

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica **GPC**

SEDENA

SEMAR

Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de GPC: **IMSS-587-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



ÍNDICE

DEFINICIÓN	3
CONTEXTO.....	3
ABORDAJE CLÍNICO DIAGNÓSTICO	4
TRATAMIENTO	6
CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	7
CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	7
ALGORITMOS.....	8

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE- 10: J30 Rinitis alérgica y vasomotora . J30.0 Rinitis vasomotra.

J31.0 Rinitis crónica

GPC

Rinitis no alérgica: diagnóstico y tratamiento

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El término rinitis no alérgica-no infecciosa, se aplica a la afección nasal en la que los síntomas son idénticos a la rinitis alérgica, pero la causa alérgica se ha excluido.

Con base en la presencia o ausencia de inmunoglobulina E se reconocen dos amplias categorías: 1) Rinitis alérgica con individuos alérgicos a un alérgeno identificado, 2) Rinitis no alérgica, que engloba individuos con presentación heterogénea, algunos con alguna causa o factor precipitante conocido y otros con origen desconocido. A todos estos padecimientos se les denomina rinitis, aunque en muchas de sus presentaciones no exista evidencia de inflamación.

El diagnóstico se realiza generalmente con base en dos o más síntomas nasales, que incluyen: congestión nasal, rinorrea, estornudos, comezón y alteración en el sentido del olfato, por más de una hora en la mayor parte de los días.

CONTEXTO

Para ofrecer un tratamiento oportuno al paciente con rinitis no alérgica, es necesario realizar un diagnóstico preciso de la forma o variedad que presenta.

Es una realidad que en los centros de atención primaria, habitualmente no se cuenta con los recursos para investigar la causa de la rinitis, por lo que con regularidad se atribuye a patología alérgica o a infecciones de vías aéreas superiores.

Por otra parte, se considera que la rinitis no alérgica, es una entidad en la cual los síntomas son idénticos a los vistos en la de etiología alérgica y su diagnóstico se realiza excluyendo la misma, y si bien, la mayoría de los autores están de acuerdo en que se trata de una patología multifacética, actualmente no existe una clasificación de la misma mundialmente aceptada y utilizada, por lo que para la elaboración de la presente guía se decidió incluir por su frecuencia, los siguientes tipos:

- Medicamentosa
- Hormonal
- Ocupacional
- Gustativa
- Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico
- Asociada a anomalías anatómicas
- Asociada a enfermedades sistémicas
- Vasomotora

Por lo tanto, es importante contar con una guía que sistematice el abordaje diagnóstico del paciente con rinitis no alérgica, que permita identificar y tratar de manera apropiada los distintos tipos de la enfermedad, así como referir oportunamente aquellos casos que ameriten valoración y manejo en el segundo nivel de atención, lo cual se reflejará en una mejor calidad de atención médica.

ABORDAJE CLÍNICO DIAGNÓSTICO

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Para identificar el tipo de rinitis que presenta un paciente en particular, se recomienda realizar una historia clínica dirigida con los datos que se señalan en la tabla I (escalas, tabla I).

RINITIS MEDICAMENTOSA

1. Para considerar el diagnóstico de rinitis medicamentosa se recomienda:
 - Correlacionar el momento de inicio del medicamento, con el comienzo de la sintomatología (escalas, tabla 2)
 - Interrogar en forma dirigida la utilización de descongestionantes nasales o de cocaína (escalas, tabla 2)
2. El tratamiento de la rinitis por medicamentos de uso sistémico consiste, si es factible, en suspender el fármaco involucrado.
3. Para el manejo de la rinitis no alérgica secundaria al uso de vasoconstrictor tópico, se debe suspender la utilización del mismo.
4. En pacientes que hayan utilizado el anticongestivo nasal por más de un mes, se recomienda suspenderlo gradualmente, se sugiere cualquiera de las siguientes estrategias:
 - Diluir el medicamento con solución fisiológica o agua al 50% durante 3 días, posteriormente al 25% otros 3 días, al término de los cuales se suspende
 - Indicar el uso del medicamento diluido de la manera señalada anteriormente, pero administrado en una sola narina
5. Aunado a la suspensión del descongestionante tópico se debe indicar cualquier tipo de esteroide nasal. Es recomendable administrarlo al menos durante 6 semanas (escalas, cuadro 1).
6. Como parte del manejo integral, se debe informar al paciente la importancia que representa, el no volver a usar el descongestivo nasal.
Cuando exista justificación médica para utilizar descongestivo nasal tópico, no debe indicarse por más de 5 días.

