

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEDENA

SEMAR

RINITIS NO ALÉRGICA: Diagnóstico y Tratamiento

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-587-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica Clínica Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento** México: Secretaría de Salud, 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

J30 Rinitis alérgica y vasomotora . J30.0 Rinitis vasomotra.

J31.0 Rinitis crónica

GPC: Rinitis no alérgica: diagnóstico y tratamiento

AUTORES Y COLABORADORES**Coordinadores:**

Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Pediatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área/ División de Excelencia Clínica, CUMAE
---------------------------------------	-----------	--------------------------------------	---

Autores :

Dr. Gerardo Efraín Aguado Mulgado	Otorrinolaringología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del HGZ 46, Villahermosa Tabasco
-----------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

Dra. Maura Margarita Ascencio Valdez	Otorrinolaringología	Instituto Mexicano Del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del HGR No 2 con UMAA, México D.F.
--------------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

Dr. José Angel García Gutiérrez	Medico familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico familiar Adscrito a la UMF 02, Manzanillo Colima
---------------------------------	-----------------	--------------------------------------	---

Dr. Edgar Alejandro González Díaz	Otorrinolaringología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del HGR 220, Toluca Estado de México
-----------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

Validación interna:

Dr. Héctor Aguirre Mariscal	Otorrinolaringología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología de la UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI
-----------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

Dr. Carlos Alberto Estrada Tristán	Otorrinolaringología/ Neurología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Cirugía de Cuello de la UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

Dr. Carlos Góngora Baeza	Otorrinolaringología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología de la UMAE HE de Mérida Yucatán
--------------------------	----------------------	--------------------------------------	--

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES.....	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA.....	6
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	8
3.3 DEFINICIÓN (ES).....	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	11
4.1.1 ABORDAJE CLÍNICO DIAGNÓSTICO.....	11
4.1.1.1 HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA.....	11
4.1.1.2 RINITIS MEDICAMENTOSA.....	12
4.1.1.3 RINITIS HORMONAL.....	15
4.1.1.4 RINITIS GUSTATORIA Y OCUPACIONAL.....	17
4.1.1.5 RINITIS ALÉRGICA Y NO ALÉRGICA CON SÍNDROME EOSINOFÍLICO (NARES).....	20
4.1.1.6 RINITIS ASOCIADA A ANOMALÍAS ANATÓMICAS Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS.....	22
4.1.1.7 RINITIS VASOMOTORA.....	24
4.1.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	25
4.1.2.1 RINITIS VASOMOTORA, NARES Y ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS.....	25
4.1.3 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	29
4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	29
4.2.1 CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	29
4.2.1.1 CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	29
5. ANEXOS.....	32
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	32
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	35
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	36
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	41
5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	43
6. BIBLIOGRAFÍA.....	44
7. AGRADECIMIENTOS.....	46
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	47
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	48
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	49

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-587-12	
Profesionales de la salud	Otorrinolaringólogo, Médico no familiar, Pediatra
Clasificación de la enfermedad	J30 Rinitis alérgica y vasomotora . J30.0 Rinitis vasomotora. J31.0 Rinitis crónica
Categoría de GPC	Primer y segundo nivel
Usuarios potenciales	Médico interno de pregrado, médico en servicio social, médico general, médico familiar, pediatra, otorrinolaringólogo.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social CUMAE, División de Excelencia Clínica HGZ No. 46, Villa Hermosa Tabasco HGR No. 220, Toluca Estado de México UMF 2, Manzanillo Colima HGR No 2 con UMAA , México, D.F.
Población blanco	Niños y adultos de ambos sexos
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social CUMAE, División de Excelencia Clínica HGZ No. 46, Villa Hermosa Tabasco HGR No. 220, Toluca Estado de México UMF 2, Manzanillo Colima HGR No 2 con UMAA , México, D.F.
Intervenciones y actividades consideradas	Evaluación clínica Tratamiento tópico nasal no farmacológico : lavado con solución salina Tratamiento tópico nasal farmacológico : esteroide, cromoglicato de sodio, bromuro de ipratropio
Impacto esperado en salud	Mejoría en la atención médica Disminución de morbilidad Referencia oportuna Actualización médica
Metodología	Adopción/elaboración de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/ensayos controlados/estudios descriptivos/consensos de expertos, selección de las guías/revisiones/ensayos controlados/estudios descriptivos/consensos de expertos con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala de Shekelle
Método de validación y adecuación	Enfoque de la GPC: Enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y enfoque a responder preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda (especificar cuáles se utilizaron de los siguientes): Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda en sitios Web especializados Número de fuentes documentales revisadas: 25 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Estudios descriptivos: 1 Revisiones clínicas: 18 Consenso de expertos: 1 Simposio: 1 Validación del protocolo de búsqueda: <Institución que validó el protocolo de búsqueda> Método de validación: Validación por pares clínicos Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: <Institución que realizó la validación externa> Verificación final: <Institución que realizó la verificación final>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y actualización	Registro: IMSS-587-12 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se debe realizar el abordaje clínico diagnóstico del paciente con rinitis no alérgica?
2. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de la rinitis no alérgica?
3. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico de la rinitis no alérgica?
4. ¿Cuáles son los criterios de referencia a segundo nivel de atención del paciente con rinitis no alérgica?
5. ¿Cuáles son los criterios de contra referencia a primer nivel de atención del paciente con rinitis no alérgica?

3. ASPECTOS GENERALES

La rinitis es una causa importante de morbilidad, reducción de productividad laboral, costosos tratamientos y ausentismo laboral, sus síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes, al asociarse a condiciones tales como fatiga, cefalea y somnolencia (Wallace, 2008).

En Estados Unidos de América, la rinitis alérgica afecta al 14% de la población adulta, aunque la incidencia de rinitis no alérgica es más difícil de determinar, se estima que representa del 23 al 29% de pacientes evaluados por rinitis alérgica (Greiner, 2011).

Si bien la diferencia entre las formas alérgica y no alérgica de la rinitis puede ser clínicamente difícil, la distinción es importante para establecer el tratamiento y pronóstico (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002). Actualmente la rinitis no alérgica es un diagnóstico de exclusión, ya que su mecanismo fisiopatológico no está bien establecido y no hay pruebas diagnósticas específicas (Berstein, 2011).

La rinitis no alérgica se caracteriza por síntomas persistentes o intermitentes, que pueden ser desencadenados por una variedad de estímulos como irritantes industriales, tabaco, perfumes, cambios climáticos, fármacos y hormonas. No obstante, algunos pacientes presentan manifestaciones nasales en ausencia de factores desencadenantes, lo cual podría explicarse por un mecanismo de hiperreactividad no específico de las vías respiratorias altas (Greiner, 2011).

El manejo de la rinitis no alérgica incluye desde evitar exposición al estímulo desencadenante, control ambiental, educación del paciente, farmacoterapia, hasta, en casos seleccionados, tratamiento quirúrgico (Greiner, 2011).

