	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 1 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925</b>  <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

## LINEAMIENTO TÉCNICO LT.GM.DDSS. AAIP. 290925 ABORDAJE DE LA RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS

<b>ELABORADO POR:</b>	<b>Área de Atención Integral a las Personas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña</li> </ul> <b>Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Alergología Pediátrica.</li> </ul> <b>Hospital México</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Alergología.</li> </ul>
<b>AVALADO POR:</b>	Gerencia Médica mediante oficio GM-16460-2025.
<b>PARA:</b>	Profesionales de Medicina General de las Áreas de Salud, Especialistas en Medicina Familiar del Primer Nivel de Atención y Pediatría del Segundo Nivel de Atención.

### RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

- 1989. Ley N° 7184. Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990.
- 1998. Ley N° 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA).
- 2014.L.GM. DDSS.AAIP.191214. Lineamiento Cumplimiento del Código de Niñez y la Adolescencia.
- 2023. Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña en el Primer Nivel de Atención.


### JUSTIFICACIÓN

La rinitis alérgica es una de las condiciones médicas más prevalentes a nivel mundial y suele persistir a lo largo de la vida de un individuo. La frecuencia informada de la rinitis alérgica por aquellos afectados varía del 2% al 25% en niños y del 1% a más del 40% en adultos.<sup>1</sup>

Es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia<sup>2</sup>, sin embargo, es subdiagnosticada y subtratada.<sup>2</sup> Representa un problema global de salud pública por su alta prevalencia, existencia de comorbilidades, afectación de la calidad de vida y gastos que ocasiona.

<sup>1</sup> Goniotakis, I., Perikleous, E., Fouzas, S., Steiropoulos, P. & Paraskakis, E. (2023). A Clinical Approach of Allergic Rhinitis in Children. *Children*, 10(9), 1571.

<sup>2</sup> Brown, T. (2019). Diagnosis and management of allergic rhinitis in children. *Pediatric annals*, 48(12), e485-e488.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 2 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

La rinitis alérgica no está asociada con una morbilidad y mortalidad elevadas, sin embargo, la carga de la enfermedad y sus costos socioeconómicos relacionados son sustanciales<sup>3</sup>. La rinitis alérgica disminuye la calidad de vida de los niños y niñas que la padecen, interrumpiendo su calidad de sueño y función cognitiva, e induciendo irritabilidad y fatiga. Además, se asocia con un rendimiento reducido en la escuela y el trabajo<sup>4</sup>, aunado a alteraciones morfológicas a nivel craneofacial en respuesta adaptativa a la respiración oral, pues genera cambios de posición lingual, deglución atípica, causada por el desequilibrio anatómico funcional de los elementos intraorales (lengua, musculatura de las mejillas) ocasionando cambios en el patrón de crecimiento del maxilar (hipoplasia transversal), con tendencia a retrognatismo bimaxilar, mal posición dental, además de cambios en la flora bacteriana y consistencia de la saliva lo que aumenta el riesgo de enfermedades orales infecciosas<sup>5</sup>. La rinitis alérgica es una razón frecuente de visitas de morbilidad a consulta médica, tanto en el primer como segundo nivel de atención.

## OBJETIVO

Describir el abordaje de la rinitis alérgica en niños y niñas en la red de servicios del primer y segundo nivel de atención de la CCSS.

## FUNDAMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO


### ANATOMÍA

En los niños y niñas, la pirámide nasal es más elástica, la narina más oblicua y no podemos visualizar las vibras o pelos nasales en la parte epitelial interna de la narina. La relación de la nariz con el frontal y la mandíbula hace que, ante un impacto frontal, el niño tiene menor probabilidad de fractura nasal. Los lactantes durante la alimentación pueden respirar por la nariz, gracias a que el paladar blando y la epiglotis casi se solapan. Una obstrucción nasal, en esta época de la vida, puede conllevar problemas en la alimentación con estancamiento ponderal. Asimismo, hasta un 40% de los lactantes son respiradores nasales obligados, por lo que una obstrucción permanente o intermitente de sus fosas

<sup>3</sup> Blomme, K. et al. (2013). Prevalence of allergic sensitization versus allergic rhinitis symptoms in an unselected population. *International archives of allergy and immunology*, 160(2), 200-207.

<sup>4</sup> Zuberbier, T., Lötvall, J., Simoons, S., Subramanian, S. V. & Church, M. K. (2014). Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA2LEN review. *Allergy*, 69(10), 1275-1279.

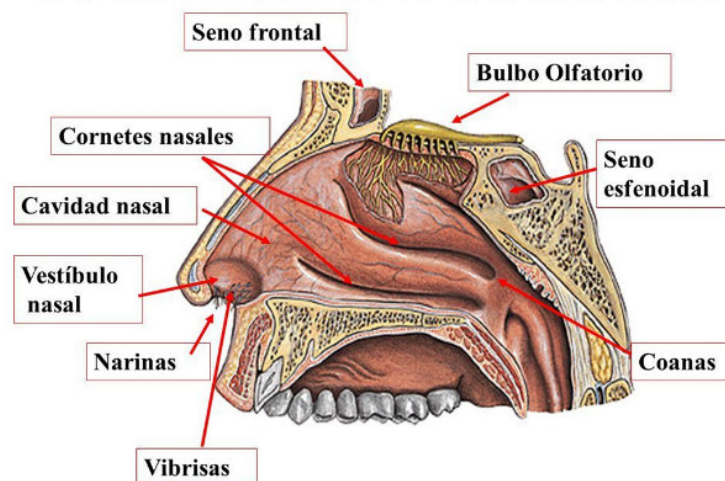
<sup>5</sup> Farronato, M., Lanteri, V., Fama, A. & Maspero, C. (2020). Correlation between Malocclusion and Allergic Rhinitis in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(12), 260.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 3 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>

nasales puede comportar distrés respiratorio grave. Las coanas en el recién nacido tienen unos 6 mm de diámetro, mientras que en el niño de 8 años alcanzan los 20 mm<sup>6</sup>.

**Figura 1. Anatomía de la nariz**

## PARTES DE LA NARIZ



Fuente. <https://www.abcfichas.com/partes-de-la-nariz/la-nariz-y-sus-partes/>

### DEFINICIÓN


La rinitis alérgica (RA) se define como un trastorno sintomático de la nariz, con inflamación de la mucosa nasal mediada por inmunoglobulina E (IgE) e inducida por la exposición de alérgenos<sup>7</sup>.

### PATOGÉNESIS

La mucosa nasal es el principal acondicionador de aire del tracto respiratorio y la primera línea de defensa contra agentes infecciosos. En la RA, tras la primera exposición a un alérgeno, una variedad de células inflamatorias como mastocitos, linfocitos T (LT), linfocitos B (LB), macrófagos y eosinófilos que infiltran el revestimiento mucoso se activan y promueven la producción de IgE específica (etapa de sensibilización) en individuos genéticamente predispuestos o atópicos. Ante una

<sup>6</sup> Segura, F. P. (2017). Aspectos anatómicos diferenciales de la ORL pediátrica. *Pediatría Integral*, 429.

<sup>7</sup> de Pediatría, S. A., & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 121(2), e202202894.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 4 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925</b>  <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

reexposición, se desencadena la liberación de diversos mediadores inflamatorios responsables de los síntomas<sup>8-9</sup>. Esta respuesta alérgica se divide en dos fases: una inmediata (o temprana) que se da en la primera 2 horas, responsable de la vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular, secreciones mucosas y estimulación de fibras nerviosas, causando los síntomas de la RA. La fase tardía se desarrolla en las 2 a 8 horas siguientes que influye en las células estructurales implicadas en el remodelamiento mucoso, característico de la cronicidad<sup>10</sup>.

