

EL PAPEL DE LOS ANTIHISTAMÍNICOS EN LA RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL

La rinitis alérgica estacional es una situación prevalente y un problema de salud importante, a menudo infravalorado en las personas y en la sociedad¹.



En los últimos años, no se han publicado ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de los diferentes medicamentos en la rinitis alérgica estacional¹. A ello hay que añadir que no hay ensayos clínicos realizados con rigor, ni que hayan utilizado escalas validadas que midan uniformemente la mejora en la sintomatología. Todo ello constituye un obstáculo para la comparación de la eficacia de las diferentes alternativas terapéuticas².

Por este motivo, las guías recientes que abordan la mejora de la atención a personas con rinitis alérgica se han orientado a incorporar el uso de métodos de medicina basada en la evidencia para hacer un mejor análisis de los datos y proporcionar recomendaciones con un mayor rigor científico¹.

La mayor parte de los pacientes con rinitis alérgica estacional requieren tratamiento para el **control de los síntomas**. Un hecho en el que existe gran consenso en las guías es el papel de los antihistamínicos: los **antihistamínicos orales** no tienen lugar en la primera línea de tratamiento y los **antihistamínicos nasales**, sólo en determinadas situaciones.

Resumimos, en este boletín, las recomendaciones de tratamiento recogidas en las principales guías de práctica clínica sobre la rinitis alérgica estacional de publicación más reciente^{1,3,4}.

Primera línea de tratamiento: corticoides nasales

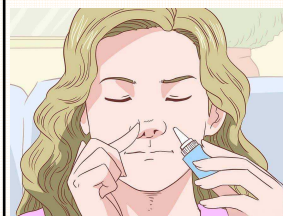
RINITIS LEVE

- En personas con edad igual o superior a 12 años y síntomas nasales de rinitis alérgica estacional: **corticoide nasal en monoterapia** administrado de forma regular (recomendación fuerte). No está recomendada la combinación de corticoide nasal con antihistamínico oral^{1,3}.
- En personas con edad igual o superior a 15 años, es más eficaz el **corticoide nasal en monoterapia** que motelukast (recomendación fuerte)^{1,3,4}.

RINITIS MODERADA-GRAVE

- En personas con edad igual o superior a 12 años con **rinitis moderada a grave**: tratamiento concomitante con **corticoide nasal** y con **antihistamínico nasal** en dispositivos independientes, administrados de forma regular (recomendación débil)^{1,3}.

Una de las guías consultadas⁴ establece que la combinación no presenta ventajas frente a corticoides nasales, pero sí es más efectiva que el tratamiento con antihistamínicos nasales en monoterapia.



Indicación de antihistamínicos orales en rinitis alérgica estacional

Los **antihistamínicos orales** son menos eficaces que los corticoides nasales en la rinitis alérgica. Su efecto sobre la **obstrucción nasal** es escaso.

Por tanto, sólo estarían indicados en **rinitis alérgica leve e intermitente**^{3,5} cuando predominen los **síntomas de estornudos y prurito**³ o cuando los pacientes prefieran esta línea de tratamiento en el marco de una **toma de decisiones compartidas**^{3,5}.

También pueden ser indicados en **terapia combinada** con corticoides nasales cuando, a pesar del tratamiento inicial, persisten los síntomas nasales o los extra-nasales³.



Selección de antihistamínico oral

Las distintas alternativas no han mostrado diferencias en términos de eficacia y adecuación. Por lo tanto, para la selección de antihistamínico oral, se deben considerar los principios activos con **menos efectos secundarios**: menos efectos sedantes y efectos anticolinérgicos (sequedad de ojos, retención urinaria).

La evidencia disponible apunta a una mejora, en términos de seguridad, de los **antihistamínicos de 2ª y 3ª generación** respecto a los de 1ª generación. Al mismo tiempo, no hay evidencia de una mejora entre los de 3ª generación respecto a los de 2ª generación^{3,5}.

Todos los antihistamínicos de 2ª generación se consideran **alternativas terapéuticas equivalentes**. **Loratadina y cetitizina** son los antihistamínicos de elección por ser los más **eficientes**⁵.

Dosis equivalentes⁶:

Principio Activo	Dosis diaria
Cetirizina	10 mg
Loratadina	10 mg
Mizolastina	10 mg
Ebastina	10-20 mg
Fexofenadina	120-180 mg
Rupatadina	10 mg
Desloratadina	5 mg
Levocetirizina	5 mg
Ketotifeno	5 mg

Los efectos adversos son poco frecuentes cuando se utilizan a las dosis habituales, aunque aumentan al utilizar dosis mayores. Esta circunstancia debe ser informada a los pacientes y **promover el uso de los tratamientos nasales**, más eficaces^{3,5}.

Bibliografía

1. Dykewicz MS et al. Treatment of seasonal allergic rhinitis. An evidence-based focused 2017 guideline update. Ann Allergy Asthma Immunol 2017;119:489-511.
2. Wallace DV et al. Pharmacologic treatment of seasonal allergic rhinitis: synopsis of guidance from the 2017 Joint Task Force on Practice. Ann Int Med. 2017;167:876-881.
3. Seidman MD et al. Clinical practice guideline: allergic rhinitis executive summary. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2015;152:197-206.
4. Brozek JL et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. J Allergy Clin Immunol 2017;140:950-958.
5. deShazo RD et al. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. Uptodate, Jan 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis?source=see_link.
6. Guía Farmacoterapéutica de referencia para la prescripción en receta SSPA 2016. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=666>.

Comité de Redacción: R Fernández, MO Caraballo.

Revisión externa: M. Olivencia, Jefe Servicio ORL. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Vocales: C Beltrán, E Delgado, JC Domínguez, I Ferrer, JF Gutiérrez, MC Montero, JC Montero, D Palma. UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla. Servicios Farmacia Distritos Aljarafe-Sevilla Norte y Sevilla. **SR Benavente** (AGS Osuna), **MC Saborido, A Sánchez** (AGS Sevilla Sur).