3.1 JUSTIFICACIÓN

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 pueden ser parecidos a los vistos en rinitis 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 las distintas formas 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.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **Rinitis no Alérgica: Diagnóstico y Tratamiento** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Establecer el abordaje clínico del paciente con rinitis no alérgica.
2. Especificar el tratamiento farmacológico de la rinitis no alérgica.
3. Referir el tratamiento no farmacológico de la rinitis no alérgica.
4. Señalar los criterios de referencia a segundo nivel de los pacientes con rinitis no alérgica.
5. Señalar los criterios de contra referencia a primer nivel de atención, de los pacientes con rinitis no alérgica.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN (ES)

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. (Sacre, 2010).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencia y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, en los casos en que las evidencias y recomendaciones fueron gradadas por el grupo elaborador, se utilizó la escala de Shekelle. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA

E

RECOMENDACIÓN

R

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA**4.1.1 ABORDAJE CLÍNICO DIAGNÓSTICO****4.1.1.1 HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA**

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La rinitis se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: congestión nasal, rinorrea (anterior o posterior), estornudos y prurito.</p>	<p>D Wallace, 2008</p>
<p>E El término rinitis no alérgica, se aplica comúnmente al diagnóstico de cualquier condición nasal, en la cual los síntomas son idénticos a los vistos en la rinitis alérgica pero, en donde se ha excluido etiología alérgica.</p>	<p>III [E: Shekelle] Bachert , 2004</p>
<p>E Para poder establecer el diagnóstico preciso del tipo de rinitis, es necesario investigar, en orden de prioridad, las principales manifestaciones clínicas e identificar, de manera puntual, una serie de diagnósticos diferenciales.</p>	<p>III [E: Shekelle] Scadding, 2008</p>
<p>E Existen pocos estudios sobre como identificar los diferentes tipos de rinitis, una historia clínica amplia y detallada usualmente sugiere el diagnóstico correcto. El médico se debe enfocar en la sintomatología (duración, exposición, magnitud de la reacción, patrones cronicidad), factores desencadenantes, variaciones estacionales, influencias ambientales y tratamientos actuales.</p>	<p>III [E: Shekelle] Quillen, 2006</p>
<p>R Para identificar el tipo de rinitis se recomienda realizar una historia clínica dirigida con los datos que se señalan en la tabla I (anexo 5.3, tabla I).</p>	<p>III [E: Shekelle] Scadding, 2008</p>

4.1.1.2 RINITIS MEDICAMENTOSA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>La anatomía vascular nasal es compleja, posee vasos de resistencia y capacitancia. Los vasos de resistencia son predominantemente arterias pequeñas, arteriolas y anastomosis arteriovenosas. El flujo sanguíneo que llega a la mucosa nasal está regulado por la constricción y dilatación de estos vasos. Por otra parte, la mucosa nasal se encuentra muy inervada, predominantemente por el sistema nervioso simpático y en menor grado por el parasimpático.</p>	<p>III [E: Shekelle] Doshi, 2008</p>
<p>E</p>	<p>Estudios retrospectivos han señalado que la incidencia de rinitis medicamentosa es del 1% al 7%. En un grupo de 500 pacientes que se presentaron consecutivamente con obstrucción nasal en una clínica privada de alergia en Estados Unidos de América, la incidencia de rinitis medicamentosa fue del 9.2%. La verdadera incidencia parece ser mayor de la que estiman los estudios retrospectivos, sin embargo, debido a que los pacientes no se percatan del origen de su congestión a menos que se les interroge específicamente sobre el uso de vasoconstrictores durante la consulta, el diagnóstico puede pasar desapercibido.</p>	<p>III [E: Shekelle] Graf, 2005</p>
<p>E</p>	<p>Los síntomas de la rinitis medicamentosa pueden ser inducidos por el uso nasal o sistémico de fármacos. Este problema puede presentarse como un efecto secundario del tratamiento de alguna otra condición médica.</p>	<p>IV [E: Shekelle] French ORL Society, 2005</p>
<p>E</p>	<p>Existe un amplio grupo de medicamentos que han mostrado inducir rinitis, la cual puede ser el resultado de efectos colaterales de los fármacos o bien, como consecuencia de hipersensibilidad a la droga.</p>	<p>III [E: Shekelle] Garay, 2004</p>

E	<p>Con la intención de adquirir un entendimiento de los mecanismos mediante los cuales, los medicamentos sistémicos actúan como inductores de rinitis, pueden agruparse en 3 tipos: 1) Inflamación local de la mucosa nasal: el mecanismo preciso no es muy claro, se ha postulado que el incremento en la producción de leucotrienos, así como la activación de mastocitos y eosinófilos tienen un papel central. 2) Neurogénico : algunos fármacos vasoactivos y los antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa y beta, son principalmente simpaticolíticos y ejercen sus efectos por contra regulación de la actividad del sistema nervioso simpático, lo cual ocasiona congestión de la vía aérea. 3) Idiopático: diversos medicamentos pueden ocasionar rinitis por mecanismos desconocidos, usualmente con hallazgos normales a la exploración física</p>	<p>III [E: Shekelle] Garay, 2004 III [E: Shekelle] Schroer, 2012</p>
R	<p>Para considerar el diagnóstico de rinitis medicamentosa, se recomienda correlacionar el momento de inicio del medicamento, con el comienzo de los síntomas de rinitis (anexo 5.3, tabla 2).</p>	<p>C [E: Shekelle] Schroer, 2012</p>
R	<p>El tratamiento de la rinitis por medicamentos de uso sistémico consiste, si es factible, en suspender el fármaco involucrado.</p>	<p>C [E: Shekelle] Schroer, 2012</p>
E	<p>Los medicamentos tópicos nasales como la oximetazolina y fenilefrina, son descongestionantes de acción local rápida y potente. Cuando se utilizan por un período corto (menos de 3 a 5 días consecutivos) proveen mejoría significativa de la congestión, sin embargo, su empleo crónico provoca congestión nasal por rebote.</p>	<p>III [E: Shekelle] Scarupa, 2009</p>
E	<p>La rinitis por descongestionantes tópicos se asocia con la utilización crónica del fármaco, aunque los síntomas pueden aparecer después de un periodo mucho más corto de administración.</p>	<p>III [E: Shekelle] Sacre-Hazouri, 2010</p>
E	<p>El mecanismo de la rinitis por uso de descongestionantes tópicos, se considera que es secundario a disminución en la regulación de receptores alfa adrenérgicos, debido a estimulación constante, lo que provoca tolerancia.</p>	<p>III [E: Shekelle] Sacre-Hazouri, 2010</p>

E	El uso excesivo de vasoconstrictores nasales puede causar hipertrofia inflamatoria de la mucosa y congestión crónica. La mucosa se vuelve rojiza, inflamada y en ocasiones ocurre sangrado.	III [E: Shekelle] Quillen, 2006
E	La cocaína es un potente vasoconstrictor, su uso debe sospecharse especialmente en pacientes con síntomas de irritación crónica como sangrado y costras nasales.	III [E: Shekelle] Schroer, 2012
R	Interrogar en forma dirigida la utilización de descongestionantes nasales o de cocaína (anexo 5.3, tabla 2).	C [E: Shekelle] Scarupa, 2009 C [E: Shekelle] Sacre-Hazouri, 2010 C [E: Shekelle] Quillen, 2006 C [E: Shekelle] Quillen, 2006 C [E: Shekelle] Schroer, 2012
E	El tratamiento de la rinitis por descongestionantes nasales consiste en suspender gradualmente el uso del medicamento para minimizar los síntomas de congestión por rebote. Pequeños ensayos controlados aleatorizados (el más grande tenía 20 pacientes), han mostrado que estos síntomas pueden tratarse con esteroides nasales. La elección del tipo de esteroide tópico no tiene importancia debido a que no hay diferencia en la eficacia clínica de las diversas preparaciones, aunque si se sugiere que deben ser utilizados por un máximo de 6 semanas.	III [E: Shekelle] Doshi, 2009
E	La suspensión del uso del descongestivo tópico nasal, resuelve el problema de rinitis ocasionada por ellos, aunque a muchos pacientes les resulta difícil este proceso.	III [E: Shekelle] Quillen, 2006



Se recomienda que en la rinitis no alérgica secundaria al uso de vasoconstrictor tópico, se suspenda la utilización del mismo.

