

Sinomarin[®]

**SOLUCIÓN HIPERTÓNICA DE AGUA DE MAR
DESCONGESTIVO NASAL 100% NATURAL**

RINITIS CRÓNICA ALÉRGICA

Dr. José Miguel Aparicio

Otorrinolaringólogo. Cirugía de Cabeza y Cuello.

Jefe de Servicio ORL. Hospital Universitario Alcorcón. Madrid

Otorrinolaringólogo. Hospital Quirón. Madrid

DEFINICIÓN

La rinitis crónica alérgica es un proceso inflamatorio de la mucosa de las fosas nasales, causada por alergia a sustancias exteriores, generalmente respiradas (aeroalérgenos).

Es una enfermedad respiratoria crónica de gran importancia debido a su:

Prevalencia
Impacto sobre la calidad de vida
Impacto en el rendimiento laboral/escolar y la productividad
Carga económica
Vinculación con el asma

La rinitis alérgica supone un reto cada vez mayor en la Atención Primaria, ya que la mayoría de los pacientes acuden a este nivel asistencial. Estos médicos desempeñan un papel primordial en el manejo de los casos de rinitis alérgica, puesto que realizan el diagnóstico, inician el tratamiento, proporcionan la información pertinente y llevan a cabo el seguimiento de la mayoría de los pacientes (1).

CLÍNICA

La clínica incluye fundamentalmente obstrucción nasal, rinorrea y estornudos, de modo parecido a un catarro normal, pero de manera mantenida.

La vasodilatación y edema de la mucosa nasal y de los cornetes provoca la *obstrucción nasal*, la falta de respiración nasal adecuada impide la adecuación del aire (filtrado, calentamiento y humidificación del aire inspirado) para una correcta respiración pulmonar. La inflamación mucosa puede provocar secundariamente obstrucción de los *ostium* de drenaje de los senos paranasales y de la trompa de Eustaquio, favoreciendo la presencia de rinosinusitis y ototubaritis.

La *rinorrea acuosa* puede ser tanto anterior hacia el vestíbulo nasal como posterior hacia las coanas. Esta rinorrea posterior es responsable de carraspeo faríngeo, tos y sensación de cuerpo extraño.

El *estornudo* y el *prurito nasal* son consecuencia de la irritación mucosa y buscan eliminar secreciones nasales y aeroalérgenos.

CLASIFICACIÓN

La clasificación clásica de la rinitis alérgica en estacional, perenne y ocupacional no reflejaba la realidad clínica de los pacientes. La aparición de la guía ARIA (1, 2) clasificó las mismas en cuanto a su duración (intermitente o persistente) y a su gravedad y repercusión en la calidad de vida de los pacientes (leve, moderada y grave) (tabla I).

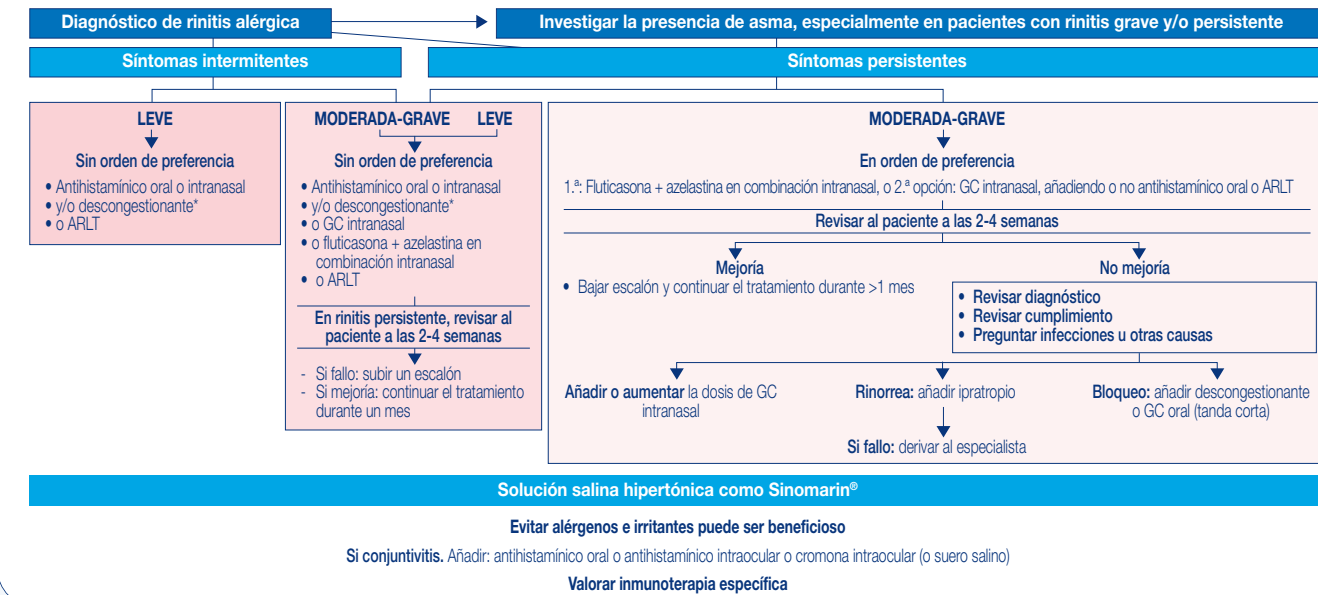
Tabla I	
Según duración	
Intermitente	Persistente
Los síntomas presentes ≤4 días a la semana o durante ≤4 semanas consecutivas	Los síntomas están presentes >4 días a la semana y >4 semanas consecutivas
Según gravedad	
Leve	
Ninguno de los siguientes ítems está presente:	
<ul style="list-style-type: none"> Alteración del sueño Afectación de las actividades cotidianas, de ocio y/o deportivas Afectación de las tareas escolares o laborales Los síntomas son molestos 	
Moderada	
<ul style="list-style-type: none"> Uno Dos O tres de los anteriores ítems están presentes 	
Grave	
Los cuatro ítems están presentes	

