

**XXXI** CONGRESO  
INTERNACIONAL



# **XXXI** CONGRESO INTERNACIONAL **SCAI 2025**

SOCIEDAD CHILENA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA



# Enfoque práctico del uso de antihistamínicos en vía aérea única

**Dr. Francisco Sosa B.**  
Inmunología, VIH y alergias.

**No poseo conflicto de interés**

# Relevancia de las patologías respiratorias alérgicas

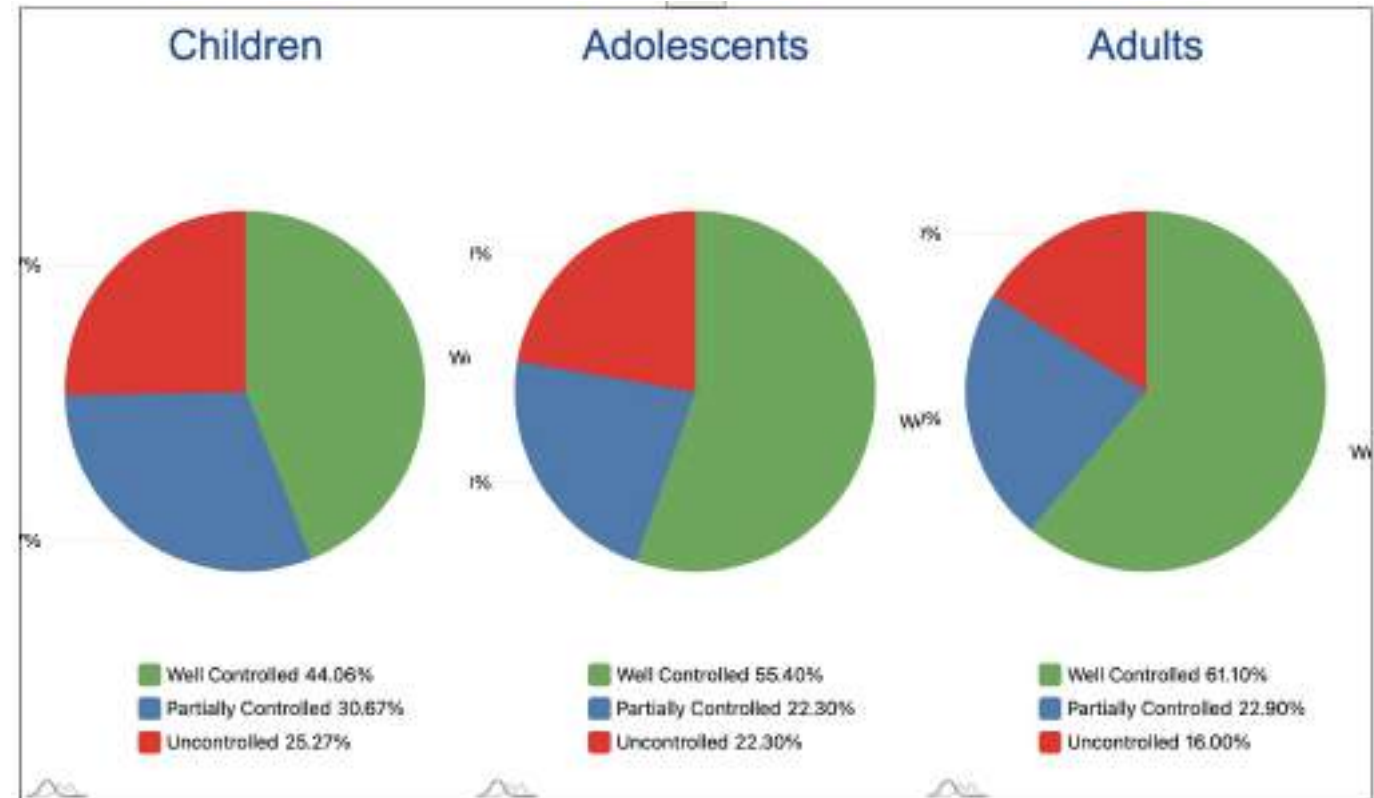
## **Rinitis alérgica:**

- Afecta a 500 millones de personas a nivel mundial.
- Se asocia con deterioro de la calidad de vida, incluyendo dificultades para dormir.
- Comorbilidades asociadas: Asma bronquial, dermatitis atópica.
- Puede asociarse depresión, ansiedad, disminución de la memoria, disminución del rendimiento laboral y académico.

# Relevancia de las patologías respiratorias alérgicas

## Asma

- Amplia prevalencia entre diferentes países y estudios.
- Según global asthma report 2022 prevalencia  $\square$  9,1 % en niños, 11,0 % en adolescentes y 6,6 % en adultos.
- Un 3-10% de los adultos asmáticos sufren de asma grave.



Global Asthma network 2022

EAACI Biologicals Guidelines Recommendations for severe asthma Allergy.  
2021;76:14-44

# Vía Aérea Unificada

Dr. José Antonio Ortega Martell, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)



“ la enfermedad de una única vía aérea “  
RECOMENDACIONES

## ¿Qué significa el concepto de “vía aérea única?”

THE SOCIETY OF RESPIRATORY CARE INDONESIA (RESPINA) PRESENT

Free SKP

ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA:  
**THE UNITED AIRWAY DISEASE**

2 Oktober 2021

13:00-15:00 WIB

DAFTAR

Upper and lower airway remodelling mechanisms in asthma, allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis: The one airway concept revisited

K Samitas<sup>1</sup>, A Carter<sup>2</sup>, H H Kariyawasam<sup>2,3</sup>, G Xanthou<sup>1</sup>