C
[E: Shekelle]
Doshi, 2009
C
[E: Shekelle]
Quillen, 2006



En pacientes que hayan utilizado el anticongestivo nasal por más de un mes, se recomienda suspenderlo gradualmente, se sugiere cualquiera de las siguientes estrategias:

1. 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.
2. Indicar el uso del medicamento diluido de la manera señalada anteriormente, pero administrado en una sola narina

Punto de Buena Práctica



Aunado a la suspensión del descongestionante tópico se debe indicar cualquier tipo de esteroide nasal. Es recomendable administrarlo al menos durante 6 semanas (ver anexo 5.3, cuadro 1).

C
[E: Shekelle]
Doshi, 2009
C
[E: Shekelle]
Graf, 2005



Como parte del manejo integral, se debe informar al paciente la importancia que representa, el no volver a usar el descongestivo nasal.

C
[E: Shekelle]
Graf, 2005



Cuando exista justificación médica para utilizar descongestivo nasal tópico, no debe indicarse por más de 5 días.

C
[E: Shekelle]
Graf, 2005

4.1.1.3 RINITIS HORMONAL




Evidencia / Recomendación

Las causas hormonales de rinitis incluyen el embarazo, uso de anticonceptivos e hipotiroidismo. La mejoría de los síntomas después del tratamiento del hipotiroidismo resulta incierta. Estos tipos de rinitis son difíciles de diagnosticar y la literatura médica que las documente es limitada.

Nivel / Grado

III
[E: Shekelle]
Quillen, 2006

- E** La evidencia que liga el hipotiroidismo con patología nasal, es dispersa y el reporte de incremento en la secreción nasal con enfermedad tiroidea es anecdótico.
- III**
[E: Shekelle]
Bachert, 2004
- E** Se conoce que ocurren cambios nasales durante el ciclo menstrual, la pubertad, el embarazo y alteraciones endocrinas como el hipotiroidismo y la acromegalia.
- III**
[E: Shekelle]
Van Rijswijk, 2005
-  Durante la elaboración de la presente guía, no se encontró información que permita emitir recomendaciones relacionadas con rinitis no alérgica asociada a hipotiroidismo.
- Punto de Buena Práctica**
- E** Cerca del 20 al 30% de las mujeres gestantes pueden reportar síntomas nasales. Los mecanismos fisiopatológicos son controversiales, pueden influir los cambios en los niveles hormonales, estrés, factores psicosomáticos e incremento del volumen sanguíneo circulante.
- C**
French ORL Society,
2005
- E** Aunque los mecanismos precisos se desconocen, estudios de hormonas sexuales sugieren que éstas pueden provocar inflamación nasal. Los estrógenos producen vasodilatación en el aparato genital femenino y muestran efectos similares en la nariz, lo cual causa obstrucción e hipersecreción nasal. El beta-estradiol y la progesterona, incrementan la expresión de receptores H1 de histamina en células epiteliales de la nariz y en células endoteliales de la mucosa microvascular e inducen migración o degranulación de eosinófilos.
- III**
[E: Shekelle]
Schroer, 2012
- E** La rinitis asociada al embarazo usualmente inicia después del primer trimestre, incrementa durante el tercero y se resuelve en las primeras 2 semanas después del nacimiento. La obstrucción nasal suele ser bilateral. No existe infección respiratoria superior o alergia que explique la sintomatología.
- IV**
[E: Shekelle]
French ORL Society,
2005
- R** Considerar el diagnóstico de rinitis del embarazo en la mujer gestante que desarrolló la sintomatología durante el mismo.
- C**
French ORL Society,
2005
C
[E: Shekelle]
Schroer, 2012

R

En caso de que la sintomatología persista después de las 2 primeras semanas del nacimiento del producto, se recomienda investigar otras causas de rinitis.

D
[E: Shekelle]
French ORL Society,
2005

R

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:

1. Evitar descongestionantes nasales tópicos, clorfeniramina, loratadina y cetirizina
2. Indicar lavados nasales con solución salina
3. Indicar un esteroide nasal, si no hay mejoría con él, puede utilizar cromoglicato de sodio de 2 a 4 semanas (ver anexo 5.3, cuadro 1 y 2)

D
[E: Shekelle]
Angier, 2009
C
[E: Shekelle]
Wheeler, 2005

4.1.1.4 RINITIS GUSTATORIA Y OCUPACIONAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La rinitis gustatoria es un síndrome de hipersecreción nasal, se caracteriza por inicio agudo de abundante rinorrea hialina (ocasionalmente mucosa), ocurre inmediatamente después de la ingestión de algunos alimentos calientes o condimentados con especias. La excesiva rinorrea ocurre exclusivamente durante la ingestión, cede después de unos minutos y no se asocia a estornudos, prurito, congestión ni dolor facial.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

E

Los pacientes con rinitis gustatoria no tienen alteraciones en el gusto ni el olfato, la enfermedad no tiene predilección por género y tampoco se asocia con atopia, se observa en todos los grupos etarios y los síntomas pueden exacerbarse con la edad.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

E

La fisiopatología exacta de la rinitis gustatoria se encuentra aún en debate. Recientes estudios sugieren que es un evento puramente neurógeno, sin bases inmunológicas y asociado a una sobre estimulación del sistema parasimpático.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

R

Considerar el diagnóstico de rinitis gustatoria, cuando exista relación entre la ingestión de alimentos y la aparición de las manifestaciones clínicas.

C
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

E

La opción inicial de tratamiento es, obviamente, retirar la sustancia que provoca la sintomatología. No obstante, en caso de que esta medida no sea práctica, los anticolinérgicos (usualmente el bromuro de ipatropio) son medicamentos de primera elección. El bromuro de ipatropio también puede utilizarse antes de la ingesta del alimento desencadenante, su combinación con esteroide nasal es más efectiva que utilizar cada medicamento por separado.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

E

La terapia quirúrgica consistente en la neurectomía del nervio vidiano ó neurectomía vidiana modificada (resección del nervio posterior nasal), raramente esta indicada pero podría utilizarse como última opción de manejo.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

Para el tratamiento de la rinitis gustatoria se recomienda:

1. Evitar la ingestión de sustancias desencadenantes
2. Si persisten los síntomas después de retirar la sustancia desencadenante, indicar bromuro de ipratropio justo antes de ingerir los alimentos involucrados.
3. Si no hay mejoría con el bromuro de ipratropio, adicionar esteroide nasal inmediatamente antes de los alimentos implicados (ver anexo 5.3, cuadro 1)

R

C
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

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 (ver anexo 5.3, cuadro 1 y 2).

Punto de Buena Práctica

E

Los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, sugieren que la capsaicina puede ser una opción terapéutica potencial para el manejo de la rinitis gustatoria intratable. La capsaicina tópica es eficiente en la reducción de los síntomas de la rinitis no alérgica persistente, ya que reduce la hiperreactividad nasal mediante la desensibilización y ocasionalmente degeneración de las fibras nociceptivas .

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012

E

La concentración de capsaicina intranasal que se ha utilizado es muy irritante, requiere de la administración conjunta de anestésico local lo cual impide aplicarlo en la práctica diaria. Sin embargo, un ensayo controlado aleatorizado que comparó el efecto de una nueva formulación de capsaicina intranasal administrada durante 2 semanas vs placebo, demostró que la capsaicina mejoró rápidamente y con seguridad los síntomas en sujetos con un componente significativo de rinitis no alérgica.

Ib
[E: Shekelle]
Bernstein, 2011

E

La toxina botulínica tipo A se ha aplicado vía inyectable en cornetes medios e inferiores y en el septum, así como en la nariz mediante una torunda. Ha mostrado efectividad a corto plazo (8-12 semanas) con efectos adversos no significativos, representa una promesa en el manejo de la rinitis gustatoria, sin embargo se requieren más estudios al respecto.