El tratamiento de la rinitis alérgica debería combinar:

Evitar la exposición a alérgenos (cuando sea posible)
Farmacoterapia
Inmunoterapia

En la elección del tratamiento farmacológico se debe evaluar la eficacia, la seguridad, la relación coste-efectividad, las preferencias de los pacientes, la gravedad de la enfermedad y la presencia de comorbilidades. Los fármacos deben utilizarse de forma escalonada según la gravedad (tabla II) (3).

Tabla II. Algoritmo de tratamiento de la rinitis alérgica



Los antihistamínicos H1 orales mejoran los síntomas de la rinitis, la rinorrea, los estornudos, el picor nasal y los síntomas oculares, aunque son menos efectivos en la obstrucción nasal. Deben usarse antihistamínicos de segunda generación (no producen sedación) por motivos de eficacia y seguridad (bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, mequitazina, mizolastina, rupatadina) (GEMA).

Los antihistamínicos H1 tópicos (azelastina, emedastina, epinastina, levocabastina, olopatadina) también se han mostrado eficaces en la rinitis y conjuntivitis alérgica.

Los glucocorticoides intranasales (budesonida, ciclesonida, fluticasona, mometasona, triamcinolona) son fármacos antiinflamatorios muy potentes y eficaces en el tratamiento de la rinitis alérgica y no alérgica. Consiguen una elevada concentración del fármaco en la mucosa nasal, con un mínimo riesgo de efectos adversos sistémicos. Son el tratamiento de elección en la rinitis alérgica moderada-grave. Son superiores en eficacia a los antihistamínicos y a los antileucotrienos.

La combinación de un glucocorticoide y un antihistamínico (propionato de fluticasona y azelastina) administrada por vía intranasal ha demostrado una eficacia superior a la administración por separado de cada fármaco, siendo considerada actualmente una de las indicaciones de primera línea en la rinitis alérgica moderada-grave.

Los glucocorticoides orales (prednisona, metilprednisolona, deflazacort) en pautas de corta duración se pueden utilizar en casos de rinitis graves que no respondan a otros tratamientos.

Los descongestionantes intranasales (fenilefrina, nafazolina, oximetazolina, tramazolina, xilometazolina) se pueden utilizar durante un espacio corto de tiempo en pacientes con obstrucción nasal importante.

La eficacia de los antagonistas de los receptores de los leucotrienos (montelukast) es menor que la de los glucocorticoides intranasales o los antihistamínicos orales, por lo que constituyen una segunda línea de tratamiento. Son, además, eficaces en el tratamiento del asma, por lo que están indicados en pacientes en los que coexisten ambas.

La inmunoterapia con alérgenos es eficaz y costo-efectiva en el tratamiento de la rinitis alérgica causada por pólenes y ácaros, tanto en su forma de administración subcutánea como con la oral (sublingual).