RINITIS HORMONAL

1. Se debe considerar el diagnóstico de rinitis del embarazo, en la mujer gestante que desarrolló los síntomas durante el mismo.
2. En virtud de que la mayoría de los medicamentos atraviesan la placenta, para la prescripción de medicamentos en la rinitis del embarazo, se deben valorar los beneficios que obtendrá la paciente versus el riesgo que correrá el feto. Se pueden considerar las siguientes reglas:
 - Evitar descongestionantes nasales tópicos, clorfeniramina, loratadina y cetirizina
 - Indicar lavados nasales con solución salina
 - Indicar un esteroide nasal, si no hay mejoría con él, puede utilizar cromoglicato de sodio de 2 a 4 semanas (escalas, cuadros 1 y 2)
3. En caso de que la sintomatología persista después de las 2 primeras semanas del nacimiento del producto, es recomendable investigar otras causas de rinitis.
Durante la elaboración de la presente guía, no se encontró información que permita emitir recomendaciones relacionadas con rinitis no alérgica asociada a hipotiroidismo.

RINITIS GUSTATORIA Y OCUPACIONAL

1. Se debe considerar el diagnóstico de rinitis gustatoria, cuando exista relación entre la ingestión de alimentos y la aparición de las manifestaciones clínicas.
2. Para el tratamiento de la rinitis gustatoria se recomienda:
 - Evitar la ingestión de sustancias desencadenantes
 - Si persisten los síntomas después de retirar la sustancia desencadenante, indicar bromuro de ipratropio justo antes de ingerir los alimentos involucrados
 - Si no hay mejoría con el bromuro de ipratropio, adicionar esteroide nasal inmediatamente antes de los alimentos implicados (escalas, cuadro 1)
3. En la literatura analizada, no se especifica dosis ni tiempo de administración del anticolinérgico ni del esteroide, por lo tanto, el grupo que elaboró la presente guía, sugiere utilizar las dosis estandarizadas para el manejo de la rinitis (escalas, cuadro 1 y 2).
4. Con base a la literatura disponible para la elaboración de ésta guía, en el momento actual no se encontró evidencia científica suficiente, para recomendar el uso de capsaicina ni toxina botulínica A, en el tratamiento de la rinitis gustatoria.
5. Considerar el diagnóstico de rinitis ocupacional cuando los síntomas ocurran únicamente en el lugar de trabajo del paciente.
6. El manejo de la rinitis ocupacional o ambiental, debe dirigirse a la suspensión de la exposición a los agentes desencadenantes. Se puede indicar esteroide nasal a la dosis señalada en el cuadro 1 (ver escalas), durante 2 a 6 semanas.

RINITIS ALÉRGICA Y NO ALÉRGICA CON SÍNDROME EOSINOFÍLICO (NARES)

1. Para realizar el diagnóstico de rinitis alérgica, se recomienda revisar la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

Se recomienda considerar el diagnóstico de NARES, en un paciente que presente sintomatología de rinitis, eosinófilos en moco nasal mayor al 20% y determinación sérica de IgE negativa.

