



almirallmed

Cómo ayudar al paciente alérgico... que se aplica descongestivos nasales tópicos

Índice

La rinitis alérgica y la congestión nasal	3
Los descongestivos nasales tópicos	3
Precauciones	4
Qué es y cómo evitar la rinitis medicamentosa	5
Tratamientos alternativos para la rinitis alérgica	6
Bibliografía	7

Cómo ayudar al paciente alérgico... que se aplica descongestivos nasales tópicos

Los pacientes con rinitis alérgica suelen presentar congestión nasal, un síntoma molesto que fomenta el uso excesivo de descongestivos nasales tópicos de venta libre. Esto propicia la aparición de **rinitis medicamentosa (RM)**, un problema que afecta, como mínimo, al 9 % de los pacientes que acuden a las clínicas de alergología y de otorrinolaringología¹. La RM, a su vez, conduce a la **sobreutilización y creación de dependencia a los descongestivos tópicos**².

La rinitis alérgica y la congestión nasal

La rinitis alérgica (RA) es una reacción inmunitaria mediada por anticuerpos IgE que produce una **inflamación de la mucosa nasal** y cursa con **obstrucción nasal, rinorrea acuosa, prurito (nasal, palatino) y estornudos en salvas**. A menudo se presenta en forma de **rinoconjuntivitis**³.

En lo que concierne a la obstrucción o congestión nasal, cabe explicar que en las fosas nasales se encuentran una gran cantidad de vasos arteriales y venosos, capilares y sinusoides venosos. La congestión nasal se produce por una inflamación de la mucosa que recubre las fosas nasales, junto con una vasodilatación que aumenta el flujo sanguíneo en los sinusoides⁴. Este flujo sanguíneo está regulado por el sistema nervioso simpático. En concreto, en las membranas de las células musculares lisas de los sinusoides se encuentran receptores adrenérgicos α_1 y α_2 . La activación de cualquier de ellos, en especial, de los α_2 contrae las células musculares vasculares, lo que reduce el contenido de sangre de la mucosa y propicia su descongestión y el aumento del flujo aéreo^{4,5}.

Los descongestivos nasales tópicos

De entre el arsenal terapéutico disponible para el abordaje de la rinitis alérgica, los pacientes con esta afección a menudo eligen los **descongestivos nasales tópicos**, de venta libre². Los descongestivos estimulan los receptores α -adrenérgicos del músculo liso de la pared vascular, lo que provoca la vasoconstricción de la mucosa y la consiguiente disminución del edema y la congestión nasal. Estos fármacos son eficaces para reducir la **obstrucción** nasal, pero no la rinorrea, estornudos, prurito ni demás síntomas⁶.

Existen dos tipos de **descongestivos nasales**⁵⁻⁷:

- **Aminas simpaticomiméticas.** Son agonistas α_1 poco selectivos, pues presentan una afinidad débil para los receptores adrenérgicos β . Su principal representante es la fenilefrina, un agonista adrenérgico α_1 cuyo uso como descongestivo está en declive.
- **Derivados imidazólicos.** Son los más utilizados. Se trata de agonistas adrenérgicos α_2 , cuyo principal representante es la oximetazolina. En comparación con las aminas simpaticomiméticas, los agonistas α_2 son más selectivos y, en general, más potentes y duraderos. En concreto, la oximetazolina, xilometazolina y nafazolina tienen una duración de la acción de 8 h a 12 h, frente a las 4 h a 6 h de la fenilefrina y tramazolina.

Las propiedades descongestivas de estos fármacos los hace útiles al principio para controlar la obstrucción nasal. Asimismo, en pacientes tratados con corticoides nasales, la administración previa de descongestivos tópicos mejora la permeabilidad nasal y, por tanto, el efecto de los corticoides⁸.

Precauciones

A pesar de los beneficios que presentan contra la obstrucción nasal, antes de prescribir un descongestivo nasal tópico debemos tener en cuenta una serie de factores⁹:

- **Reacciones adversas.** El uso de descongestivos tópicos se asocia a reacciones adversas frecuentes: estornudos, picor, sequedad o sensación de quemazón en la mucosa nasal. Además, su uso prolongado conduce al desarrollo de **rinitis medicamentosa**⁸.
- **Grupos de riesgo.** Los descongestivos tópicos deben evitarse en los siguientes casos:
 - **Menores de 6 años:** en general, no están recomendados en niños menores de 6 años. La fenilefrina no se recomienda en menores de 12 años y está contraindicada en los menores de 6¹⁰.
 - **Embarazo:** pertenecen a la categoría C de la Food and Drug Administration. No se aconsejan, salvo que no exista otra alternativa terapéutica, y siempre con pautas de tratamiento cortas.
 - **Lactancia:** no se recomienda su empleo durante esta etapa.
- **Interacciones farmacológicas.** En caso de uso excesivo de descongestivos, la administración de antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o tricíclicos puede aumentar el riesgo de crisis hipertensivas.

Qué es y cómo evitar la rinitis medicamentosa

La administración de descongestivos nasales durante más de 7-10 días está relacionada con la aparición de un creciente **efecto de rebote** o **RM**⁸ que conduce a la **dependencia física** a estos fármacos, lo cual se traduce en un ciclo vicioso de administración continuada para poder respirar sin dificultad².

La RM cursa con inflamación, congestión nasal, molestias e hiperreactividad de la mucosa nasal, pero típicamente sin rinorrea ni otros síntomas característicos de la rinitis alérgica. Sin embargo, otros trastornos nasosinusales pueden concurrir con RM, por lo que la historia clínica del paciente cobra relevancia a la hora de detectar la enfermedad².

Clínicamente, la mucosa nasal se encuentra inflamada y, con la progresión de la enfermedad, la membrana nasal se vuelve atrófica y costrosa. Algunas de las complicaciones de la RM son la rinosinusitis crónica, la perforación del tabique nasal y la rinitis atrófica. Tras una sobreutilización prolongada de descongestivos, el paciente puede tardar hasta un año en recuperarse por completo de la RM⁷. Asimismo, su uso repetido durante períodos cortos puede causar recaídas de la RM incluso un año después de la retirada del fármaco⁷.

Aunque el tratamiento de la RM no sigue un protocolo bien establecido, la mayoría de los médicos optan por la discontinuación pronta del descongestivo tópico y la instauración de un tratamiento con corticoides nasales y solución salina².

Siempre es preciso asegurarse de que no existen contraindicaciones para su uso, y se deben seguir estos consejos^{9,10}:



Insistir al paciente en que respete las dosis indicadas en el prospecto del medicamento. En general, las dosis en adultos y niños mayores de 6 años son de **1 pulverización o 2 gotas en cada fosa nasal, 1 o 2 veces al día**.



No alargar el tratamiento más de 3 días para evitar la congestión de rebote.

Tratamientos alternativos para la rinitis alérgica

Debemos ofrecer al paciente con rinitis alérgica **tratamientos alternativos** a los descongestivos tópicos, explicándole que los hay más seguros —que no producen RM— y/o más eficaces en el control del conjunto de síntomas de la enfermedad, es decir, que mejoran la rinorrea o los estornudos, entre otros, además de la obstrucción nasal.

Algunos ejemplos son:

- **Agua de mar.** La irrigación con solución salina isotónica o hipertónica puede tener efectos beneficiosos en adultos y niños (incluidos los menores de 6 años) al aliviar los síntomas de la rinitis alérgica, en general, sin causar efectos adversos. Se puede usar sola o como complemento a otro tratamiento farmacológico para la rinitis alérgica, como los corticoides nasales y los antihistamínicos orales^{11,12}.
- **Antihistamínicos orales.** Alivian el prurito, los estornudos y la rinorrea, así como los síntomas no nasales, de conjuntiva, paladar, piel y vías aéreas inferiores. Sin embargo, tienen escaso efecto sobre la congestión. Los de segunda generación (por ejemplo, la ebastina) producen menos sedación y trastornos psicomotores; además, se pueden administrar una vez al día⁸.
- **Antihistamínicos tópicos.** Pueden utilizarse por vía nasal o tópica. Actúan a los pocos minutos de la administración, la cual puede ser a demanda. Su combinación con un corticoide nasal resulta más eficaz que la administración del corticoide solo⁸.
- **Corticoides nasales.** Sin producir congestión de rebote, disminuyen el prurito, estornudos, rinorrea, obstrucción nasal —esta última de forma más eficaz que los antihistamínicos— y tienen un efecto variable sobre los síntomas oculares. Su inicio de acción es a las 6 h-8 h, aunque puede no percibirse la mejoría clínica hasta pasados unos días, alcanzando el máximo efecto a partir de las 2 semanas⁸.
- **Corticoides orales.** Solo se emplean en casos muy graves y durante poco tiempo⁸.
- **Descongestivos orales.** Su acción vasoconstrictora ayuda a reducir la congestión nasal y suelen acompañarse de antihistamínicos orales¹³.
- **Modificadores de leucotrienos (vía oral).** El montelukast es un antiasmático con acción antiinflamatoria que inhibe la broncoconstricción inducida por alérgenos, pero no tiene acción broncodilatadora. Su efecto tarda de 2 h a 4 h en aparecer. Es menos eficaz que los corticoides nasales y los antihistamínicos orales en la rinitis^{8,14}.
- **Bromuro de ipratropio (intranasal).** Si bien es muy eficaz para el control de la rinorrea, carece de efecto sobre la obstrucción y el prurito⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lockey RF. Rhinitis medicamentosa and the stuffy nose. J. Allergy Clin [Internet]. Immunol. Nov 2006 [citado 5 mar 2020];118(5):1017-8. Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(06\)01370-4/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(06)01370-4/fulltext)
2. Zucker SM, Barton BM, McCoull ED. Management of Rhinitis Medicamentosa: A Systematic Review. Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. Mar 2019 [citado 4 mar 2020];160(3):429-38. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0194599818807891?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=otoj
3. Navarro A, Antón E, Colás C, Conde J, Dávila I, Dordal T, Fernández B, Ibáñez MD, Lluch, M, Mathey V, Montoro J, Rondón C, Sánchez MC, Valero A. Rinitis. Recomendaciones y algoritmos de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) [Internet]. Chivato Pérez T, Antepara Ercoreca I, editores. Madrid (España): SEAIC; 2010 [citado 4 mar 2020]. 28 p. Disponible en: <https://www.seaic.org/profesionales/biblioteca-virtual/recomendaciones-y-algoritmos>
4. Gómez Ayala AE. Congestión nasal: uso de los anticongestivos. Offarm: farmacia y sociedad [Internet]. Ene 2006 [citado 4 mar 2020];25(1):48-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-congestion-nasal-13083622>
5. CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. R01AA. Descongestionantes nasales tópicos: simpaticomiméticos [Internet]. Madrid (España): CGCOF; c2019. [citado 4 mar 2020]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarmacia.com/Documentos/Introducciones/Farmacologicas/R01AA%20Descongestionantes%20nasales%20topicos.pdf>
6. Benedí J, Romero C. Descongestivos nasales. Farm Prof [Internet]. 2006 [citado 1 mar 2020];20(9):58-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-descongestivos-nasales-13094209>
7. Wahid NWB, Shermetaro C. Rhinitis Medicamentosa. StatPearls Publishing. Ene 2020 [citado 4 mar 2020]. En: PubMed [Internet]. Bethesda (MD, EE. UU.): National Library of Medicine (EE. UU.). c2020; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30855902>
8. Martín Mateos AJ, Martínez Gutiérrez E, Romero Sánchez E, García Cantos MD. Rinitis (guía clínica); [revisado 20 abr 2017; citado 1 mar 2020]. En: Fisterra [Internet]. Barcelona (España): Elsevier España SLU; c2020. [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/rinitis/#26729>
9. Fisterra [Internet]. Barcelona (España): Elsevier España SLU; c2020. Oximetazolina (nasal) 2017 [cited 2020 Mar 4]. p. 2. Available from: <https://www.fisterra.com/herramientas/medicamentos/oximetazolina-nasal/>

- 10.** Fisterra [Internet]. Barcelona (España): Elsevier España SLU; c2020. Fenilefrina (nasal) [Internet]. 22 feb 2017 [citado 4 mar 2020]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/medicamentos/fenilefrina-nasal/>
- 11.** Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AGM, Philpott C, et al. Saline irrigation for allergic rhinitis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 22 jun 2018 [citado 4 mar 2020];(6). Disponible en: https://www.cochrane.org/CD012597/ENT_nasal-saline-allergic-rhinitis
- 12.** Garavello W, Di Berardino F, Romagnoli M, Sambataro G, Gaini RM. Nasal rinsing with hypertonic solution: An adjunctive treatment for pediatric seasonal allergic rhinoconjunctivitis. Int Arch Allergy Immunol [Internet]. Ago 2005 [citado 4 mar 2020];137(4):310–4. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Abstract/86462>
- 13.** Fisterra [Internet]. Barcelona (España): Elsevier España SLU; c2020. Antihistamínico + Pseudoefedrina; 26 abr 2017 [citado 4 mar 2020]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/medicamentos/antihistaminico-pseudoefedrina/>
- 14.** Fisterra [Internet]. Barcelona (España): Elsevier España SLU; c2020. Montelukast; 28 oct 2015 [citado 4 mar 2020]; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/medicamentos/montelukast/#11018>