III
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012
III
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009

R

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.

A
[E: Shekelle]
Bernstein, 2011
C
[E: Shekelle]
Georgalas, 2012
C
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009

E

Como el término señala, la rinitis irritativa-toxica, puede definirse como aquella que es causada por exposición a irritantes del medio ambiente o a agentes tóxicos, como lo son químicos, pegamentos, solventes, humo de cigarro y pequeñas moléculas en los lugares de trabajo. Estos agentes actúan mediante mecanismos no inmunológicos y ocasionan irritación, obstrucción nasal, secreción, estornudos y comezón.

III
[E: Shekelle]
Bachert, 2004

E

Los mecanismos específicos mediante los cuales los irritantes y tóxicos producen rinitis no han sido bien dilucidados, es posible que el daño o la estimulación de las células epiteliales nasales y las neuronas por los irritantes, ocasionen síntesis de mediadores pro inflamatorio y neuromediadores. Estos mediadores, predisponen a la mucosa nasal a la inflamación e infección y subsecuentemente, ocasionan síntomas de rinitis.

III
[E: Shekelle]
Bachert, 2004

R	Considerar el diagnóstico de rinitis ocupacional cuando los síntomas ocurran únicamente en el lugar de trabajo del paciente.	C French ORL Society, 2005
R	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 del anexo 5.3, durante 2 a 6 semanas.	C [E: Shekelle] Bachert, 2004

4.1.1.5 RINITIS ALÉRGICA Y NO ALÉRGICA CON SÍNDROME EOSINOFILICO (NARES)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Una revisión reciente de 9 estudios de prevalencia de rinitis, concluyó que de 52 850 individuos estudiados, el 71% tenía rinitis alérgica y el 29% presentaba rinitis no alérgica. Por lo tanto, la forma no alérgica parece ser menos frecuente que la alérgica, no obstante es importante hacer notar que estas categorías no son mutuamente excluyentes.	III [E: Shekelle] Greiner, 2011
E	La distinción entre rinitis alérgica y otras formas de rinitis puede ser difícil, debido a que los criterios diagnósticos para diferenciarlas no son siempre claros.	III [E: Shekelle] Quillen, 2006
E	Un estudio señaló que las manifestaciones que se observaron con mayor frecuencia en niños con rinitis alérgica fueron prurito nasal, estornudos y síntomas oculares ($p < 0.01$), mientras que el ronquido y la sinusitis fueron mas comunes en los que presentaron rinitis no alérgica ($p < 0.01$).	III [E: Shekelle] Vichyanond, 2010
R	Para realizar el diagnóstico de rinitis alérgica se recomienda revisar la GPC Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica.	Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Rinitis Alérgica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social año de integración;2008

- E** La rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico (NARES), es un ejemplo de rinitis en la cual la producción de inflamación local, parece ser el principal mecanismo patológico subyacente.
- III**
[E: Shekelle]
Garay, 2004
- E** Los pacientes presentan más de 20% de eosinófilos en la citología nasal y síntomas como estornudos, rinorrea acuosa profusa, prurito nasal, obstrucción nasal y ocasionalmente, disfunción del olfato. En esta enfermedad no existe evidencia de alergia, las pruebas cutáneas son negativas y no hay anticuerpos séricos IgE a alérgenos específicos. La prevalencia de rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico varía entre 13% y 33% de los pacientes con rinitis no alérgica.
- III**
[E: Shekelle]
Sacre-Hazouri, 2010
- E** La etiología de la NARES se desconoce, su presentación es similar a la tríada ASA : poliposis nasal, asma e intolerancia a la aspirina. Debido a que los pacientes con rinitis no alérgica con síndrome eosinofílico con frecuencia padecen pólipos nasales y asma posteriormente, se ha sugerido que esta rinitis podría corresponder a una expresión temprana de la tríada ASA.
- III**
[E: Shekelle]
Bachert, 2004
- E** Se ha sugerido que la eosinofilia contribuye a la disfunción de la mucosa nasal, por liberación de la proteína cationica eosinofílica y de la proteína básica mayor, lo cual ocasiona daño del epitelio ciliar nasal y prolonga el aclaramiento mucociliar.
- III**
[E: Shekelle]
Garay, 2004
- R** Se recomienda considerar el diagnóstico de NARES, en un paciente que presente sintomatología de rinitis, eosinofilos en moco nasal mayor al 20% y determinación sérica de Ig E negativa.
- C**
[E: Shekelle]
Garay, 2004
C
[E: Shekelle]
Sacre-Hazouri, 2010
C
[E: Shekelle]
Bachert, 2004

4.1.1.6 RINITIS ASOCIADA A ANOMALÍAS ANATÓMICAS Y ENFERMEDADES SISTÉMICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Existen diversas anomalías anatómicas capaces de ocasionar síntomas de congestión nasal que simulan rinitis no alérgica, pero no mejoran con el tratamiento establecido para ella.	III [E: Shekelle] Scarupa, 2009
E	Los pólipos nasales pueden presentarse en forma conjunta con rinitis crónica y contribuir significativamente en la sintomatología. Deben considerarse siempre en el diagnóstico diferencial de los pacientes que se presentan con congestión nasal constante y/o anosmia.	C Wallace, 2008
E	El pólipo antrocoanal es una lesión que se origina en la mucosa del seno maxilar y llega a alcanzar la coana, ocasionando obstrucción nasal unilateral.	III [E: Shekelle] Ryan, 2008
E	La rinorrea clara refractaria al tratamiento, puede ser resultado de fuga de líquido cefalorraquídeo, la cual con frecuencia es causada por traumatismo o cirugía.	B Wallace, 2008
E	Algunas anomalías anatómicas que pueden causar congestión nasal persistente, pueden identificarse por rinoscopia anterior simple, endoscopia nasal o estudios radiográficos.	III [E: Shekelle] Schroer, 2012
	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:	C [E: Shekelle] Scarupa, 2009
R	<ul style="list-style-type: none"> • Desviación de septum nasal • Hipertrofia de cornetes • Crecimiento adenoideo • Tumores • Cuerpos extraños • Pólipos nasales • Fuga de líquido cefalorraquídeo 	C Wallace, 2008
		C [E: Shekelle] Schroer, 2012
		C [E: Shekelle] Ryan, 2008

R

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.

D
Wallace, 2008

E

Es posible que algunas enfermedades de afección sistémica, originen síntomas nasales variables que erróneamente se confunden con rinitis, por ejemplo: granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, policondritis recidivante, granulomas de la línea media, síndrome de Churg-Strauss, amiloidosis, fibrosis quística, síndrome de Kartagener, amiloidosis o síndrome de Sjögren.

III
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009
III
[E: Shekelle]
Schroer, 2012
III
[E: Shekelle]
Wallace, 2008
III
[E: Shekelle]
Quillen, 2006

E

La rinitis no alérgica puede encontrarse concomitantemente con otras condiciones médicas subyacentes, es factible que el reflujo gastroesofágico ocasione goteo post nasal crónico, otros síntomas de la garganta y en casos severos congestión nasal.

