

AEROSOLES INTRANASALES PARA ALIVIAR LA ALERGIA: ACLARAR EL PANORAMA

www.medscape.org/interview/otc-allergy-spanish

Charles P. Vega, MD: Hola, soy el Dr. Chuck Vega, profesor clínico de Ciencias de la Salud en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina Irvine en la Universidad de California. Bienvenidos a este programa titulado “Aerosoles intranasales para aliviar la alergia: aclarar el panorama”. Estoy encantado de contar con la presencia hoy del Dr. Jonathan Corren, quien es catedrático clínico en la Facultad de Medicina David Geffen de la UCLA, y especialista en alergia e inmunología clínica. Bienvenido, Jonathan.

Jonathan Corren, MD: Muchas gracias, Chuck.

Dr. Vega: Vamos a hacer algo muy divertido durante los próximos 15 minutos aproximadamente. Será un programa rápido en el que cada uno tendrá un cronómetro regresivo y solo entre 60 y 90 segundos para responder a cada pregunta. Vamos a ver si podemos extraer información clave sobre el uso de aerosoles intranasales de venta libre para el tratamiento de personas con rinitis alérgica perenne. Comencemos.

Jonathan, hoy hablaremos de la rinitis alérgica perenne. ¿En qué se diferencia de la rinitis alérgica estacional y cómo debe el médico clínico usar el historial médico del paciente para hacer recomendaciones de tratamiento?

Dr. Corren: En primer lugar, Chuck, la rinitis alérgica perenne en realidad es una enfermedad que dura todo el año. Por lo general, se debe a alérgenos de interiores como los ácaros del polvo, la caspa de los animales y, potencialmente, el moho de interiores. Es algo que quizá no ocurra a diario, pero a menudo sí.

Algunos de los síntomas clásicos son congestión, goteo posnasal, secreción y quizás también algunos estornudos y picazón. La rinitis estacional es algo que ocurre de forma discreta en primavera, normalmente, o en otoño, o en ambas estaciones. Empieza y termina. Las personas con rinitis perenne tienen que lidiar con mucho más.

Dr. Vega: Parece mucho más difícil. Más allá de su temporalidad, ¿existen otras pistas que nos ayuden a hacer un diagnóstico de rinitis perenne frente a alérgica?

Dr. Corren: La clave es que es temporal, pero a menudo las personas sienten los síntomas cuando están en un lugar determinado, por ejemplo, en interiores. Cuando se despiertan por la mañana, es el momento típico en que los ácaros afectan a las personas. Por lo general, la rinitis alérgica estacional es más propia del aire libre. Los hallazgos físicos pueden ser muy similares entre las 2. Se verá una membrana húmeda, tal vez un poco de secreción transparente, tal vez un poco de secreción faríngea, pero aparte de eso, no mucho más.

Dr. Vega: ¿Puede darnos una idea de la carga clínica de la rinitis alérgica perenne? Suena como algo bastante serio.

Dr. Corren: Como es algo que se da durante todo el año y puede ir y venir, siendo a veces imprevisible, puede afectar mucho a las personas, no solo en el hogar sino también en el trabajo. Se han realizado estudios farmacoeconómicos muy buenos sobre este tema y lo que se ha descubierto es que las personas de hecho faltan mucho al trabajo por este problema. Y no solo eso, cuando están en el trabajo, se produce un fenómeno llamado presentismo, en el que las personas pueden estar allí presentes, pero en realidad no están haciendo bien su trabajo y no lo están cumpliendo. No son productivos, no se sienten bien, no interactúan bien con los compañeros de trabajo. La suma total de todo esto es que hay pérdidas económicas de miles de millones de dólares, y repercusiones en la calidad de vida que realmente afectan a cómo las personas viven el día a día y cómo interactúan con sus familias. Creo que aquí hay mucho de lo que preocuparse.