Las medidas de evitación de alérgenos de interior (ácaros, hongos), animales domésticos y alérgenos ocupacionales han demostrado una disminución de los niveles de exposición, pero muy poca mejoría en los síntomas y la evolución de la enfermedad.

La irrigación nasal salina mejora los síntomas de la rinitis alérgica (4). El uso diario de **solución salina hipertónica como Sinomarin®** es capaz de disminuir significativamente el número de episodios de rinitis alérgica aguda y el uso de antihistamínicos y glucocorticoides intranasales (5). Un ensayo clínico aleatorizado demuestra que el agua de mar no diluida (solución salina hipertónica como Sinomarin) obtiene los mejores resultados en la mejora del latido ciliar y en la velocidad de reparación de la herida epitelial frente a solución salina normal (6).



Sinomarin®

**SOLUCIÓN HIPERTÓNICA DE AGUA DE MAR
DESCONGESTIVO NASAL 100% NATURAL**

- Excelente **tolerabilidad**⁷
- Sin conservantes ni aditivos químicos**⁸
- Apto para su uso en **niños desde 0 meses**, en el **embarazo** y la **lactancia**¹

Desde 10 años




Sinomarin® ORL

C.N. 167373.2

Recomendado en:

- Recuperación después de cirugía endonasal
- Rinitis y sinusitis crónica

Posología:

De 1 a 3 pulverizaciones por fosa nasal,
2 ó 3 veces al día

Desde 6 años




Sinomarin® Adultos

C.N. 248526.6

Recomendado en:

- Resfriado común y gripe
- Rinitis (Alérgica, gestacional, medicamentosa, etc)
- Sinusitis
- Recuperación de cirugía endonasal
- Higiene diaria y profilaxis

Posología:

De 1 a 3 pulverizaciones por fosa nasal,
2 ó 3 veces al día

Desde 6 meses




Sinomarin® Niños

C.N. 343863.6

Recomendado en:

- Resfriado común y gripe
- Rinitis alérgica
- Sinusitis
- Higiene diaria y profilaxis

Posología:

De 1 a 3 pulverizaciones por fosa nasal,
2 ó 3 veces al día

Desde 6 meses




Sinomarin® Mini

C.N. 269837.6

Recomendado para usar fuera de casa en:

- Resfriado común y gripe
- Rinitis alérgica
- Sinusitis
- Coadyuvante con descongestivos vasoconstrictores nasales
- Higiene diaria y profilaxis

Posología:

De 1 a 3 pulverizaciones por fosa nasal,
2 ó 3 veces al día

Desde 0 meses




Sinomarin® Bebés

C.N. 152263.4

Recomendado en:

- Única monodosis hipertónica de agua de mar del mercado
- Uso vía nasal y en nebulizador
- Higiene diaria y profilaxis

Posología:

2 ó 3 veces al día

1002795 Sinomarin.RecomendadoRinitisCrónica.2019.3

Advertencia: Inicialmente se puede sentir una sensación de ardor leve o irritación, esta sensación solo es durante los primeros días de uso. El producto cumple con la legislación vigente en productos sanitarios

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GC: glucocorticoides; * en tiempo corto, habitualmente menos de cinco días.

Bibliografía: 1. Bousquet et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen. Allergy. 2008 Apr;63 Suppl 86:8-160. 2. Brożek JL et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. J Allergy Clin Immunol. (2017) Oct;140(4):950-8. 3. Guía GEMA 4.4. www.gemasma.com. 4. Hermelingmeier KE, Weber RK, Hellmich M, Heubach CP, Mösges R. Nasal irrigation as an adjunctive treatment in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Rhinol Allergy. 2012 Sep-Oct;26(5):e119-25. 5. Grasso M, de Vincentis M, Agolli G, Cituzo F, Grasso R. The effectiveness of long-term course of Sterimar Ml nasal spray for treatment of the recurrence rates of acute allergic rhinitis in patients with chronic allergic rhinitis. Drug Des Devel Ther. 2018 Apr 3;12:705-709. 6. Bonnomet A, Luczka E, Coraux C, de Gabory L. Non-diluted seawater enhances nasal ciliary beat frequency and wound repair speed compared to diluted seawater and normal saline. Int Forum Allergy Rhinol. 2016 Oct;6(10):1062-8. 7. Freche C et al. Usefulness of hypertonic sea water (Sinomarin®) in rhinology. Revue Otorhinolaryngologique de la Société Française de ORL, 50(4), 1998. 8. Prospecto autorizado Sinomarin®.



GRUPO ITALFARMACO

Uso exclusivo profesional sanitario