III
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009

R

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

C
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009
C
[E: Shekelle]
Schroer, 2012
C
[E: Shekelle]
Wallace, 2008
C
[E: Shekelle]
Quillen, 2006

4.1.1.7 RINITIS VASOMOTORA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E La rinitis vasomotora explica un grupo heterogéneo de pacientes con síntomas nasales crónicos, que no son de origen inmunológico o infeccioso y que usualmente, no se encuentran asociados a eosinofilia nasal.</p>	<p>D Wallace, 2008</p>
<p>E La rinitis vasomotora puede ocurrir como una condición aislada, se caracteriza por síntomas como obstrucción nasal, rinorrea hialina y congestión. Dichas manifestaciones se exacerban por diversos y heterogéneos factores, entre los que se encuentran perfumes, humo de tabaco, gases de pintura, tintas, alcohol, alimentos con especias, emociones, temperatura ambiental, cambios barométricos de presión y luces brillantes.</p>	<p>III [E: Shekelle] Wheeler, 2005 Ib [E: Shekelle] Agency for Healthcare Research and Quality, 2002</p>
<p>E La presentación clínica de pacientes con rinitis vasomotora puede dividirse en dos subgrupos: los que presentan rinorrea abundante y aquellos que manifiestan nariz seca con obstrucción nasal, resistencia al flujo aéreo nasal y rinorrea mínima.</p>	<p>III [E: Shekelle] Wheeler, 2005 Ib [E: Shekelle] Agency for Healthcare Research and Quality, 2002</p>
<p>E Las teorías sobre la fisiopatología hacen referencia a incremento de la actividad colinérgica glandular secretoria, cuando el síntoma predominante es la rinorrea; así como mayor sensibilidad de las neuronas nociceptivas a pequeños estímulos, cuando lo que prevalece es la obstrucción en la rinitis seca.</p>	<p>IV [E: Shekelle] French ORL Society, 2005</p>
<p>E No existe un estudio específico para establecer el diagnóstico de rinitis vasomotora, por otra parte, el nivel mínimo de pruebas que se necesitan para confirmarlo o excluirlo, no ha sido establecido en la literatura. Por lo tanto, se trata de un diagnóstico de exclusión después de haber descartado otros tipos de rinitis.</p>	<p>III [E: Shekelle] Wheeler, 2005</p>

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

- Medicamentosa
- Hormonal
- Gustativa
- Ocupacional
- Alérgica
- NARES
- Alteraciones anatómicas
- Enfermedades sistémicas

R

C
[E: Shekelle]
Wheeler, 2005

A
[E: Shekelle]
Agency for Healthcare
Research and Quality,
2002

D
[E: Shekelle]
French ORL Society,
2005

4.1.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.1.2.1 RINITIS VASOMOTORA, NARES Y ASOCIADA A ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Evidencia / Recomendación

La estrategia general para el tratamiento de la rinitis no alérgica es evitar la exposición a los factores ambientales que disparan los síntomas. La farmacoterapia involucra el uso de descongestivos en pacientes cuyo principal síntoma es la obstrucción nasal, así como anticolinérgicos en quienes el principal síntoma es la rinorrea. El tratamiento para los estornudos y el prurito nasal, es con base a esteroides y antihistamínicos tópicos, que se pueden ajustar de acuerdo a la opción de la sintomatología que presenten.

El bromuro de ipratropio nasal es un agente antimuscarínico, inhibe la función parasimpática de la mucosa nasal controlando el aumento de secreción de las glándulas seromucosas. Su mecanismo de acción inicia en los primeros 15 a 30 minutos, el perfil farmacocinético que se recomienda en 24 horas es de 120 a 320 microgramos, administrados en 3 a 6 dosis por día. El ipratropio se usa como primera elección en pacientes con rinorrea anterior y descarga posterior, se puede indicar en pacientes con rinorrea de difícil control por otros fármacos.

E

E

Nivel / Grado

III
[E: Shekelle]
Ciprandi, 2004
III
[E: Shekelle]
Greiner, 2011

III
[E: Shekelle]
Greiner, 2011

E

Los anticolinérgicos intranasales pueden reducir de manera efectiva la rinorrea, sin embargo, no tienen efecto sobre otros síntomas nasales. Por otra parte, los efectos colaterales son mínimos, en algunos casos puede ocurrir resequecedad de la mucosa nasal.

A
Wallace, 2008

E

En el tratamiento de la rinorrea, el uso concomitante de ipratropio intranasal con esteroide tópico, es más efectivo que la administración de cualquier otra droga sola, sin que ocurra ningún incremento de los efectos adversos.

A
Wallace, 2008

E

En un estudio aleatorizado, multicéntrico, doble ciego con grupos paralelos, se trataron 89 pacientes con rinitis vasomotora usando azelastina vs placebo (1 disparo 3 veces al día por 15 días), se encontró reducción de síntomas como obstrucción nasal, rinorrea hialina, estornudos y anosmia. En este estudio se demostró mejoría significativa del edema e inflamación de la mucosa nasal. Estudios clínicos han sugerido que los efectos de la azelastina en el control de los problemas no alérgicos, tienen que ver con efectos antialérgicos y anti inflamatorios por la atenuación de los efectos de la sustancia p, inhibición de las células de granulación y disminución de la síntesis de citoquinas.

III
[E: Shekelle]
Ciprandi , 2004

E

Los antihistamínicos nasales (azelastina) pueden utilizarse como tratamiento de primera línea para la rinitis alérgica y no alérgica. Los antihistamínicos intranasales, se han asociado con efectos clínicamente

A
Wallace, 2008

significativos sobre la congestión nasal.

E

Además de sus efectos antagonistas H₁, diversos antihistamínicos pueden exhibir efectos antiinflamatorios in vitro. Estos incluyen prevención de la degranulación de mastocitos y basófilos, contrarregulación de la adhesión de moléculas y citoquinas, reducción de la expresión de citoquinas inflamatorias así como aumento de la apoptosis de células inflamatorias. Sin embargo, los antihistamínicos orales raramente alcanzan concentraciones suficientes in vivo para producir efectos clínicos antiinflamatorios clínicamente relevantes. En contraste, después de la administración de antihistamínicos intranasales, las concentraciones en los tejidos pueden ser lo suficientemente altas para producir considerables efectos antiinflamatorios locales. Actualmente, la azelastina intranasal es el único antihistamínico en los Estados Unidos de América, que está indicado en el tratamiento tanto de rinitis alérgica como no alérgica.

III
[E: Shekelle]
Greiner, 2011

E

La administración intranasal de esteroides asegura concentraciones locales elevadas, con mínimos riesgos de efectos adversos. El tiempo de acción es corto (cerca de 24 horas) pero se necesitan varios días para asegurar el máximo efecto.

A
French ORL Society,
2005

E

La evidencia del beneficio de los esteroides intranasales en el tratamiento de la rinitis no alérgica es inconsistente, lo cual refleja muy probablemente, la naturaleza heterogénea de la enfermedad. Sin embargo, no todos los ensayos tienen diseños similares y hasta la fecha, los estudios sugieren que el tratamiento con esteroide intranasal, puede ser de algún valor terapéutico y debe ser considerado como la primera línea de tratamiento.

III
[E: Shekelle]
Greiner, 2011

E

Cuando se comparan los diferentes esteroides nasales, la respuesta clínica no parece variar significativamente entre los productos, independientemente de las diferencias en su potencia tópica o solubilidad lipídica.

C
Wallace, 2008

E

El esteroide nasal tiene un efecto benéfico circunstancial en el tratamiento de la rinitis alérgica y en algunas formas no alérgicas, incluyendo la vasomotora y la rinosinusitis crónica. En un estudio de 983 pacientes con rinitis no alérgica, el propionato de fluticasona en dosis de 200 a 400 microgramos mejoró significativamente los síntomas, sin embargo, cuando se comparó con el placebo no hubo diferencia entre las dos concentraciones. En Estados Unidos de América, solo el propionato de fluticasona está aprobado por la Federal Drug Administration para el tratamiento de la rinitis no alérgica.

III
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009

E

Los corticoesteroides intranasales interrumpen la inflamación severa interviniendo en los puntos clave del proceso inflamatorio. Disminuyen la agregación de células inflamatorias e inhiben la liberación de citoquinas y otros mediadores. El inicio de su acción es de horas a días, observando una máxima eficacia de 2 a 4 semanas después del inicio de la aplicación.