Dr. Vega: Imagino que durante la pandemia de COVID-19 es bastante difícil llegar al trabajo o ir a la escuela y tener una congestión con mucosidad transparente, tos y estornudos. Son cosas que la sociedad no ve con buenos ojos desde hace un par de años. ¿Ha afectado eso mucho a sus pacientes?

Dr. Corren: No solo afectó a nuestros pacientes habituales, sino que realmente condujo a muchas personas a consultar al alergólogo. Las personas iban a un restaurante y empezaban a estornudar, y los demás se apartaban de ellos. Tenían miedo de salir en público a causa de esa tos que se producía por el goteo posnasal. Creo que, sobre todo ahora con la pandemia y con la próxima temporada de gripe y el virus respiratorio sincitial, hay tantas otros problemas que pueden semejar a las alergias que las personas realmente quieren controlar esto por la forma en que afecta sus interacciones.

Dr. Vega: ¿Puede hablarnos un poco acerca de las guías clínicas disponibles para ayudar a los médicos a abordar a los pacientes con alergias perennes? ¿Qué dicen?

Dr. Corren: En los últimos 10 años, ha habido mucho interés en esta área. Como sabemos, estamos intentando estandarizar la forma de tratar a los pacientes, la forma de diagnosticarlos.

Yo diría que hay por lo menos de 3 a 4 guías clínicas que se establecieron desde aproximadamente 2014, algunas por parte de las organizaciones de medicina familiar, algunas de los otorrinolaringólogos, y algunas de mi propio grupo de alergólogos.

Lo que han intentado decirnos es que hay algunos tratamientos de primera línea que deberíamos emplear en personas que tienen rinitis alérgica perenne, persistente y diaria. Lo primero que se nos viene a la mente son los corticoides intranasales. Resuelven la congestión. También eliminan algunos de los otros síntomas.

Sin embargo, en las personas que presentan síntomas intermitentes, los corticoides no son la mejor opción. Muchas personas pueden tener síntomas una semana sí y no la siguiente. En esa situación, hemos descubierto que los antihistamínicos intranasales son de verdad una muy buena opción. Empiezan a funcionar en pocos minutos. También resuelven la mayoría de los síntomas. Se puede recurrir al uso intermitente de antihistamínicos orales también, pero por lo general para los síntomas de estornudo y picazón, los fármacos orales, con la excepción de la pseudoefedrina, en realidad no resuelven nada más que el estornudo y la picazón. No solucionan muy bien la congestión.

Dr. Vega: En su consultorio, imagino que emplea más la opción de todo lo anterior porque atiende a pacientes con casos más graves que los que podríamos ver en la atención primaria. ¿Es correcto?

Dr. Corren: Por supuesto. A veces es una variedad de opciones terapéuticas, que luego las guías clínicas nos preparan para eso. Si el paciente no responde al tratamiento anterior del que hemos estado hablando, entonces las medidas de control ambiental cobran mucha importancia. Por último, la inmunoterapia, que es una especie de estándar de referencia para las personas que no responden a nada. Todas las guías clínicas hacen hincapié en el rol de estas alternativas, pero en realidad es una tarea mucho mayor que debemos realizar.

Hay algunas cosas que me gustaría preguntarle. En primer lugar, hablemos de algunos de estos diferentes medicamentos de venta libre disponibles para estos pacientes con rinitis alérgica perenne. Creo que sería útil para la audiencia escuchar acerca de algunos de los diferentes corticoesteroides intranasales.

Dr. Vega: Sí, por supuesto. Es interesante porque creo que muchos de nosotros recetamos estos fármacos. No pensamos necesariamente en el fármaco que recetamos. Simplemente sabemos que ese es el fármaco que siempre hemos utilizado y, por tanto, va a ser eficaz o no para lo que sabemos, y no individualizamos necesariamente el tratamiento.

La buena noticia de los corticoesteroides intranasales es que tienen un rango amplio de indicaciones. Sabemos que son eficaces para la rinitis alérgica y no alérgica, la rinosinusitis aguda y la rinitis crónica con poliposis nasal. Pero hay una diferencia. Existe un grupo de corticoesteroides intranasales de primera generación; estos tienen una biodisponibilidad mayor que los corticoesteroides de segunda generación.