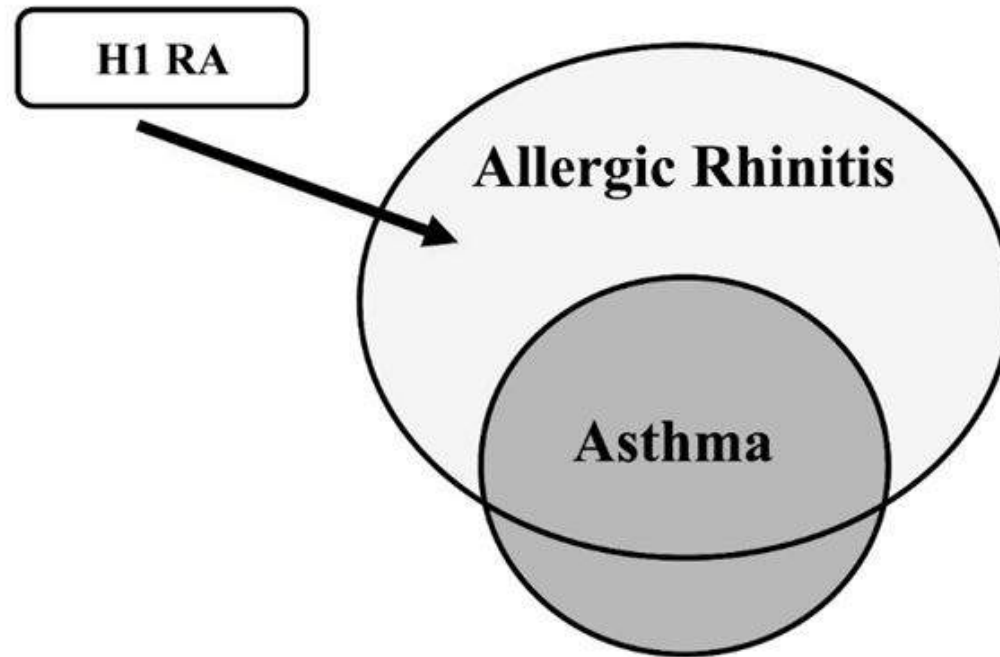


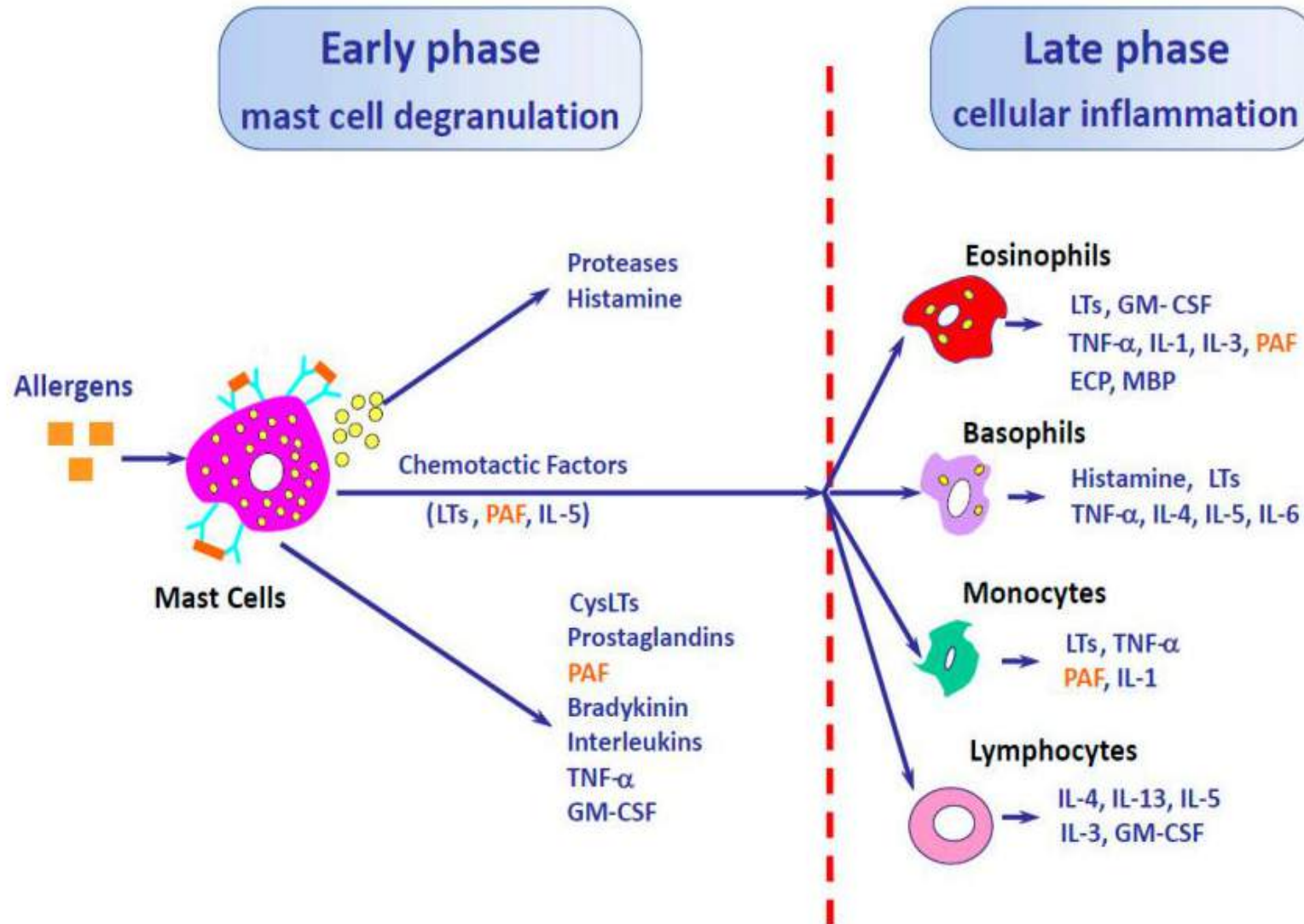
# Qué es la vía aérea única



**Table 2.** Comorbidity of Asthma with Allergic Rhinitis.

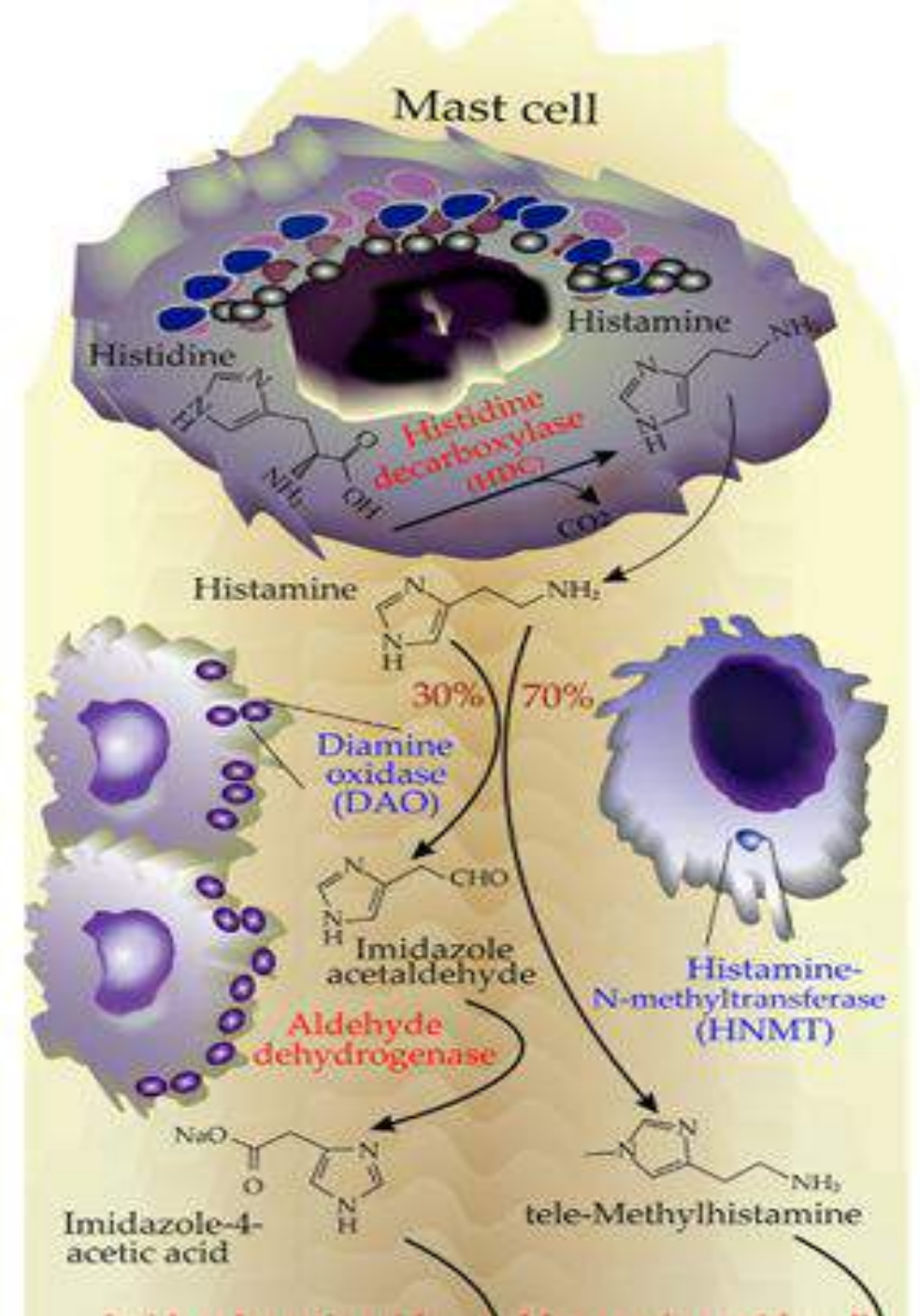
	Number	Yes	No	n.d.
Adult asthma	2781	1693 (60.8%) *	1044 (37.5%)	44 (1.6%)
Child asthma	3283	2238 (68.2%) **	1035 (31.5%)	10 (0.3%)
Allergic rhinitis (AR)	3945	1935(49.0%)	2010 (51.0%)	–





# Histamina

- Producida en mastocitos y basófilos linfocitos, neuronas, macrófagos, fibroblastos, células enterocromafines y plaquetas.
- Almacenada en mastocitos y basófilos.
- Proveniente de los alimentos consumidos.
- Derivada de la microbiota intestinal.
- Estimación de vida media de unos 1-2 minutos, vuelve a los valores iniciales en menos de 30 minutos.