IV
[E: Shekelle]
Carr, 2008

E

La aplicación intranasal de esteroides puede tener efectos colaterales, principalmente a nivel local, en donde se ha descrito la presencia de ardor, resequedad de la mucosa y epistaxis (5% a 8%). Los efectos sistémicos potenciales señalados están relacionados con problemas de crecimiento, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

III
[E: Shekelle]
Blaiss, 2011

R

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 anexo 5.3, 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

C
[E: Shekelle]
Ciprandi, 2004
C
[E: Shekelle]
Greiner, 2011
A
Wallace, 2008
A
French ORL Society,
2005
C
[E: Shekelle]
Scarupa, 2009
D

durante 1 a 6 meses (ver anexo 5.3, cuadro 1).

[E: Shekelle]
Carr, 2008






4.1.3 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El mecanismo exacto de cómo la solución salina mejora la rinitis no está bien confirmado, sin embargo se ha postulado que incrementa el aclaramiento mucoso, remueve los mediadores inflamatorios y aumenta el movimiento ciliar.	III [E: Shekelle] Tran, 2011
	El uso de solución salina es benéfico en el tratamiento de los síntomas de rinorrea crónica y rinosinusitis, cuando se utiliza en forma conjunta con alguna otra modalidad de tratamiento.	A Wallace, 2008
	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.	C [E: Shekelle] Tran, 2011 A Wallace, 2008 C [E: Shekelle] Ciprandi, 2004
	<p>Si no se cuenta con solución salina se puede realizar un preparado casero de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 litro de agua • 1 cucharada cafetera rasa de sal (de preferencia de grano) 	Punto de Buena Práctica

4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.2.1 CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

4.2.1.1 CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA DE SEGUNDO A PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	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.	Punto de Buena Práctica
	En caso de que las anomalías anatómicas condicionen alteración en la calidad de vida o sinusitis crónica refractaria a manejo médico, se debe realizar evaluación por el especialista ante la posibilidad de tratamiento quirúrgico.	III [E: Shekelle] Schroer, 2012
	Si la obstrucción nasal es el único síntoma, deben considerarse diagnósticos diferentes al de rinitis, como pólipos nasales, desviación del septum y en los niños hipertrofia adenoidea.	III [E: Shekelle] Ryan, 2008
	Se debe considerar como signo de alarma el sangrado y/o descarga nasal unilateral de aparición reciente, estos casos deben referirse al especialista para descartar problemas neoplásicos. En los niños, los signos unilaterales de obstrucción nasal de reciente inicio, son ocasionados con mayor probabilidad por cuerpos extraños en la nariz.	III [E: Shekelle] Ryan, 2008
	Referir al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención a los pacientes con rinitis y: <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías 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 	C [E: Shekelle] Schroer, 2012 C [E: Shekelle] Ryan, 2008
	La rinorrea hialina espontánea, asociada o no a traumatismo, puede ser ocasionada por fuga del líquido cefalorraquídeo dentro de la cavidad nasal. Una sensación metálica y salada en la boca, puede ser indicio de que la secreción nasal corresponde a líquido cefalorraquídeo.	III [E: Shekelle] Schroer, 2012

E

La rinorrea ocasionada por fístula de líquido cefalorraquídeo se caracteriza por descarga clara, acuosa, usualmente unilateral, típicamente ocurre durante el sueño (el paciente despierta con mancha acuosa sobre la almohada), algunas veces existe antecedente de trauma craneal. Por otra parte, los niños que se presentan con pólipos nasales deben evaluarse ante la posibilidad de fibrosis quística.

III
[E: Shekelle]
Ryan, 2008

R

Referir al otorrinolaringólogo del segundo nivel de atención a los pacientes con sospecha de rinorrea ocasionada por fístula de líquido cefalorraquídeo. Los síntomas que la sugieren son:

- Rinorrea hialina con o sin antecedente de traumatismo o cirugía nasal o abordaje neuroquirúrgico vía nasal
- Rinorrea unilateral
- Presentación nocturna
- Sensación metálica y salada en la boca

C
[E: Shekelle]
Schroer, 2012
C
[E: Shekelle]
Ryan, 2008



Para que confirmar el diagnóstico y establecer tratamiento, se recomienda referir al otorrinolaringólogo de segundo nivel de atención, a los pacientes con sospecha de rinitis:

- Alérgica
- NARES
- Asociada a variantes anatómicas o enfermedades sistémicas
- Vasomotora

Punto de Buena Práctica



Se recomienda contrarreferir del segundo al primer nivel de atención, 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

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **rinitis no alérgica**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español e inglés
- Documentos publicados los últimos 10 años
- Documentos enfocados a diagnóstico y tratamiento

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema rinitis alérgica en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica, ensayos controlados aleatorizados, revisiones, meta análisis, revisiones sistemáticas, ensayos controlados y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Rhinitis. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 176 resultados, de los cuales se utilizaron 15 documentos en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
Search ("Rhinitis/classification"[Mesh] OR "Rhinitis/diagnosis"[Mesh] OR "Rhinitis/drug therapy"[Mesh] OR "Rhinitis/epidemiology"[Mesh] OR "Rhinitis/prevention and control"[Mesh] OR "Rhinitis/therapy"[Mesh]) Filters: Free full text available; published in the last 5 years; Humans; Clinical Trial; Randomized Controlled Trial; Review; Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Practice Guideline; Controlled Clinical Trial; English; Spanish	176

Algoritmo de búsqueda:

1. Rhinitis[Mesh]
2. Classification"[Mesh]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Epidemiology"[Mesh]
6. Prevention and control"[Mesh]
7. Therapy"[Mesh]
8. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7
9. #1 And #8
10. Last 5 years
11. Humans
12. #10 OR # 11
13. # 9 AND # 12
14. Clinical Trial
15. Randomized Controlled Trial
16. Review
17. Guideline
18. Meta-Analysis
19. Systematic Reviews
20. Practice Guideline
21. Controlled Clinical Trial
22. # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21
23. # 13 AND # 22
24. English
25. Spanish
26. # 24 OR # 25
27. #23 AND # 26
28. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7) AND (#10 OR # 11) AND (# 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21) AND (# 24 OR # 25)

Debido a que la información encontrada en la búsqueda de 5 años fue insuficiente para la elaboración de la guía se decidió extender a 10 años. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 310 resultados, de los cuales se utilizaron 9 documentos en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado
Search ("Rhinitis/classification"[Mesh] OR "Rhinitis/diagnosis"[Mesh] OR "Rhinitis/drug therapy"[Mesh] OR "Rhinitis/epidemiology"[Mesh] OR "Rhinitis/prevention and control"[Mesh] OR "Rhinitis/therapy"[Mesh]) Filters: Free full text available; published in the last 10 years; Humans; Clinical Trial; Randomized Controlled Trial; Review; Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Practice Guideline; Controlled Clinical Trial; English; Spanish	310

1. Rhinitis[Mesh]
2. Classification"[Mesh]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Epidemiology"[Mesh]
6. Prevention and control"[Mesh]
7. Therapy"[Mesh]
8. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7
9. #1 And #8
10. Last 10 years
11. Humans
12. #10 OR # 11
13. # 9 AND # 12
14. Clinical Trial
15. Randomized Controlled Trial
16. Review
17. Guideline
18. Meta-Analysis
19. Systematic Reviews
20. Practice Guideline
21. Controlled Clinical Trial
22. # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21
23. # 13 AND # 22
24. English
25. Spanish
26. # 24 OR # 25
27. #23 AND # 26
28. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7) AND (#10 OR # 11) AND (# 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21) AND (# 24 OR # 25)

Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término rinitis no alérgica. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
NGC	1	1
Trip Database	1	1
Total	2	2

En los siguientes sitios Web no se obtuvieron resultados:

NICE, Singapore Moh Guidelines, AHRQ, SIGN, NZ GG, NHS, Fisterra, Medscape. Primary Care Practice Guidelines, ICSI, Royal College of Physicians, Alberta Medical Association Guidelines,

Excelencia clínica, American College of Physicians ACP Clinical Practice Guidelines, Gobierno de Chile Ministerio de Salud, GIN Guidelines International Network

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Escala utilizada por la French ORL Society 2005

Nivel de evidencia proporcionado por la literatura	Grado de las recomendaciones
Nivel 1 Ensayo clínico controlado aleatorio con alto poder estadístico Meta análisis o ensayo controlado	Grado A Demostración científica definitiva
Nivel 2 Ensayo clínico controlado aleatorio con bajo poder estadístico Ensayos comparativos no aleatorizados bien diseñados Estudios de cohorte	Grado B Presunción científica
Nivel 3 Estudios de casos y controles Comparación con controles históricos	
Nivel 4 Estudios comparativos con origen mayor de sesgo Estudios retrospectivos Serie de casos Estudios epidemiológicos descriptivos	Grado C Bajo nivel de demostración científica

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

ESCALA UTILIZADA POR WALLACE 2008

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia de meta-análisis o ensayos controlados aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un ensayo controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental	
III. Evidencia de estudios descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I, II o III

Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis. An updated practice parameter. J Allergy Clin Immunol 2008; 122 (2 Suppl):S1-84.

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

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

	<ul style="list-style-type: none"> - ¿En el trabajo? alérgenos o irritantes ocupacionales - ¿En días de descanso? la remisión sugiere una causa ambiental • Rinorrea - ¿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 espray nasal, fuga de líquido cefalorraquídeo - Bilateral: mala aplicación de espray nasal, desordenes granulomatosos, alteraciones hemorrágicas o rascado nasal • Obstrucción nasal - 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. • 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, antihipertesivo) - 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 - 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
Simpaticomimeticos	Anfetaminas Benzedrina Efedrina Fenilefrina Fenilpropanolamina
Imidazolinias	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

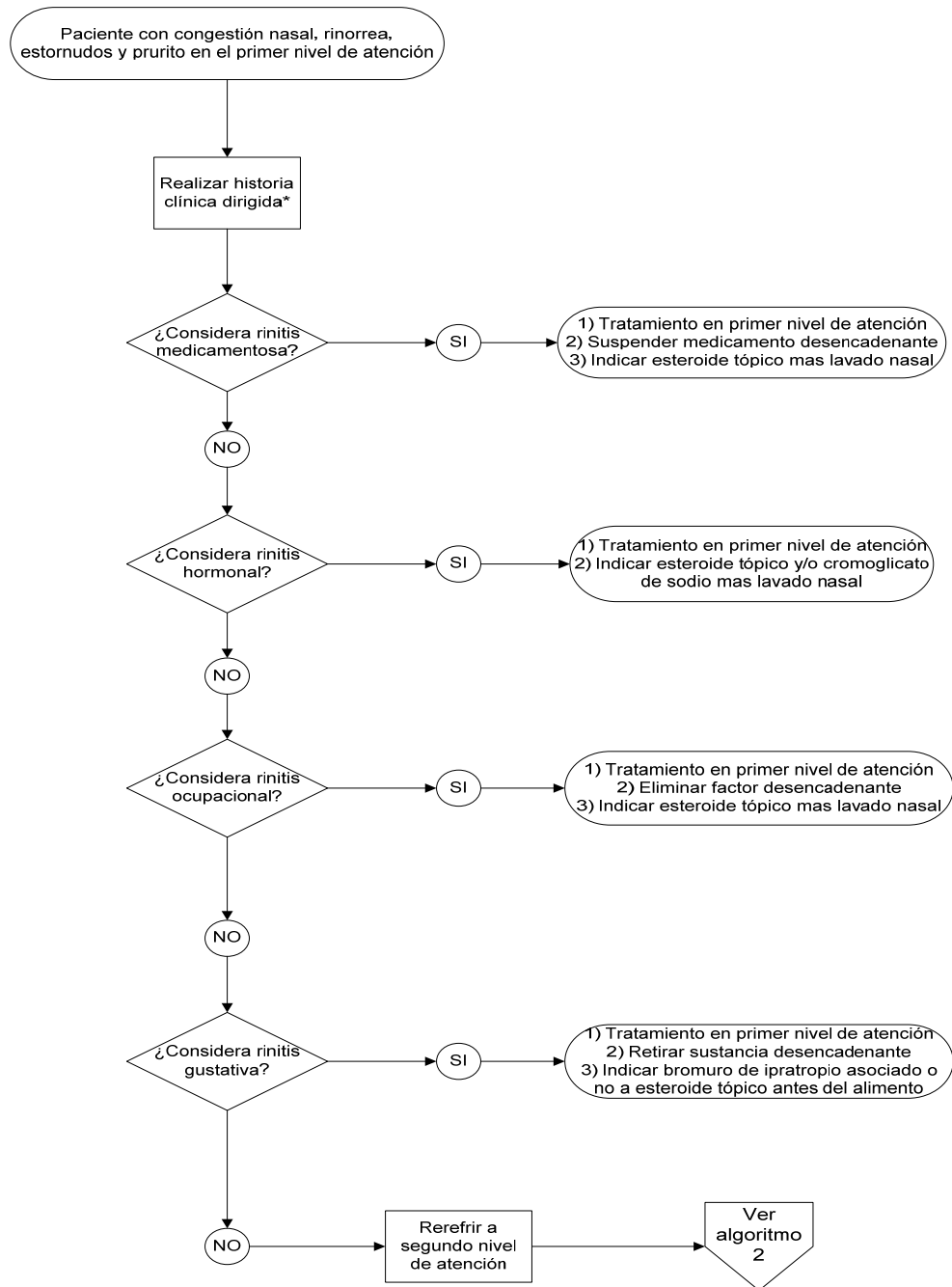
Medicamento	Dosis	Administración	Tiempo de uso
Bromuro de ipratropio (1)	120 a 320 microgramos o dos disparos en cada fosa nasal	Cada 6 a 8 horas	3 semanas
Cromoglicato de sodio (2)	Adultos: 5.2 mg en cada fosa nasal Niños: 2 mg en cada fosa nasal	Cada 6 horas	2 a 4 semanas

(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.

