

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN CONJUNTIVITIS

INTRODUCCIÓN

La conjuntivitis puede ser infecciosa o alérgica. La infecciosa puede ser causada por una bacteria, un virus o un hongo. En general, la conjuntivitis bacteriana es mucho más frecuente que la vírica o la fúngica, aunque las estimaciones varían enormemente.

Como alergia conjuntival se incluyen una serie de procesos y mecanismos fisiopatológicos complejos en los que intervienen reacciones de hipersensibilidad tipo I. Clínicamente se caracteriza por la presencia de picor, escozor, quemazón, secreción acuosa o lagrimeo, enrojecimiento, y reacción ocular conjuntival. Generalmente en pacientes que padecen otros síntomas concomitantes de atopia.

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.

Generalmente son afecciones de buen pronóstico aunque, el mismo, depende del tipo de alergia conjuntival y del grado de afectación ocular. La alteración de la visión solamente se presenta cuando existe afección corneal, circunstancia que empeora de forma importante el pronóstico. Esto solo ocurre en las queratoconjuntivitis, tanto atópica como vernal que, afortunadamente son las menos frecuentes pero más difíciles de tratar. En caso de tener una consulta relacionada con esta enfermedad y, si tras las medidas higienico dietéticas pertinentes persisten las molestias, se debe derivar al oftalmólogo para que realice el diagnóstico pertinente y prescriba el tratamiento de elección.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA (CA) O RINOCONJUNTIVITIS

La conjuntivitis alérgica (CA) es muy frecuente en la población en general. Normalmente se presenta estacionalmente (conjuntivitis alérgica estacional) aunque en algunos casos puede persistir durante todo el año. Los alérgenos causales pueden ser pólenes, restos epiteliales de animales u otros antígenos ambientales, dependiendo de las diferentes regiones.

La mayoría de las rinoconjuntivitis alérgicas se presentan en la infancia y muchos niños se desensibilizan en la pubertad, pero un 50% aproximadamente vuelven a sensibilizarse 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.

La primera medida a adoptar en estos casos consiste en tratar de evitar el contacto con el alérgeno implicado aunque no siempre es fácilmente identificable, pero se pueden ofrecer consejos para minimizar el contacto con los diferentes tipos de alérgenos.

- **Polinosis:** Debe evitarse salir al campo en la estación de la polinización y si se hace es importante aconsejar el uso de gafas de sol y tener las ventanas cerradas tanto en la casa como en el coche.
- **Ácaros:** Debe desinfectarse la habitación del paciente con algún acaricida y tomar las medidas adecuadas para evitar la acumulación de polvo en la casa.
- Presencia de un animal doméstico: Deberá evitarse el contacto con éste.

Los lavados conjuntivales con suero fisiológico para arrastrar con él los alérgenos adheridos, o la aplicación de compresas de agua fría o bolsas de hielo, alivian parcialmente la sintomatología.

El tratamiento farmacológico de primera elección para la CA es la aplicación de gotas oftálmicas de *Nedrocromil sódico* ya que tiene más potencia para estabilizar la membrana de los mastocitos que el *Cromoglicato*, y su administración cada 12 horas del primero en vez de cada 6 horas del segundo favorece el cumplimiento del tratamiento. Si se conoce el alérgeno y es estacional, el tratamiento debe iniciarse 15 ó 30 días antes de que comience la estación de éste. Ambos fármacos son eficaces para aliviar la sintomatología leve o moderada y sus efectos secundarios son mínimos. El control de los síntomas requiere, al menos, 10-15 días de tratamiento.

Otra alternativa más reciente para uso tópico es la lodoxamina que, además de actuar como estabilizador de la membrana de los mastocitos, actúa también estabilizando la membrana de las células epiteliales teniendo un efecto más potente sin perjuicio de efectos secundarios. También se administra cada 12 horas.

Es frecuente que estos tratamientos no controlen suficientemente la sintomatología durante toda la estación de máxima polinización, en cuyo caso puede añadirse un antihistamínico tópico oftálmico (*Emedastina* o *azelastina*) que deberá administrarse cada 6, 8 ó 12 horas. La *levocabastina 0.05%* es otra posible alternativa que tiene una acción rápida y duradera. Cuando la CA va acompañada de rinitis es aconsejable administrar también un antihistamínico por vía nasal.