Una cosa que creo que es mucho más importante para el paciente es si tiene una nariz muy húmeda o si tiene una nariz seca; se pueden tener diferentes formas de rinitis, y eso cambia en

los pacientes de un momento a otro, de un año a otro. En caso de nariz húmeda, el furoato de mometasona y la budesonida tienen un efecto secante en la nariz, mientras que una nariz seca podría responder mejor a un fármaco como la ciclesonida. Además, existen 2 preparados de fluticasona disponibles, el furoato de fluticasona y el propionato de fluticasona. El furoato tiene una mayor afinidad por los receptores, por lo que podría notarse una diferencia en términos de eficacia. No estoy seguro de haberlo visto demasiado en la práctica clínica. Varía más de un individuo a otro. Se debe encontrar algo que guste a los pacientes.

Además, me preocupa mucho los efectos secundarios de estos fármacos, sobre todo en los niños. Usted trata a los niños en su consultorio. Una de las preguntas que más nos hacen es qué sucede con la velocidad de crecimiento. ¿Estos corticoesteroides que tienen una absorción sistémica muy modesta, reducirán la velocidad de crecimiento? Ha habido estudios que han vinculado la beclometasona con una reducción de la velocidad de crecimiento en pacientes pediátricos. Es cuestionable si eso es realmente significativo en términos de la pérdida total de esa velocidad, pero en otros estudios, la mometasona, la fluticasona, la triamcinolona y la ciclesonida no han demostrado en efecto perjudicar el crecimiento en ningún grado significativo. Otra preocupación es si podríamos estar suprimiendo el sistema suprarrenal y el eje hipotalámico hipofisario. Realmente no hay correlación entre estos corticoesteroides inhalados y una deficiencia de ese eje. Por último, ¿podría existir una asociación entre los corticoides sistémicos? Sabemos que los corticoides sistémicos facilitan el aumento de la tensión intraocular. ¿Es algo que deba preocuparnos con estos corticoides intranasales? Tampoco parece ser el caso en general. Así que, en general, una cohorte muy bien tolerada de fármacos que sabemos que son muy eficaces.

Dr. Corren: Lo único que añadiría es que en muchos pacientes, sobre todo en adultos mayores, en quienes ya se está produciendo cierta sequedad natural en las membranas nasales, los pacientes pueden quejarse de escozor. Algo que podemos hacer para evitarlo es usar un aerosol salino intranasal. Otro problema pueden ser las hemorragias nasales. Normalmente, es una epistaxis muy leve. Se suenan la nariz. Queda un poco de sangre en el pañuelo. Es muy raro que se produzca una epistaxis franca con una hemorragia nasal considerable por la que deban acudir al servicio de urgencias. Por supuesto que cuando los pacientes se quejan de ello, podemos pensar en reducir la frecuencia del fármaco o incluso en buscar un fármaco alternativo.

Esto nos lleva a la siguiente pregunta: ¿qué ocurre con otros tipos de fármacos, como los antihistamínicos intranasales? ¿Puede hablarnos de ellos y comentar algunas de las diferencias para nosotros?

Dr. Vega: Sí, claro, porque estos son excelentes fármacos también. Se pueden usar en niños. En el caso de la azelastina, hay 2 formulaciones. La segunda preparación tiene un vehículo diferente, se le ha reducido el sabor amargo. Se tienen que administrar las dosis con mucha frecuencia para que sea eficaz, pero se puede usar más según las necesidades. Se pueden usar hasta 2 pulverizaciones por fosa nasal dos veces al día para la rinitis más perenne. Estas son las personas, como usted ha mencionado, que realmente están sufriendo todos los días con sus síntomas y, lamentablemente, no tienen mucho tiempo libre.

