016;46(Suppl 4):22. Article ASCIA-P57. doi: 10.1111/imj.57.13197.
- Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016 Feb 4;26:15082. doi: 10.1038/npjpcrm.2015.82.
- Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP. Review of rhinitis: classification, types, pathophysiology. *J Clin Med*. 2021 Jul 19;10(14):3183. doi: 10.3390/jcm10143183. PMID: 34300349; PMCID: PMC8303640.
- Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JJ, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130.
- Hardjojo A, Shek LP, van Bever HP, Lee BW. Rhinitis in children less than 6 years of age: current knowledge and challenges. *Asia Pac Allergy*. 2011 Oct;1(3):115-22. doi: 10.5415/apallergy.2011.1.3.115. Erratum in: *Asia Pac Allergy*. 2012 Jan;2(1):90. PMID: 22053307; PMCID: PMC3206246.
- Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006 Aug 26;368(9537):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69283-0. Erratum in: *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1128. PMID: 16935684.
- Grønhaug Larsen C, Gyldebrand M, Linneberg A. Allergic rhinitis is often undiagnosed and untreated: results from a general population study of Danish adults. *Clin Respir J*. 2013 Oct;7(4):354-8. doi: 10.1111/crj.12015.
- Montnégry P, Svensson C, Adelroth E, Löfdahl CG, Andersson M, Greiff L, et al. Prevalence of nasal symptoms and their relation to self-reported asthma and chronic bronchitis/emphysema. *Eur Respir J*. 2001;17(4):596-603.
- Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Symptoms related to obstructive sleep apnoea are common in subjects with asthma, chronic bronchitis and rhinitis in a general population. *Respir Med*. 2001;95(5):423-9.
- Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract*. 1997;45(1):75-83.
- Tan R, Cvetkovski B, Kritikos V, Price D, Yan K, Smith P, et al. Identifying the hidden burden of allergic rhinitis (AR) in community pharmacy: a global phenomenon. *Asthma Res Pract*. 2017 Nov 21;3:8. doi: 10.1186/s40733-017-0036-z.
- Scheire S, Germonpré S, Mehuys E, Van Tongelen I, De Sutter A, Steurbaut S, et al. Rhinitis control and medication use in a real-world sample of patients with persistent rhinitis or rhinosinusitis: a community pharmacy study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 Jul;12(7):1865-76.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2024.04.031.
- DynaMed. Allergic rhinitis. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/allergic-rhinitis#GUID-5F4112FD-1A2F-4207-892A-0023F2708CA9>
- Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergol Select*. 2019 Dec 30;3(1):22-50. doi: 10.5414/ALX02120E. PMID: 32176226; PMCID: PMC7066682.
- Baroody FM, Gevaert P, Smith PK, Ziaie N, Bernstein JA. Nonallergic rhinopathy: a comprehensive review of classification, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(6):1436-47.
- Schatz M, Zeiger RS, Falkoff RJ. Nasal manifestations of systemic conditions. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1987 Apr 1;7(1):159-74.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl 29):1-464.
- Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. *Prim Care Respir J*. 2008 Sep;17(3):148-55. doi: 10.3132/pcrj.2008.00050. PMID: 18695848; PMCID: PMC6619892.
- Rondón C, Campo P, Golindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. *Allergy*. 2012 Oct;67(10):1282-8. doi: 10.1111/all.12002. PMID: 22913574.
- Bousquet J, Heinzelberg L, Bachert C, Papadopoulos NG, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. *Allergy*. 2012;67(1):18-24. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x.
- Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600.
- Kalki HA, Riley TD. Allergic rhinitis. *Prim Care*. 2016;43(3):465-75.
- EUFORA. Allergic rhinitis pocket guide. Available from: <https://www.eufora.eu/news/allergic-rhinitis-pocket-guide/>

## Consejos prácticos:<sup>30</sup>

- Las personas pueden experimentar síntomas agudos sin padecer RA o RNA, lo que suele deberse a una exposición accidental, momentánea y no patológica a irritantes ambientales (por ejemplo, frío extremo durante el invierno, exposición al humo del tabaco o al perfume). Estas causas no suelen requerir atención médica y desaparecen una vez que se elimina la causa.
- Las causas ambientales de la RA varían mucho a escala mundial, ya que la exposición a los alérgenos difiere según la región. Además, el cambio climático está haciendo que los patrones de los aeroalérgenos sean cada vez más impredecibles. Por lo tanto, todos los pacientes deben ser evaluados en función de las condiciones climáticas locales y la exposición a los alérgenos.
- Los síntomas que sugieren RA (cuando están relacionados con la exposición a alérgenos) son dos o más de los siguientes durante más de una hora la mayoría de los días:
  - Goteo nasal
  - Estornudos, especialmente paroxísmicos
  - Obstrucción nasal
  - Prurito nasal
  - Síntomas oculares como picor, enrojecimiento o lagrimeo (pensar en conjuntivitis alérgica)
- Síntomas menos sugestivos de RA:
  - Síntomas unilaterales
  - Secreciones descoloridas
  - Dolor facial o nasal
  - Epistaxis recurrente
  - Trastorno del olfato (anosmia)
  - Rinorrea posterior (goteo posnasal) con mucosidad espesa
  - Rinorrea aislada
  - Ronquidos / apnea del sueño

Autores: Dermot Ryan, Ee Ming Khoo, Fletcher Charlton, Ian Charlton, Jaime Correia de Sousa, Juan Trujillo, Kerstin Romberg, Luis Carvalho, Osman Yusuf, Siân Williams  
Revisores: Bárbara Kong-Cardoso, Mário Morais-Almeida (WAO president) Editor: Ian Wright

Avalado por la Organización Mundial de Alergia (WAO) - [www.worldallergy.org](http://www.worldallergy.org)

**Declaración de financiación:** Este documento ha sido financiado con una beca educativa de ALK-Abelló, que ha proporcionado una subvención para el desarrollo, la maquetación, la impresión y los gastos asociados, pero no ha contribuido al concepto ni al contenido de este documento.

Este documento tiene carácter consultivo; está destinado a un uso general y no debe considerarse aplicable a un caso específico. Para más información, consulte: <https://www.ipcrg.org/DTH19>

 Licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas.

El IPCRG es una organización benéfica registrada (SC n.º 035056) y una sociedad de responsabilidad limitada (n.º de empresa 256268). Dirección de contacto: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Escocia, Reino Unido.



# Desktop Helper del IPCRG

Los Desktop Helper del IPCRG son hojas informativas fáciles de usar desarrolladas por el IPCRG en colaboración con médicos, pacientes y educadores clínicos:

- Ofrecen orientación práctica y apoyo a los médicos que trabajan en atención primaria sobre diferentes aspectos del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades respiratorias.
- Todas se basan en la evidencia y aportan enlaces a recursos adicionales.



[www.ipcr.org/desktophelpers](http://www.ipcr.org/desktophelpers)