RINITIS ASOCIADA A ANOMALÍAS ANATÓMICAS Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS

1. Se debe investigar la existencia de anomalías anatómicas como causa de rinitis, particularmente cuando las manifestaciones clínicas son unilaterales o en los casos en que no hay mejoría con el tratamiento establecido. Se deben tener en cuenta las siguientes posibilidades:
 - Desviación de septum nasal
 - Hipertrofia de cornetes
 - Crecimiento adenoideo
 - Tumores
 - Cuerpos extraños
 - Pólipos nasales
 - Fuga de líquido cefalorraquídeo
2. En los lactantes y en niños pequeños, se debe descartar que la congestión u obstrucción nasal, sean ocasionadas por problemas estructurales como paladar hendido o hipertrofia adenoidea.

3. Al realizar la valoración de un paciente con rinitis no alérgica, es importante recordar que existen enfermedades sistémicas que pueden presentarse inicialmente con manifestaciones nasales que la simulan, se deben considerar las siguientes posibilidades :

- Granulomatosis de Wegener
- Sarcoidosis
- Policondritis recidivante
- Granulomas de la línea media
- Síndrome de Churg-Strauss
- Amiloidosis
- Fibrosis quística
- Síndrome de Kartagener
- Amiloidosis

Síndrome de Sjögren

RINITIS VASOMOTORA

1. El diagnóstico de rinitis vasomotora se debe establecer después de haber excluido otros tipos de rinitis, como:

- Medicamentosa
- Hormonal
- Gustativa
- Ocupacional
- Alérgica
- NARES
- Asociada a alteraciones anatómicas o enfermedades sistémicas

TRATAMIENTO

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA RINITIS VASOMOTORA, NARES Y ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS

1. Para la rinitis tipo vasomotora, NARES así como la asociada a enfermedades sistémicas, es recomendable ofrecer el tratamiento de acuerdo al síntoma predominante:

- Predominio de obstrucción nasal: si no se cuenta con el medicamento de primera línea, se debe indicar esteroide nasal durante 1 a 6 meses (ver escalas, cuadro 1).
- Predominio de rinorrea: bromuro de ipratropio 120 a 300 microgramos cada 3 a 6 horas durante 1 mes
- Predominio de estornudos y prurito nasal: si no se cuenta con el medicamento de primera línea, se debe proporcionar esteroide nasal durante 1 a 6 meses (ver escalas, cuadro 1).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1. En el tratamiento de cualquier tipo de rinitis se recomienda realizar lavados nasales con solución salina al 0.9%, como terapia adjunta al tratamiento tópico nasal. Se sugiere realizarlos 2 a 3 veces al día hasta que mejoren los síntomas.
2. Si no se cuenta con solución salina se puede realizar un preparado casero de la siguiente manera:

- 1 litro de agua

1 cucharada cafetera raza de sal (de preferencia de grano)

CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

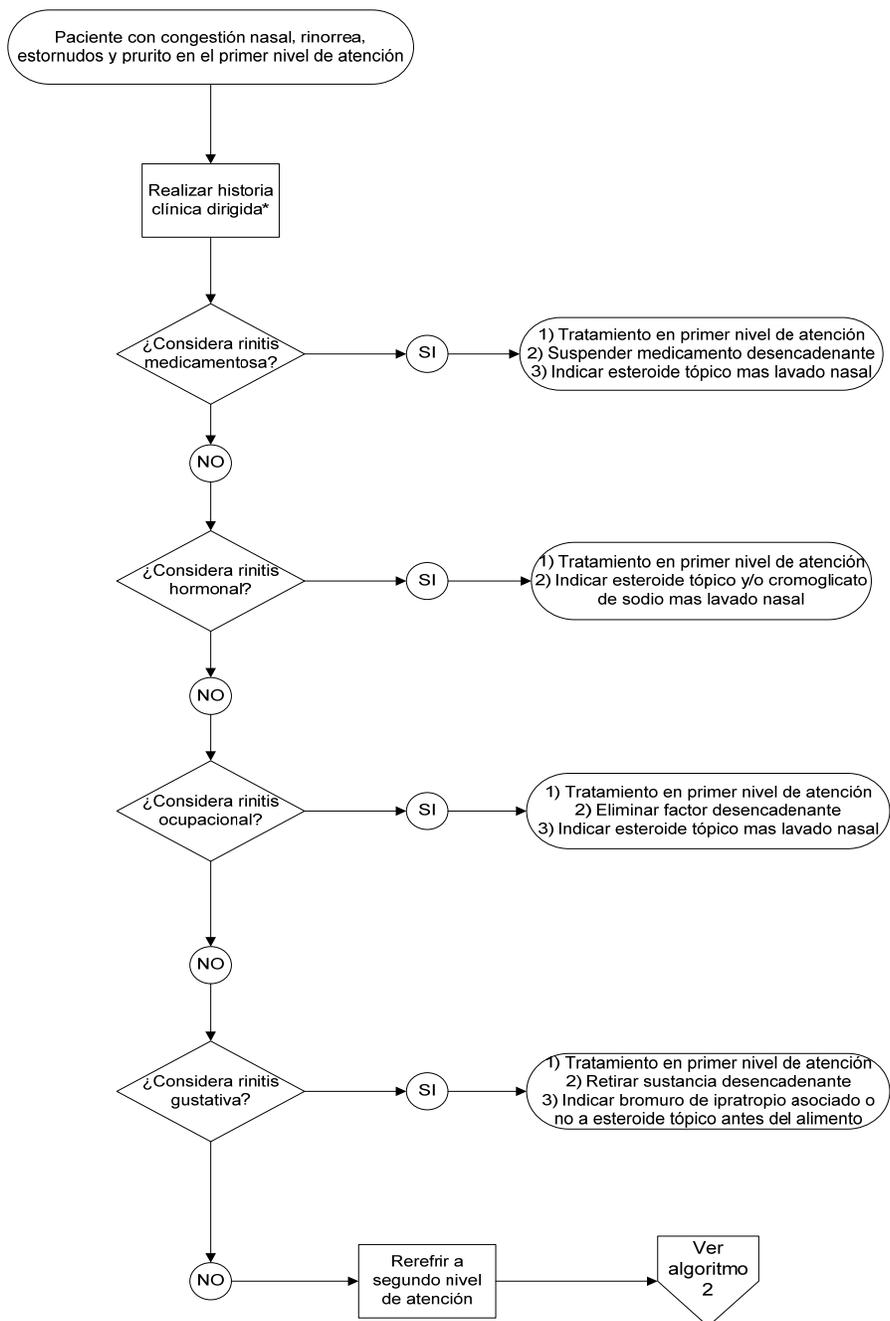
1. Es recomendable que los pacientes con rinitis medicamentosa, hormonal, ocupacional y gustativa se traten en el primer nivel de atención. En caso de que no respondan al tratamiento establecido, considerar envío al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención.
2. Referir al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención a los pacientes con rinitis y:
 - Anormalidades anatómicas que condicionen alteraciones funcionales como desviación septal, hipertrofia de cornetes, crecimiento adenoideo, paladar hendido, tumores y cuerpos extraños
 - Sangrado y/o descarga nasal unilateral de aparición reciente
 - Sospecha de rinorrea ocasionada por fistula de líquido cefalorraquídeo (rinorrea hialina con o sin antecedente de traumatismo, cirugía nasal o abordaje neuroquirúrgico vía nasal; rinorrea unilateral; presentación nocturna; sensación metálica y salada en la boca)
 - Sospecha de rinitis alérgica, NARES, asociada a variantes anatómicas o enfermedades sistémicas y vasomotora (para confirmar el diagnóstico y establecer tratamiento)

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

1. Se recomienda contrarreferir del segundo al primer nivel de atención, en los siguientes casos:
 - Después de establecer diagnóstico y tratamiento apropiado al tipo de rinitis
 - Una vez realizado el procedimiento quirúrgico correctivo de la patología anatómica asociada