La gran diferencia entre la azelastina y los corticoesteroides está en el inicio de la acción. Estamos hablando de un inicio de acción con la azelastina de tan solo 15 minutos aproximadamente, mientras que con los corticoesteroides intranasales no se puede esperar que comiencen los efectos antes de 3 a 12 horas, y no se alcanzan los efectos máximos sino hasta transcurridas 2 semanas. No es un buen tipo de fármaco para empezar y dejar. Es un buen fármaco para usar con el tiempo con los corticoesteroides intranasales, pero no todos los pacientes van a querer eso y encajarán en ese perfil. Y francamente, en mi experiencia, cuanto más jóvenes sean, menos dispuestos estarán a usar un medicamento intranasal a diario.

Cuando pensamos en usar antihistamínicos orales, sabemos que la azelastina en particular se compara bien con ellos. Las personas a las que no les funciona la loratadina y que se les indica azelastina, obtienen mejores resultados en cuanto a sus síntomas. Añadir un antihistamínico oral a la azelastina no parece realmente mejorar para nada los síntomas del paciente.

Lo bueno de estas preparaciones intranasales es que pueden reducir la carga general de medicamentos. Para los pacientes que no quieren usar muchos fármacos, el uso de un corticoesteroide intranasal o un antihistamínico intranasal puede reducir el número total de pastillas y aerosoles que usan de forma habitual.

Dr. Corren: A esto añadiría que algunos de nuestros pacientes, sobre todo en ciertas épocas del año —por ejemplo, en otoño, cuando hay mucha exposición al moho, que es otro de los grandes alérgenos perennes— pueden tener algo de picazón. No sabemos el por qué con exactitud, ocasionalmente hasta algo de urticaria. Esa podría ser una situación particular en la que combinaríamos algo como la azelastina quizá con un antihistamínico oral de acción prolongada para tratar algunos de esos síntomas más sistémicos.

Dr. Vega: Mencioné que hablaríamos sobre soluciones potentes. Para eso está aquí. ¿Qué opina de los corticoesteroides y los antihistamínicos intranasales combinados en un solo medicamento? ¿Cuándo los utilizamos y qué nivel de eficacia tienen?

Dr. Corren: Con mucha frecuencia, las personas toman un antihistamínico oral según sus necesidades y no les funciona bien. No se sienten muy bien. Una de las primeras cosas que haremos es darles un corticoide intranasal. La mayoría de estos fármacos, como lo mencionó Chuck, son de venta libre. Por lo general no me preocupa mucho cuál elijan. Esperaremos entre 2 y 4 semanas porque hay un efecto acumulativo a medida que siguen usando el fármaco de forma diaria. Tenemos un alto porcentaje de pacientes que no pueden controlar la rinitis alérgica perenne moderada o grave solo con el corticoide intranasal. En esa situación, añadimos inmediatamente un antihistamínico intranasal de venta libre. Se lo damos para que lo usen dos veces al día y esperamos algunas semanas más. Una parte significativa de las personas que no respondieron al corticoide intranasal solo, o en algunos casos a la azelastina sola, lo que es mucho menos frecuente, tendrán muy buen resultado con esta combinación.

Es algo sobre lo que realmente intentamos educar a los pacientes. Es importante seguir usándolos de manera continua. Existen medicamentos comerciales que se pueden adquirir en combinación, que combinan el corticoide fluticasona por lo general con la azelastina. En

algunas situaciones, el seguro del paciente no cubrirá estos medicamentos, así que combinaremos esos dos medicamentos por separado, y el paciente generalmente responde muy bien de esa forma.

Dr. Vega: ¿Existen datos de ensayos clínicos que apoyen que el uso de un medicamento combinado sea mejor que el uso de dos por separado?

Dr. Corren: Sí, es una muy buena pregunta, y sin duda mucho más que combinar un corticoide intranasal con un antihistamínico oral, lo cual se ha estudiado ampliamente.

Dr. Vega: Los datos son bastante débiles.