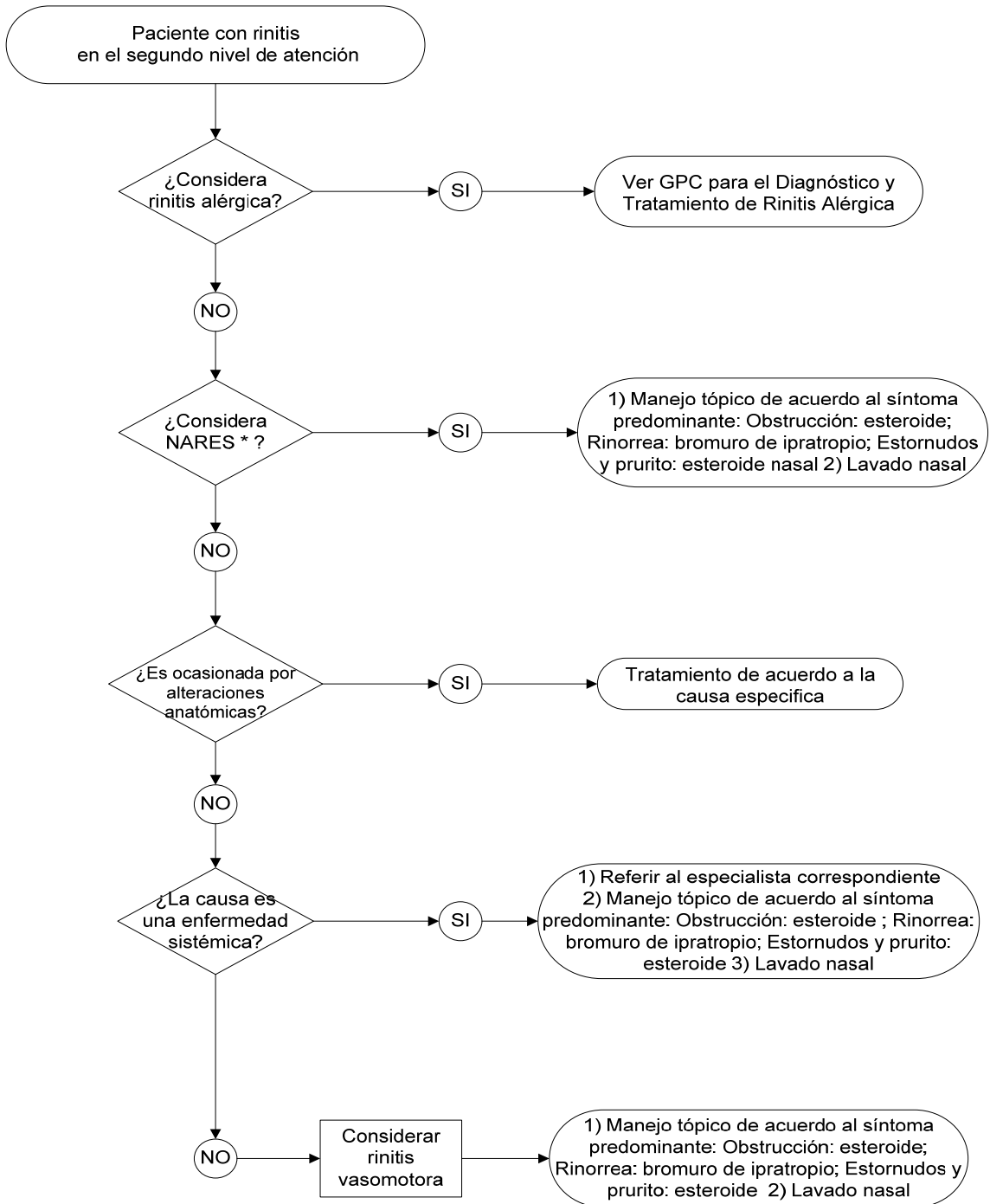
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO

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

5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS MENCIONADOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE RINITIS NO ALÉRGICA

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4337.00	Budesonida	256mcg.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 corticoesteroide 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

6. BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Management of Allergic and Nonallergic Rhinitis. [En línea]. 2002[citado 2012 jun 25]; Disponible en: URL: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/rhinitis/rhinitis.pdf>
3. Bachert C. Persistent rhinitis allergic or nonallergic?. *Allergy* 2004; 59 (Suppl. 76): 11-15.
4. Bernstein JA, Davis BP, Picard JK, Cooper JP, Zheng S, Levin LS, et al. A randomized, double-blind, parallel trial comparing capsaicin nasal spray with placebo in subjects with a significant component of nonallergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011; Article in press
5. Blaiss MS. Safety update regarding intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc* 2011; 32:413-418.
6. Carr WW, Nelson MR, Hadley JA. Managing rhinitis: Strategies for improved patient outcomes. *Allergy Asthma Proc* 2008; 29:349-357.
7. Ciprandi C. Treatment of nonallergic perennial rhinitis. *Allergy* 2004; 59 (Suppl. 76): 16-23.
8. Doshi J. Rhinitis medicamentosa: what an otolaryngologist needs to know. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266:623-625.
9. French ORL Society. Clinical practice recommendations "Management of chronic rhinitis". *Fr ORL* 2005 ; 87 : 44-58.
10. Garay R. Mechanisms of vasomotor rhinitis. *Allergy* 2004;59 (Suppl. 76): 4-10.
11. Georgalas C, Jovancevic L. Gustatory rhinitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 20:9-14.
12. Graf P. Rhinitis Medicamentosa. A Review of Causes and Treatment. *Treat Respir Med* 2005; 4 (1): 21-29.
13. Greiner AN, Meltzer EO. Overview of the Treatment of Allergic Rhinitis and Nonallergic Rhinopathy. *Proc Am Thorac Soc* 2011; 8:121-131.
14. Quillen DM, Feller DB. Diagnosing Rhinitis: Allergic vs. Nonallergic. *Am Fam Physician* 2006;73:1583-90.
15. Ryan D, van Weel C, Bousquet J, Toskala E, Ahlsted S, Palkonen S. Primary care: the cornerstone of diagnosis of allergic rhinitis. *Allergy* 2008; 63: 981-989.
16. Sacre-Hazouri JA. Rinitis crónica no alérgica. *Rev Alerg Mex* 2010;57(3):85-95.
17. Scadding GK, Durham SR, Mirakianz R, Jones NS, Leech 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.
18. Scarupa MD, Kaliner MA. Nonallergic Rhinitis, With a Focus on Vasomotor Rhinitis Clinical Importance, Differential Diagnosis, and Effective Treatment Recommendations. *WAO Journal* 2009; 2:20-25.
19. Schroer B, Pien CL. Nonallergic rhinitis: Common problem, chronic symptoms. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2012; 79 (4): 285-293.
20. Tran NP, Vickery J, Michael S, Blaiss MS. Management of Rhinitis: Allergic and Non-Allergic. *Allergy Asthma Immunol Res* 2011; 3(3):148-156.
21. Van Rijswijk JB, Blom HM, Fokkens WJ. Idiopathic rhinitis, the ongoing quest. *Allergy* 2005; 60: 1471-1481.
22. Varghese M, Glaum C, Lockey RF. Drug-induced rhinitis. *Clinical & Experimental Allergy* 2010;40: 381-384

23. Vichyanond P, Suratannon Ch, Lertbunnaphong P, Jirapongsananuru O, Visitsunthorn N. Clinical characteristics of children with non-allergic rhinitis vs with allergic rhinitis. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2010;28:270-4.
24. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis. An updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122 (2 Suppl):S1-84.
25. Wheeler PW, Wheeler SF. Vasomotor Rhinitis. *Am Fam Physician* 2005; 72:1057-62.

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Lic. Karla Lilia Pilgram Santos	Delegado Tabasco
Dr. Armando Leon Bernal	Jefe de Servicio de prestaciones Médicas Tabasco
Lic. Salvador Enrique Rochin Camarena	Delegado México D.F. Sur
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Servicio de prestaciones Médicas México D.F. Sur
Dr. Miguel Becerra Hernandez	Delegado Colima
Dr. Carlos Navarro Nuñez	Jefe de Servicio de prestaciones Médicas Colima
Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla	Delegado Estado de México
Dr. Leopoldo Santillán Arreygue	Jefe de Servicio de prestaciones Médicas Estado de México
Dr. Virgilio Hernández Cuevas	Director HGR No 2 con UMAA México, DF
Dra. Alma Georgina Castañeda Del Rio	Director HGZ 46 Villahermosa, Tabasco
Dra. Rosalia García Peña	Director HGZ 220 Toluca, Estado de México
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud / SSA

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniestra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicemirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Frago Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente

Ing. Ernesto Dieck Assad Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dra. Mercedes Macías Parra Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	Invitado
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico