

RINITIS ALÉRGICA

Emma Zardain Tamargo.
CIM

La rinitis es la inflamación de las membranas mucosas que tapizan la nariz. Puede ser de origen alérgico, infeccioso, vasomotor, iatrogénico, entre otros. Aparece obstrucción nasal, secreción (rinorrea), picor, ardor, etc. La secreción nasal acuosa o clara sugiere rinitis alérgica o vasomotora, si es amarilla o verdosa, infección vírica o bacteriana. Junto con malestar general y fiebre leves, es típica del catarro común.

La *rinitis vasomotora* comparte síntomas de la rinitis alérgica pero se relaciona con cambios de temperatura ambiental o humedad, ansiedad, ingesta de sustancias vasoactivas, comidas o bebidas.

El taponamiento nasal y la rinorrea pueden asociarse con traumatismos o alteraciones nasales estructurales (desviación de tabique, pólipos) o con exposición a irritantes (tabaco, contaminación) o cambios hormonales (embarazo) y trastornos endocrinos (hipotiroidismo, acromegalia).

La rinitis puede ser también un efecto secundario de medicamentos (*anticonceptivos orales y estrógenos, beta-bloqueantes, alfa-agonistas, haloperidol, clorpromazina, acetilsalicílico y otros AINE, metildopa, clonidina, guanetidina, hidralazina, fentolamina, IECA, prazosina, terazosina*) o abuso de descongestionantes nasales o drogas (alcohol, cocaína).

En la **rinitis alérgica**, también conocida como "*fiebre del heno*", la inflamación está inducida por exposición a alérgenos (polen, polvo, gatos, etc) y consiguiente sensibilización. Es una enfermedad leve pero muy frecuente. La prevalencia¹ de rinitis alérgica en la población europea está alrededor del 25% (21,5% en España).

La **clasificación**¹ actual distingue entre rinitis alérgica intermitente (antes llamada estacional) o persistente (antes perenne). En la *rinitis alérgica intermitente* hay síntomas durante menos de 4 días a la semana o durante menos de 4 semanas seguidas. En la *rinitis persistente* los síntomas están presentes más de 4 días a la semana y más de 4 semanas.

Según la gravedad de los síntomas y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, se clasifica en leve y moderada/grave. En la rinitis leve no hay alteración del sueño ni de las actividades diarias (trabajo, escuela, deporte), ni síntomas muy molestos.

SÍNTOMAS¹⁻³

La rinitis alérgica se caracteriza por la presencia de dos o más síntomas como: rinorrea acuosa anterior, estornudos especialmente si son paroxísticos y continuados, taponamiento nasal, picor nasal, conjuntivitis. Esos síntomas están presentes durante más de 1 hora, en la mayor parte de los días.

En algunos pacientes la obstrucción nasal es el síntoma principal. Normalmente en la rinitis alérgica no hay síntomas unilaterales, secreción nasal mucopurulenta, goteo postnasal (rinorrea posterior) con moco espeso y/o sin rinorrea anterior, dolor, epistaxis (sangrado nasal) recurrente, anosmia (pérdida del olfato).

Síntomas oculares: Aunque no aparece siempre, hasta el 70% de los pacientes con rinitis alérgica tienen también afectación ocular con conjuntivitis alérgica. Se caracteriza por síntomas bilaterales, ojos rojos, lagrimeo, picor, sin fotofobia. La fotofobia (sensibilidad a la luz) es un síntoma importante y si aparece, el paciente debe remitirse al médico.

RINITIS ALÉRGICA Y ASMA¹⁻³

La rinitis alérgica coexiste a menudo con el asma (50% de pacientes tiene asma) y se considera un factor de riesgo para el asma. En asmáticos, la rinitis puede asociarse con mal control de la enfermedad. En los pacientes con rinitis persistente deben investigarse síntomas de asma y en los pacientes con asma hay que buscar síntomas de rinitis.

Hay que sospechar asma en pacientes con ataques inicial o recurrentes de estornudos, tos

nocturna, tos o estornudos con el ejercicio, dificultad para respirar. Estos pacientes deben remitirse al médico.

ENTREVISTA AL PACIENTE Y EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS/SIGNOS.¹⁻³

Para responder a una consulta de indicación farmacéutica de un paciente que solicita tratamiento para una posible rinitis alérgica, hay que obtener la información suficiente para identificar o descartar señales de alarma o que requieren remitir el paciente al médico. Además, considerar la edad del paciente, si se trata de una embarazada o madre lactante y la situación clínica del paciente. Conviene averiguar:

- ¿Desde cuando tiene los síntomas? ¿ha usado algo para tratarlos? ¿le ha ido bien?
- Intensidad y frecuencia de los mismos, ¿Es estacional o persistente? ¿Altera el sueño o la actividad diaria?
- ¿Se asocia con desencadenantes conocidos?
- ¿Tiene otras enfermedades como asma, eczema...?
- ¿Toma algún medicamento?

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL MÉDICO¹⁻³

Está indicado el tratamiento por el farmacéutico en los pacientes con síntomas compatibles con rinitis alérgica leve (persistente o intermitente) y moderada/grave intermitente. Los pacientes con rinitis moderada/grave persistente deben remitirse al médico y también:

- Pacientes que presentan síntomas de rinitis duraderos, moderados o intensos, aunque se pueda dar tratamiento inicial, mientras se espera la consulta médica.
- Embarazadas: algunos medicamentos recomendables están restringidos durante el embarazo.
- Niños menores de 6 años, por la dificultad de identificar el trastorno y seleccionar el medicamento apropiado.
- Síntomas que sugieren asma: ataques de estornudos, tos molesta especialmente nocturna, tos o estornudos con el ejercicio, dificultad para respirar.
- Síntomas de mal control en paciente con asma: síntomas que alteran el sueño o la actividad diaria, síntomas de asma diurnos, usa el inhalador broncodilatador rápido más de 1 vez al día...
- Síntomas de infección: secreción nasal mucopurulenta, dolor de garganta, mialgia, fiebre.
- Sospecha de rinitis medicamentosa o de origen iatrogénico.
- Síntomas no compatibles con rinitis alérgica:

síntomas unilaterales, sangrado, dolor, fiebre...

- Síntomas que no responden al tratamiento farmacéutico inicial en 1-2 semanas.
- Efectos adversos molestos debidos a los medicamentos recomendados.
- Pacientes con contraindicaciones para la medicación sin receta.

TRATAMIENTO¹⁻³

El objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas y que el paciente pueda continuar con su actividad diaria sin problemas.

El suero fisiológico (cloruro sódico 0,9 %), en gotas nasales, puede aliviar la congestión nasal facilitando la fluidez del moco. En aplicación ocular, puede aliviar el picor.

La *evitación de los alérgenos conocidos* es difícil de aplicar en la práctica y sus beneficios no están claros, aunque algunos consejos sencillos como mantener las ventanas cerradas y limitar la actividad al aire libre durante la estación con más polinización puede reducir los síntomas de los alérgicos al polen. Para disminuir la exposición a los ácaros del polvo doméstico se recomienda lavado semanal de la ropa de cama con agua caliente (55-60 °C), no usar almohadas, edredones etc de plumas, evitar moquetas y alfombras, limpiar frecuentemente con aspirador o no tener mascotas si hay alergia a animales, etc.

MEDICAMENTOS PARA LA RINITIS ALÉRGICA¹⁻⁵

Para seleccionar el tratamiento se valora la intensidad y la duración de la enfermedad, las preferencias del paciente o los síntomas más molestos, otras patologías concomitantes y la eficacia, disponibilidad (sin receta o de prescripción) y costo de los medicamentos.

La *administración intranasal* (gotas o nebulización) de algunos fármacos mejora la eficacia y evita efectos sistémicos indeseables. Hay que explicar la técnica de aplicación adecuada, especialmente en el caso de sprays: sonarse para limpiar la nariz, agitar el envase y, mirando hacia el suelo, aplicar en cada fosa nasal, dirigiendo el chorro hacia un lateral y no hacia arriba, para evitar lesionar la mucosa. Luego aspirando por la nariz apretar una vez el dosificador para aplicar el medicamento, finalmente retirar el aplicador y espirar por la boca.

En la rinitis alérgica se utilizan *corticoides tópicos nasales u orales* (en síntomas moderados o graves, en tratamientos de corta duración), *antihistamínicos orales o tópicos* (intraoculares o intranasales), *descongestionantes* (simpaticomiméticos) nasales u orales, *anticolinérgicos intranasales* (bromuro de ipratropio), *cromonas intranasales y oculares*, *antileucotrienos* (montelukast) según los síntomas predominantes.

Fármacos / Eficacia	Obstrucción nasal	Rinorrea	Conjuntivitis
Corticoides intranasales	***	***	**
Antihistamínicos orales	**	**	**
Antihistamínicos intranasales	**	**	--
Antihistamínicos (colirio)	--	--	**
Descongestionantes intranasales	***	--	--
Descongestionantes orales	**	--	--
Antileucotrienos	**	**	**
Anticolinérgicos intranasales	--	**	--
Cromonas (colirio)	--	--	**
Cromonas intranasales	*	*	--

*** Muy eficaz, ** Eficaz, * Algo eficaz, -- Sin efecto

Corticoides intranasales: Son de elección para la rinitis alérgica moderada o intensa tanto en adultos como en niños. Son lo más eficaz para la obstrucción nasal, pero su acción es prolongada y de inicio más lento (2-7 horas, máximo efecto en unas 12h). Son preferibles los más modernos, de menor biodisponibilidad sistémica (budesonida, fluticasona, mometasona,), especialmente en niños. Son bien tolerados y se pueden usar en tratamientos largos sin riesgo de atrofia mucosa. En España son medicamentos de prescripción.

Antihistamínicos: Los antihistamínicos anti-H1 actúan bloqueando los receptores H1 periféricos de la histamina y algunos (los llamados de primera generación o "clásicos") también a nivel central. Los antihistamínicos se diferencian en la duración acción y en la incidencia de sedación y efectos antimuscarínicos. Los antihistamínicos de primera generación o antihistamínicos sedantes, incluyen alquilaminas (*bromfeniramina, clorfeniramina, triprolidina, dexclorfeniramina*), etanolaminas (*carbinoxamina, clemastina, difenhidramina*), etilenodiaminas (*tripelenamina*), fenotiazinas (*prometazina y alimemazina*), piperazinas (*hidroxizina*) y piperidinas (*azatadina*). Los de 2ª generación o no sedantes, son *azelastina* (en colirios e intranasal), *cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina* (metabolito activo de terfenadina), *levocabastina, levocetirizina, loratadina, mizolastina, olopatadina, terfenadina, rupatadina*.

Los antihistamínicos son de efecto rápido (inicio de acción en 15 minutos para los intranasales y 3h para los no sedantes orales) y adecuados para tratar los síntomas ocasionales y la rinitis leve. Reducen el picor, estornudos y rinorrea acuosa pero el taponamiento nasal responde mejor a los corticoides intranasales. Los antihistamínicos también alivian la irritación ocular y faríngea y son fáciles de usar. Para los síntomas oculares, corticoides intranasales y antihistamínicos son igualmente eficaces.

Todos los *antihistamínicos H1* tienen una eficacia parecida, aunque la respuesta individual a un fármaco en particular puede variar. Los antihistamínicos sedantes también tienen efectos adversos antimuscarínicos que limitan su uso en ancianos, hiperplasia de próstata, glaucoma, etc. Los de segunda generación producen menos sedación y alteraciones psicomotoras, permiten toma única diaria y son de elección para el tratamiento de la rinitis alérgica y la conjuntivitis en adultos y niños. Algunos (terfenadina, ebastina) pueden afectar la conducción cardíaca, especialmente en dosis altas o por interacciones con inhibidores enzimáticos (antifúngicos azólicos, macrólidos, zumo de pomelo) que reduzcan su metabolismo.

Los antihistamínicos de segunda generación tópicos nasales (*levocabastina, azelastina*) son tan eficaces como los orales y con inicio de acción más rápido. En España sólo están disponibles en medicamentos de prescripción.

Descongestionantes nasales. Son eficaces para la obstrucción nasal. Por vía intranasal son más eficaces y más rápidos que por vía oral pero debe restringirse su uso por el desarrollo de taquifilaxia y congestión de rebote. Pueden causar rinitis medicamentosa difícil de tratar.

Por vía oral, se usan solos o asociados con antihistamínicos para la obstrucción nasal de la rinitis pero hay que valorar sus efectos adversos y contraindicaciones. En colirio, sólo reducen el enrojecimiento ocular.

Anticolinérgicos intranasales: Por vía tópica casi no tienen efectos sistémicos, aunque se recomienda precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, hiperplasia prostática u obstrucción vesical. El bromuro de ipratropio intranasal es eficaz para la rinorrea de la rinitis alérgica. En España está comercializado en medicamentos de prescripción.

Cromonas intranasales y oculares. Cromoglicato y nedocromilo intraoculares son muy

eficaces. Por vía intranasal la eficacia es menor y el efecto pasajero. En España hay medicamentos de prescripción con cromoglicato intranasal y con nedocromilo en colirios.

Antileucotrienos. Montelukast es eficaz para el tratamiento de todos los síntomas de la rinitis alérgica, incluso los oculares, con muy buena tolerancia. Se puede usar en niños pequeños y embarazadas. En España, los medicamentos con este fármaco necesitan receta.

Inmunoterapia específica: Es el único tratamiento que puede modificar la evolución de la enfermedad con posibilidad de curarla. Se administran cantidades crecientes de un extracto alérgico específico para disminuir la reactividad orgánica, reduciendo la intensidad y duración de los síntomas en posteriores exposiciones al alérgeno causante. El extracto alérgico se elabora a partir de los componentes activos de sustancias animales o vegetales. Está indicada en pacientes con rinitis alérgica moderada o grave o con rinitis persistente, en los que se haya demostrado se debe a alérgenos con eficacia comprobada, como ácaros del polvo doméstico, pólenes, derivados epidérmicos de algunos animales domésticos, algunos hongos y alérgenos ocupacionales (harinas de cereales). La inmunoterapia en pacientes bien seleccionados es muy eficaz. Los nuevos inmunoterápicos no individualizados de aplicación sublingual no han sido comparados con los de aplicación subcutánea o con los medicamentos orales sintomáticos⁴.

MEDICAMENTOS SIN RECETA PARA LA RINITIS ALÉRGICA¹⁻⁵

Antihistamínicos.

En España hay varios antihistamínicos clásicos autorizados para uso sin receta (clemastina, dimetindeno, difenhidramina, dexclorfeniramina, etc) pero no siempre están comercializados los preparados correspondientes. En cuanto a los no sedantes, después de la cetirizina⁶, loratadina es el segundo fármaco del grupo formulable en medicamentos sin receta. En 2007 se autorizó su inclusión en medicamentos publicitarios para adultos y niños a partir de 6 años, comercializándose como publicitarios preparados con loratadina previamente de prescripción. La misma Orden Ministerial⁷ también autorizó la *azelastina* en preparados tópicos oculares sin receta, si bien los dos medicamentos comercializados actualmente son de prescripción. Con la Ley 25/2009 de Garantías, de 22 de diciembre, y el Real Decreto 109/2010, de 5 de febrero⁸, desapareció la autorización preceptiva como medicamento publicitario dada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)⁹, y las siglas EFP identificativas del etiquetado. Ahora

ya no es obligatorio actualizar la lista de medicamentos sin receta mediante orden ministerial.

Se dispone de preparados sin receta con antihistamínicos por vía tópica nasal u orales. A veces se asocian con descongestionantes nasales si bien las combinaciones fijas de antihistamínicos sedantes y descongestionantes no se recomiendan por los efectos adversos de ambos.

Efectos adversos. Antihistamínicos clásicos: sedación, somnolencia, trastornos motores, cefalea, mareo, dolor abdominal, sequedad de boca, visión borrosa, aumento de la presión intraocular, retención urinaria. Niños y ancianos son más susceptibles a los efectos adversos. En ancianos: vértigo, confusión, hipotensión. En niños: efecto paradójico (excitación, inquietud, insomnio). Antihistamínicos de 2ª generación (loratadina, cetirizina): a dosis altas pueden producir sedación.

Interacciones: Antihistamínicos clásicos: alcohol y depresores del SNC, IMAO. Cetirizina y loratadina no interactúan de manera significativa con inhibidores enzimáticos.

Contraindicaciones y precauciones. Antihistamínicos clásicos: precaución en hepatopatías, ajustar dosis en la insuficiencia renal. Precaución en la epilepsia. Cetirizina: Ajustar dosis en insuficiencia renal. Loratadina: Insuficiencia hepática (ajuste de dosis, aclaramiento reducido). En caso de test cutáneos de alergia, interrumpir la administración de antihistamínicos varios días antes de la prueba.

Descongestionantes nasales (simpaticomiméticos alfa-estimulantes).

Solos o asociados con antihistamínicos, figuran en muchos preparados sin receta. La combinación es sinérgica pero los efectos adversos se suman. Con una duración de acción corta (4-6 h) están fenilefrina, tramazolina. Nafazolina, oximetazolina, xilometazolina tienen una acción más prolongada (8 a 12 h).

Orales: está comercializada la pseudoefedrina, sola y asociada con antihistamínicos (cetirizina, dexbromfeniramina, triprolidina). La combinación con antihistamínicos orales sedantes no se recomienda por los efectos adversos. **Intranasales:** oximetazolina, xilometazolina. Sólo deben usarse en tratamientos cortos (no más de 3-7 días), para evitar el efecto rebote (rinitis medicamentosa). **Colirios:** disponibles sin receta fenilefrina, nafazolina, oximetazolina, tetrizolina, sólo actúan sobre el enrojecimiento ocular.

Efectos adversos: Los más comunes son hipertensión, palpitaciones, inquietud, insomnio, temblor, cefalea, sequedad de mucosas, retención urinaria (menos frecuentes en administración tópica).

Interacciones: IMAO (riesgo de crisis hipertensiva), antidepresivos tricíclicos.

Contraindicaciones y precauciones: hipertensión, hipertiroidismo, diabetes mellitus, arritmias, enfermedad coronaria, glaucoma, hipertrofia prostática.

NIÑOS¹⁻⁵

La rinitis alérgica es más prevalente en escolares. Los niños a partir de los 6 años con rinitis alérgica leve pueden recibir tratamiento farmacéutico. Como en adultos, loratadina y cetirizina son los medicamentos sin receta de elección, a las dosis correspondientes. Sin embargo, es recomendable la visita al pediatra por la posibilidad de asma u otros problemas asociados.

EMBARAZO Y LACTANCIA¹⁰⁻¹³

La *rinitis del embarazo* es muy frecuente, y se debe a cambios fisiológicos del embarazo, sin signos ni síntomas de infección o alergia y que desaparece totalmente 2 semanas después del parto. En estos casos, los corticoides nasales no son muy eficaces, pero pueden usarse si están indicados para otros tipos de rinitis. Los descongestionantes nasales proporcionan alivio temporal lo que puede favorecer su abuso.

Para rinitis alérgica, los medicamentos sin receta disponibles en España advierten no usar en embarazo por lo cual, en la farmacia es preferible recomendar lavados con suero fisiológico y consultar al médico. Las cromonas son seguras en embarazo, pero no están disponibles sin receta. El uso de antihistamínicos en embarazo es discutido y en general, los fármacos del grupo tienen calificación B o C de la FDA. Azatadina, clorfeniramina, dexclorfeniramina, tripelenamina, cetirizina, tienen la categoría B de la FDA. Aunque en España la ficha técnica de loratadina (categoría B) advierte que no está establecida la seguridad en el embarazo y por tanto no la recomienda, en otros países⁵ se considera como alternativa o adjunto a los corticoides nasales (budesonida es categoría B).

Madres lactantes: Varios antihistamínicos se excretan en leche y los de primera generación pueden reducir la secreción láctea. Cetirizina y loratadina se consideran seguros y compatibles con la lactancia, aunque las fichas técnicas no recomiendan su uso.

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SEGUIMIENTO

- Los medicamentos disponibles alivian los síntomas y no tienen efecto duradero al interrumpir el tratamiento. Por ello, en la rinitis persistente es necesario un tratamiento de mantenimiento.

- Excepto en el caso de los descongestionantes nasales, el tratamiento prolongado es eficaz y no hay taquifilaxia (pérdida de efecto por uso a largo plazo).

- La mayoría de los medicamentos recomendados pueden usarse durante largo tiempo sin efectos adversos de importancia.

- Algunos medicamentos para la rinitis (antihistamínicos) pueden producir somnolencia, tenerlo en cuenta si el paciente va a conducir o desarrolla tareas que requieren especial atención.

- Los efectos sedantes de los antihistamínicos aumentan si se toma alcohol.

- Si se tienen que hacer pruebas cutánea de alergia, se deberá interrumpir la administración de antihistamínicos al menos 48 horas antes, para evitar interferencias con el resultado.

- Antihistamínicos, descongestionantes nasales, corticoides etc son medicamentos de uso restringido en deportistas y pueden dar positivo en los controles antidoping.

- Explicar la manera adecuada de aplicar los preparados nasales (gotas o nebulizadores) y colirios.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergic rhinitis and its impact on asthma. (ARIA) 2008. Allergy 2008; 63. Suppl 86:1-160. Disponible en: http://www.whiar.org/docs/ARIA_WR_08_View_WM.pdf. Acceso 7-IV-10*
2. Bousquet J, van Cauwenberge P. *Management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. A Pocket Guide for Pharmacists 2003. Disponible en: http://www.whiar.org/docs/ARIA_Pharm_PG.pdf. Acceso 7-IV-10.*
3. Umland EM, Thomas E. *A Pharmacist's guide to OTC therapy: Allergic rhinitis. Disponible en: <http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2005/2005-04/2005-04-9433>. Acceso 7-IV-10.*
4. *Grazax for hay fever – what's new? Drug Ther Bull. 2010; 48 (5): 54-56.*
5. CKS. *Allergic rhinitis. Disponible en: http://www.cks.nhs.uk/allergic_rhinitis/management/quick_answers/view_all_quick_answers. Acceso 7-IV-10.*
6. Zardaín E. *Cetirizina sin receta. Farmas (Oviedo). 2002;11(6): 1-4.*
7. *Orden SCO/255/2007, de 3 de febrero, por la que se modifica el anexo de la Orden de 17 de septiembre de 1982, que desarrolla el Real Decreto 2730/1981, de 19 de octubre, sobre el registro de especialidades farmacéuticas publicitarias. BOE 2007;38: 6294-6295.*
8. *Real Decreto 109/2010, de 5 de febrero, por el que se modifican diversos reales decretos en materia sanitaria para su adaptación a la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicio y su ejercicio y a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Boletín Oficial del Estado 2010;44:16160-16164.*
9. *AEMPS. Nota informativa 8 de abril de 2010. Supresión de la calificación como medicamento publicitario y de las siglas EFP del etiquetado. Disponible en: http://www.aemps.es/actividad/documentos/notasPrensa/docs/2010/medPubl_siglasEFP.pdf. Acceso 9-IV-10.*
10. *Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Disponible en: <http://www.imedicinas.com>. Acceso 7-IV-10.*
11. *Sarvis KJ, Hornecker JR. Advancements in the management of allergic rhinitis. US Pharm. 2008;33(7):26-34. Disponible en: http://www.uspharmacist.com/content/t/respiratory_disorders/c/10945/. Acceso 7-IV-10.*
12. *American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. 2001, 108(3): 787-89.*
13. *Servicio de Pediatría del Hospital de Denia (Alicante). Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/>. Acceso 7-IV-10.*

TRATAMIENTO RINITIS ALÉRGICA EN LA FARMACIA