# ¿Cómo la rinitis alérgica puede aumentar la broncoconstricción?



# ¿Cómo la rinitis alérgica puede aumentar la broncoconstricción?

## Inflamación compartida Th2

- Exposición nasal a alérgenos → liberación de IL-4, IL-5, IL-13
- Eosinófilos migran a bronquios → inflamación bronquial. Inflamación compartida entre nariz y bronquios.

## Reflejo nasobronquial

- Estímulos en mucosa nasal → activan trigémino → reflejo vagal → broncoconstricción.
- También induce secreción y tos. Mecanismo neurológico reflejo, sin inflamación sistémica.

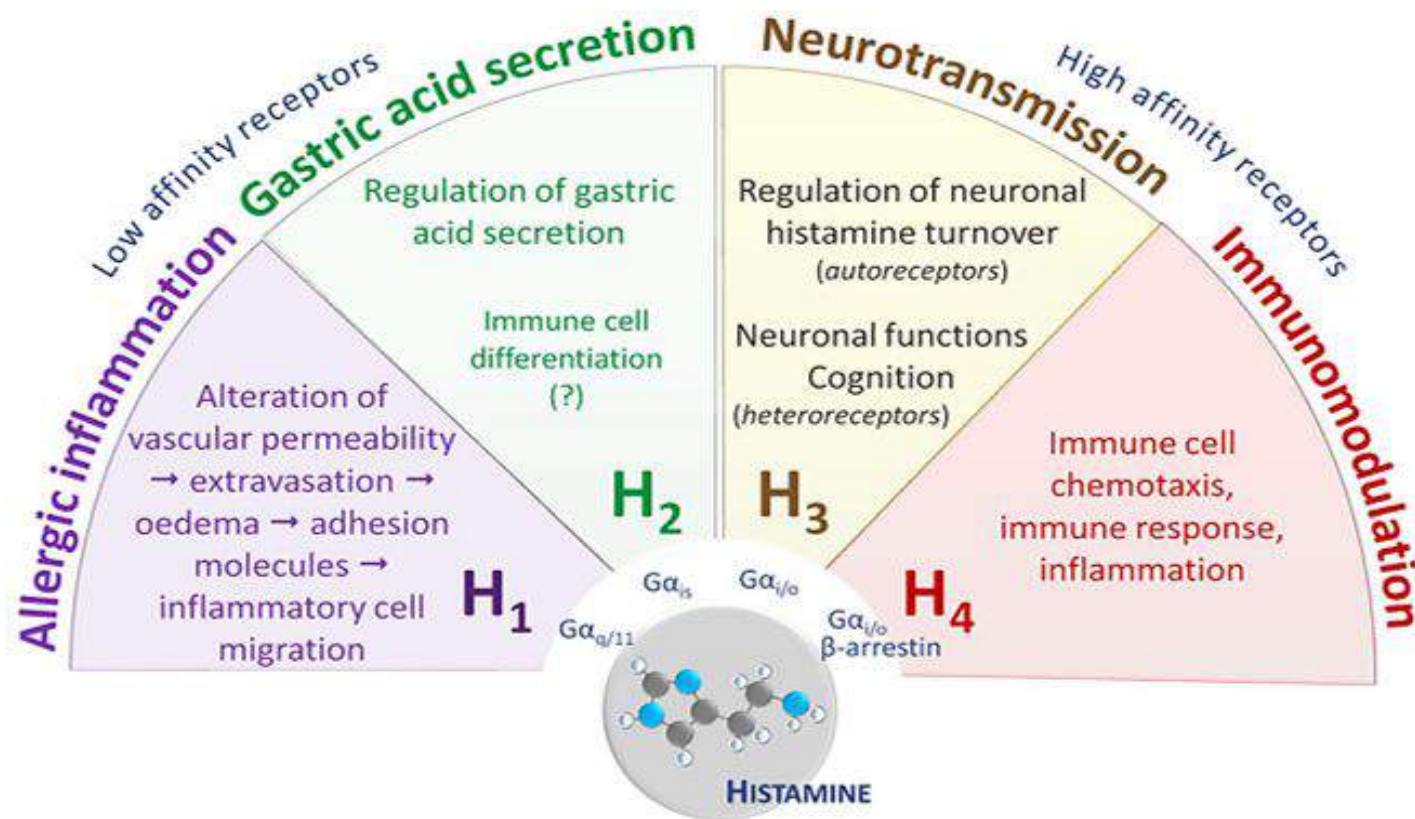
## Goteo postnasal inflamatorio

- Mucosidad inflamada drena a vía aérea inferior
  - Irrita laringe, tráquea y bronquios → tos, broncoconstricción
- Especialmente relevante en la presencia de tos nocturna.

**Tratar la rinitis mejora control del asma.  
Relación clínica y funcional demostrada.**



# Receptores de histamina

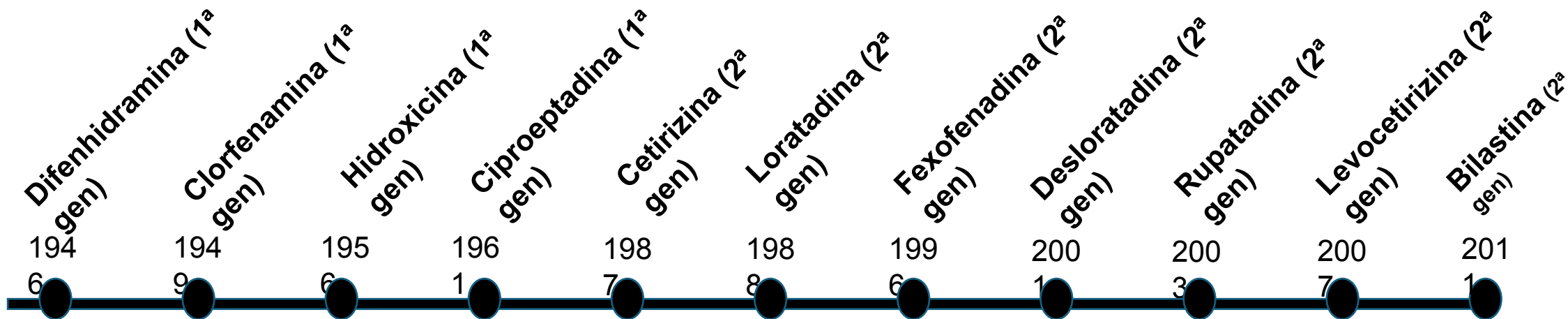


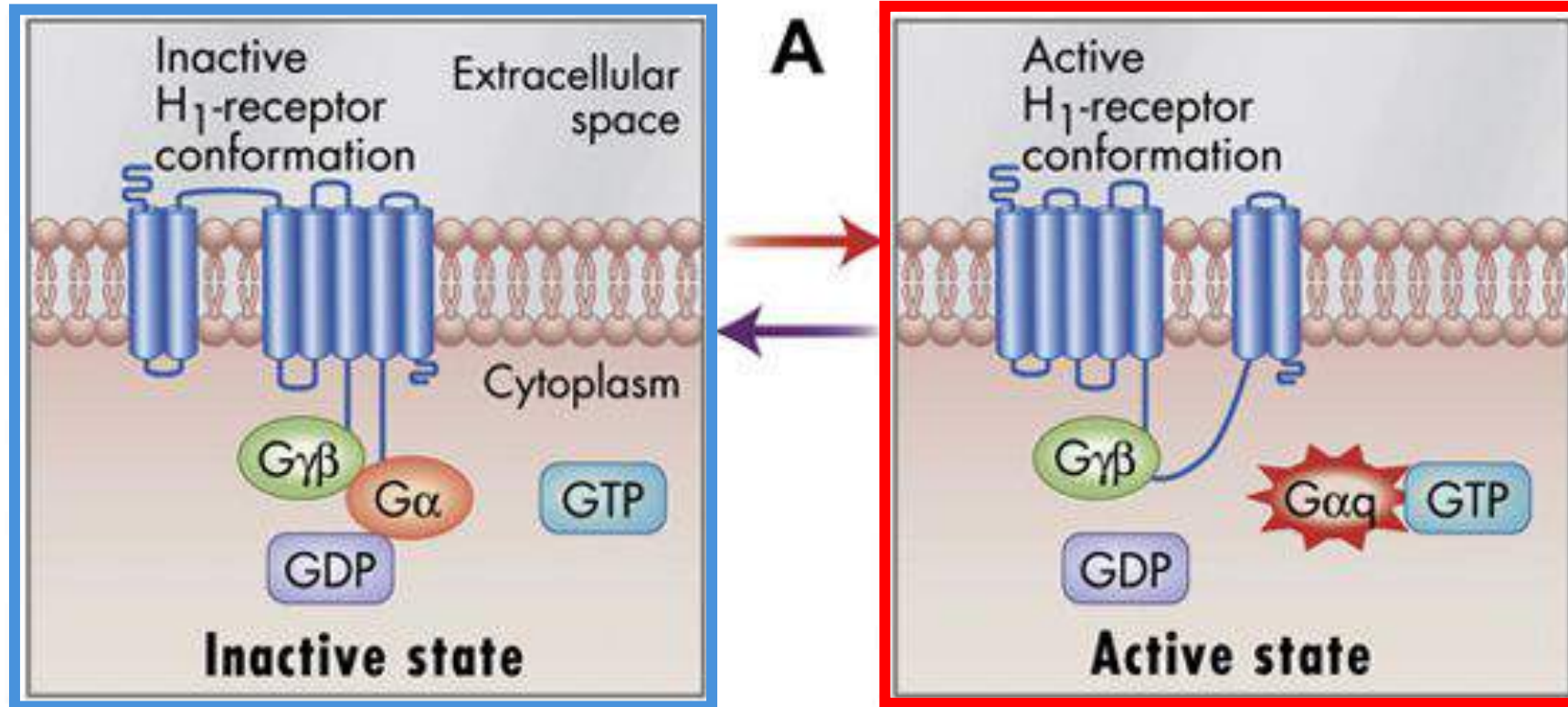
Mast cells – Basophils – Enterochromaffin-like cells – Neurons  
 Leukocytes – Platelets – Epithelial cells – Chondrocytes  
 Tumour cells – Other cells

	Expression
H <sub>1</sub> -receptor	CNS neurons, smooth muscle cells (vascular, respiratory, and GI), CVS, neutrophils, eosinophils, monocytes, macrophages, DCs, T and B cells, endothelial cells, epithelial cells
H <sub>2</sub> -receptor	Gastric parietal cells, smooth muscle, CNS, CVS, neutrophils, eosinophils, monocytes, macrophages, DCs, T and B cells, endothelial cells, epithelial cells
H <sub>3</sub> -receptor	CNS and peripheral neurons†, CVS, lungs, monocytes, eosinophils, endothelial cells
H <sub>4</sub> -receptor	Neutrophils, eosinophils, monocytes, DCs, Langerhans cells, T cells, basophils, mast cells, fibroblasts, bone marrow, endocrine cells, and CNS



# Antihistamínicos





**ANTI-HISTAMÍNICO**

**HISTAMINA**

# Antihistamínicos orales 1ra generación

<b>CLORFENAMINA</b>	<b>Población</b>	<b>Dosis Autorizada</b>
FDA (EE.UU.)	Adultos y >12 años	4 mg cada 4-6 horas (Máx. 24 mg/día)
	Niños 6 a <12 años	2 mg cada 4-6 horas (Máx. 12 mg/día)
	Niños <6 años	Solo bajo indicación médica
EMA (UE)	Adultos y >12 años	4 mg cada 4-6 horas
	Niños 6 a 12 años	2 mg cada 4-6 horas
	Niños 1 a 5 años	1 mg dos veces al día
ISP*	Adultos y >12 años	4 mg cada 6-8 horas
	Niños 6 a 12 años	2 mg cada 6-8 horas
	Niños 1 a 5 años	1 mg cada 6-8 horas

<b>HIDROXICINA</b>	<b>Población</b>	<b>Dosis Autorizada</b>
FDA (EE.UU.)	Adultos (Prurito)	25 mg 3-4 veces al día
	Niños >6 años	50-100 mg/día en dosis divididas
	Niños <6 años	50 mg/día en dosis divididas
EMA (UE)	Adultos	Uso restringido (Riesgo QT). Máx. 100 mg/día
	Ancianos	NR. Máx. 50 mg/día
	Niños >12 meses	1-2 mg/kg/día en dosis divididas
ISP	Adultos y niños >40 kg	20 mg 3 veces al día. Máximo 100 mg al día.
	Niños desde los 12 meses	1 a 2 mg/kg día repartidos en varias tomas.



# Antihistamínicos orales 2da generación

Fármaco	Agencia	Población	Dosis Autorizada
<b>Cetirizina</b>	FDA/ISP	Adultos y >6 años	5-10 mg / 24h
		Niños 6 meses a 5 años	2.5 mg / 24h (puede aumentar a 5 mg en >2 años)
	EMA	Adultos y >12 años	10 mg / 24h
		Niños 6 a 12 años	5 mg / 12h
<b>Levocetirizina</b>	FDA/ISP	Niños 2 a 6 años	2.5 mg / 12h
		Adultos y 6-11 años	5 y 2.5 mg / 24h
	EMA	Niños 6 meses a 5 años	1.25 mg / 24h
		Adultos y >6 años	5 mg / 24h
		Niños 2 a 6 años	1.25 mg / 12h

Fármaco	Agencia	Población	Dosis Autorizada
<b>Loratadina</b>	FDA	Adultos y >6 años	10 mg / 24h
		Niños 2 a 5 años	5 mg / 24h
	EMA	Adultos y >12 años	10 mg / 24h
		Niños 2-12 años (>30kg)	10 mg / 24h
		Niños 2-12 años (≤30kg)	5 mg / 24h
<b>Desloratadina</b>	FDA	Adultos y >12 años	5 mg / 24h
		Niños 6 a 11 años	2.5 mg / 24h
		Niños 6 meses a 5 años	1 - 1.25 mg / 24h
	EMA/ISP	(Similar a la FDA, pero aprobada en >1 año)	

Fármaco	Agencia	Población	Dosis Autorizada	Agencia	Población	Dosis
<b>Bilastina</b>	EMA	Adultos y >12 años	20 mg / 24h	ISP	Adultos y >12 años	20 mg/día
		Niños 6 a 11 años (≥20kg)	10 mg / 24h		Niños 2 a 11 años	10 mg/día
		Niños <6 años	No recomendado		Niños < 2 años	No recomendado
<b>Rupatadina</b>	EMA/ISP	Adultos y >12 años	10 mg / 24h			
		Niños 2-11 años (>25kg)	5 mg / 24h			
		Niños 2-11 años (<25kg)	2.5 mg / 24h			
		Niños <2 años	No recomendado			

Fármaco	Agencia	Población	Dosis Autorizada
<b>Fexofenadina</b>	FDA/ISP/EMA	Adultos y >12 años	180 mg / 24h (o 60 mg / 12h)
		Niños 2 a 11 años	30 mg / 12h
		Niños 6 meses a 2 años	15 mg / 12h (para urticaria)



# Antihistamínicos orales 2da generación

Drug	Liver metabolism	Dose adjustment
Acrivastine	<50%	NA
Bilastine	No	No
Cetirizine	<40%	Liver and kidney failure
Desloratadine	Yes	Liver and kidney failure
Ebastine	Yes	Liver and kidney failure
Fexofenadine	<8%	Kidney failure
Levocetirizine	<15%	Liver and kidney failure
Loratadine	Yes	Liver and kidney failure
Mizolastine	Yes	NA
Rupatadine	Yes	Liver and kidney failure

## Interacciones claves

### Fexofenadina

- Jugos (pomelo, manzana, naranja) ↓ absorción
- Antiácidos Al/Mg ↓ eficacia  
→ Tomar con agua, separar 2 h de antiácidos

### Bilastina

- Comida y jugos ↓ biodisponibilidad ~30%  
Tomar en ayunas, 1 h antes o 2 h después

### Rupatadina

- Pomelo ↑ niveles 3,5X (CYP3A4)
- ↑ con ketoconazol, eritromicina, verapamilo  
→ Evitar combinación

### Desloratadina

- ↑ leve con ketoconazol/eritromicina, sin impacto clínico

### Cetirizina / Levocetirizina

- Sin interacciones relevantes

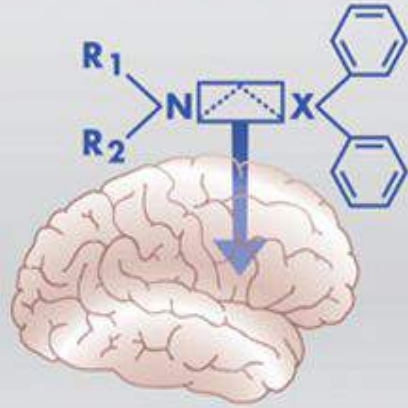


# Antihistamínicos Intranasales

<u>Fármaco</u>	<u>Agencia</u>	<u>Población</u>	<u>Dosis Autorizada</u>
<b>Olopatadina/ mometasona</b>	FDA	>12 años	2 puff en cada fosa nasal dos veces al día.
	EMA	>12 años	2 puff en cada fosa nasal dos veces al día.
	ISP	6-11 años	1 puff en cada fosa nasal dos veces al día. Seguridad hasta 14 días.

<u>Fármaco</u>	<u>Agencia</u>	<u>Población</u>	<u>Dosis Autorizada</u>
<b>Azelastina/ Fluticasona</b>	FDA	>6 años	1 puff en cada fosa nasal dos veces al día.
	EMA	>12 años	1 puff en cada fosa nasal dos veces al día.
	ISP	>12 años	1 puff en cada fosa nasal dos veces al día.

## B Potential adverse effects of first (old)-generation H<sub>1</sub>-antihistamines



### CNS H<sub>1</sub>-receptors

- ↓ Alertness, cognition, learning, memory, and psychomotor performance
- ↑ Impairment with or without sedation



### Muscarinic receptors

- ↑ Dry mouth
- ↑ Urinary retention
- ↑ Sinus tachycardia



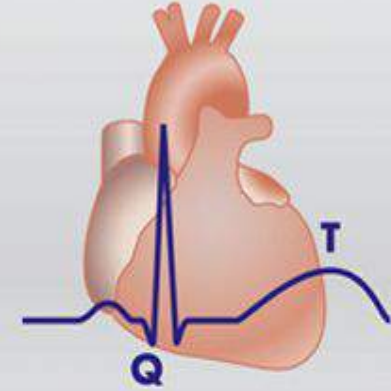
### Serotonin receptors

- ↑ Appetite
- ↑ Weight gain



### α-Adrenergic receptors

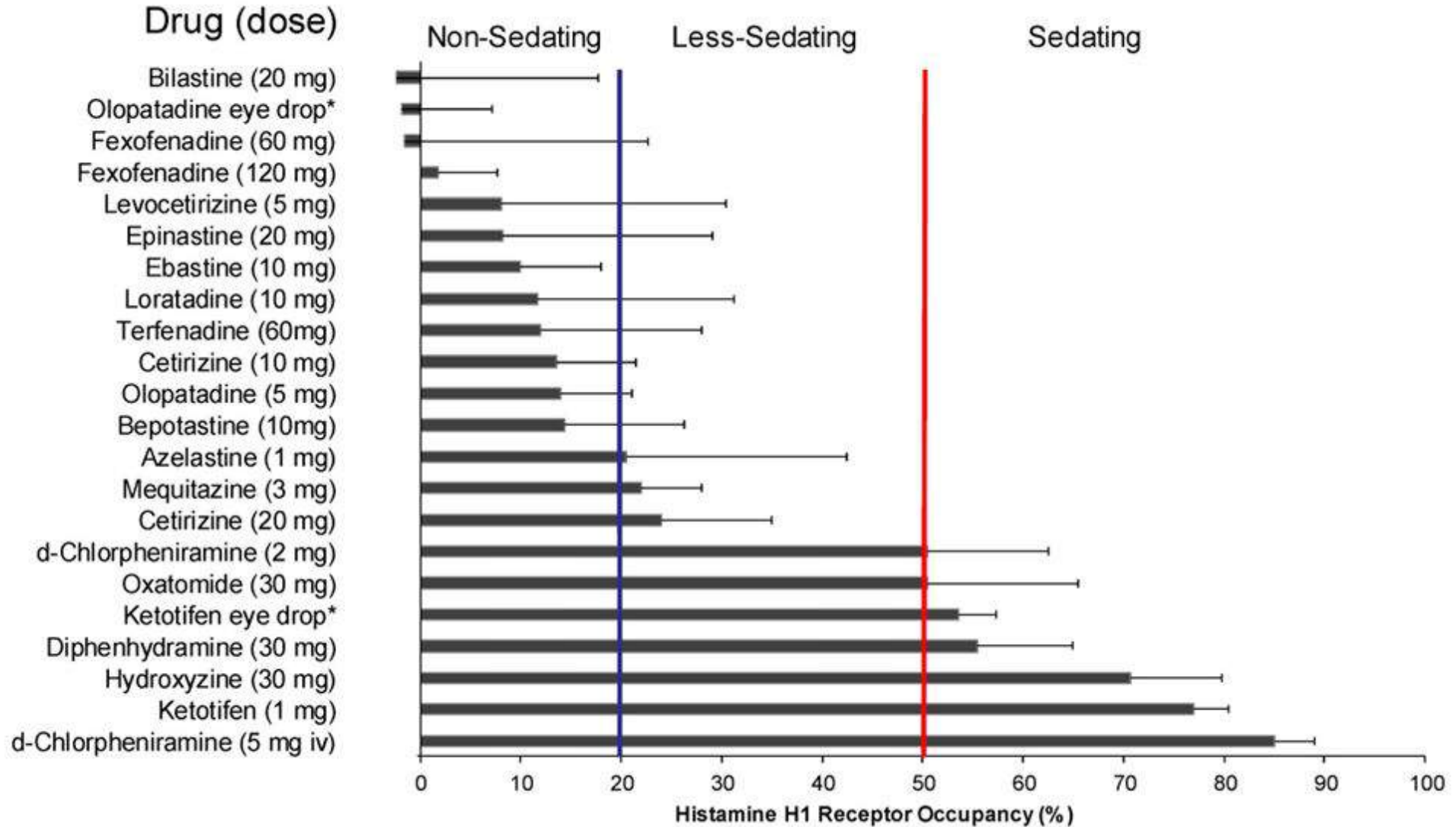
- ↑ Dizziness
- ↑ Postural hypotension



### Cardiac ion channels (I<sub>Kr</sub>, I<sub>Na</sub>, and others)

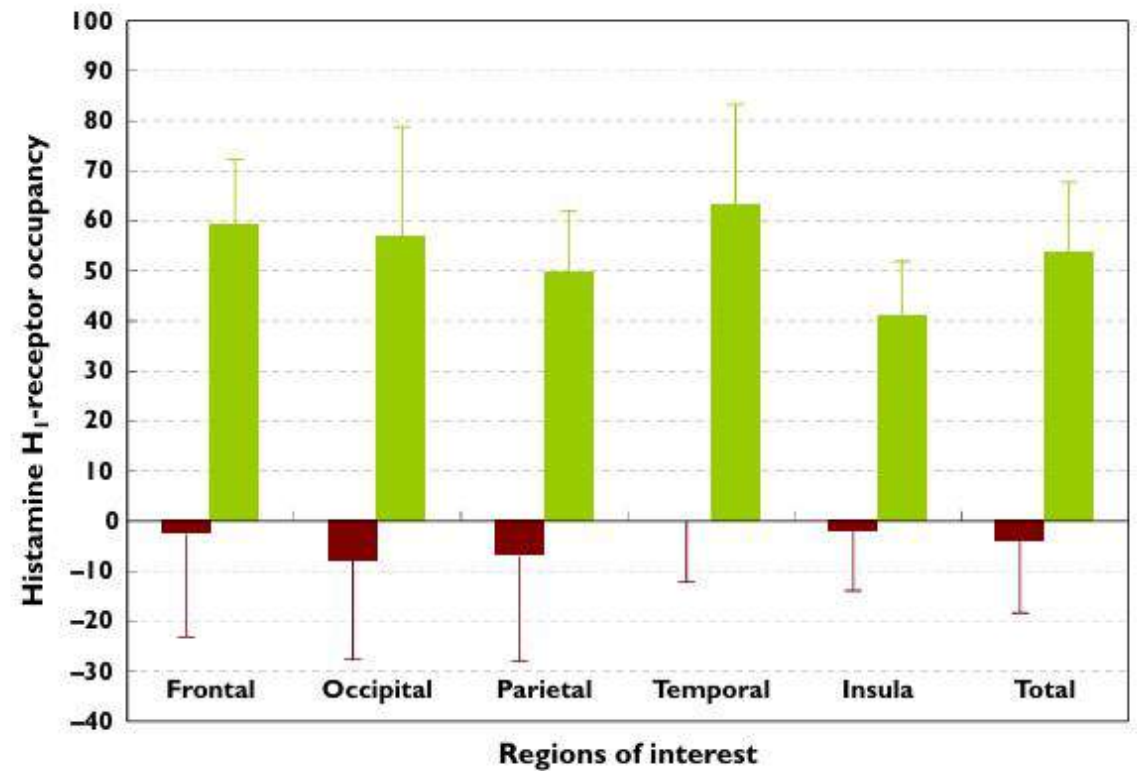
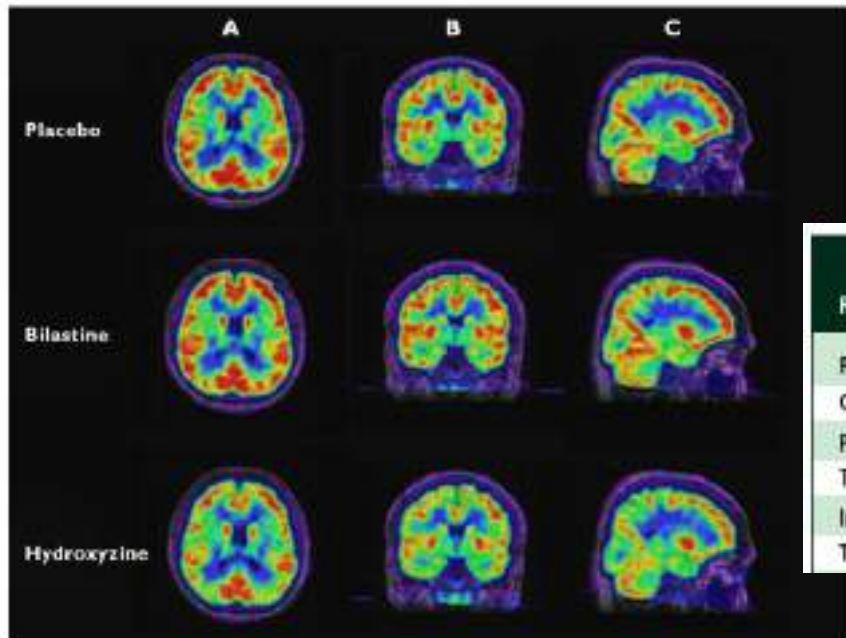
- ↑ QT interval
- ↑ Ventricular arrhythmias

# Sedación de los AH de 1ra y 2da gen



# Bilastine vs. hydroxyzine: occupation of brain histamine H<sub>1</sub>-receptors evaluated by positron emission tomography in healthy volunteers

Magí Farré,<sup>1</sup> Clara Pérez-Mañá,<sup>1</sup> Esther Papaseit,<sup>1</sup> Esther Menoyo,<sup>1</sup> Marta Pérez,<sup>1</sup> Soraya Martín,<sup>2</sup> Santiago Bullich,<sup>2</sup> Santiago Rojas,<sup>2</sup> José-Raúl Herance,<sup>2</sup> Carlos Trampal,<sup>2</sup> Luis Labeaga<sup>3</sup> & Román Valiente<sup>1</sup>



Region of interest	Receptor occupancy (%)	
	Bilastine 20 mg (*)	Hydroxyzine 25 mg
Frontal	-2.41 ± 20.97	58.91 ± 13.37
Occipital	-8.07 ± 19.60	56.96 ± 21.95
Parietal	-7.17 ± 20.74	49.93 ± 12.29
Temporal	0.38 ± 12.61	62.83 ± 20.60
Insula	-2.32 ± 11.83	41.12 ± 11.10
Total	-3.92 ± 14.39	53.95 ± 14.13

Evaluó 26 ensayos clínicos y estudios .Eficacia desloratadina, fexofenadina y levocetirizina en la congestión nasal de la rinitis alérgica entre (1991–2009).

## A Review of the Efficacy of Desloratadine, Fexofenadine, and Levocetirizine in the Treatment of Nasal Congestion in Patients With Allergic Rhinitis

Claus Bachert, MD, PhD

Desloratadina, fexofenadina y levocetirizina demostraron:

- Reducción significativa de la congestión vs placebo.
- Mejoría tanto en medidas objetivas (flujo nasal) como subjetivas.
- Efecto temprano: desde las primeras 2 horas (desloratadina) y durante el día siguiente para los otros tratamientos.
- Respuesta consistente en RA estacional y perenne.

Seguridad: perfil comparable a placebo; mínima o nula sedación.

RAM:

- Desloratadina: cefalea/fatiga leves.
- Fexofenadina: excelente seguridad, sin sedación ni cardiotoxicidad.
- Levocetirizina: algo más de somnolencia, pero leve.

Conclusión: los tres antihistamínicos son eficaces y seguros para la congestión nasal en RA, con evidencia más robusta para desloratadina.

# Efficacy of different oral H<sub>1</sub> antihistamine treatments on allergic rhinitis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials

Dongdong Hong , Juanling Weng, Meiting Ye, Yuanxian Liu \*

Fármaco / Dosis	Total síntomas (TSS)	Congestión nasal	Rinorrea	Prurito nasal	Estornudos	Síntomas oculares
<b>Rupatadina 20 mg</b>	<b>99.7</b>	<b>96.4</b>	<b>96.6</b>	84.8	87.3	<b>97.2</b>
Rupatadina 10 mg	76.3	73.4	74.6	47.1	66.5	88.8
Levocetirizina 5 mg	62.0	40.5	30.9	<b>83.4</b>	<b>95.4</b>	38.2
Cetirizina 10 mg	63.5	35.1	71.0	32.4	59.4	48.9
Desloratadina 5 mg	61.4	64.2	50.6	44.5	56.8	43.6
Ebastina 20 mg	57.0	69.2	52.7	72.1	65.7	39.9
Ebastina 10 mg	27.9	62.0	47.4	57.3	45.1	28.6
Fexofenadina 180 mg	49.1	53.6	70.9	73.6	37.1	72.1
Fexofenadina 120 mg	41.1	35.1	33.8	32.5	22.7	72.0
Loratadina 10 mg	12.0	12.8	16.5	21.8	14.0	14.9
Placebo	0.0	7.7	5.1	0.5	0.1	5.6

18 ensayos clínicos aleatorizados con 9419 pacientes con rinitis alérgica, comparando la eficacia de diversos antihistamínicos H<sub>1</sub> orales.

Todos fueron superiores a placebo en la reducción de puntajes de síntomas totales y específicos (congestión, rinorrea, prurito nasal, estornudos y síntomas oculares).

## Interpretación:

- **Rupatadina 20 mg** lidera casi todos los aspectos evaluados.
- **Levocetirizina 5 mg** es muy eficaz en estornudos y prurito nasal.
- **Loratadina 10 mg** es el menos eficaz entre los antihistamínicos estudiados

*El efecto superior de rupertadina podría relacionarse con su acción dual como antagonista H<sub>1</sub> y bloqueador del factor activador plaquetario (PAF), lo que amplifica su efecto antiinflamatorio.*

# Fexofenadine and levocetirizine have equivalent effectiveness for persistent allergic rhinitis

Información de publicación: Snidvongs, Kornkiat; Rotjanasiriphong, Chutima; Phannaso, Chantima; Chusakul, Supinda; Aeumjaturapat, Songklot.

Se incluyeron 69 pacientes (70% mujeres, edad media 34 años) diagnosticados según los criterios ARIA 2008 y sensibilizados a *D. pteronyssinus*. Se usó un diseño aleatorizado, doble ciego, con tres grupos que recibieron los fármacos durante una semana.

Síntomas principales (TSS): Mejoraron significativamente en los tres grupos comparados con la basal.

Calidad de vida: Mejoraron en todos los ítems, pero sin diferencias significativas entre grupos.

PNIF (obstrucción nasal objetiva): No mostró mejoría significativa en ninguno de los tres grupos.







Habón y eritema: Hubo reducción, pero sin diferencias entre grupos.

En resumen: todos los síntomas subjetivos mejoraron, pero la obstrucción nasal objetiva (PNIF) no cambió de forma relevante.

# Intranasal corticosteroids compared with oral antihistamines in allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis

Nanna Juel-Berg, M.D.,<sup>1</sup> Peter Darling, M.D.,<sup>2</sup> Julie Bolvig, P.T. M.Sc.,<sup>3</sup> Majken H. Foss-Skiftesvik, M.D.,<sup>1,4</sup> Susanne Halken, M.D., D.M.Sc.,<sup>5</sup> Lone Winther, M.D., D.M.Sc.,<sup>1</sup> Kirsten Skamstrup Hansen, M.D., Ph.D.,<sup>1,6</sup> Nikolaj Askjaer, M.D.,<sup>7</sup> Steffen Heegaard, M.D., D.M.Sc.,<sup>8,9</sup> Anders R. Madsen, M.D.,<sup>2</sup> and Morten S. Opstrup, M.D., Ph.D.<sup>1</sup>

Revisión sistemática y metaanálisis (9 ensayos; 5 en análisis cuantitativo; n=990).

Síntoma / Variable	Resultado
Síntomas nasales totales	INCS  diferencia significativa
Obstrucción nasal	INCS  diferencia significativa
Rinorrea	Tendencia a favor de INCS, sin significación estadística
Prurito nasal	INCS  diferencia significativa
Estornudos	INCS  diferencia significativa
Síntomas oculares	 No hubo diferencia significativa
Calidad de vida	INCS  diferencia significativa

## Antihistamínicos orales (AH) evaluados

- Loratadina 10 mg/día
- Levocetirizina 5 mg/día
- Fexofenadina 120 mg/día

## Corticoides intranasales (INCS) evaluados

- Fluticasona propionato (100–200 µg/día, según estudio)
- Budesonida (256 µg/día)
- Triamcinolona acetona (220 µg/día)

# Intranasal corticosteroids compared with oral antihistamines in allergic rhinitis: A systematic review and meta-analysis

Nanna Juel-Berg, M.D.,<sup>1</sup> Peter Darling, M.D.,<sup>2</sup> Julie Bolvig, P.T. M.Sc.,<sup>3</sup>  
Majken H. Foss-Skiftesvik, M.D.,<sup>1,4</sup> Susanne Halcken, M.D., D.M.Sc.,<sup>5</sup> Lone Winther, M.D., D.M.Sc.,<sup>1</sup>  
Kirsten Skamstrup Hansen, M.D., Ph.D.,<sup>1,6</sup> Nikolaj Askjaer, M.D.,<sup>7</sup> Steffen Heegaard, M.D., D.M.Sc.,<sup>8,9</sup>  
Anders R. Madsen, M.D.,<sup>2</sup> and Morten S. Opstrup, M.D., Ph.D.<sup>1</sup>

Revisión sistemática y metaanálisis (9 ensayos; 5 en análisis cuantitativo; n=990).



## Eventos adversos:

- ↑ epistaxis con INCS (7–16% vs 0–4% con AH)
- No se reportaron diferencias en somnolencia.
- No hubo datos suficientes sobre: retraso de crecimiento, fracturas, diabetes, ausentismo.

## Conclusiones:

- INCS son superiores a AHO para control de síntomas nasales y mejoran calidad de vida.
- No son superiores en síntomas oculares
- La elección debe considerar eficacia, perfil de seguridad y preferencia del paciente.

# Effects of H1 antihistamine addition to intranasal corticosteroid for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis

Kachorn Seresirikachorn, MD<sup>1,2</sup> , Wirach Chitsuthipakorn, MD<sup>3</sup>, Dichapong Kanjanawasee, MD<sup>1,2</sup>,  
Likhit Khattiyawittayakun, MD<sup>1,4</sup> and Kornkiat Snidvongs, MD, PhD<sup>1,2</sup> 

Metaanálisis: 16 ECA, 4026 pacientes

Síntomas nasales: **mejora significativa con AH intranasales + INCS vs INCS solos**  
(SMD -0.13; p<0.001)

**Síntomas oculares: también mejoran con la combinación intranasal** (SMD -0.12;  
p=0.003)

**AH orales + INCS: sin beneficio adicional**

Calidad de vida, flujo inspiratorio y EA: sin diferencias relevantes

Efectos adversos: no hubo aumento significativo (epistaxis, somnolencia, sequedad,  
irritación)

Conclusión:

Recomendado: INCS + AH intranasal (ej. azelastina + fluticasona)

No recomendado: INCS + AH oral

Fármacos evaluados:

**AHO:** Cetirizina,  
astemizol, terfenadina,  
loratadina, ketotifeno,  
levocetirizina.

**AHIN:** Azelastina.

**CIN:** Fluticasona  
propionato, mometasona  
furoato, budesonida,  
beclometasona,



## Effects of antihistamines in adult asthma: a meta-analysis of clinical trials

E. Van Ganse\*, L. Kaufman\*\*, M.P. Derde\*\*,  
J.C. Yernault+, L. Delaunois++, W. Vincken\*

Incluyó 19 ensayos, 582 participantes con antihistamínicos vs 557 con placebo

- Resultados:

- Incremento mínimo en PEF matutino
- Sin cambios relevantes en VEF1
- Reducción marginal en uso de  $\beta$ -agonistas (-0.4 dosis/día)

- Efectos adversos: sedación más frecuente, cefalea, aumento de peso, sequedad bucal

- Conclusión: efecto clínico marginal, no recomendado como tratamiento del asma

- Ketotifeno (6 estudios)
- Oxatomida
- Terfenadina
- Azelastina
- Picumast
- Pemirolast
- Loratadina
- Cetirizina



Review

# The Role of Histamine in the Pathophysiology of Asthma and the Clinical Efficacy of Antihistamines in Asthma Therapy

Kohei Yamauchi <sup>1,\*</sup> and Masahito Ogasawara <sup>2</sup>

Efecto demostrado:

- H1RA revierten broncoconstricción por histamina exógena.
- Solo logran mejoría parcial ante broncoconstricción inducida por alérgeno.

Limitaciones clínicas:

- El asma involucra múltiples mediadores: leucotrienos, prostaglandinas, PAF, citoquinas.
- Los H1RA bloquean solo la histamina → insuficiente para control global.
- Comparaciones directas: LTRA > H1RA en inhibir la obstrucción bronquial inducida por alérgenos.

Guías actuales:

- H1RA son suplementarios, no parte del tratamiento estándar.
- Uso potencial solo en subgrupos con asma + rinitis alérgica.

Conclusión: Aunque la histamina es patogénica, los H1RA no controlan la inflamación crónica ni los desenlaces clínicos del asma.



## Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence

(J Allergy Clin Immunol 2020;145:70-80.)

**TABLE IV.** Information used to support next-generation ARIA-GRADE guidelines

### GRADE recommendation

- Oral H<sub>1</sub>-antihistamines are less potent than INCSs BUT many patients prefer oral drugs
- Intranasal H<sub>1</sub>-antihistamines are less effective than INCSs  
Intranasal H<sub>1</sub>-antihistamines are effective within minutes  
INCSs should continue being prescribed as first-line therapy in patients with moderate-to-severe rhinitis  
Onset of action of INCSs takes a few hours to a few days (ciclesonide has a faster onset)
- The combination of INCSs and oral H<sub>1</sub>-antihistamines offers no advantage over INCSs
- The combination of INCSs and intranasal H<sub>1</sub>-antihistamines is more effective than INCSs
- The combination of INCSs and intranasal H<sub>1</sub>-antihistamines is effective within minutes  
Leukotriene antagonists are less potent than INCSs

**TABLE III.** Comparison of the time of onset of action using environmental exposure chambers

Drug (dose)	Formulation	Onset of action
Ontario environmental exposure chamber <sup>10</sup>		
Azelastine	Nasal spray	15 min
MPAzeFlu	Nasal spray	5 min
Fluticasone propionate + oral loratadine (10 mg)	Nasal spray + tablet	160 min
Olopatadine	Nasal spray	90 min
Ciclesonide	Nasal spray	60 min
Budesonide	Nasal spray	8 h
Budesonide and azelastine	Nasal spray	20 min
CDX-313 (solubilized budesonide + azelastine)	Nasal spray	20 min
Levocetirizine	Tablet	160 min

# Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence

(J Allergy Clin Immunol 2020;145:70-80.)

## A Assessment of control in untreated symptomatic patient

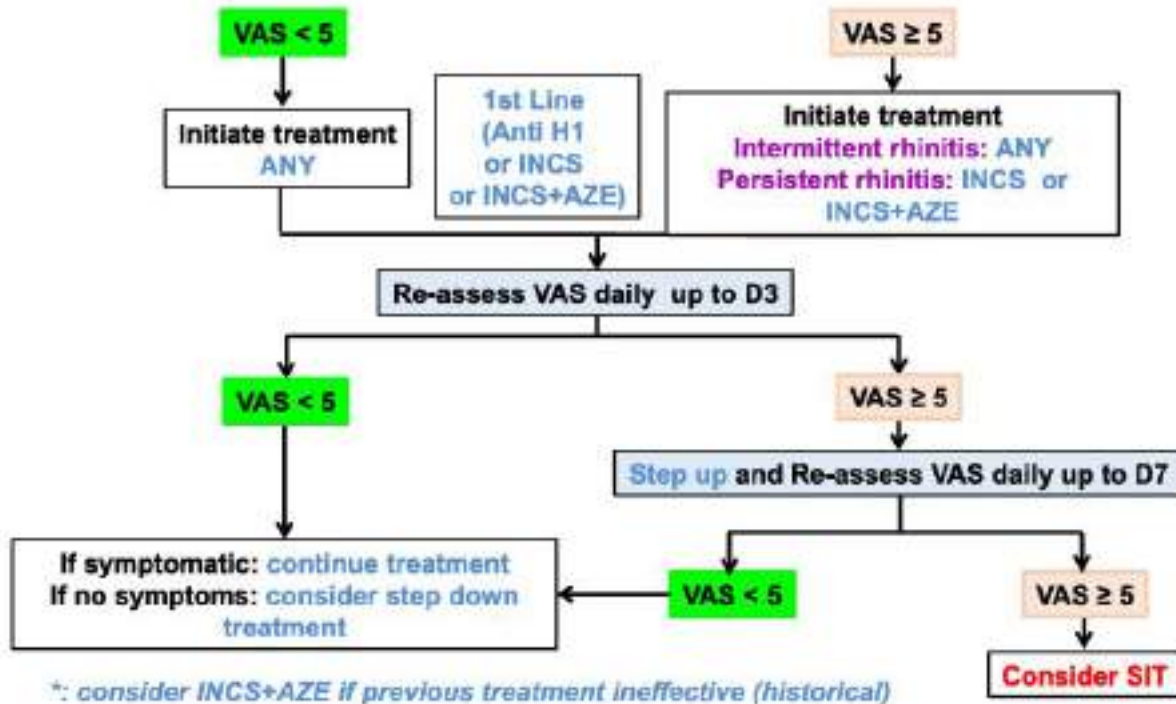


TABLE I. Classification of treatments used in patients with allergic rhinitis<sup>6</sup>

T1	Nonsedating H <sub>1</sub> -antihistamine (oral, intranasal, and ocular), leukotriene receptor antagonists, or cromones (intranasal and ocular)
T2	INCSs
T3	INCSs + intranasal azelastine
T4	Oral corticosteroid as a short course and an add-on treatment
T5	Consider referral to a specialist and allergen immunotherapy

Patients	Consensus	Note
IAR; VAS ≥ 5	T1, T2, or T3	T2 or T3 if congestion
PER; VAS ≥ 5	T2 or T3	
IAR or PER VAS < 5	T1, T2, or T3	T2 or T3 if congestion

### Rol de los AH:

- Principiamente terapia de inicio en la rinitis alérgica leve sin congestión, considerar preferencia del paciente.
- Como un componente clave de la terapia combinada intranasal de alta eficacia, para el paciente con rinitis moderada-severa o que requiere una intensificación de su tratamiento.



La siguiente tabla, muestra la cantidad de dosis vendidas en el periodo señalado, agrupados por unidad posológica del principio activo de cada antialérgico de uso sistémico, en todas sus presentaciones:

	<b>Principio activo</b>	<b>Dosis vendidas 2022</b>
1	CLORFENAMINA 4.00MG	31.414.400
2	LEVOCETIRIZINA 5.00MG	24.924.050
3	LORATADINA 10MG	22.625.650
4	DESLORATADINA 5.00MG	13.488.440
5	LEVOCETIRIZINA 2.50MG 100ML	11.672.600
6	DESLORATADINA 2.50MG 120ML	8.868.000
7	LORATADINA 5.00MG 90ML	7.473.870
8	LEVOCETIRIZINA 5.00MG 120ML	6.563.040
9	CLORFENAMINA 2.00MG 120ML	5.490.360
10	LEVOCETIRIZINA 2.50MG 120ML	5.457.000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos IQVIA.



# Mensajes finales

- Rinitis alérgica y asma forman parte de la “vía aérea única”: Tratarlas en conjunto mejora el control global.
- Antihistamínicos H1 de 2ª generación → son los candidatos para ser utilizados en rinitis alérgica. Más eficaces, seguros y con menos sedación.
- Corticoides intranasales → tratamiento más potente para síntomas nasales; mejoran calidad de vida más que los antihistamínicos orales.
- Combinación de corticoide intranasal + antihistamínico intranasal ofrece beneficio adicional; no ocurre con AH oral + CIN.
- En asma, los antihistamínicos tienen un rol muy limitado: bloquean histamina pero no controlan la inflamación crónica; no son recomendados.
- Eficacia práctica: elegir terapia según síntomas predominantes, perfil de seguridad y preferencias del paciente.



Gracias