### FACTORES DE RIESGO<sup>11</sup>

Se han investigado varios factores de riesgo para el desarrollo de la RA. Existen datos contradictorios para muchos de estos posibles factores de riesgo, y esta área de trabajo sigue siendo un tema de investigación activa.

Herencia: desempeña un papel importante en la rinitis alérgica (RA), siendo la presencia de la enfermedad en miembros de la familia el factor de riesgo más fuerte. Los estudios en gemelos han demostrado que los factores genéticos contribuyen hasta un 70%–80% de la variabilidad interindividual en la susceptibilidad al desarrollo de la RA.

Exposición in útero y en la vida temprana a ácaros, polen, hongos y humedad: la evidencia actual es contradictoria. Algunos estudios reportan asociación como factor de riesgo.

Dieta materna y alimentación temprana del niño o niña: Las pautas actuales, así como una revisión sistemática de Cochrane<sup>12</sup>, recomiendan una dieta materna sin restricciones durante el embarazo y la lactancia, ya que evitar alimentos altamente alérgicos no reduce sustancialmente el riesgo de enfermedad atópica, incluida la RA, en su hijo o hija. Además, se recomienda que los alimentos complementarios se introduzcan en la dieta de todos los lactantes, independientemente del riesgo atópico, a partir de los 6 meses de edad, ya que no se ha demostrado que evitar o retrasar la introducción


<sup>8</sup> de Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2009). Consenso nacional de rinitis alérgica en pediatría. *Arch Argent Pediatr*, 107(1), 67-81.

<sup>9</sup> Vázquez, D. et al. (2020). Tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría en Argentina. Documento de actualización. *Revista Alergia México*, 67, S1-S28.

<sup>10</sup> de Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 121(2), e202202894.

<sup>11</sup> Wise, S. K. et al. (2023, April). International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis–2023. In *International forum of allergy & rhinology* (Vol. 13, No. 4, pp. 293-859).

<sup>12</sup> Kramer, M. S. & Kakuma, R. (2014). Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(2), 447-483.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 5 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b> <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

reduzca la enfermedad atópica. Los estudios actuales no han hecho recomendaciones sobre la introducción temprana en la dieta del lactante de alimentos específicos para prevenir el desarrollo de la RA.

**Contaminación ambiental:** El efecto de la contaminación del aire sobre la morbilidad humana es bien conocido, aunque la relación con RA es compleja. La evidencia y el consenso de expertos apoyan que la contaminación ambiental, es un factor de riesgo que ha provocado un aumento de la incidencia de esta patología en la edad pediátrica<sup>13</sup>.

**Exposición al humo del cigarrillo:** Se ha demostrado que el humo de tabaco afecta negativamente la función de barrera del epitelio bronquial, lo que lleva a un aumento de la penetración de alérgenos. En los últimos años ha habido pocos estudios prospectivos de cohortes grandes o revisiones sistemáticas que examinen el efecto de la exposición al humo de tabaco en el desarrollo de la rinitis alérgica, estos no encontraron correlación entre el humo de tabaco activo o pasivo y la rinitis alérgica. También hay que considerar actualmente el vapor de cigarrillos electrónicos (sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), sistemas similares sin nicotina (SSSN), productos de tabaco calentado y otros similares, ya que contienen sustancias irritantes y producen afectación en los cilios.

### **FACTORES PROTECTORES<sup>14</sup>**


**Exposición temprana a mascotas (perros y gatos):** En este momento, no es posible hacer recomendaciones basadas en evidencia sobre la exposición temprana a animales. Muchos estudios lo reportan como un factor protector antes de los 2 años, pero no es concluyente.

**La lactancia materna:** En general, considerando la revisión de la literatura sobre la asociación entre la lactancia materna y la rinitis alérgica, se debería recomendar la lactancia materna debido a sus diversos efectos positivos en la salud general y posibles efectos protectores sobre la rinitis alérgica.

**La hipótesis de la higiene:** Dicha teoría, que podríamos llamar de alteración del ecosistema, afirma que los grandes cambios fundamentales en el estilo de vida nos han llevado a una menor exposición a algunos microorganismos importantes para el desarrollo de los mecanismos que regulan el sistema

<sup>13</sup> Naclerio, R. et al. (2020). International expert consensus on the management of allergic rhinitis (AR) aggravated by air pollutants: impact of air pollution on patients with AR: current knowledge and future strategies. *World Allergy Organization Journal*, 13(3), 100106.

<sup>14</sup> Wise, S. K. et al. (2023, April). International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis—2023. In *International forum of allergy & rhinology* (Vol. 13, No. 4, pp. 293-859).

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 6 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

inmune. En este sentido, hay cierta evidencia del efecto protector de la hipótesis de higiene en la rinitis alérgica a partir de estudios epidemiológicos, pero se necesitan más estudios que evalúen la causalidad.

## CLASIFICACIÓN<sup>15</sup>

La rinitis alérgica se puede clasificar según las guías ARIA (guía de rinitis alérgica y su impacto sobre el asma) de la OMS<sup>16</sup>, en:

Según la duración:

- Intermitente: cuando los síntomas se presentan a lo largo de menos de 4 días en la semana y < 4 semanas sucesivas.
- Persistente: cuando hay persistencia de los síntomas a lo largo de > 4 días a la semana y durante 4 o > 4 semanas.

Clasificación según la gravedad:


- Leve: No altera el sueño, no influye en las actividades cotidianas del diario vivir ni deportivas, no causa afectación a escala escolar en el caso de los niños; los síntomas se encuentran presentes, pero no hay molestias significativas.
- Moderada – severa: Despierta por las noches a los niños, es decir, que va a existir una alteración del sueño, influye de mala manera en las actividades del día a día, interfiere en la escuela; los síntomas se encuentran presentes y provocan molestias significativas.

Clasificación según el tipo de exposición a alérgenos:

- Rinitis alérgica estacional: cuando existe exacerbación de los síntomas con los alérgenos del exterior, tales como el polen, la contaminación ambiental, entre otros.
- Rinitis alérgica perenne: cuando hay exacerbación de los síntomas con alérgenos del interior, es decir, de la casa en la que habita el paciente. Ejemplo: ácaros, polvo, pelos de animales domésticos, entre otros.
- Rinitis alérgica laboral: exposición a alérgenos en el lugar de trabajo.
- Rinitis alérgica local: Es una clase de rinitis que fue propuesta recientemente, puede afectar tanto a niños como adultos, aunque es menos frecuente en niños.

<sup>15</sup> Yela, M. S. A., Bolaños, F. M. M., Gonzalez, J. Y. R., Lobelo, G. J. G. & Baez, M. A. T. (2021). Rinitis alérgica en el mundo moderno. *Scientific and Educational Medical Journal*, 2(1), 1-17.

<sup>16</sup> Baena-Cagnani, C. E. et al. (2009). Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008). La perspectiva latinoamericana. *Revista Alergia de Mexico*, 56(2).

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 7 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b> <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Entre los diferentes síntomas que se pueden presentar, están:

- 1.- A nivel nasal: rinorrea, estornudos, enrojecimiento, prurito nasal, congestión nasal, alteraciones del olfato y epistaxis.
- 2.- A nivel sinusal: Alteraciones del gusto, cefalea y goteo retronasal.
- 3.- A nivel ocular: Edema periorbitario, lagrimeo, hiperemia conjuntival y prurito.
- 4.- Otros: tos, prurito a nivel del paladar, fatiga.

De todos estos síntomas, los que aparecen con mayor frecuencia en la RA son, prurito nasal, estornudos, rinorrea y la congestión nasal.

## HISTORIA CLÍNICA<sup>17</sup>


En la historia clínica pediátrica se debe preguntar sobre:

- Antecedentes familiares de rinitis, asma u otras enfermedades alérgicas.
- Antecedentes personales patológicos de asma, conjuntivitis, dermatitis atópica y otras enfermedades alérgicas. Además, infecciones recurrentes, rinosinusitis. En asma preguntar por síntomas como: falta de aire, tos inducida por el ejercicio, que empeora en la noche, si ha presentado crisis de sibilancias (gatillos), si ha requerido nebulizaciones con salbutamol en centros de salud y su respuesta. (esto por la asociación entre asma y RA).

En padecimiento actual:

- Edad en la que empezaron los síntomas.
- Con qué frecuencia se presentan los síntomas.
- En qué momento del año se presentan los síntomas.
- La duración, severidad, desencadenantes, patrón de presentación, en que situaciones mejoran los síntomas y progresión de cada síntoma específico.
- Tratamientos previos.

<sup>17</sup> Molina-Cevallos, E. G. (2023). Actualización del diagnóstico y manejo de la rinitis alérgica en pacientes pediátricos.


	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 8 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

## EXAMEN FÍSICO<sup>18</sup>

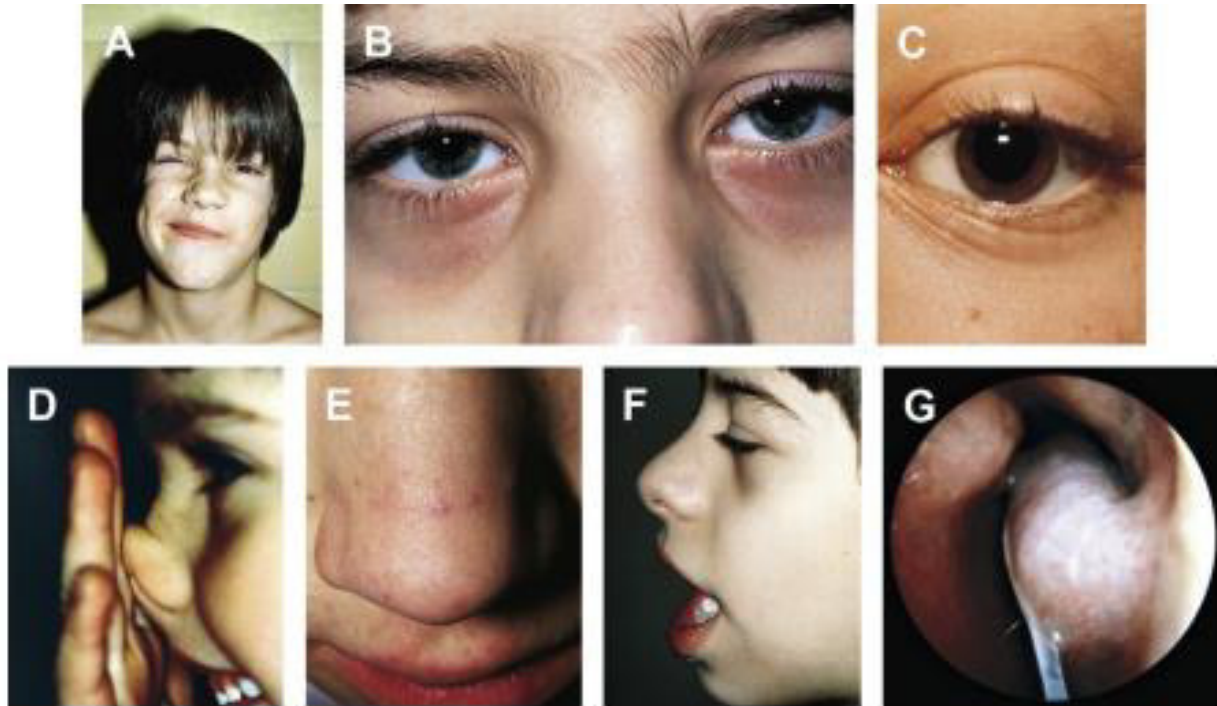
Entre los diferentes hallazgos característicos de la RA que podemos observar al examen físico, están:

- a) Ojeras de alergia: estas se dan gracias al edema infraorbitario por venodilatación asociado con cambios en los vasos sanguíneos por una inflamación alérgica.
- b) Líneas de Dennie – Morgan: estas líneas consisten en un aumento de líneas o pliegues debajo del párpado inferior y son muy frecuentes en los pacientes que presentan rinitis alérgica. La fisiopatología aún no es comprendida con precisión y, además, pueden ser comunes también en algunos grupos étnicos.
- c) Saludo alérgico: Esta es una conducta ocasionada por el prurito nasal y la rinorrea que consiste en el frotamiento repetitivo de la nariz; al empujar varias veces la punta de la nariz hacia arriba con la mano, se va a formar un pliegue nasal transversal.
- d) Facies alérgica: Las facies alérgicas características son, un paladar arqueado alto, maloclusión dental y respiración bucal. Esto se puede observar principalmente en los niños con rinitis alérgica de inicio temprano.
- e) Mucosa nasal: con ayuda de la rinoscopia anterior, la mucosa nasal puede verse pálida y de color azul con edema de cornetes. Esto se puede acompañar de rinorrea visible (anterior o posterior en la orofaringe).
- f) Empedrado: se puede desarrollar tejido linfoide hiperplásico en la orofaringe posterior, con aspecto de “adoquín” de la mucosa.
- g) Las membranas timpánicas también pueden estar alteradas, ya sea con retracción o con acumulación de líquido seroso, asociado con la inflamación de la mucosa de la nariz y la disfunción de la trompa de Eustaquio.

<sup>18</sup> Schuler-Iv, C.F. & Montejo, J.M. (Oct., 2019). Allergic Rhinitis in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.*;66(5):981-993. doi: 10.1016/j.pcl.2019.06.004. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31466686.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 9 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030


**Figura 2. Hallazgos físicos en la rinitis alérgica pediátrica**



Descripción. La fisiopatología de la AR da como resultado los hallazgos típicos del examen que se ilustran aquí. (A) Muecas o espasmos faciales. Esto está relacionado con la picazón nasal. (B) Ojeras alérgicas. (C) Líneas de Dennie-Morgan. (D) El saludo alérgico. (E) Arrugas nasales relacionadas con el saludo alérgico. (F) Facies alérgica. (G) Mucosa nasal típica.

**Fuente.** Schuler-Iv, C.F. & Montejó, J.M. (Oct., 2019)<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Schuler-Iv, C.F. & Montejó, J.M. (Oct., 2019). Allergic Rhinitis in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.*;66(5):981-993. doi: 10.1016/j.pcl.2019.06.004. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31466686.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 10 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL<sup>20</sup>

### Rinitis no alérgicas:

Rinitis inducida por medicamentos: La rinitis secundaria a medicamentos sistémicos puede clasificarse en tipos inflamatorios locales, neurogénicos e idiopáticos.

El tipo inflamatorio local ocurre cuando el uso de un medicamento provoca un cambio directo en los mediadores inflamatorios dentro de la mucosa nasal. Entre los medicamentos que la pueden producir están: los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y la aspirina.


El tipo neurogénico ocurre después del uso de un medicamento que modula sistemáticamente la estimulación neural, lo que lleva a cambios descendentes en la mucosa nasal. Entre los medicamentos que producen esta condición están: metildopa, atenolol, propanolol, sildenafil, teofilina, enalapril.

La clasificación idiopática se aplica cuando no se ha elucidado un mecanismo bien definido. Entre los medicamentos que la pueden producir están: alprazolam, amitriptilina, risperidona, anticonceptivos orales, estrógenos y gabapentina.

La rinitis medicamentosa: es una rinitis inducida por medicamentos que resulta del uso prolongado de descongestionantes intranasales tópicos. Entre los medicamentos que la pueden generar son: fenilefrina, pseudoefedrina y oximetazolina.

La rinitis laboral: es una enfermedad inflamatoria de la nariz, caracterizada por síntomas intermitentes o persistentes de congestión nasal, estornudos, rinorrea, picazón y/o obstrucción variable del flujo nasal debido a causas y condiciones atribuibles a un entorno laboral específico. La rinitis laboral puede clasificarse como alérgica, resultado de una exposición inmunológica a una proteína sensibilizante de alto peso molecular (HMW > 5 kDa) o no alérgica, mediada por irritantes químicos de bajo peso molecular no inmunológicos (LMW < 5 kDa). La rinitis laboral no alérgica a veces se subdivide en molestias (por ejemplo, perfumes), inducida por irritantes (por ejemplo, formaldehído o humo) o rinitis corrosiva (por ejemplo, amoníaco o ácidos), esta última puede incluir inflamación permanente de la mucosa nasal, úlceras y perforación del tabique nasal.

<sup>20</sup> Wise, S. K., Damask, C., Roland, L. T., Ebert, C., Levy, J. M., Lin, S., ... & Xu, X. (2023, April). International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis–2023. In *International forum of allergy & rhinology* (Vol. 13, No. 4, pp. 293-859).

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 11 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b> <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

**Rinitis química:** Con el aumento de la exposición a productos químicos y contaminantes ambientales en la vida diaria, los pacientes pueden presentar síntomas de rinitis que no necesariamente se ajustan a un perfil alérgico tradicional. Los productos químicos pueden causar irritación sensorial que incluye congestión, estornudos, rinorrea, molestias nasales, goteo posnasal, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato y epistaxis. Esto suele estar asociado con síntomas en las vías respiratorias inferiores e irritación conjuntiva.

**Rinitis por fumado:** La exposición al humo del tabaco se asocia con rinitis crónica y sinusitis crónica. Otras fuentes de exposición al humo además de los cigarrillos convencionales, cigarrillos y pipas incluyen los cigarrillos electrónicos, el vapeo y el cannabis.


**Rinitis infecciosa:** La rinitis infecciosa es un diagnóstico muy común en la práctica general. Diferencias en el inicio y la causa patogénica conducen a diversas fisiopatologías y formas. Las condiciones comunes en la práctica general son la rinitis viral (que es la más frecuente) y bacteriana aguda. Los síntomas nasales incluyen secreción nasal clara o decolorada, obstrucción nasal, goteo posnasal, tos y presión facial dependiendo de la etiología. Estos síntomas también pueden estar presentes en la rinitis no infecciosa; más comúnmente en la rinitis alérgica. Esta distinción diagnóstica es importante para evitar tratamientos inapropiados y procedimientos diagnósticos. Las características clínicas distintivas sugestivas de rinitis alérgica son estornudos, picazón nasal u ocular, la presencia de un desencadenante alérgico evidente y la presencia de síntomas recurrentes relacionados con la temporada, estos síntomas son menos frecuentes en la rinitis infecciosa.

**Rinitis por alimentos o gustatoria:** La rinitis gustatoria se caracteriza por rinorrea acuosa, unilateral y/o bilateral, dentro de unos minutos después de ingerir alimentos, generalmente comidas picantes como salsa tabasco, pimientos picantes, rábano picante, pimienta roja o negra, y otros alimentos que contienen capsaicina. La rinorrea dura tanto como se ingiere la comida. La rinitis gustatoria puede confundirse con la alergia alimentaria mediada por IgE, pero no hay estornudos, picazón ni dolor facial, y la duración de la rinorrea es autolimitada. También no hay alteración asociada del olfato o el gusto.

### **Otras condiciones<sup>21</sup>**

Se debe tener en consideración que la obstrucción nasal es un síntoma común de la rinitis, aunque no todos los pacientes con obstrucción nasal tienen rinitis.

<sup>21</sup> Peden, D. (2016). An overview of rhinitis. *UpToDate*. Last updated, 15.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 12 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

- Un niño o niña con obstrucción nasal unilateral persistente necesita una evaluación adicional por parte de un otorrinolaringólogo para problemas estructurales, como un tabique desviado o una masa intranasal, ya que la obstrucción causada por la rinitis casi siempre es bilateral.
- Anomalías estructurales: las causas estructurales de los síntomas nasales incluyen anomalías congénitas, anomalías adquiridas (adenoides agrandados, cuerpos extraños, desviación y perforación del tabique, pólipos nasales) y tumores.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico puede producir tanto tos crónica como goteo posnasal.

### CONDICIONES QUE SE ASOCIAN A LA RINITIS ALÉRGICA<sup>22</sup>

Conjuntivitis alérgica: hasta el 60 por ciento de los pacientes con rinitis alérgica tienen conjuntivitis alérgica concomitante. La conjuntivitis alérgica se presenta con picazón, lagrimeo, edema conjuntival, hiperemia, secreción acuosa, ardor y fotofobia.


Rinosinusitis: la inflamación nasal asociada con la rinitis alérgica también puede causar obstrucción del complejo ostiomeatal sinusal, predisponiendo así a la infección bacteriana de los senos paranasales. Los síntomas de la rinosinusitis bacteriana incluyen congestión nasal, rinorrea purulenta o goteo posnasal, dolor facial o dental y tos de más de 10 días de evolución.

Asma: hasta el 50 por ciento de los pacientes con asma tienen rinitis alérgica. En niños, la tos y la sibilancia son los síntomas más comunes y a menudo son más prominentes con el esfuerzo.

Dermatitis atópica (eccema): en niños, la dermatitis atópica se presenta con parches eritematosos intensamente pruriginosos con pápulas y algo de costra, que afectan generalmente la cara, el cuero cabelludo, las extremidades o el tronco, con respeto de las áreas del pañal.

Síndrome de alergia oral: es una forma de alergia alimentaria que se desarrolla en personas sensibilizadas a los pólenes. Los pacientes informan picazón y/o leve hinchazón de la boca y la garganta inmediatamente después de ingerir ciertas frutas no cocidas (como manzanas, duraznos, ciruelas, cerezas y algunos frutos secos) o vegetales crudos. Los síntomas resultan de urticaria por contacto en la orofaringe causada por proteínas relacionadas con el polen en estos alimentos.

<sup>22</sup> DeShazo, R. D., Kemp, S. F., Corren, J. & Feldweg, A. (2018). Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis. *Up to Date*. [updated 25 Jan 2018; cited 22 Aug 2019].

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 13 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

Otitis media: la rinitis alérgica está fuertemente asociada y probablemente relacionada causalmente con la disfunción de la trompa de Eustaquio, causando otitis media serosa y aguda concomitantes.


## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO<sup>23-24</sup>

### Recomendaciones de control ambiental

- Contaminantes ambientales: evitar el humo de cigarro (fumadores pasivos) y otras fuentes de humo ambiental.
- Hongos: evitar peceras y plantas en los dormitorios; no son aconsejables los vaporizadores. Mantener una buena ventilación que permita la renovación de aire fresco. Limpiar con hipoclorito de sodio (cloro) paredes y techos manchados de humedad.
- Alérgenos derivados de animales:
  - Perros y gatos: si el niño o niña, **es sensible**, se debe evitar tener animales domésticos en la casa. Impedir la entrada al dormitorio. El baño rutinario de los animales domésticos permite reducir su capacidad antigénica.
  - Roedores: El manejo integrado de plagas debe considerarse en pacientes seleccionados, como los pacientes pediátricos de áreas urbanas que sufren de asma y tienen sensibilización a los ratones.
  - Cucarachas: se recomienda el control de estas en el hogar.
  - Ácaros en dormitorio: retirar las alfombras. La limpieza se debe realizar con trapos húmedos. No sacudir. Evitar muñecos de peluche por ser un gran reservorio de ácaros o, en su defecto, lavarlos con agua caliente o congelarlos (freezer) durante 20 minutos. Cubrir con fundas antialérgicas colchones y almohadas. Lavar sábanas y frazadas con agua caliente a más de 60 °C durante 10 minutos. Limpiar regularmente los filtros de los acondicionadores de aire. Se recomienda el uso de acaricidas como parte del control ambiental.

<sup>23</sup> de Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 121(2), e202202894.

<sup>24</sup> Wise, S. K. et al. (2023, April). International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis—2023. In *International forum of allergy & rhinology* (Vol. 13, No. 4, pp. 293-859).

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 14 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

- Pólenes: su evitación es prácticamente imposible; la concentración en el dormitorio disminuye al mantener las ventanas cerradas durante la noche y airear a primera hora de la mañana.

Soluciones salinas nasales: fluidifican las secreciones y eliminan alérgenos. Actúan como adyuvantes de corticosteroides intranasales (CI) y antihistamínicos.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO<sup>25</sup>

### Antihistamínicos

Son la primera línea de tratamiento en niños y niñas. Disminuyen el prurito, los estornudos y la rinorrea con efecto modesto en la congestión nasal. Tienen efecto en síntomas oculares y prurito palatino.

Son clasificados como de primera generación (AH1pg) y de segunda generación (AH1sg).

- Los AH1pg tienen poca selectividad para el receptor H1 y se unen a receptores muscarínicos, colinérgicos,  $\alpha$ -adrenérgicos, de serotonina y canales iónicos. Son lipofílicos, por lo que atraviesan la barrera hematoencefálica (BHE), producen somnolencia, disminución en la calidad del sueño y del rendimiento escolar. Pueden generar excitación psicomotriz. Por su vida media corta, se requieren varias dosis diarias. No se recomiendan en la rinitis alérgica.
- Los AH1sg tienen mayor potencia, selectividad y duración de acción. Al no atravesar la BHE, se los considera poco sedantes (cetirizina) o no sedantes (levocetirizina, loratadina, desloratadina, y fexofenadina). Han demostrado seguridad, eficacia y efectos antiinflamatorios. Los AH1sg son la primera línea de tratamiento en RA intermitentes leves o moderadas. Pueden utilizarse en combinación con CI para RA persistentes moderadas y graves.


## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO<sup>26</sup>

### Antihistamínicos

Son la primera línea de tratamiento en niños y niñas. Disminuyen el prurito, los estornudos y la rinorrea con efecto modesto en la congestión nasal. Tienen efecto en síntomas oculares y prurito palatino.

<sup>25</sup> De Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 121(2), e202202894.


<sup>26</sup> De Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 121(2), e202202894.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 15 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

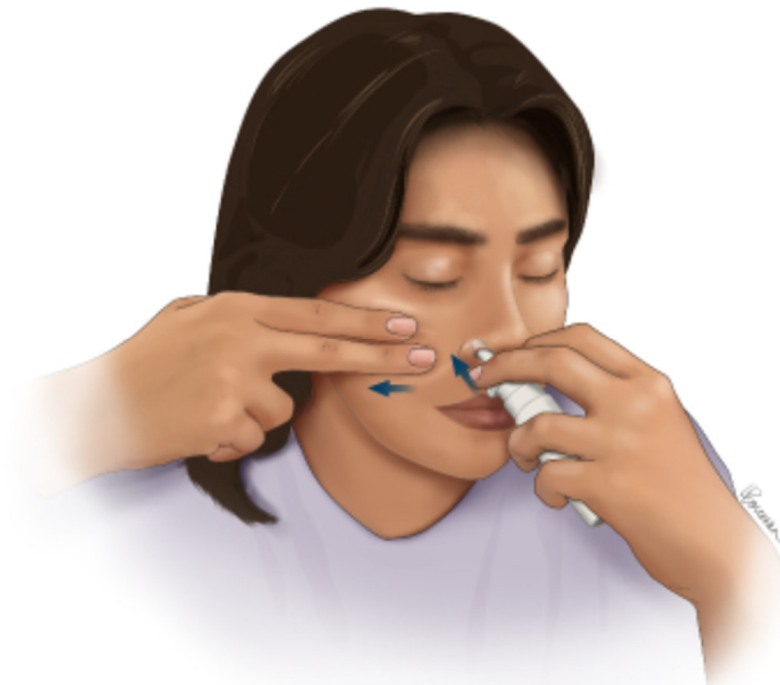
Son clasificados como de primera generación (AH1pg) y de segunda generación (AH1sg).

- Los AH1pg (clorfenamina, difenhidramina e hidroxicina): tienen poca selectividad para el receptor H1 y se unen a receptores muscarínicos, colinérgicos,  $\alpha$ -adrenérgicos, de serotonina y canales iónicos. Son lipofílicos, por lo que atraviesan la barrera hematoencefálica (BHE), producen somnolencia, disminución en la calidad del sueño y del rendimiento escolar. Pueden generar excitación psicomotriz. Por su vida media corta, se requieren varias dosis diarias. No se recomiendan en la rinitis alérgica.
- Los AH1sg (loratadina, fexofenadina, cetirizina): tienen mayor potencia, selectividad y duración de acción. Al no atravesar la BHE, se los considera poco sedantes (cetirizina) o no sedantes (levocetirizina, loratadina, desloratadina, y fexofenadina). Han demostrado seguridad, eficacia y efectos antiinflamatorios. Los AH1sg son la primera línea de tratamiento en RA intermitentes leves o moderadas. Pueden utilizarse en combinación con CI para RA persistentes moderadas y graves.


Corticoides intranasales (CI): son el tratamiento de primera línea junto con los antihistamínicos en la RA intermitente o persistente moderada/grave. Son más efectivos para el tratamiento de la congestión, la rinorrea, el prurito y goteo posnasal que los antihistamínicos, antileucotrienos y antihistamínicos locales. Los efectos adversos son pocos frecuentes (5-10 %) e incluyen sensación de quemazón, escozor nasal, sequedad mucosa y epistaxis. Es importante la aplicación correcta, en dirección a los cornetes inferiores, para evitar el riesgo de perforación septal con el uso crónico. Las infecciones fúngicas localizadas son raras. El uso prolongado de CI no ha demostrado signos de atrofia de la mucosa nasal. Los pacientes con RA pueden verse expuestos a corticoides por otras rutas (vía oral o inhalada bronquial en asma concomitante); esto resulta en una dosis acumulativa y posible efecto de supresión del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). De manera comparativa, la beclometasona tiene mayor biodisponibilidad sistémica, mientras que la fluticasona y la mometasona tienen una biodisponibilidad sistémica e intranasal negligible. A pesar de esto, se han reportado efectos sobre el crecimiento lineal con los CI, a dosis recomendadas. Los síntomas de la RA deben monitorearse permanentemente para subir o bajar la dosis según la respuesta.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 16 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<i>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</i> <i>290925</i>

**Figura 3. Uso correcto de los esteroides intranasales en niños y niñas**



1. Pídale al niño o niña, que sople o se suene la nariz suavemente.
2. Agite la botella de aerosol para asegurarse de que el medicamento esté bien mezclado. 3. Retire la tapa.
3. Inclíne ligeramente hacia adelante la cabeza del niño o niña y bájele la barbilla.
4. Para rociar en el lado izquierdo, use 1 o 2 dedos de la mano izquierda para ensanchar ligeramente la fosa nasal izquierda tirando de la piel como se ve en la figura 3, cerca de la fosa hacia un lado. Coloque la boquilla en la fosa nasal izquierda y rocíe lejos de la membrana en el centro de la nariz (llamado el tabique nasal). Rociar en el tabique puede causar irritación y a veces sangrado leve.
5. Piense en dirigir el spray hacia la esquina exterior de su ojo izquierdo. Si esta posición de la mano se siente incómoda, puede omitir el paso de abrir la fosa nasal y simplemente rociar con cualquier mano, pero es importante no rociar directamente en el tabique.
6. Dígale al niño o niña que no aspire hasta que el medicamento se haya dispensado, pero puede cerrar la boca e inhalar suavemente para evitar que el medicamento salga por la nariz. Si aspira con demasiada fuerza, el medicamento irá hacia la garganta, donde no hará nada por sus síntomas nasales.
7. Para rociar el lado derecho, repita el procedimiento 5.
8. Si también está haciendo irrigaciones nasales con solución salina, hágalo primero y luego espere de 5 a 10 minutos antes de usar su medicamento en aerosol nasal. La espera permite que la irrigación

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 17 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

se drene completamente de la nariz y aumenta la posibilidad de que el medicamento rociado en la nariz posteriormente se absorba lo más completamente posible por el revestimiento nasal limpio.

**Fuente.** Modificado de: De Shazo, R. D., & Kemp, S. F. (2021). Pharmacotherapy of allergic rhinitis. UpToDate.

Antileucotrienos (montelukast): presentan similar respuesta terapéutica que los antihistamínicos en la RA estacional. Si bien su recomendación se basa en la seguridad y tolerabilidad, se discute su eficacia en comparación con ellos. Podrían ser de elección, luego de los CI, en niños o niñas con RA y asma, donde se asocia con mejoría de ambas enfermedades. Se describen escasos efectos adversos como cefalea, trastornos de conducta y del sueño.

**Descongestivos y vasoconstrictores:** La oximetazolina tópica actúa de forma rápida. Se recomienda el uso durante un lapso menor a 10 días, debido a sus efectos adversos.

Tratamiento inmunológico: Es toda estrategia terapéutica que tiende a modificar la actividad del sistema inmune a través de la inmodulación. Evidencias científicas han demostrado la utilidad de vacunas con alérgenos (inmunoterapia alérgeno-específica, ITAE) en la RA. La ITAE es la única terapia que puede modificar la historia natural de la enfermedad alérgica, disminuye el uso de medicación preventiva y de rescate, previene la aparición de nuevas sensibilizaciones y es capaz de reducir la hiperreactividad bronquial asociada a RA. La ITAE debe ser considerada, indicada, implementada y controlada por alergólogos pediatras, y debe acompañar el tratamiento farmacológico.

## DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

### ABORDAJE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### DETECCIÓN

Los niños y niñas con RA son captados en la consulta de crecimiento y desarrollo, en las consultas de morbilidad del primer nivel de atención, en las consultas en los servicios de Emergencias de la red de servicios cuando se presentan comorbilidades como el asma y la rinosinusitis.

#### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico por historia y examen físico. En general en la mayoría de los casos no se requiere ningún examen de laboratorio y gabinete, excepto aquellos casos que requieran evaluación en el tercer nivel de atención, según criterios de referencia y criterio de especialista.

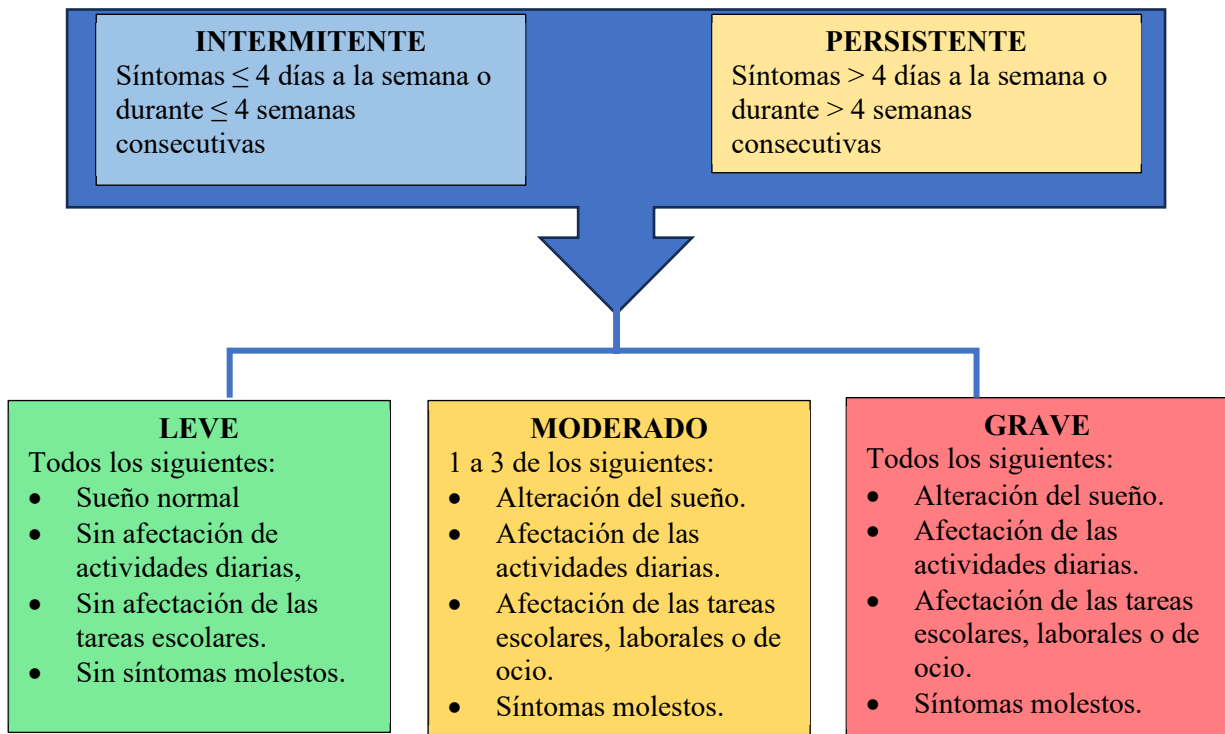
Si se hace el diagnóstico, el profesional en medicina debe realizar la clasificación:  
 Según duración de los síntomas.

- Intermitente
- Persistente


Según severidad:

- Leve
- Moderada
- Severa.

**Figura 4. Clasificación de la rinitis alérgica**



**Fuente.** Adaptado de: Bousquet, J. et al. (2020). Allergic rhinitis. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 95.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 19 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

## EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE<sup>27</sup>

Hemograma: se puede encontrar eosinofilia en sangre periférica, se considera eosinofilia a un recuento mayor a 500 eosinófilos/mm<sup>3</sup>. Es un marcador poco sensible e inespecífico, ya que la RA puede cursar sin eosinofilia.

Radiología convencional: evalúa alteraciones estructurales y comorbilidades. Se solicitarán radiografías de senos paranasales y cavum sólo si se sospecha de estas alteraciones.

### CODIFICACIÓN

Para esta condición se utilizará el código CIE 10 que está en EDUS:

- **J304: Rinitis alérgica no especificada**

### INDICACIONES DEL PROFESIONAL DE MEDICINA GENERAL

- Recomendar las medidas de tratamiento no farmacológico indicadas en este lineamiento.
- Tratar comorbilidades: otitis media aguda, rinosinusitis, asma según corresponda.
- Referir a Consulta Externa de Pediatría, a cupo o Estrategia APER, según corresponda.

### CRITERIOS DE REFERENCIA DEL EBAIS


#### A PEDIATRÍA

- Todo niño o niña con el diagnóstico de rinitis alérgica.

#### A LA ESTRATEGIA APER DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

- Todo niño o niña mayor de 5 años con el diagnóstico de asma y rinitis alérgica.

<sup>27</sup> DeShazo, R. D., Kemp, S. F., Corren, J. & Feldweg, A. (2018). Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis. *Up to Date*. [updated 25 Jan 2018; cited 22 Aug 2019].

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 20 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

## ABORDAJE EN CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN Y ESTRATEGIA APER DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### INDICACIONES DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.

- Confirmar diagnóstico y clasificación de la RA del niño o niña.
- Recomendar las medidas de tratamiento no farmacológico indicadas en este lineamiento.
- Iniciar tratamiento farmacológico según clasificación.

### INDICACIONES DEL PROFESIONAL DE MEDICINA EN LA ESTRATEGIA APER (NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS CON ASMA Y RA)

- Confirmar diagnóstico y clasificación de la RA del niño o niña asociado a asma no controlada.
- Recomendar las medidas de tratamiento no farmacológico indicadas en este lineamiento.
- Iniciar tratamiento farmacológico según clasificación de RA y asma

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO<sup>28-29</sup>


#### Primera alternativa: para RA intermitente leve a moderada

- Anti-histamínicos de segunda generación.

MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>LORATADINA</b>	<b>25-7145</b>	<b>R</b>	<b>1A</b>
<b>5 MG/5 ML. JARABE. ENVASE CON 60 ML O LORATADINA 5 MG/5 ML. JARABE. ENVASE CON 100 ML</b>			
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b>			
Para niños y niñas entre 2 – 6 años con un peso menor a 30 kg o en pacientes con trastornos deglutorios que requieren un antihistamínico no sedante.			
No se avala en menores de 2 años.			

<sup>28</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2024). Lista oficial de medicamentos y normativa. San José, Costa Rica.


<sup>29</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 21 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b> <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>FEXOFENADINA HIDROCLORURO 120 MG. TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) O EPINASTINA HIDROCLORURO 20 MG. TABLETAS O CETIRIZINA HIDROCLORURO 10 MG. TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) O DESLORATADINA 5 MG. TABLETAS RECUBIERTAS (FILM COATED) O LORATADINA 10 MG. TABLETAS</b>	<b>25-1614</b>	<b>R</b>	<b>1A</b>
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b> Uso en pacientes que por su ocupación laboral o estudiantes requieren de un antihistamínico no sedante de forma crónica. <b>Advertencia:</b> Para niños con un peso menor a 30 kg o en el rango de 2 años a 6 años o pacientes con trastornos deglutorios que requieren de un antihistamínico no sedante, en su lugar, se tiene disponible la loratadina 5 mg/5 mL jaraba (código 1-10-25-7145), que si cuenta con indicaciones para este grupo.			
<b>DOSIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fexofenadina:</b> De 2 a 11 años: 30 mg cada 12 horas VO. De 12 a 16 años: 60 mg cada 12 horas VO.</li> <li>• <b>Epinastina:</b> De 2 a 12 años: 0.4 mg/kg/día cada día VO. Mayores de 12 años: 20 mg cada día VO.</li> <li>• <b>Cetirizina:</b> De 2 a 5 años: 2,5-5 mg cada día VO Mayores de 6 años: 5-10 mg cada día VO.</li> <li>• <b>Loratadina:</b> Mayores de 30 kg o mayores de 6 años: 10 mg cada día VO.</li> </ul>			

**Falla en el tratamiento inicial o RA persistente leve, moderada o severa**

- Antihistamínicos de segunda generación
- Esteroides intranasales

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 22 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b> <b>VIGENCIA: 2025-2030</b>

## Esteroides intranasales

MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>BECLOMETASONA INHALACIÓN NASAL</b>	<b>50-6315</b>	<b>R</b>	<b>1A</b>
<b>BECLOMETASONA DIPROPIONATO (COMO MONOHIDRATO) 50 MCG/DOSIS O BECLOMETASONA DIPROPIONATO ANHIDRA 50 MCG/DOSIS. INHALACIÓN NASAL. FRASCO CON 180 A 200 DOSIS</b>			
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b>			
Uso exclusivo en rinitis alérgica, poliposis nasal y sinusitis.			
Oftalmología para ser utilizado en pacientes sometidos a dacriocistorinostomía (máximo 1 mes).			
Médico General de acuerdo con lineamiento estrategia APER.			
<b>DOSIS<sup>30</sup></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños y niñas de 6 a 12 años: 50 a 100 microgramos cada 12 horas</li> <li>• Niños y niñas mayores de 12 años: 50 a 200 microgramos cada 12 horas.</li> </ul>			


## Uso de otros medicamentos

Montelukast: se indica en niños o niñas que aun con el uso de esteroides intranasales e antihistamínicos de segunda generación, no hay buena respuesta. También se puede utilizar en niños y niñas con RA asociados a asma no controlada.

MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>MONTELUKAST</b>	<b>23-1046</b>	<b>RE</b>	<b>2D I</b>
<b>4 MG (COMO MONTELUKAST SÓDICO). TABLETA MASTICABLE O MONTELUKAST 4 MG (COMO MONTELUKAST SÓDICO). COMPRIMIDO MASTICABLE.</b>			
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b>			
Uso exclusivo en Pediatría y Alergología.			
Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinusinusitis alérgica crónica y pólipos nasales.			
Dermatología para urticaria crónica.			
<b>DOSIS<sup>31</sup></b>			

<sup>30</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

<sup>31</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 23 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>


<ul style="list-style-type: none"> <li>De 6 meses a &lt; 6 años: 4 mg cada día VO HS.</li> </ul>			
MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>MONTELUKAST</b>	<b>23-1046</b>	<b>RE</b>	<b>2D I</b>
<b>5 MG (COMO MONTELUKAST SÓDICO). TABLETA MASTICABLE.</b>			
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b> Uso exclusivo en Pediatría y Alergología. Medicina Familiar y Comunitaria, Otorrinolaringología en pacientes con rinosinusitis alérgica crónica y pólipos nasales. Dermatología para urticaria crónica.			
<b>DOSIS<sup>32</sup></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>De 6 años a 14 años: 5 mg cada día VO HS.</li> </ul>			

**Descongestionantes intranasales (oximetazolina y tetrizolina):** indicados sólo de manera temporal en casos severos de congestión nasal y por no más de 10 días.

MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>OXIMETAZOLINA/TETRIZOLINA</b>	<b>23-1046</b>	<b>M</b>	<b>1A</b>
<b>OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.025% (0.25 MG/ML) O TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL 0.05% (0.5 MG/ML). SOLUCIÓN NASAL. FRASCO-GOTERO CON 10 ML A 15 ML</b>			
<b>RESTRICCIÓN GENERAL:</b> Uso en niños de 2 a 5 años de edad			
<b>DOSIS<sup>33</sup></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oximetazolina 0.025% 2 o 3 gotas cada 12 horas intranasal por pocos días.</li> <li>Tetrizolina 0.05% 2 o 3 gotas intranasal cada 6 horas por pocos días.</li> <li></li> </ul>			
MEDICAMENTO	CÓDIGO	CLAVE	USUARIO
<b>TETRIZOLINA/OXIMETAZOLINA</b>	<b>51-7620</b>	<b>M</b>	<b>1A</b>
<b>TETRIZOLINA HIDROCLORURO AL 0.1% (1 MG/ML) U OXIMETAZOLINA HIDROCLORURO 0.05% (0.5 MG/ML). SOLUCIÓN NASAL. FRASCO-GOTERO</b>			

<sup>32</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

<sup>33</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>		Página 24 de 27
	<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</b> <b>290925</b>

**CON 10 ML A 15 ML. (SINÓNIMO DE TETRIZOLINA HIDROCLORURO: TETRAHIDROZOLINA HIDROCLORURO).**

**RESTRICCIÓN GENERAL:**

Uso en adultos y niños mayores de 6 años de edad

**DOSIS<sup>34</sup>**

- Oximetazolina 0.05%  
2 o 3 gotas intranasal cada 12 horas por pocos días.
- Tetrizolina 1%  
2 o 4 gotas intranasal cada 6 horas, por pocos días.

**CRITERIOS DE REFERENCIA DE PEDIATRÍA O ESTRATEGIA APER A ORL<sup>35</sup>**


- Rinitis alérgica de difícil manejo: niños y niñas que no han respondido al tratamiento con antihistamínicos de segunda generación y el uso correcto y sostenido de por lo menos 2 meses de esteroides intranasales a dosis adecuadas según la edad.
- Niños o niñas con sospecha de alteraciones estructurales, malformaciones congénitas, de la nariz, desviaciones septales, deformidad rinoseptal o sospecha de masa o cuerpo extraño. Según la sospecha clínica, solicitar radiografía cavum faringum.

**CRITERIOS DE REFERENCIA DE PEDIATRIA AL SERVICIO DE ALERGOLOGIA SEGÚN RED DE SERVICIOS**

- Niños con rinitis alérgica moderada a grave. La derivación debe considerarse porque se ha demostrado que la inmunoterapia con alérgenos altera la progresión de la enfermedad alérgica y el desarrollo subsiguiente del asma.
- Niño y niñas con síntomas persistentes o graves de rinitis, o complicaciones frecuentes como rinosinusitis u otitis media aguda, a pesar de la terapia farmacológica y no farmacológica adecuadas por al menos 2 meses.
- Niños y niñas con efectos adversos intolerables de medicamentos.

<sup>34</sup> Rivera R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.

<sup>35</sup> Caja Costarricense de Seguro Social. (2021) Criterios de referencia y contrarreferencia para la especialidad de Otorrinolaringología en los diferentes niveles de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, CÓDIGO: L.GM.DDSS.230821

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 25 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925
		VIGENCIA: 2025-2030

## RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO

- Personas profesionales de medicina de las Áreas de Salud y EBAIS.
- Personas profesionales de medicina de los Servicios de Emergencias/Urgencias de la Red de Servicios del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.

## RESPONSABLES DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO


- Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud,
- Direcciones de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña
- Directores Generales de Áreas de Salud.
- Coordinadores médicos de Consulta Externa de las Áreas de Salud.
- Directores Generales de Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos.
- Jefatura de los Servicios de Emergencias y Pediatría de los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos.

## CONTACTO PARA CONSULTAS


Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña: [corraaip@ccss.sa.cr](mailto:corraaip@ccss.sa.cr)

## REFERENCIAS

- Baena-Cagnani, C. E. et al. (2009). Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008). La perspectiva latinoamericana. Revista Alergia de Mexico, 56(2).
- Blomme, K. et al. (2013). Prevalence of allergic sensitization versus allergic rhinitis symptoms in an unselected population. International archives of allergy and immunology, 160(2), 200-207.
- Bousquet, J. et al. (2020). Allergic rhinitis. Nature Reviews Disease Primers, 6(1), 95.
- Brown, T. (2019). Diagnosis and management of allergic rhinitis in children. Pediatric annals, 48(12), e485-e488.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 26 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALERGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP. 290925 VIGENCIA: 2025-2030

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2021) Criterios de referencia y contrarreferencia para la especialidad de Otorrinolaringología en los diferentes niveles de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, CÓDIGO: L.GM. DDSS.230821
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2024). Lista oficial de medicamentos y normativa. San José, Costa Rica.
- De Pediatría, S. A. & Subcomisiones, C. (2023). Rinitis alérgica en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr, 121(2), e202202894.
- De Shazo, R. D., Kemp, S. F., Corren, J. & Feldweg, A. (2018). Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis. Up to Date. [updated 25 Jan 2018; cited 22 Aug 2019].
- Goniotakis, I., Perikleous, E., Fouzas, S., Steiropoulos, P. & Paraskakis, E. (2023). A Clinical Approach of Allergic Rhinitis in Children. Children, 10(9), 1571.
- Kramer, M. S. & Kakuma, R. (2014). Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 9(2), 447-483.
- Molina-Cevallos, E. G. (2023). Actualización del diagnóstico y manejo de la rinitis alérgica en pacientes pediátricos.
- Naclerio, R. et al. (2020). International expert consensus on the management of allergic rhinitis (AR) aggravated by air pollutants: impact of air pollution on patients with AR: current knowledge and future strategies. World Allergy Organization Journal, 13(3), 100106.
- Peden, D. (2016). An overview of rhinitis. UpToDate. Last updated, 15.
- Rivera, R. (2023). Terapéutica pediátrica. Décima edición, San José, Costa Rica.
- Schuler-Iv, C.F. & Montejo, J.M. (Oct., 2019). Allergic Rhinitis in Children and Adolescents. Pediatr Clin North Am.;66(5):981-993. doi: 10.1016/j.pcl.2019.06.004. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31466686.
- Segura, F. P. (2017). Aspectos anatómicos diferenciales de la ORL pediátrica. Pediatría Integral, 429.

	<b>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL</b> <b>GERENCIA MÉDICA</b> <b>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Página 27 de 27
<b>ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL</b> <b>A LAS PERSONAS</b>	<b>LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE LA</b> <b>RINITIS ALÉRGICA EN NIÑOS Y NIÑAS</b>	<i>CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.</i> <i>290925</i>
		<i>VIGENCIA: 2025-2030</i>

Shazo, R. D. & Kemp, S. F. (2021). Pharmacotherapy of allergic rhinitis. UpToDate

Vázquez, D. et al. (2020). Tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría en Argentina. Documento de actualización. Revista Alergia México, 67, S1-S28.

Wise, S. K. et al. (April, 2023). International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis–2023. In International forum of allergy & rhinology (Vol. 13, No. 4, pp. 293-859).

Yela, M. S. A., Bolaños, F. M. M., Gonzalez, J. Y. R., Lobelo, G. J. G. & Baez, M. A. T. (2021). Rinitis alérgica en el mundo moderno. Scientific and Educational Medical Journal, 2(1), 1-17.

Zuberbier, T., Lötval, J., Simoens, S., Subramanian, S. V. & Church, M. K. (2014). Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA2LEN review. Allergy, 69(10), 1275-1279.