Dr. Corren: Sí, muy débiles. No parece que haya mucha diferencia en cuanto a la eficacia, pero en este caso, hay una diferencia significativa con los antihistamínicos intranasales. Se observa menos congestión nasal, menos secreción, menos del síndrome general que los pacientes por lo general experimentan a diario.

Dr. Vega: Jonathan, ¿cuándo debe un médico plantearse la opción de emplear un antihistamínico oral de venta libre, ya sea solo o combinado?

Dr. Corren: Hay algunas personas a las que todavía no les gusta usar medicamentos intranasales, y si sus síntomas principales son estornudos y picazón tal vez con un poco de secreción, y los síntomas son intermitentes, sin duda les daremos el beneficio de eso y les permitiremos probar algo que no tenga un efecto sedante, como loratadina o fexofenadina, con las que no se verán afectados en su funcionamiento diario. Pero muy a menudo regresan a vernos al cabo de una semana o un par de semanas o un mes, sugiriéndonos que esto realmente no está solucionando el problema.

Cuando hablamos de combinar un antihistamínico oral con un corticoide intranasal, ya hemos hablado un poco de ello, en realidad no hay ninguna ventaja real. Algunas personas tienen un componente prominente de congestión, por lo que deberían tomar algo como un antihistamínico oral con un descongestivo oral. El problema con eso es que produce muchos efectos secundarios. Puede haber insomnio, palpitaciones, taquicardia, cierta sequedad de boca. En las personas mayores, cosas más graves como retención urinaria o estreñimiento. Por lo general, no recomiendo esos fármacos.

Chuck, me gustaría preguntarte, sabemos que algunos de estos fármacos deben usarse de forma diaria. Díganos lo importante que cree que es el cumplimiento terapéutico para el tratamiento de esta enfermedad.

Dr. Vega: Creo que especialmente cuando se trata de la rinitis perenne, es de vital importancia porque no se trata solo de un fenómeno que se repite una y otra vez. También se debe considerar evitar los alérgenos en primer lugar. Es todo un desafío, pero realmente hay que comprometerse con este estilo de vida de evitar los alérgenos y mitigar sus efectos. Creo que es muy importante que se realicen las pruebas de alergia para que podamos incorporar no solo los medicamentos adecuados, sino también medidas relativamente sencillas como ropa de cama y reducir la humedad dentro del hogar para los ácaros. Para el polen y el moho de exteriores, es recomendable mantener las ventanas cerradas, colocar mallas filtrantes en las ventanas, usar aire acondicionado e incluso limitar el tiempo que se pasa al aire libre. Con respecto a los filtros de partículas de aire de alta eficiencia, muchas personas tienen dudas sobre si estos filtros pueden funcionar, y si son eficaces. Ayudan con la caspa de los animales, con el moho y el polvo.

Dr. Corren: Justo estaba por decir, sabemos cuánto aman a sus queridas mascotas muchas de las familias que tratamos. El único consejo que daría a algunos de los miembros de nuestra audiencia sería que, antes de hacer cualquier recomendación sobre deshacerse de un animal, que soliciten una prueba de radioalergoabsorbencia. Lo que solíamos llamar prueba de radioalergoabsorbencia es en realidad una prueba de aminoácidos, IgE, para cualquier animal que tengan en el hogar, y ácaros del polvo. No hace falta que hagan todo el panel, porque si hay un componente estacional, lo detectarán a partir del historial médico. Creo que antes de hacer recomendaciones importantes de medidas de control ambiental, sería recomendable saber: ¿son realmente alérgicos o no? A veces es difícil saberlo solo por el historial médico.

Dr. Vega: Puede que le derive un paciente que tiene problemas con su perro o su gato, porque ese es un gran problema, pero también derivó a pacientes que simplemente están sufriendo, e incluso están siguiendo los pasos que ya hemos descrito, pero siguen teniendo muchos síntomas y eso está afectando su calidad de vida. ¿Cuándo hay que derivar al paciente a un especialista?