Solo excepcionalmente y en casos graves de CA puede ser necesaria la administración de *glucocorticoides* tópicos, pero dado que se trata de una dolencia benigna y recurrente, solo deben aplicarse en casos muy graves ya que los corticoides se asocian con efectos secundarios graves como glaucoma, cataratas e infecciones corneales. Algunos corticosteroides con modificaciones moleculares de su estructura, son más útiles y menos peligrosos para el tratamiento de los problemas alérgicos oculares. En estos casos, si pensamos que puede ser necesario, derivaremos al paciente al oftalmólogo para que indique la conveniencia o no de añadir corticoides en un caso concreto.

Otra alternativa en casos de conjuntivitis muy graves y resistentes a los tratamientos anteriores son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) entre los que son más empleados son el *Ketorolaco* y *Trametamol al 0.5%* y el *Flurbiprofeno* tanto por vía oral como en solución tópica al 0.03%. También la inmunoterapia se ha empleado recientemente y con buenos resultados.

QUERATOCONJUNTIVITIS ATÓPICA (QCA)

Se trata de una afección mucho menos frecuente que la CA. 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.

Las complicaciones de la enfermedad son la queratopatía grave la blefaritis estafilocócica secundaria, las sobreinfecciones herpéticas y bacterianas de la córnea y más raramente, el desprendimiento de retina, son otras complicaciones que pueden aparecer en esta enfermedad.

El tratamiento consiste, básicamente, en buscar un efecto antiinflamatorio y el uso de antihistamínicos tópicos es efectivo y, por vía sistémica, ayudan a controlar algunos síntomas como el escozor y el lagrimeo. A nivel profiláctico los estabilizadores de la membrana de mastocitos contribuyen a evitar el uso de corticoides reservando éstos para que en casos graves y exacerbaciones de la enfermedad, administrados durante periodos cortos ayudan a reducir la inflamación y el edema, evitando sus efectos adversos. También en casos graves se ha utilizado la Ciclosporina A por vía tópica y sistémica. En casos muy graves y resistentes al tratamiento puede ser preciso el trasplante de córnea y, en caso de cataratas, se tratan quirúrgicamente.

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.

El tratamiento farmacológico será con antihistamínicos, estabilizadores de la membrana de los mastocitos y glucocorticoides sistémicos y tópicos durante periodos cortos y siempre bajo el control del oftalmólogo. También se emplean los AINES tópicos. Los resultados conseguidos con *Ciclosporina A* son contradictorios.

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 se destaca:

- 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.

Los fármacos empleados son estabilizadores de membrana (cromoglicato o nedocromil) que son eficaces cuando la intensidad del trastorno es moderada, ya que reduce el escozor y la secreción mucosa. La *Iodoxamina* es otro estabilizador de la membrana de los mastocitos más potente que el *cromoglicato*. También han demostrado eficacia los AINES como el *ketorolaco*. Los corticoides están contraindicados por la incidencia de complicaciones.

Bibliografía:

1. Merck Manual 2018; Allergic Conjunctivitis
2. Conjuntivitis alérgica: opciones de tratamiento. Prescrire Guide Interactions 2018
3. Síndrome del ojo rojo: Hemorragia subconjuntival y conjuntivitis aguda. Panorama Actual Med 2012; 36 (352): 228-233
4. COLIRIOS ANTIBIOTICOS EN CASO DE CONJUNTIVITIS AGUDA. British Medical Journal (2006); 333 : 321-324

PRINCIPIOS ACTIVOS MAS UTILIZADOS EN CONJUNTIVITIS ALERGICA E IRRITACION OCULAR

CONSEJOS PREVENTIVOS	Higiene de parpados con productos específicos, utilizar compresas frías sobre los parpados, lavar de forma frecuente (4-5) con suero fisiológico los ojos, si lo tenemos en nevera la sensación de alivio aumenta. También son útiles los baños oculares de suero fisiológico. Utilizar colirios humectantes sin conservantes (Ficha ojo seco), consultar sobre el uso de lentes de contacto, si es posible no usarlas mientras duren los síntomas, evitar salir al campo sobre todo si es conjuntivitis estacional: (de 5-10 de la mañana > el polen y de 7-10 de la tarde se enfría el aire y el polen desciende), estar informado de los niveles de polen en el ambiente, facilitados por la sociedad Española de Alergología e inmunología Clínica. No tender la ropa en el exterior el polen se adhiere a ella. EVITAR FROTAR LOS OJOS empeora los síntomas y puede contribuir a lesionar la córnea, utilizar gafas de sol bien cerradas en los laterales, hay modelos diseñados para la conjuntivitis alérgica, evitar ambiente cargado, frio o calor (en invierno si llueve poco aumenta la contaminación) y también pueden ser desencadenantes. FATIGA VISUAL: La iluminación debe ser buena, un ambiente limpio, sin humos, trabajos intensos en tiempo con la vista fija en pantallas, lectura..., provocan un enrojecimiento conjuntival leve, confusión de letras y líneas, incluso dolor de cabeza. Si hay que aplicar un colirio y una pomada oftálmica, SIEMPRE PRIMERO EL COLIRIO Y ESPERAR AL MENOS 5-10 MINUTOS. ¡OJO! ¡con los conservantes, el más utilizado el cloruro de benzalconio con acción proinflamatoria y prooxidante sobre la superficie ocular. EXPLICAR COMO SE DEBEN UTILIZAR DE FORMA CORRECTA LOS COLIRIOS, NO DAR NADA POR OBVIO ES EL MEJOR CONSEJO			
GRUPO TERAPEUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA	PRECAUCIONES	CONTRAINDICACIONES
ANTIISTAMINICOS H1	LEVOCABASTINA	Adultos 1 gota por ojo/ 2 veces al día. D. Máxima 1 gota en cada ojo, 3 o 4 veces al día. Pacientes de edad avanzada: No existen datos suficientes. Niños y adolescentes de 4 a < 18años 1 gota por ojo, 2 veces al día. Niños < 4 años no existen datos suficientes. Aconsejar no utilizar más de 6 semanas seguidas, sin consultar con el medico	¡OJO! ¡con los conservantes, en concreto el cloruro de benzalconio: Puede producir irritación ocular, evitar el contacto con las lentes de contacto blandas, altera su color, retirar las lentes de contacto antes de la aplicación y esperar al menos 15 minutos antes de volver a colocarlas. No hay información suficiente en Embarazo, Lactancia se excreta en la leche	Hipersensibilidad a la Levocabastina y/o conservantes < 4 años En conjuntivitis alérgica perenne en < 12 años
	AZELASTINA Existe sin conservantes	Ídem Levocabastina	Ídem Levocabastina	Hipersensibilidad a Azelastina Ídem Levocabastina
	EMEDASTINA	Ídem anteriores	Ídem anteriores Se han observado infiltrados corneales oculares coincidiendo con su uso, interrumpir el tratamiento	Hipersensibilidad a Emedastina Ídem anteriores
	KETOTIFENO Existe sin conservantes	Ídem anteriores	Ídem anteriores	Hipersensibilidad a Ketotifeno. Ídem anteriores
	BILASTINA	Ídem anteriores	Ídem anteriores	Hipersensibilidad a Bilastina

INHIBIDORES DE LA DEGRANULACION DE MASTOCITOS Estos medicamentos se aconseja utilizarlos entre 15-30 días antes del comienzo de la polinización, siempre que se conozca el o los pólenes causantes. En muchos casos se utilizan junto con Anti H1 por su lentitud de respuesta	CROMOGLICATO DISÓDICO Indicado en adultos y niños > 4 años para profilaxis y tratamiento sintomático de conjuntivitis alérgica estacional, perenne, queratoconjuntivitis vernal y conjuntivitis papilar gigante	Adultos y > 65 años y niños > 4 años. La dosis es de 1 o 2 gotas en el saco conjuntival del ojo u ojos afectados, 4 a 6 veces al día, El número de aplicaciones diarias y la duración del tratamiento según criterio médico. La respuesta es lenta y puede ser necesario prolongar el tratamiento hasta 6 semanas.	No utilizar lentes de contacto durante el tratamiento con este medicamento ¡OJO ¡conservantes y el uso prolongado No existe suficiente información en su uso en embarazo y lactancia. Puede aparecer al principio picor, lagrimeo	Hipersensibilidad al cromoglicato disódico y/o excipientes
	NEDOCROMILO	Adultos. y niños > 6 años: 1 gota/2 veces día, 4-6 semanas, Incrementar si es necesario a 4 veces al día.	Niños de 3 a 6 años y ancianos (experiencia limitada). Embarazo precaución sobre todo el 1º trimestre, lactancia no se dispone de suficiente información. ¡OJO ¡conservantes	Hipersensibilidad al Nedocromilo y/o excipientes
CORTICOIDES OFTÁLMICOS indicado para el tratamiento de procesos inflamatorios no infecciosos de las conjuntivas palpebral y bulbar, córnea y segmento anterior del ojo, que responden a corticosteroides.	FLUOROMETALONA	Adultos y > 3 años 1 gota 2 a 4 veces al día. Si el caso lo requiere, se puede administrar durante las primeras 24 -48 horas de tratamiento cada 4 horas. No más de 10 días	Control regular de la PIO: El uso prolongado de corticosteroides oftálmicos puede provocar aumento de la PIO, pudiendo causar glaucoma, a veces con afectación del nervio óptico, disminuyendo la agudeza visual y causando defectos en el campo visual. También > el riesgo de catarata subcapsular posterior. Este riesgo> en diabetes y miopía. Aumenta la sensibilidad a infecciones oculares secundarias, se reduce la resistencia a infecciones. El uso prolongado puede enmascarar la existencia de infección, igual con las infecciones fúngicas, las cuales deberían sospecharse en pacientes con ulceración corneal persistente. El uso oftálmico de corticosteroides puede retrasar la cicatrización de heridas corneales, asociados a AINES oftálmicos puede aumentar el potencial de problemas de cicatrización. En niños el > PIO puede ser más severa y grave. No hay datos suficientes en embarazo y lactancia	Hipersensibilidad y/o a alguno de los excipientes. Está contraindicado en caso de infecciones oculares víricas o bacterianas, queratitis por herpes simple (queratitis dendrítica), vaccinia, varicela, así como infección por micobacterias y en afecciones fúngicas oculares
	HIDROCORTISONA	Adultos y > 65 años 2 gotas de 2 a 4 veces día, máximo 14 días. No en niños		
	PREDNISOLONA	Adultos y > 65 años 1 gota de 2 a 4 veces día, máximo 14 días. No en niños		
	DEXAMETASONA	Adultos y > 65 años una o dos gotas tres veces al día. La dosis puede incrementarse siempre según criterio médico. No más de 14 días. No en niños		

refractiva, en conjuntivitis crónicas no infecciosas, en inflamación, dolor ocular y fotofobia	y cataratas		uso de AINEs y corticosteroides por vía tópica, se han observado casos de queratitis puntata o alteraciones corneales, normalmente tras una aplicación frecuente. No hay información suficiente en embarazo y lactancia	reacciones cruzadas
VASOCONSTRICTORES	NAFAZOLINA, FENILEFRINA, TETRIZOLINA: Irritación ocular debida a estilo de vida: sueño, muchas horas frente al ordenador, irritación por espacios cerrados con humo, natación en agua clorada. Adultos: 1-2 gotas/3-4 veces al día; no aplicar más de 5 veces/día, NO MAS DE 3-5 DIAS Y SOLO INDICADO EN ESTAS SITUACIONES. Alta absorción sistémica. Producen una midriasis dosis dependiente y efecto cicloplegico sobre la acomodación visual. No en niños. Precauciones: HTA, arterioesclerosis avanzada, hipotensión ortostática, diabetes mellitus insulino-dependiente de larga duración, cardiopatías incluyendo cardiopatía isquémica grave; riesgo de congestión ocular de rebote en uso crónico; evitar el contacto con las lentes de contacto blandas; retirar lentes de contacto antes de la aplicación y esperar al menos 15 minutos antes de volver a colocarlas, Evitar en embarazo y lactancia. Contraindicaciones: Hipersensibilidad; glaucoma primario, y principalmente glaucoma de ángulo estrecho; tratamiento con IMAO (concomitante o en los 21 días previos al inicio del tratamiento); hipertiroidismo grave; rinitis seca. Reacciones adversas: Conjuntivitis alérgica, midriasis, trastornos de la acomodación visual e irritación ocular; dermatitis de contacto periorbital alérgica.			

SINTOMAS DEFIRENCIALES DE CONJUNTIVITIS ALERGICA: picor en general en la zona naso palpebral, escozor, enrojecimiento de la conjuntiva (membrana que cubre el interior de los párpados y la parte anterior del globo ocular), LA VISIÓN ES NORMAL, si hay secreción está es blanca, clara, congestión y enrojecimiento de la conjuntiva. Si va acompañado de rinitis y estornudo están indicados los antihistamínicos H1 orales (ficha rinitis y congestión nasal). Es muy común la asociación conjuntivitis/ojo seco.

DERIVAR AL MEDICO: Siempre con la indicación de limpieza de párpados, lavados con suero fisiológico y colirios humectantes, así como todos los consejos preventivos adecuados a cada paciente y situación. Siempre que la conjuntivitis curse con secreción purulenta, amarillenta (conjuntivitis infecciosa). Si existe disminución de la agudeza visual, visión borrosa y/o fotofobia. Si el tratamiento indicado no mejora los síntomas en 3 días. Pacientes inmunodeprimidos. Si los párpados están edematosos, inflamados. No hay respuesta al tratamiento indicado. Niños de menos de 10 años. Si aparece dolor en el ojo.

QUERATOCONJUNTIVITIS VERNAL: Episodio severo de conjuntivitis alérgica estacional, más común en niños en la primera década. Se utilizan colirios antihistamínicos H1, antiinflamatorios (AINE), corticoides, ciclosporina A, Tacrolimus en F. Magistral, todos ellos en colirio. Pacientes con antecedentes de enfermedades atópicas (asma, dermatitis...), escozor muy intenso, aparición inmediata, ojo rojo, lagrimeo, edema conjuntival y palpebral. Puede llegar a producir daño corneal y pérdida de visión.

QUERATOCONJUNTIVITIS ATOPICA: JUNTO CON LA Q. Vernal son las formas más graves de conjuntivitis, puede llegar a producirse úlceras, los síntomas son muy intensos y agudos.

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL: Se puede presentar a cualquier edad, un acceso de tos, estornudo, un esfuerzo físico, se produce por una rotura capilar debajo de la conjuntiva, desaparece en 10-15 días. Solo es relevante si el paciente esta en tratamiento con anticoagulantes, puede ser un excelente motivo para aconsejar la visita al oftalmólogo, sobre todo en adultos y mayores.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS

AULADicaf 2020. Medicamentos biológicos. Indicaciones, papel en terapéutica y seguridad.

http://www.dicaf.es/aula_curso.php?course=23

En la patogenia de las enfermedades alérgicas está implicada la inmunoglobulina E (IgE) induciendo procesos inflamatorios de diferente localización, con predominio en la piel y en la mucosa respiratoria. Entre estas enfermedades se incluyen el Asma Alérgica y Eosinofílica (AA y AE), la Urticaria Crónica Espontánea (UCE) y la Dermatitis Atópica (DA). Todas ellas cuentan con tratamientos de primera línea, pero en casos graves, mal controlados o que no responden al tratamiento se puede recurrir al tratamiento con fármacos biológicos.

-Asma alérgica y asma eosinofílica:

El objetivo del tratamiento del asma es prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo. Los tratamientos de primera línea son los agonistas β_2 -adrenérgicos de corta o larga duración, los anticolinérgicos inhalados, los corticosteroides inhalados (u orales en casos de crisis graves) y, en ocasiones, antagonistas de los leucotrienos (como montelukast). En casos graves, con numerosas exacerbaciones es cuando se plantea la necesidad de usar un fármaco biológico.

-Urticaria crónica espontánea:

El objetivo del tratamiento es eliminar los síntomas, es decir, el picor y la aparición de habones. En primera línea se utilizan antihistamínicos anti-H1 de segunda generación orales y tandas cortas de corticoides orales en las exacerbaciones. En casos graves, no controlados con las terapias de primera línea, se pueden usar fármacos biológicos.

-Dermatitis atópica:

El objetivo del tratamiento es controlar el picor y evitar la aparición de lesiones producidas por el rascado y la infección de éstas. El tratamiento de primera línea dependerá de la gravedad de la dermatitis, y va desde tratamiento tópico con cremas emolientes a tratamientos con corticoides o inhibidores de la calcineurina tópicos (como el tacrolimus), antisépticos, terapia ultravioleta, o en casos más graves, inmunosupresores como metotrexato, azatioprina y ciclosporina. En casos en los que hayan fracasado todas estas terapias, pueden utilizarse fármacos biológicos.

Se utilizan diversos fármacos biológicos contra diversas dianas en el tratamiento de las enfermedades alérgicas.

En el caso del asma, los fármacos biológicos se pueden utilizar conjuntamente a la terapia de base. En el caso de la UCE y la DA, la idea del tratamiento biológico es minimizar la terapia de base, ya que se trata de fármacos con muchos efectos adversos a largo plazo. Puede mantenerse el tratamiento tópico con emolientes.

La duración del tratamiento con estos fármacos biológicos aún está poco establecida. En el caso del AA y el AE, el tratamiento, en principio, es a largo plazo, y en algún caso podría suspenderse temporalmente para comprobar si no se producen exacerbaciones en ausencia del fármaco o bien espaciar las dosis. En el caso de la UCE y la DA, las fichas técnicas de omalizumab y dupilumab no establecen duración del tratamiento, aunque en la práctica clínica habitual, en el tratamiento de la UCE suele espaciarse en casos en los que la enfermedad está muy bien controlada.

Si aparecen reacciones locales de carácter leve se pueden aplicar geles o recomendar analgésicos y antihistamínicos de forma puntual.

Es importante incidir en el tratamiento coadyuvante de todas estas patologías ya que los pacientes suelen ser poco adherentes a éste. En el caso del asma, puede controlarse desde la oficina de farmacia si el paciente sigue regularmente su tratamiento inhalador, y si se detecta falta de adherencia, es necesario hacer un abordaje, ya que el éxito del control de las exacerbaciones dependerá de que se cumpla todo el tratamiento. En cuanto a los trastornos dermatológicos, es importante no descuidar el cuidado tópico de la piel.

Seguridad: los fármacos biológicos presentan un buen perfil de seguridad. Generalmente la suspensión del tratamiento es superior en el caso de las terapias clásicas que en el caso de las terapias biológicas. Tampoco presentan toxicidad acumulada que limite su uso continuado y a largo plazo.

Efectos secundarios: Los efectos adversos más frecuentes son las reacciones en el lugar de inyección (eritema leve, dolor, picor o inflamación) en los administrados de manera subcutánea y reacciones relacionadas con la administración intravenosa. También las reacciones anafilácticas.

También hay que tener en cuenta el mayor riesgo de infecciones parasitarias, en el caso de omalizumab (por disminución de la IgE circulante), las infecciones de tracto respiratorio superior y urinarias con mepolizumab, y conjuntivitis y herpes oral en el caso de dupilumab. Un efecto adverso común a la mayoría de fármacos y bastante frecuente es la cefalea.

Interacciones: los agentes biológicos no presentan interacciones con otros principios activo. En el caso de omalizumab, hay que tener en cuenta que puede disminuir la eficacia de tratamientos usados en infecciones helmínticas u otros parásitos.

Contraindicaciones: en general estos fármacos sólo están contraindicados en pacientes con hipersensibilidad conocida al principio activo.

Consejos para la vida diaria: En el caso de los fármacos subcutáneos, se recomienda no romper la cadena de frío y guardarlos en la nevera entre 2 y 8 °C. Se recomienda sacar el medicamento de la nevera media hora antes de su administración para que se atempera, y rotar los lugares de inyección.

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>