

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN RINITIS Y CONGESTIÓN NASAL

RINITIS

Aproximadamente el 50% de las rinitis son de origen alérgico, y en éstas los síntomas son el resultado de una respuesta inmunitaria mediada por IgE específica frente a alérgenos tales como: pólenes, ácaros del polvo, hongos y epitelio de animales. La respuesta inmunitaria provoca la liberación de una serie de mecanismos de inflamación, así como la activación celular en la mucosa nasal.

Esa activación celular de la mucosa nasal e inflamación se manifiesta con obstrucción nasal, congestión y afectación ocular y de los senos paranasales desencadenada, generalmente, por la inhalación de alérgenos que ponen en marcha esa 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.

Los síntomas de la rinitis alérgica aparecen en el 80% de los casos antes de los 18 años. Los factores de riesgo con los que se relacionan son:

- Historia familiar de alergia.
- Nivel socioeconómico alto.
- Zonas de polución ambiental.
- Nacimiento en meses de polinización.
- Introducción precoz de la lactancia artificial y alimentos.
- Exposición a alérgenos domésticos como ácaros o animales durante el primer año de vida.

Su diagnóstico se basa en la clínica y en una buena exploración física. Fundamentalmente se deben realizar pruebas cutáneas frente a alérgenos y determinación de IgE sérica específica y total.

La rinitis alérgica es la sexta enfermedad crónica más frecuente, con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes y en el coste sanitario. Se estima que entre el 10 y 30% de los adultos y el 40% de los niños padecen rinitis alérgica, aunque en muchos casos ésta no llega a diagnosticarse. La 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.

Los síntomas habitualmente son leves, por lo que no siempre requieren tratamiento médico y el paciente se automedica para aliviar estos síntomas. Aun así, la rinitis puede tener un importante impacto en la calidad de vida del paciente, afectándole a nivel físico, emocional y social, lo que provoca un aumento de absentismo escolar y la disminución de la productividad laboral. La rinitis alérgica también se ha asociado al desarrollo o empeoramiento del asma, sinusitis, otitis media, conjuntivitis o incluso alteraciones del sueño o depresión.

Recientemente la terapia inmunológica, en la que se expone a los pacientes a una cantidad controlada del alérgeno de forma progresiva, ha demostrado ser eficaz en los pacientes afectados de forma severa. Mediante el uso de píldoras sublinguales o inyecciones subcutáneas de extracto de polen se ha conseguido que el nivel de expresión de la enfermedad disminuya de forma significativa.

En algunos estudios, tres años de tratamiento inmunológico se han relacionado con menos presencia e intensidad de síntomas y una mejor calidad de vida. Mejoras que se han mantenido constantes durante al menos 2, y en ocasiones hasta 3 o 4 años, después de la interrupción del tratamiento.

Un trabajo reciente trató de determinar si el efecto era igual acortando el periodo de tratamiento de 3 años a sólo 2, tan-

to con el uso de píldoras sublinguales como de inyecciones subcutáneas. Los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron eficaces en la lucha contra los síntomas, con pacientes que informaron una mejora espectacular en

su calidad de vida, pero en ninguno de los casos la mejora se mantuvo después de un año de la finalización del tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE LA RINITIS

La rinitis se puede clasificar según su duración, su etiología o patogenia.

Duración	Aguda: menos 14 días Crónica: más de 14 días		
Etiología	Infecciosas No infecciosas		
Patogenia	Inflamatorias	Rinitis alérgica	Intermitente – estacional
			Persistente – perenne
		Rinitis eosinofílica no alérgica Rinitis infecciosa Poliposis nasal Rinitis atrófica Mastocitosis nasal Rinitis granulomatosa	
	No inflamatoria	Rinitis vasomotora	Disfunción autonómica
			Embarazo
			Hipotiroidismo
		Rinitis medicamentosa	Vasoconstrictores locales
			Patogenia
			Antihipertensivos
			Contraceptivos
			Psicofármacos
			Drogas de abuso
	Estructurales	Desviaciones septales Hipertrofia adenoidea Hipertrofia de cornetes Alteraciones de la motilidad ciliar Rinitis por cuerpos extraños Tumores Rinorrea de LCR	

OPCIONES DE TRATAMIENTO DE LA RINITIS ESTACIONAL

La rinitis alérgica estacional, también conocida como “fiebre del heno” o polinosis, es una rinoconjuntivitis debida a la alergia al polen y representa el 57% de las rinitis alérgicas vistas en las consultas de alergia. Los síntomas típicos son estornudos, picazón, molestias en respiración nasal y la producción de secreciones nasales claras. La rinitis alérgica y el asma suelen coexistir, y la presencia de rinitis sintomática es uno de los principales factores de riesgo para el asma mal controlada y la exacerbación de sus síntomas.

Cuando se trata de síntomas leves, soluciones sencillas como el uso de solución nasal fisiológica o realización de lavados oculares con solución fisiológica pueden ayudar a aliviar los síntomas. En los casos graves, si se puede llegar a identificar el alérgeno causante, puede realizarse una terapia desensibilizadora (o inmunoterapia específica como la descrita anteriormente), pero si no es así, sólo queda recurrir al tratamiento sintomático.

La aplicación de glucocorticoides por vía nasal es el tratamiento más eficaz para controlar los síntomas de la rinitis alérgica. A diferencia de los antihistamínicos, los glucocorticoides actúan contra todos los síntomas de la rinitis alérgica, especialmente contra la obstrucción nasal. Sin embargo, su uso expone a más efectos adversos que los antihistamínicos (orales o locales) o las soluciones nasales a base de cromolina. Los casos de efectos adversos sistémicos son raros. Algunos autores sitúan este tratamiento como primera opción, mientras que otros consideran que deben reservarse para casos de rinitis moderados o graves. Los pacientes deben tener en cuenta que el efecto aparece después de 7 a 8 horas y que los efectos máximos se alcanzan después de 2-3 semanas de tratamiento. En determinados casos, si el efecto no es suficiente, se puede indicar una asociación con un antihistamínico tópico (por ejemplo azelastina asociados con fluticasona). La asociación con un antihistamínico oral no parece aportar ningún beneficio adicional.

Otra posibilidad es el uso de antihistamínicos H1, siendo los de segunda generación (como, cetirizina, loratadina, etc.) preferibles por su mejor tolerabilidad. Los antihistamínicos de primera generación tienen un marcado efecto sedante, disminuyendo el rendimiento y las capacidades

motrices, y pueden provocar efectos adversos anticolinérgicos. Los antihistamínicos de segunda generación también tienen capacidad sedativa si se utilizan a dosis altas, aunque en algunos casos, como la cetirizina, este efecto puede presentarse incluso para las dosis recomendadas. Los antihistamínicos tópicos, como la azelastina y levocabastina, actúan con gran rapidez (<15-30.min) en contra de los síntomas agudos y son adecuados para su utilización “en caso de necesidad”. Todavía no se conoce muy bien su seguridad y eficacia a largo plazo, por lo que estas preparaciones deben ser utilizadas solamente en terapias por periodos cortos.

En ocasiones se ha recurrido también a los antileucotrienos (oral), aunque su beneficio clínico parece bajo ante la rinitis alérgica estacional. Algunos autores consideran que la relación beneficio-riesgo es desfavorable y otros que debe considerarse un tratamiento de segunda línea. El uso de descongestionantes (α -simpaticomiméticos oral y tópico) debe realizarse de forma moderada. Debido al riesgo de rinitis medicamentosa, sólo deberían aplicarse durante un período corto (3 a 7 días como máximo) para el tratamiento agudo de la rinitis alérgica. Los estabilizadores de los mastocitos, como el cromoglicato tópico, tiene buena tolerabilidad pero su efecto es modesto. Su eficacia aumenta si el tratamiento se inicia 1-2 semanas antes del contacto con el alérgeno.

TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN NASAL

El abordaje terapéutico de la congestión nasal dependerá, en parte, de su etiología pero, como norma general se recomendarán lavados con suero fisiológico y, si fuera necesario, la administración de descongestivos nasales orales o tópicos, **sólo durante el periodo mas breve de tiempo posible y nunca más de 3-5 días.** Es importante que el farmacéutico evalúe la relación beneficio-riesgo en cada paciente debido a que este tipo de fármacos está altamente asociado con el desarrollo de rinitis medicamentosa.

En cuanto al uso de descongestivos orales, el objetivo terapéutico será la vasoconstricción y la reducción del edema de la mucosa nasal mediante el efecto agonista de estos fármacos. En cuanto a los síntomas, el objetivo será mejorar la ventilación, el drenaje y la congestión nasal. Los principales efectos adversos de los desconges-

tivos orales son principalmente taquicardia, ansiedad, agitación e insomnio. En segundo lugar podrían aparecer erupciones cutáneas, retención urinaria, hiperglucemia y midriasis, y, raramente, pueden darse casos de alucinaciones en niños.

En lo referente al uso de descongestivos tópicos, estos deben utilizarse con precaución, administrarse durante un máximo de 3 días y sólo a partir de los 6 años.

Consejos sobre el uso de descongestionantes tópicos

- Ø MÀximo 3 días.
- Ø Uso individual, deben limpiarse y descartar al mes de su apertura.
- Ø Administración preferentemente por la mañana y antes de acostarse.

Ø Pomada: aplicar una pequeña cantidad en ambas fosas nasales procurando una distribución uniforme, realizando un masaje externo.

Ø Sprays/nebulizaciones: mejor para adultos y mayores de 6 años. Se deben administrar en posición vertical presionando una vez en cada fosa nasal y, a los 3-5 minutos, sonarse para extraer la mucosidad.

Ø Gotas: para niños de entre 2 y 6 años. Deben estar sentados o en posición reclinada. Primero con la cabeza hacia atrás y luego moverlo hacia adelante. También se debe tapar la nariz para que respire por la boca cerrando así la comunicación.

Dosificación de los descongestivos orales para la congestión nasal

DOSIFICACIÓN			
DESCONGESTIVOS ORALES	2-6 años	6-12 años	Adultos
FENILEFRINA	6 mg/6-8 h	10 mg/8 h	5-20 mg/6-8 h màx. 60 mg/día
PSEUDOEFE DRINA	30 mg/6 h	màx. 120 mg/día	60 mg/6 h màx. 240 mg/día

Dosificación de los descongestivos tópicos para la congestión nasal

DESCONGESTIVOS TÒPICOS	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	6-12 años	Adultos
NAFAZOLINA			0.05-0.1% 1 neb/6 h.
XILOMETAZOLINA		0.05% 1-2 gotas/8-12h	0.1% 1 neb/8-12h
OXIMETAZOLINA		0.025% 2-3 gotas/12h	0.05% 2-3 neb/12h
TRAMAZOLINA			1.18 mg/ml 1-2 neb/6h.
FENILEFRINA			0.5% 1 neb/4-6h.

Nunca se deben administrar descongestivos en casos de:

- Ø H.T.A.
- Ø Cardiopatía isquémica
- Ø Hipertiroidismo
- Ø Diabetes no controlada
- Ø Tratamiento con IMAO
- Ø Glaucoma de ángulo cerrado
- Ø Embarazo/lactancia

También hay que tener precaución en hipertrófia de próstata no controlada. En estos casos deberán usarse especialidades farmacéuticas que no contengan descongestivos.

TRATAMIENTO DE LA SECRECIÓN NASAL

En los casos en los que la congestión nasal produce una elevada secreción nasal será apropiado el uso de antihistamínicos ya que por su acción antagonista H1 pueden eliminar el lagrimeo, los estornudos y la reinorrea provocada por la secreción excesiva.

En cuanto a sus efectos adversos es importante tener en cuenta el efecto depresor sobre el SNC y que puede provocar también retención urinaria y midriasis. También tienen un efecto broncoconstrictor por lo que debe tenerse en cuenta en pacientes con episodios previos de insuficiencia respiratoria o asma.

Dosificación de antihistamínicos

ANTIISTAMÍNICOS	DOSIFICACIÓN		
	2-6 años	6-12 años	Adultos
CLORFENAMINA	1 mg /4-6 h màx. 6 mg /dia	2 mg /4-6 h màx. 12 mg /dia	4-8 mg /6-8 h 24 mg /dia
DEXCLORFENIRAMINA	0.5 mg /4-6 h màx. 3 mg /dia	1 mg /4-6 h màx. 6 mg /dia	2 mg /4-6 h 6 mg /12 h (retard)
CETIRIZINA		5 mg/dia	10 mg/dia
BROMFENIRAMINA		2-4 mg /6-8 h 12 mg /dia	4-8 mg /6-8 h màx. 24 mg /dia
DEXBROMFENIRAMINA		1 mg /6 h	6 mg/ 12 h màx 12 mg/dia
TRIPROLIDINA	A partir 4 anys: 1 mg /6-8 h màx. 4 mg /dia	1.25 mg /6-8 h. màx. 6 mg /dia	2.5 mg /6-8 h màx. 10 mg /dia
DIFENHIDRAMINA	6.25 mg /4-6 h màx. 38 mg /dia	12.5-25 mg /4-6 h màx. 150 mg /dia	25-50 mg /4-6 h màx. 300 mg /dia

Nunca deben administrarse especialidades farmacéuticas con antihistamínicos en casos de:

- Ø Hipertrofia prostática
- Ø Retención urinaria

- Ø Tratamiento con ADT/ IMAO
- Ø Glaucoma de ángulo cerrado
- Ø Trabajo con maquinaria peligrosa
- Ø Muchas horas de conducción
- Ø Asma
- Ø Embarazo/lactancia

PRINCIPIOS ACTIVOS EN CONGESTIÓN NASAL Y RINITIS ALERGICA

GRUPO TERAPÉUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIÓN	POSOLOGIA	PRECAUCIÓN	CONTRAINDICACIÓN
DESCONGESTIVOS ADRENERGICOS TÓPICOS.	OXIMETAZOLINA	Tratamiento de los síntomas de congestión nasal asociada a rinitis, resfriado, gripe o sinusitis	Adultos y niños >12 años máximo 2 aplicaciones spray al día.	Puede producir congestión de rebote. Suspender de forma gradual alternando las fosas nasales de aplicación.	Hipersensibilidad a Oximetazolina. <6 años.
	XILOMETAZOLINA		Adultos y niños >12 años máximo 3 aplicaciones spray al día. No en niños <12 años.	Pacientes a los que se le ha practicado algún tipo de cirugía con exposición a la duramadre. El abuso produce absorción sistémica, no más de 3 ó 4 días. ¡OJO! en pacientes con Glaucoma, HTA, hipertiroidismo	Hipersensibilidad Xilometazolina. No en rinitis seca, atrófica o vasomotora.
	FENILEFRINA		Adultos y niños >12 años máximo 3-4 aplicaciones al día.	¡OJO! Polimedicados: Pacientes con IMAO en un espacio de tiempo inferior a los 14 días. Antidepresivos tricíclicos.	Hipersensibilidad Fenilefrina. Cardiopatía grave, Diabetes no controlada. <2años. Puede dar positivo en controles de dopaje.
	TRAMAZOLINA		Adultos y niños >6 años, 2-3 gotas ó 3 aplicaciones spray máximo al día	Embarazo y Lactancia solo en ausencia de alternativas.	Hipersensibilidad Tramazolina.
	NAFAZOLINA		Adultos y niños >6 años, 2-3 gotas ó 3 aplicaciones spray máximo al día.	¡OJO! en mayores.	Hipersensibilidad a Nafazolina.
DESCONGESTIVOS ADRENERGICOS SISTEMICOS	FENILEFRINA	DESCRITO EN FICHA GRIPE Y RESFRIADO			
LAVADOS NAALES	SUERO FISIOLÓGICO	Lavado nasal, en spray o en gotas.	Uso diario, humedece y arrastra las secreciones nasales, hasta 6 veces al día. En bebés y niños pequeños son la 1ª elección	¡OJO! con la presión de los dispositivos, pueden arrastrar las secreciones al oído. Esperar para sonarse unos minutos, retirar el goteo.	Hipersensibilidad.
	SOLUCIONES DE AGUA DE MAR	Eliminan las secreciones nasales. Las Hipertónicas tienen mayor poder descongestivo por disminuir el edema por osmosis.	1 ó 2 pulverizaciones por fosa nasal, 3 veces al día, mejor antes de las comidas. Por la noche ayuda a evitar las molestias que perjudican al sueño.	No usar en bebés prematuros. ¡OJO! con la fuerza de nebulización.	Hipersensibilidad al agua de mar, a sus oligoelementos.

GRUPO TERAPÉUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIÓN	POSOLOGÍA	PRECAUCIÓN	CONTRAINDICACIÓN
ANTIISTAMINICOS ANTAGONISTAS H1 SISTÉMICOS	CETIRIZINA	Alivio de los síntomas nasales y oculares de la rinitis alérgica, estacional y perenne, y en urticaria crónica idiopática.	Adultos y >12 años 1 comprimido 10mg/día. Niños de 6-11 ½ comprimido/2 veces día.	En insuficiencia renal ajuste de dosis. En retención urinaria. No antes de un Test de alergia. No hay información insuficiente en embarazo, se excreta en la leche. No tomar alcohol.	Hipersensibilidad a Cetirizina. ¡OJO! excipientes.
	LORATADINA	Alivio de los síntomas nasales y oculares de la rinitis alérgica, estacional y perenne, y en urticaria crónica idiopática.	Adultos y niños > 12 años 10mg/día. Jarabe 10ml(10mg)/día Niños peso <30Kg 5ml(5mg)/día	En insuficiencia hepática ajustar dosis. No antes de un Test de alergia. información insuficiente en embarazo, se excreta en la leche. No tomar alcohol.	Hipersensibilidad a Loratadina. ¡OJO! excipientes.
	EBASTINA	Igual que Cetirizina y Loratadina y también en la dermatitis alérgica.	Adultos y >12 años 1 comprimido/día. Niños de 6-11 ½ de dosis en solución (5ml/día). Niños de 2-5 años 2,5ml/día.	No es de elección en procesos alérgicos agudos, acción lenta. ¡OJO! si el paciente toma rifampicina, antifúngicos azólicos (ketoconazol...) antibióticos macrólidos.	Hipersensibilidad a Ebastina. ¡OJO! excipientes.
CORTICOSTEROIDES APLICACIÓN NASAL	BUDESONIDA	Alivio de la inflamación, el descenso de la permeabilidad capilar y la producción de moco y vasoconstricción. Son ideales en la profilaxis de la rinitis alérgica moderada y persistente.	Adultos y niños > 6 años 1 aplicación en cada fosa nasal 1-2 veces/día. Máximo 400mcg.	Precaución en infecciones respiratorias, bacteriana, fúngica o vírica. No recomendado en embarazo y lactancia. Puede dar positivo en controles de antidopaje.	Hipersensibilidad budesónida. Síntomas de infección en las fosas nasales: secreción con olor, color y espesas.
	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	Igual que budesonida.	>18 años, máximo 200mcg/día. Disminuir según mejoría.	Igual que budesonida.	Hipersensibilidad Beclometasona.

Notas: Los PA estudiados son los más utilizados.

Recordar: En todos los medicamentos de aplicación nasal, gotas o spray siempre hay que limpiar la canula o zona de aplicación en contacto con la fosa nasal con un paño limpio y humedo.

¡OJO! excipientes como el cloruro de benzalconio pueden producir inflamación de la mucosa nasal.

Es importante detectar la tríada clásica: rinorrea, estornudos en salvas y obstrucción nasal. Si la rinorrea se acompaña de dolor facial, unilateral o mal estado general derivar al médico. En el caso de que el paciente sea un anciano, puede ser rinorrea fisiológica senil. Si la nariz está permanentemente obstruida, puede indicar la presencia de un pólipos y hay que derivar al médico. Si se presenta con sordera (oídos taponados), también hay que derivar al médico.

Bibliografía:

1. Panorama Actual Med 2010; 34 (333): 311- 317 Rinitis alérgica: revisión.
2. Efecto de los 2 años de tratamiento con inmunoterapia en pacientes con rinitis alérgica estacional. JAMA. 2017; 317 (6): 615-625.
3. Management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy, 27.03.2014: Allergic rhinitis and its impact on asthma ARIA.
4. Deutsche Apotheker Zeitung 2013; 9: 40
5. UpToDate, 27.03.2014, last updated 14.02.2014: Pharmacotherapy of allergic rhinitis.
6. Ars Medici 2014; 2: 108-114
7. La revue Prescrire 2013; 33 (362 (suppl. interactions)): 525
8. La revue Prescrire Idées-Forces; 01.05.2013: Rhinite allergique saisonnière: traitement /enbref.
9. CKS (Clinical Knowledge Summaries) Guidelines, 31.11.2012: Allergic rhinitis
10. Lancet 2011; 378: 2112–2122 - 2010 Revision, 01.01.2010: Allergic rhinitis and its impact on asthma ARIA

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ªEdición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



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>



www.dicaf.es