Dr. Corren: Es correcto, es decir si tienen síntomas que no están controlados con todo lo que se ha probado, que puede ser una combinación de medicamentos, tanto orales como intranasales, y algunas medidas básicas de control ambiental. Lo que normalmente hacemos en esa situación es un panel completo de pruebas. Examinaremos los excrementos de los animales, todo aquello con lo que tengan contacto, incluidos los caballos si montan los fines de semana, los ácaros del polvo, las cucarachas, que es algo en lo que a menudo no pensamos, pero también puede ser una exposición a alérgenos industriales. Todos los mohos tanto de interiores como de exteriores, y luego todos los pólenes. Los árboles, el césped, las hierbas, e intentar hacerse una idea de cuál es su nivel de sensibilidad. Curiosamente, Chuck, la mitad de las veces dan negativo. Aproximadamente la mitad de las personas con rinitis perenne son alérgicas. Las demás tienen algo que quizá esté relacionado con otros irritantes, como la contaminación del aire.

Dr. Vega: Vasomotora.

Dr. Corren: Exactamente. En esa situación, entonces nos planteamos si hemos hecho todo lo que podemos hacer desde el punto de vista ambiental y entonces consideramos la inmunoterapia antialérgica, que realmente, como he dicho, es una forma muy eficaz de tratamiento, pero no es para todo el mundo. En ciertas situaciones, como el caso de los ácaros del polvo, por ejemplo, puede usarse la inmunoterapia sublingual. También se debe considerar la posibilidad de derivar a los pacientes a un alergólogo si presentan complicaciones de rinitis alérgica, sinusitis recurrente o sinusitis crónica, otitis recurrente en niños, aunque es posible que ya hayan consultado también a un otorrinolaringólogo. También si tienen asma concomitante difícil de controlar. Todas estas cosas, creo, señalan el camino para tal vez obtener una opinión diferente sobre lo que está sucediendo.

Dr. Vega: Voy a dejarle un momento para que tenga la última palabra, pero lo que estoy escuchando hoy, y creo que mi conclusión es que definitivamente deberíamos pensar en utilizar estos preparados intranasales porque son muy eficaces, pero se deben usar con regularidad. Tenemos que utilizar medidas de control ambiental, pensar en el hecho de que los antihistamínicos intranasales actúan mucho más rápido que los corticoesteroides intranasales, pero que hay personas con síntomas perennes que podrían necesitar ambos tratamientos. Como se toleran tan bien y son tan seguros, creo que deberían emplearse en la atención primaria y, de ese modo, las derivaciones que hagamos serán las que realmente se necesiten. ¿Cuál es el mensaje que debemos recordar?

Dr. Corren: Chuck, estoy completamente de acuerdo. Creo que ahora mismo estamos en un muy buen momento para los pacientes y para los médicos de atención primaria. Los pacientes tienen acceso a estos medicamentos. Puede que no los prueben, pero es muy fácil que usted y sus colegas le digan al paciente que hay algo que puede comprar sin receta. Eso realmente refuerza la cuestión de la tolerabilidad. Son tan inocuos que ahora son de venta libre, tanto los corticoides intranasales como los antihistamínicos intranasales. Esa combinación de los 2 resolverá el problema en el grueso de los pacientes. A la gran mayoría le funcionará muy bien. Para ese último grupo, recuerden siempre que hay colegas como yo que están dispuestos a ayudar a identificar qué alérgenos son y cómo podemos deshacernos de ellos.

Dr. Vega: Jonathan, gracias por esta excelente charla. Sé que se nos agotó el tiempo. Gracias por participar en esta actividad. Sabemos que están ocupados, así que significa mucho para nosotros que se hayan tomado el tiempo de mirar esto. A continuación, sírvanse responder a las preguntas que siguen y completar la evaluación. Qué estén bien.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/986413

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa aquí presentada puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos autorizados. Se debe consultar a un profesional de atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC