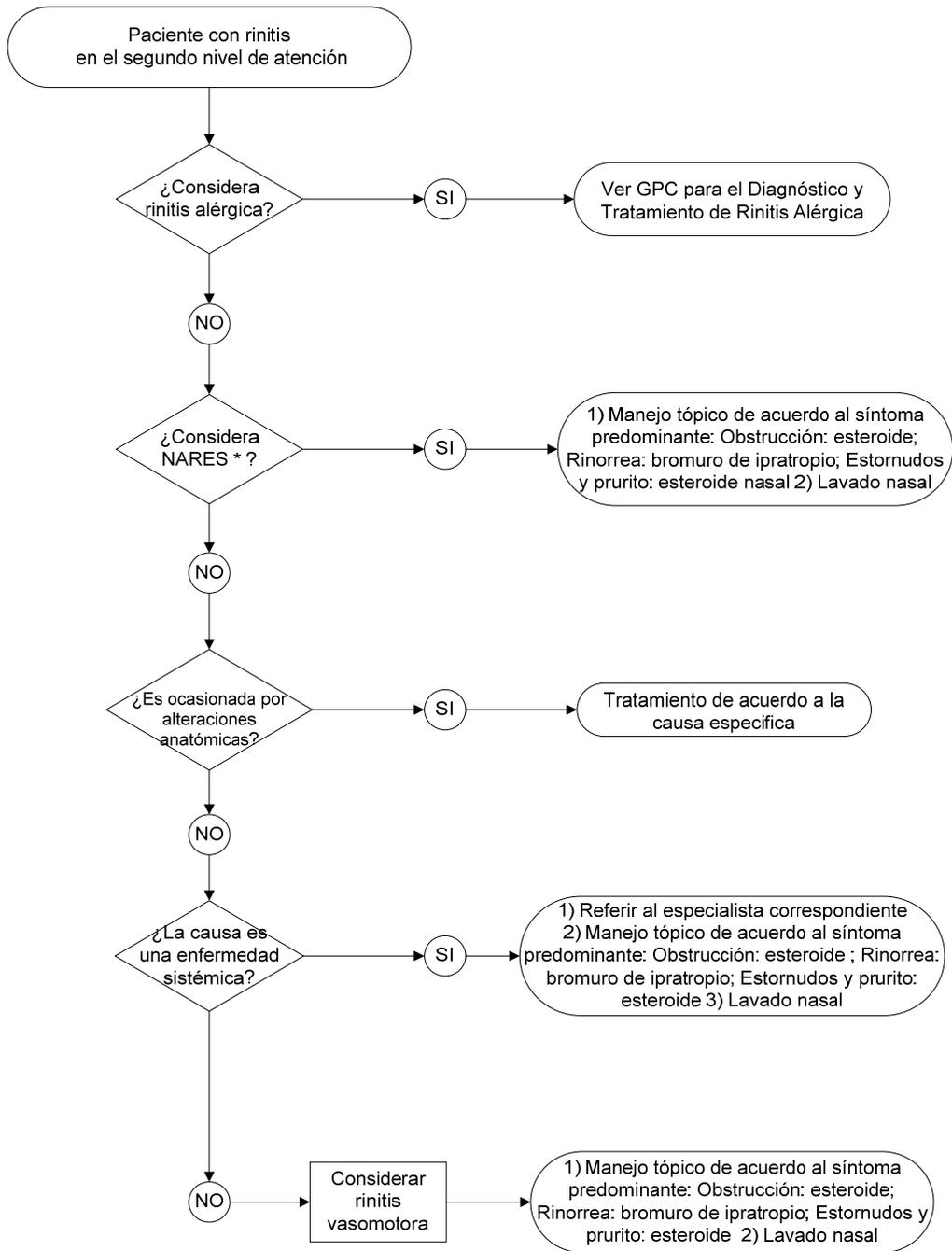
ALGORITMOS

1. ABORDAJE DEL PACIENTE CON RINITIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



* Ver tabla 1

2. ABORDAJE DEL PACIENTE CON RINITIS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



* NARES: Rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico

TABLA 1. HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA ORIENTADA A IDENTIFICAR EL TIPO DE RINITIS

Historia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de atopia, rinitis estacional o asma sugieren que sea más probable el diagnóstico de rinitis alérgica.
Historia social	<ul style="list-style-type: none"> • En orden de evaluar la exposición a posibles alérgenos e irritantes, investigar las condiciones de la vivienda, ocupación y en niños historia alimentaria.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una detallada historia de ingestión de fármacos como simpaticomiméticos tópicos, alfa bloqueadores y otros anti hipertensivos, aspirina o anti inflamatorios no esteroideos (ver tabla 2 y 3). • Preguntar sobre la eficacia de tratamientos previos de rinitis y detalles de cómo fueron utilizados y por cuánto tiempo.
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar exposición a desencadenantes de los síntomas relacionados con la ocupación.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Los estornudos en salva, prurito nasal y prurito del paladar, están presentes con mayor frecuencia en la rinitis alérgica. • Presentación: <ul style="list-style-type: none"> - ¿En la misma temporada del año? - ¿En casa? mascotas, plantas, humedad y polvo - ¿En el trabajo? alérgenos o irritantes ocupacionales - ¿En días de descanso? la remisión sugiere una causa ambiental • Rinorrea <ul style="list-style-type: none"> - ¿Anterior o posterior? - Clara : poco probable que sea proceso infeccioso - Color: Amarilla: alergia o infección; verde: usualmente infección - Unilateral: tumor, cuerpo extraño, rascado o trauma nasal , mala aplicación de spray nasal, fuga de líquido cefalorraquídeo - Bilateral: mala aplicación de spray nasal, desordenes granulomatosos, alteraciones hemorrágicas o rascado nasal • Obstrucción nasal <ul style="list-style-type: none"> - Unilateral: usualmente desviación septal pero se debe considerar cuerpo extraño, pólipo antrocoanal y tumores - Bilateral: puede ser desviación septal pero más probablemente rinitis o pólipo nasal - Alternante: descartar que se trate del ciclo nasal fisiológico • Costras nasales: las costras nasales severas, especialmente en la parte superior de la nariz son síntoma inusual y requieren de investigación adicional. Se debe considerar rascado nasal, enfermedades granulomatosas, sarcoidosis, otras vasculitis. Raramente los esteroides nasales pueden ocasionarlas. • Síntomas oculares: se asocian con rinitis alérgica y particularmente con la rinitis estacional, incluye prurito intenso, hiperemia, edema periorbital. Los síntomas se resuelven habitualmente en las primeras 24 hs si se remueve el alérgeno desencadenante.
Examen Físico	<ul style="list-style-type: none"> • La línea de Dennier (línea horizontal en el dorso nasal formada por saludo alérgico) sugiere el diagnóstico de rinitis alérgica. • Dorso nasal deprimido: post cirugía, granulomatosis de Wegener o uso de cocaína.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pirámide nasal ensanchada: pólipos o tumor nasal. • Eritema nodoso en tobillos y muñecas: sarcoidosis.
Rinoscopia anterior:	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe valorar la apariencia de los cornetes así como presencia o ausencia de secreción purulenta. • Presencia o ausencia de pólipos nasales (puede ser que los pequeños no puedan observarse). Los grandes pólipos pueden observarse en la NARES y ser indistinguibles del cornete inferior. • Nódulos submucosos amarillos con apariencia de empedrado sugiere sarcoidosis. • Las costras y granulaciones incrementan la posibilidad de vasculitis. • Perforación septal puede ocurrir después de cirugía septal, vasoconstricción crónica (cocaína, agonistas alfa), granulomatosis de Wegener, rascado nasal y muy raramente por uso de esteroide nasal en aerosol.

Datos obtenidos de: Scadding GK, Durham SR, Mirakianz R, Jones NS, Leechz SC, S. Farooque S, et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. Clinical and Experimental Allergy 2008; 38: 19-42.

TABLA 2. FÁRMACOS RELACIONADOS CON RINITIS MEDICAMENTOSA

TIPO DE MECANISMO	MEDICAMENTO
Inflamación local	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina. • Anti inflamatorio no esteroideo.
Neurogenico	<ul style="list-style-type: none"> • Simpaticolíticos que actúan a nivel central: <ul style="list-style-type: none"> - Clonidina ($\alpha 2$-agonista, antihipertensivo) - Metildopa ($\alpha 2$-agonista, anti HTN) - Reserpina (anti psicótico inhibidor del transporte vesicular de monoamina) - Rilmenidina (agonista receptor de imidazolina, anti HTN)
	<ul style="list-style-type: none"> • Simpaticolíticos que bloquean el ganglio: • Mecamilamina ($\alpha 3, \beta 4$ inhibidor receptor nicotínico, anti HTN) • Trimetafan (inhibidor receptor tipo ganglionar, anti HTN)
	<ul style="list-style-type: none"> • Simpaticolíticos que actúan a nivel periférico: <ul style="list-style-type: none"> - Prazosin ($\alpha 1$ antagonista, anti HTN) - Guanetidina (inhibidor magnesio – ATP asa, anti HTN) - Indoramin ($\alpha 1$ antagonista, anti HTN) - Doxazosin (α bloqueador, anti HTN) - Fentolamina ($\alpha 1$ antagonista, anti HTN)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vasodilatadores (Inhibidores fosfodiesterasa tipo 5): <ul style="list-style-type: none"> - Sildenafil - Tadalafil - Vardenafil
Idiopático	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos : <ul style="list-style-type: none"> - Amilorida - Inhibidores de la enzima inhibidora de la angiotensina - Beta bloqueadores orales - Bloqueadores de los canales de calcio - Beta bloqueadores intraoculares o preparaciones oftálmicas

	<ul style="list-style-type: none"> - Clorotiazida - Hidralazina - Hidroclorotiazida
	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonas: <ul style="list-style-type: none"> - Estrógenos exógenos - Anticonceptivos orales
	<ul style="list-style-type: none"> • Psicotrópicos: <ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina - Clorpromazina - Risperidona
	<ul style="list-style-type: none"> • Misceláneos: <ul style="list-style-type: none"> - Gabapentina

Datos obtenidos de: Varghese M, Glaum C, Lockey RF. Drug-induced rhinitis. Clinical & Experimental Allergy 2010;40: 381-384

TABLA 3. DESCONGESTIVOS CAUSANTES DE RINITIS MEDICAMENTOSA

GRUPO	FÁRMACO
Simpaticomiméticos	Anfetaminas Bencedrina Efedrina Fenilefrina Fenilpropanolamina
Imidazolinás	Nafazolina Oximetazolina Xilometazolina

Datos obtenidos de: Varghese M, Glaum C, Lockey RF. Drug-induced rhinitis. Clinical & Experimental Allergy 2010;40: 381-384

CUADRO 1. INDICACIÓN Y DOSIS DE ESTEROIDES TÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA RINITIS NO ALÉRGICA

Ingrediente activo	Edad mínima de uso	Numero de aplicaciones al día	Dosis en 24 horas adultos (microgramos)	Tipo de rinitis	Uso en el embarazo
Beclometasona	3 años	4	400	NARES, RV, RH, RO, RM	Si
Budesonida	6 años	1 o 2	256	RV, RH, NARES, RO, RM	Si
Fluticasona	4 años	1	200	RV, RH, RM, NARES, RO	Si
Mometasona	3 años	1	200	NARES, RV, RH, RO, RM	No en 1er trimestre

NARES: Rinitis no alérgica asociada a eosinófilos

RV: Rinitis vasomotora

RH: Rinitis hormonal

RO: Rinitis ocupacional

RM: Rinitis medicamentosa

Datos obtenidos de: Angier E, Willington J, Scadding G, Holmes S, Walker S. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. Prim Care Resp J 2010; 19(3): 217-222.

French ORL Society. Clinical practice recommendations "Management of chronic rhinitis". Fr ORL 2005 ; 87 : 44-58.

CUADRO 2. USO DE BROMURO DE IPRATROPIO Y CROMOGLICATO DE SODIO EN PACIENTES CON RINITIS NO ALÉRGICA

Medicamento	Dosis	Administración	Tiempo de uso
Bromuro de ipratropio (1)	120 a 320 microgramos o dos disparos en cada fosa nasal	Cada 6 a 8 horas	3 semanas
Cromoglicato de sodio (2)	Adultos: 5.2 mg en cada fosa nasal Niños: 2 mg en cada fosa nasal	Cada 6 horas	2 a 4 semanas

(1) Greiner AN, Meltzer EO. Overview of the Treatment of Allergic Rhinitis and Nonallergic Rhinopathy. Proc Am Thorac Soc 2011; 8:121-131.

(2) Ciprandi C. Treatment of nonallergic perennial rhinitis. Allergy 2004; 59 (Suppl. 76): 16-23.

TABLA DE MEDICAMENTOS

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4337.00	Budesonida	256 mcg cada 12 o 24 hrs.	Cada ml. Contiene budesonida 1.280mg. Envase con frasco pulverizador con 6 ml. (120 dosis de 64 microgramos cada una)	De 2 a 4 semanas	Irritación faríngea leve y tos, infección por <i>Candida</i> posibilidad de broncoespasmo paradójico. Categoría c en el embarazo	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.0464.00	Cromoglicato de sodio	Adultos. 5.2 mg en cada fosa nasal cada 6 horas	SUSPENSIÓN AEROSOL. Cada inhalador contienen: Cromoglicato disódico 560 mg Envase con espaciador para 112 dosis de 5 mg.	De 2 a 4 semanas	Tos, broncoespasmo, irritación faríngea.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Menores de 2 años.
010.000.2806.00	Cromoglicato de sodio	Adultos. 5.2 mg en cada fosa nasal cada 6 horas Niños: 2 mg en cada fosa nasal cada 6 horas	SOLUCIÓN OFTÁLMICA. Cada ml contiene: Cromoglicato de sodio 40 mg Envase con gotero integral con 5 ml.	De 2 a 4 semanas	Tos, broncoespasmo, irritación faríngea.	Ninguna de importancia clínica.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Menores de 2 años.
010.000.4141.00	Mometasona	Adultos y niños mayores de 12 años; una nebulización cada 24 hrs no exceder de 200 microgramos día.	Cada 100 ml. Contiene: furoato de mometasona monohidratada equivalente de a 0.50gr. envase nebulizador con 18 ml. Y válvula dosificadora (140 nebulizaciones de 50 microgramos cada una)	De 2 a 4 se menas	Faringitis, ardor e irritación nasal.	Aumentan sus efectos con corticoesteroides sistémico.	Hipersensibilidad al fármaco, tuberculosis activa o latente de la vía respiratoria; infecciones micóticas, bacterianas y virales herpes simple ocular.
010.000.2162.00	Bromuro de Ipratropio	Dos inhalaciones cada 8 hrs.	Cada gramo contiene 0.286microg (20 microgramos por nebulización) envase con 15 ml (21.0g) con aerosol.	Durante 7 días	Cefalea, náuseas y sequedad de la mucosa nasal.	Con antimuscarínicos aumentan los efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco y atropina, glaucoma, hipertrofia prostática, embarazo, lactancia y menores de 12 años,
010.000.0440.00	Fluticasona	Adultos 100 a 1000 microgramos cada 12 hrs. Niños mayores de 4 años 50 a 100 microgramos cada 12 hrs.	Envase con un frasco presurizado con 5.1 gr. (60 dosis de 50 microgramos)		Riesgo de broncoespasmo paradójico	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad al fármaco