

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO ACADÉMICO DE:
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ALERGOLOGÍA**



**TÍTULO: “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES
CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN ALERGIA.”
CIENFUEGOS, 2019-2022.**

Dra. Yaneyssi Mora Águila
Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

“Dr. Gustavo Aldereguía Lima”

**TÍTULO: “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES
CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA EN ALERGIA.”
CIENFUEGOS, 2019-2022.**

Autor: Dra. Yaneysi Mora Águila

Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral.

TUTORES:

- Dra. Yanet Morejón del Rosario

Esp. 1^{er} grado en MGI. Esp. 1^{er} grado en Alergología

Profesor Instructor

- Ms C. Dra. Nivia López Ramírez.

Máster en Ciencias en Atención Integral al niño.

Esp. 1^{er} grado en MGI. Esp. 1^{er} grado en Alergología.

Profesor Asistente.

ASESOR:

- Lic. Moncy Cruz Pérez.

Profesor de Metodología de la Investigación y Bioestadística.

Universidad de Ciencias Médicas.

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO ACADÉMICO DE:
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN ALERGOLOGÍA**

2022

“Año 64 de la Revolución”

RESUMEN

ANTECEDENTES:

La Urticaria Crónica Espontánea (UCE), es una erupción transitoria de la dermis, de variada etiología, caracterizada por prurito y habón, que afecta la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS:

Determinar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de UCE, en consultas de Alergia de la provincia Cienfuegos, en el período del 1 de septiembre del 2019 hasta el 31 de agosto del 2022.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio transversal, prospectivo en pacientes con UCE de las consultas de Alergia, donde se estableció el perfil clínico-epidemiológico, aplicando variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.0, que permitió aplicar la estadística descriptiva para analizar los resultados.

RESULTADOS:

Prevalcieron los grupos de edad de 45 a 55 años, en el sexo femenino, en pacientes con atopía personal y familiar, no fumadores, con distribución generalizada de las lesiones, acompañada de prurito, con lesiones en cualquier momento del día, con duración de menos de 24 horas, desencadenada por alimentos histaminoliberadores, en pacientes de zonas urbanas, con uso de agua potable filtrada.

CONCLUSIONES:

El perfil para UCE establece, un paciente entre 45 a 54 años, sexo femenino, atópico, (rinitis alérgica o asma), de zonas urbanas y uso de agua potable, presentando un cuadro en menos de 24 horas al consumo de alimentos histaminoliberadores, con lesiones generalizadas y prurito a cualquier hora. Considerar la presencia de *Helicobacter Pylori* y contaminantes.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades alérgicas en Cuba tienen una alta prevalencia e incidencia, afectando la calidad de vida de los pacientes y representa además una alta asistencia a consultas médicas, como ocurre en la Urticaria aguda y crónica, patología que tributa a las consultas de Alergia, tanto en los niños como en los adultos.

La literatura científica que describe la caracterización de los pacientes con urticaria crónica (UC) es escasa, en ocasiones se hace demorado llegar a las causas para imponer una conducta que alivie los síntomas y la necesidad de acudir a los centros especializados o de emergencias. Además, la impronta en el diagnóstico puede evitar la gravedad, la urticaria como enfermedad se hace muy compleja por su diversidad etiológica y arsenal de complementarios posible a realizar. Caracterizar la urticaria crónica espontánea, (UCE) definiendo su perfil, nos aporta sobre la particularidad de esta enfermedad en el área demográfica de procedencia, permitiendo mejorar la conducta tanto en su diagnóstico como en su tratamiento y favoreciendo la calidad de vida del enfermo. ¹⁻³

La urticaria es una erupción transitoria de la dermis, de evolución aguda o crónica, de variada etiología, caracterizada por una lesión típica el habón Urticariano o roncha, acompañado a su alrededor de eritema y asociado a prurito o algunas veces a una sensación de ardor. La piel regresa a la normalidad usualmente entre 1 a 24 horas. Cuando la manifestación de la piel se extiende a los tejidos subcutáneos, ocurre el edema alérgico subcutáneo (EAS), también conocido como Edema Angioneurótico que puede durar hasta 72 horas. ¹⁻³

Como vemos es una afección dermatológica que se caracteriza por la formación de habones y eritema ocasionado por edema intracutáneo localizado, que típicamente es pruriginoso y evanescente, los síntomas son desencadenados por una reacción vascular consistente en dilatación y mayor permeabilidad de los vasos sanguíneos en la dermis superficial, por estimulación del plexo venoso allí

localizado. Dichas lesiones en la dermis son transitorias, circunscritas y pueden durar desde algunos minutos hasta incluso días.²

Se considera que entre un 15% a un 25% de las personas experimentan por lo menos un episodio de urticaria en la vida y entre el 25% al 40% de los pacientes experimentan EAS. Puede presentarse a cualquier edad, con más frecuencia después de la adolescencia, observándose el pico máximo de incidencia entre los 30 y 40 años de edad y es menos frecuente en niños. Afecta con más frecuencia a mujeres que a hombres con una relación 2:1, sin embargo, la proporción en la población pediátrica no tiene predilección por el género femenino. En investigaciones realizadas en Cuba, se ha observado un predominio de mujeres con UC y del grupo comprendido entre 32 y 45 años de edad, siendo coincidente con los reportes en la literatura revisada. En los últimos años se ha observado un aumento de las hospitalizaciones por urticaria o angioedema en algunos países, coincidente también en nuestro medio.^{1-3, 4-7}

De acuerdo al período de duración de los síntomas se clasifica en: urticaria aguda, si el cuadro dura menos de 6 semanas y urticaria crónica, aquella que se presenta con duración de 6 semanas o más; con períodos de exacerbación y remisión de los síntomas. La urticaria aguda (UA) se produce en el 20% de la población y puede asociarse a alergias a medicamentos, alimentos o una infección. Por definición, es autolimitada y suele resolverse en 2-3 semanas. Por otra parte, se estima que la prevalencia de UC en la población general oscila entre 0.5 y 5%, su incidencia en 1.4% por año, donde el 90% remite a los 5 años y sólo un 5% persiste más allá del tiempo.^{5-7, 8}

La UC se clasifica para su uso clínico en 2 subtipos: urticaria crónica espontánea (UCE) y urticaria crónica inducible (UCInd). La UCE es la forma predominante, afectando a más del 75% de los pacientes, aunque ambos tipos pueden coexistir en un mismo paciente. En la UCE hay apariciones espontáneas de erupciones, angioedema o ambos; debido a causas conocidas o desconocidas. Su causa suele ser difícil de identificar en la clínica, pero los estudios de investigación indican que hasta un tercio de los pacientes tienen auto-anticuerpos funcionales, considerándose estos casos, una urticaria autoinmune (UA) y un pequeño número

parece deberse a una infección subyacente. Los trastornos autoinmunes pueden presentarse en el 40 al 45% de pacientes con UCE. Por otra parte, alrededor del 25% de los pacientes tienen un desencadenante externo reproducible para sus lesiones cutáneas, aunque la causa de su enfermedad sigue siendo desconocida, en estos pacientes el diagnóstico es de UCInd, donde un estímulo conocido desencadena los síntomas: dermatografismo, frío, estímulos colinérgicos, de contacto, acuagénicos, entre otros; presentándose una variedad de diferentes subtipos en relación con sus desencadenantes. Todos los casos pasan por una fase aguda y gran parte de ellos pasan a una UCE. A menudo hay una superposición entre UCE y UCInd y la tendencia es denominar ambas bajo la forma de UC.⁹⁻¹⁴

Identificar la etiología en la UC es un gran desafío, por ejemplo, la frecuencia e importancia de las enfermedades infecciosas varían entre los diferentes grupos de pacientes y las diferentes regiones geográficas. El diagnóstico de UC es clínico, se basa en realizar una adecuada historia clínica, buscar factores asociados, realizar un examen físico completo y según los hallazgos, se pueden solicitar exámenes de laboratorio o imagenológicos que complementen el diagnóstico. Se requiere entonces de un interrogatorio y un examen físico exhaustivo para la confección de la Historia Clínica Alergológica, que nos permita identificar todos los posibles factores para llegar a las causas y establecer el diagnóstico. Aunque las UC son poco frecuentes en la población pediátrica, pueden provocar manifestaciones que afectan la calidad de vida del niño y su familia, más aún cuando se asocia al angioedema y convirtiéndose en un serio problema de salud, afectando el desempeño escolar.^{1-3, 5, 9, 10, 13, 15, 16}

Suele ser fácil de diagnosticar al reconocer la lesión dermatológica característica, lo más difícil es determinar la causa que la origina, sin embargo, entre un 30 y un 50% de los casos, cuyo desencadenante no se encuentra identificado, se resuelven en el periodo de un año. En general el 70% de los pacientes resuelven en menos de un año, en el resto puede durar más tiempo llegando entre el 11 al 14% a durar más de cinco años. Este proceso representa un gran reto en el orden económico, biomédico, social y para la salud pública. Los pacientes con UC son

un verdadero desafío para el médico, siendo muy necesario facilitar su abordaje. ^{1-3, 5, 9, 16,17-20}

Actualmente en el estudio de la UC, las diferentes publicaciones ofrecen informes en relación a la prevalencia de la enfermedad y su etiología. Se trabajan otros aspectos como son: la implementación de las guías, el diagnóstico, el manejo del tratamiento y se manifiesta la necesidad de llegar a un diagnóstico temprano y seguro, para lograr implementar un tratamiento inmediato adecuado. Esto evita una mayor afectación en la calidad de vida (CV) en estos enfermos, siendo muy necesario en la práctica clínica, abreviar su abordaje al tratamiento. ²¹⁻²⁶

En Cuba hay pocos estudios en relación al tema y por igual sucede en la provincia de Cienfuegos. A pesar de ser la UC una patología que se presenta frecuentemente en consultas de Alergia, en los últimos años se ha observado un aumento de las hospitalizaciones por esta causa.

Como todas las enfermedades alérgicas, esta patología provoca afectación en la CV de las personas que la padecen, así como un aumento en los costos por la enfermedad, tanto para el paciente y su familia, como para la atención de salud, debido al ausentismo laboral por las visitas a consultas, a salas de emergencias, gastos por exámenes diagnósticos y terapéutica aplicada.

Por todo lo anterior, se hace necesario caracterizar a los pacientes con UCE que asisten a las consultas de Alergia, establecer su perfil clínico-epidemiológico, para abreviar su abordaje al tratamiento, lo que ha sido nuestro principal objetivo en esta investigación. Consideramos que con esto en consecuencia se tendrá en un futuro inmediato, referentes para hacer un mejor y más rápido diagnóstico de esta enfermedad alérgica. Obteniendo un manejo adecuado de la misma y a largo plazo una mejoría en la CV en estos pacientes con nuevas estrategias para enfrentar la enfermedad.

Fundamentación del problema:

- El incremento de la prevalencia de UCE en la actualidad.
- El mejor conocimiento de su fisiopatología.

- La atención centrada en nuevas formas de manejar la UCE, desde la implementación de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas a la incorporación de nuevos fármacos al arsenal terapéutico.
- La necesidad de un diagnóstico más rápido ya que su retraso, incrementa estadísticamente la gravedad de la enfermedad, afecta la CV de estos pacientes y por tanto los costos de la familia.
- La ausencia de investigaciones sobre UC en la provincia en los últimos años.

Problema científico:

¿Se conoce el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de UCE, que asisten a las consultas de Alergia en la provincia de Cienfuegos?

Idea a defender:

Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de UCE, que asisten a las consultas de Alergia en la provincia de Cienfuegos. Considerando tenga un comportamiento similar al establecido en estudios actuales en la literatura internacional, pero representativo de nuestro medio, que permita trazar estrategias para un mejor diagnóstico y un más rápido manejo en el tratamiento de la enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de Urticaria Crónica Espontánea, en las consultas de Alergia de la Provincia Cienfuegos, en el período del 1 de septiembre del 2019 hasta el 31 de agosto del 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los pacientes según las variables socio-demográficas.
2. Definir las características clínicas de los pacientes.
3. Describir los estudios diagnósticos de laboratorio realizados con resultados positivos.
4. Definir las características epidemiológicas de los pacientes.
Establecer el perfil clínico–epidemiológico de la Urticaria Crónica Espontánea, según las variables más representativas en los pacientes.

DISEÑO METODOLÓGICO:

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo en pacientes con diagnóstico de UCE.

Escenario: consultas de Alergia de la provincia de Cienfuegos.

Período: durante un periodo de 3 años, desde el 1 de septiembre del 2019 hasta el 31 de Agosto del 2022. (Periodo Covid19)

Universo: Los 70 pacientes con diagnóstico de UCE de 20 años y más, atendidos en consultas de Alergia de la provincia Cienfuegos en el período del 1 de octubre del 2019 hasta el 31 de Agosto del 2022 y que dieron su consentimiento de voluntariedad de participar en el estudio.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio los pacientes que cumplieron las siguientes condiciones:

- ❖ Embarazadas.
- ❖ Pacientes con inadecuada colaboración para el estudio.
- ❖ Pacientes que presentaron trastornos psicológicos o psiquiátricos y/o con enfermedades decaerantes agudas o crónicas.

Métodos utilizados:

Del nivel teórico: se utilizó el método histórico-lógico donde se estudió el objeto de investigación y la enfermedad UCE. Se aplicó el método de modelación y para cumplir el mismo se empleó un modelo de encuesta donde se recogieron los datos a través de la entrevista y la historia clínica Alergológica. Se utilizó además el método inductivo-deductivo, donde mediante el análisis de los resultados de la investigación, se establecieron las relaciones clínicas-epidemiológicas de la UCE.

Del nivel empírico: se realizó la observación de los pacientes en la consulta de tesis. Como otro método de este nivel se utilizó la entrevista previa a la encuesta para recoger los datos socio-demográficos, clínicos, de laboratorio y epidemiológicos.

Del nivel estadístico: los resultados fueron expuestos en tablas y gráficos mediante el análisis descriptivo de frecuencia y porcentajes. Se utilizó el procesador de texto Microsoft Word 2010 para la redacción del trabajo y el

procesador de presentación Microsoft Power Point 2010 para su presentación. Como procesador de información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

Definición de las variables del estudio:

Para darle salida al objetivo 1: se escogieron como siguientes variables socio-demográficas, la edad y el sexo.

Para darle salida al objetivo 2: se analizaron las variables clínicas que se consideraron imprescindibles para el diagnóstico de la UCE. Se agruparon para un mejor análisis de la información en 3 grupos: en relación al paciente, en relación al cuadro clínico de la UCE y en relación a la causa identificada. No se consideraron porcentajes < 10% (n=7).

Para darle salida al objetivo 3: se analizaron solamente los resultados positivos de los procedimientos diagnósticos de laboratorio clínico y del laboratorio de Alergia realizados al paciente y consideradas imprescindibles para el diagnóstico de la UCE. Presencia de eosinofilia o cifras por encima o por debajo de los niveles considerados normales (bajo o elevado):

Para darle salida al objetivo 4: se analizaron las variables epidemiológicas relacionadas con la UCE.

Para darle salida al objetivo 5: a partir de cada objetivo analizado, se tomaron las variables más representativas (50+1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados observados en este estudio, donde se determinó el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de UCE, que acudieron a las consultas de Alergia de la Provincia Cienfuegos, fueron los siguientes:

Tabla No. 1: Distribución de los pacientes con UCE según los grupos etáreos y el sexo. Cienfuegos, 2019 - 2022.

GRUPOS ETÁREOS (años de edad)	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-24	12	22,2	4	25,0	16	22,8
25-34	9	16,6	2	12,5	11	15,7
35-44	6	11,1	3	18,7	9	12,8
45-54	17	31,4	1	5,8	18	25,7
55-64	9	16,6	3	18,7	12	17,1
65 y más	1	1,8	3	18,7	4	5,7
Total	54	100,0	16	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

En la Tabla No. 1, se muestra la distribución de los pacientes en el estudio según edad y sexo; en cuanto a la edad predomina el grupo de 45 a 54 años con 25,7%, el resto de los grupos de edad no sobrepasaron porcentualmente el 20% y no se observó tendencia en la distribución según la edad; en cuanto al sexo predominó el femenino con un 77,1% (54 de 70), notablemente diferenciado del masculino que solo alcanzó el 22,9% (16 de 70), restante. La razón fue de 3,38 féminas por

cada hombre del estudio. En este sentido se considera que la mujer es la más afectada probablemente debido a que del 35 al 40% de las UCE tienen carácter autoinmune. ^{1-7, 9, 10, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 31, 32, 36, 52, 58, 60, 62-63}

En investigaciones realizadas como la de Sedó y cols ³ de perfil clínico, se analizaron los datos de 160 pacientes con diagnóstico de UCE, describiéndose que la edad media de los pacientes fue de $41,2 \pm 15.5$ años, con un rango de 13 a 78 años; 45,6% tenían una edad entre 30 y 49 años y 13,1%, ≥ 60 años. El 80,6% fue del sexo femenino, para una relación de 4:1 respecto al masculino. Por otra parte, Fricke y cols ⁶ en su revisión sistemática y meta-análisis sobre prevalencia del 2020, refiere que es más prevalente en Asia que en Europa y Norteamérica y que las mujeres son más afectadas que los hombres. En el trabajo de Téllez ⁸, una caracterización de los pacientes con UC asociada a infección por *Helicobacter pylori* en Cuba, predominó el sexo femenino y el grupo comprendido entre 32 y 45 años de edad. En el estudio de Marín y cols ¹⁹ donde se analizaron un total de 100 pacientes con UCE, el 38 % fueron hombres y el 62% mujeres y la edad media de los pacientes fue de 47,31 años. Aguilera ²⁰ en la guía clínica chilena de UCE, refiere que la prevalencia de UC a lo largo de la vida es alrededor de 1,8% y es más frecuente en mujeres, a razón de 2:14, si bien puede afectar a cualquier edad, la incidencia máxima se observa entre los 20 y 40 años. En el artículo realizado por Zamitiz y cols ²³ reflejan datos semejantes, donde los grupos de edad más afectados fueron el de 19 a 34 años y el de 35 a 59 años y la edad usual de aparición fue entre 20 a 59 años. Siendo el sexo femenino el que predominó a una razón de 1,4:1 con respecto al sexo masculino. Cruz y cols ³¹ en su trabajo de perfil clínico, refieren que la prevalencia de la UCE, oscila entre el 0.05% y el 3% en función de la población estudiada, tiende a ser más común entre la tercera y sexta década de la vida con un pico a los 40 años y en las personas de edad avanzada se reporta un 1.8%, afectando por igual a ambos sexos, siendo en niños la prevalencia de la UC de un 0.1 a 0.3% y más común en el género masculino a esas edades. Ellos encontraron que la edad promedio en su muestra fue de 41,6 años, definida dentro de un rango más amplio de edad y donde el 68,2% fueron mujeres. En el trabajo realizado por Sugrañes ⁴¹, sobre la misma

temática, de los pacientes estudiados 76,7% fue del sexo femenino y los grupos etáreos que predominaron fueron los comprendidos entre los 36 y 40 años y entre los 41 y 45 años. Stitt y cols ⁶² en su capítulo de ' Urticaria and Angioedema, exponen, que la incidencia de la urticaria varía entre el 15% al 20%, siendo la urticaria aguda más común en niños y adultos jóvenes y la urticaria crónica afecta entre el 0,5% al 1% de los individuos y es más común en adultos. Como observamos ambos (la edad del paciente y el sexo) en nuestro estudio, son coincidentes con los datos descritos tanto a nivel internacional como en Cuba por otros autores y tienen una relación de forma directa en el desarrollo de la UCE.

Tabla No. 2: Distribución de los pacientes con UCE según las características clínicas en relación con el paciente. Cienfuegos, 2019 -2022.

Características Clínicas (En relación con el paciente)		No	%
Antecedentes Atópicos	AAP	50	71,4
	AAF	44	62,8
Comorbilidad Familiar	Asma	21	30
	RA	15	21,4
Comorbilidad Personal	RA	18	25,7
	Asma	15	21,4
	AM	10	14,2
Hábito de fumar	Fumador activo	9	12,8
	Fumador pasivo	13	18,5
	No fuma	46	65,7

Fuente: Encuesta

n=70

En la Tabla No. 2, se muestra la distribución de los pacientes con UCE según las características clínicas en relación con el paciente. Observamos que en

correspondencia a los antecedentes atópicos, la atopía personal estuvo presente en 50 pacientes para un 71,4% y la atopía familiar presente en 44 pacientes para un 62,8%. Respecto a las comorbilidades, resultó ser el asma la comorbilidad familiar que más prevaleció en un total de 21 pacientes para un 30%, seguido de la rinitis alérgica en 15 pacientes para un 21,4%. Por su parte en la comorbilidad personal resultó ser la rinitis alérgica la más representativa en 18 pacientes para un 25,7%, seguido del asma en 15 pacientes para un 21,4 % y de la alergia a medicamentos en 10 pacientes para un 14,2 %. En el caso del hábito de fumar, predominaron los no fumadores en 46 pacientes para un 65,7 %, siendo los fumadores pasivos 13 pacientes para un 18,5 % y los fumadores activos 9 pacientes para un 12,8 %.

Estos resultados muestran que la UCE se relaciona con los antecedentes de atopía, tanto personal en más del 70%, como familiar en más del 60% de los casos en este estudio. Sabemos que la base genética de la predisposición atópica es indiscutible para los pacientes alérgicos en nuestros días y estudios epidemiológicos recientes reafirman que la sensibilización atópica es un factor de riesgo importante para la aparición de las enfermedades alérgicas, en particular rinitis alérgica, asma y dermatitis atópica. En relación a la UCE, sabemos que en su etiopatogenia resulta ser el polimorfismo genético lo que adquiere mayor relevancia y no la atopía, en referencia al hábito de fumar y la UCE. Consideramos que como la investigación incorporó una muestra de pacientes que asisten a las consultas de Alergia, donde se trabaja la prevención en este sentido, pues no resultó ser significativo. Respecto a las comorbilidades: en la familiar, el asma resultó casi la tercera parte de la muestra (30%) y la rinitis alérgica en alrededor del 20%, comportándose en la comorbilidad personal tanto la rinitis alérgica como el asma en más del 20%, identificando a la rinitis alérgica y al asma como las comorbilidades relacionadas con la UCE en el estudio. ^{1-4, 7, 12, 13, 18, 21, 31, 52, 54, 55, 58,}

64, 65

En la investigación realizada por Sedó y cols ³ de perfil clínico, entre las comorbilidades o enfermedades asociadas, encontró a la rinitis alérgica en un 15% de los casos (n = 24), siendo un porcentaje más bajo en comparación con nuestro

trabajo. En el trabajo de Guevara y cols ¹³ “Urticaria crónica espontánea: revisión de la literatura”, se exponen como mecanismos fisiopatogénicos; alta prevalencia de autoanticuerpos antitiroideos, identificación de anticuerpos IgG contra el receptor de la IgE y asociación positiva con el HLA subtipos DRB*04 (DR4) y B*14. Por su parte Cherrez y cols¹⁷, estudian una lista de verificación de información clínica, en la que observaron, que en el análisis de la historia familiar y personal de urticaria en relación con atopía, existía alta prevalencia de atopía en UCE y UCInd, donde los casos más comunes fueron asma alérgica, rinitis y alergia de contacto, refiriendo en relación con el tabaco, que éste puede agravar la urticaria. En el estudio realizado por Marín y cols ¹⁹ solamente el 17% de los pacientes tenía antecedentes personales de atopía en los casos estudiados. Cruz y cols ³¹, en su estudio de prevalencia y perfil clínico, observaron para la historia familiar de alergia un 34,9%, siendo más representativa para la historia personal de alergia con un 50,7%. Según las listas de verificación disponible para el diagnóstico y manejo de los pacientes con UC, se plantea que existe alta prevalencia de atopía en UCE y UCInd, siendo representadas precisamente por el asma alérgica y la rinitis alérgica. Por otra parte son López y cols ³² en un estudio reciente, donde se realiza una revisión sistemática de urticaria crónica en niños, exponen que estudios genéticos realizados en pacientes con UC, han propuesto varios polimorfismos en genes relacionados con la activación de mastocitos y del metabolismo de histamina (FcεRI, TNF-α, TGFβ1 e IL-10), así como en genes relacionados con las vías bioquímicas de leucotrienos y del ácido araquidónico (ALOX5, LTC4S) y del receptor de prostaglandina E2 (PTGER4), los cuales se considera que participan con un aumento en la síntesis de leucotrienos. Refieren además otros genes estudiados y reportados con participación en la génesis de la UC son: polimorfismos en UGT1A6 (uridina difosfato [UDP] glucuroniltransferasa), CYP2C9 (citocromo P450) y NAT2 (N-acetiltransferasa); los cuales son enzimas que participan en la hidroxilación y glucuronidación del ácido acetilsalicílico, el gen de la enzima convertidora de angiotensina (ACE). Dentro de los mecanismos autoinmunes un gen candidato es el de la proteína tirosina fosfatasa 22 (PTPN22), la cual se considera un inhibidor de la respuesta inmunológica tanto de linfocitos T

como B. Refiriéndose entonces en relación a la atopía, que no hay evidencia de que las reacciones de hipersensibilidad mediadas por IgE desempeñen un papel patogénico en UC en niños, dejando claro que la atopía no es predictiva de la gravedad o la mayor duración de UC en niños. En otra revisión sistemática de Cornillier y cols ⁵⁸ en 633 niños, el estudio reveló que solo el 28,1% presentaba antecedentes de atopía. En el estudio de Beltrán y cols ⁶⁵ sobre factores de riesgo socio-ambientales relacionados con la atopía, se observó que el 41,4% (n = 55) de los casos presentaron un familiar alérgico hasta en segundo grado de consanguinidad.

Tabla No. 3: Distribución de los pacientes con UCE según las características clínicas en relación a la urticaria. Cienfuegos, 2019 - 2022.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (En relación a la urticaria)		No	%
Presencia de síntomas	Prurito	54	77,1
	Prurito y ardor	9	12,8
Comienzo de los síntomas	Antes 1 Hora	34	48,5
	Entre 1 - 2 Horas	26	37,1
	Después 2 Horas.	10	14,2
Duración de los síntomas	Menos 24 Horas	36	51,4
	24 Horas	25	35,7
	Más 24 Horas	9	12,8
Tipo de lesión	Habón	27	38,5
	Edema	9	12,8
	Varias s/ Dermografismo	26	37,1
Distribución de las lesiones	Localizadas	14	20
	Generalizadas	56	80
Horario de aparición de las	Noche	13	18,5

lesiones	Día y noche	52	74,2
-----------------	-------------	----	------

Fuente: Encuesta

n=70

En la Tabla No. 3, se muestra la distribución de los pacientes con UCE según las características clínicas en relación a la urticaria. En cuanto a los síntomas, predominó el prurito en 54 pacientes para un 77,1% y solamente 9 pacientes refirieron ambos síntomas (ardor y prurito) para un 12,8%. Según el tiempo de aparición de los síntomas (en relación a la causa), refirieron un tiempo menor de 1 hora 34 pacientes para un 48,5%, entre 1-2 horas 26 pacientes para un 37,1% y más de 2 horas 10 pacientes para un 14,2%. La duración de los síntomas se presentó para menos de 24 horas en 36 pacientes para un 51,4%, 24 horas 25 pacientes para un 35,7% y más de 24 horas 9 pacientes para un 12,8%. En cuanto al tipo de lesión, el habón urticariano estuvo presente en 27 pacientes para un 38,5%, seguido de la presencia de varias lesiones sin dermografismo (habón, edema y eritema) en 26 pacientes para un 37,1% y refirieron sólo edema 9 pacientes para un 12,8%. Así como, la distribución de las lesiones describe que la forma generalizada predominó en 56 pacientes para un 80%, siendo la variable de mayor porcentaje dentro de la tabla y solamente 14 pacientes refirieron lesiones localizadas para un 20%. Específicamente según el horario de aparición de las lesiones, éstas aparecían en ambos horarios (diurno y nocturno) en 52 pacientes para un 74,2% y solo en las noches en 13 pacientes para un 18,5%.

Conviene destacar que en nuestro estudio prevalecieron como características de la UCE, la distribución de las lesiones en el 80% de los casos de forma generalizada, el prurito en más del 75% de la muestra como síntoma cardinal y por lo regular los estudios refieren que puede iniciar con eritema, prurito o edema. El 74% sufre las molestias de la urticaria en ambos horarios (tanto día como noche) y sólo un 18% refirió ser afectado únicamente durante la noche, aun cuando se sabe que la UCE empeora en estas horas, afectando la CV en relación al sueño. Recientes estudios plantean que el ritmo circadiano, es un importante componente capaz de regular las reacciones alérgicas sistémicas de forma local. La duración de las lesiones en menos de 24 horas, se presentó en más del 50% y

el comienzo de los síntomas en relación al factor desencadenante antes de la hora, en casi el 50% de los pacientes. Por último, relacionado con el tipo de lesión, predominó el habón urticariano en casi el 40% de los pacientes o la presencia de varias lesiones pero s/dermografismo en el 37% de los mismos. Sabemos que la UCE por sus características clínicas genera altos costos en salud, tanto en forma directa a través de las visitas a salas de emergencia, costos de atención médica y medicación; así como de forma indirecta por el ausentismo escolar y laboral de pacientes y familiares. Además, tiene un gran impacto negativo físico, emocional y social generando depresión, independientemente de la edad y del sexo, así como produce afectación del sueño y la concentración. La imprevisibilidad de las recurrencias, la necesidad de tomar medicación y los cambios de hábitos requeridos causan ansiedad, tensión e irritabilidad, y alteran gravemente la calidad de vida del adulto, del niño y de su familia. ^{1-4, 7, 12, 13, 18, 21, 31, 52, 54, 55, 58, 63, 64, 66-68}

Sedó y cols ³ en su perfil clínico, refiere que el tiempo medio de evolución de los síntomas antes de consultar a la Unidad de Alergología fue de $3,1 \pm 5,4$ años, 1,3 años en los hombres y 3,6 años en las mujeres ($p < 0.001$). Según Pérez y cols ⁽⁵⁾ en su guía de buenas prácticas, describen como las características clínicas, que la lesión elemental es el habón urticariano, el cual tiene un centro blanco palpable y edematoso con un halo edematoso, es de carácter evanescente, migratis, de aparición súbita, blanqueados por la vitropresión, de bordes regulares o irregulares y forma y número variadas, acompañados de prurito que rebasa los límites de la lesión y de intensidad variada, con eritema fugaz y edema alérgico subcutáneo (cuando las manifestaciones toman los tejidos laxos, párpados, labios, pies, manos y genitales). Larenas y cols ¹⁰ en su capítulo de urticaria, refiere que para valorar la gravedad de la urticaria se ha desarrollado un instrumento: el puntaje de actividad de la urticaria en base al número de ronchas que se presenten en 24 horas. Y describe que, en una revisión de casos, la duración promedio de la urticaria fue de 6.6 ± 4.4 días, para la mayoría de los niños (54,8%), la duración total promedio de la urticaria varió de 4 a 7 días y sólo 5,4% de los niños tuvieron síntomas que se prolongaron más de 15 días. Cherrez y cols ¹⁷ en su trabajo, describieron que estas características clínicas se presentaron

más en las UCInd. Por otra parte, Cruz y cols ³¹ en su estudio de perfil clínico epidemiológico, reportan un promedio de áreas afectadas por habones de 3.5, predominando en cara, boca y extremidades. Stitt y cols ⁶⁴ describen las características clínicas en dependencia del subtipo de urticaria para las UCInd. Por su parte Coronado y sus cols ⁶⁶ en su trabajo de Frecuencia y caracterización clínica de la urticaria crónica en un hospital de tercer nivel, de 7326 casos solamente 96 presentaron diagnóstico de UC, en su mayor parte UCE y angioedema.

Tabla No. 4: Distribución de los pacientes con UCE según las características clínicas en relación a las causas. Cienfuegos, 2019 - 2022.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (En relación a las causas)		No	%
Alimentos	Alimentos HL	46	69,6
Patologías digestivas	Gastritis Crónica	23	34,8
Enfermedad crónica	HTA	16	24,2
Aeroalérgenos	Polvo	13	19,6
Agentes psíquicos	Stress	10	15,1
Medicamentos	Penicilina	9	13,6
Alérgenos laborales	Polvo	8	11,4

Fuente: Encuesta. n=70

En la Tabla No. 4, al relacionar las características clínicas de los pacientes en la relación a las causas, encontramos que la causa más frecuente fueron los alimentos (Alimentos HL), con un 69,6%; en orden de frecuencia le siguió las patologías digestivas (gastritis crónicas) con 34,8%, las que le siguieron, enfermedad crónica (HTA), aeroalérgenos (polvo), agentes psíquicos (estrés), alérgenos laborales (polvo) y los medicamentos (penicilina) se presentaron porcentualmente entre 19,6% hasta un 11,4%. Como resultado en este estudio se identificaron a los alimentos histaminoliberadores, como la relación causal de mayor representación. ^{1-4, 7, 12, 13, 18, 21, 31, 52, 54, 55, 58, 63-68, 69, 70}

La relación causal en la UCE ha sido muy estudiada. Sedó y cols ³ en su perfil refieren que, entre las comorbilidades o enfermedades asociadas, estaba la hipertensión arterial (16.3% n = 26) y además del diagnóstico de UCE en la totalidad de los casos, el 17,5% (28 pacientes) presentó UCInd. Según Larena y cols ¹⁰ en su revisión, exponen que las causas de la UC suele implicar medicamentos, infecciones persistentes (virales, bacterianas o parasitarias), contacto con látex o alimentos-aditivos e incluso en el 40% de los casos EAI, de ahí la importancia de una historia clínica detallada que incluya la relación entre la aparición de las lesiones y los factores potencialmente desencadenantes, como ingestión de alimentos o medicamentos y aclara que aunque las revisiones en pacientes adultos con UC enseñan la poca importancia de causas alérgicas, en los niños las alergias alimentarias pueden ser causa de gran valor y que en el adulto, un papel más importante puede llegar a tener los alimentos ricos en histamina (pescados, quesos amarillos, salami, salchichas, tomate, vino, cerveza, entre otros), los medicamentos que pueden exacerbarlos síntomas de urticaria como los AINES y antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, quinolonas) y los aditivos (benzoato de sodio, glutamato monosódico, nitrato de sodio, tartrazina, ácido sórbido, entre otros) suelen tener un papel en 1 a 3% de los casos. En el estudio de Cherrez y cols ¹⁷ donde se identificaron 82 artículos, para realizar la lista de verificación, se plantea que en el 10% de los casos, la etiología es conocida y en el 80% se debe a autorreactividad, intolerancia alimentaria e infecciones crónicas. Se conoce que la etiología podría variar dependiendo de la región del mundo y se identifican las siguientes causas: por aeroalérgenos, los pólenes, pero de forma rara, por medicamentos, los AINES, que pueden ser de impacto para UCE, por patologías digestivas, la dispepsia, donde debe realizarse búsqueda de *Helicobacter pylori* y su tratamiento debe ser al inicio, en concordancia con las guías actuales, con la dificultad de que su erradicación no significa que la UCE resuelva, por estímulos psíquicos, el stress, la ansiedad y la depresión, así como la reducción de la productividad por la interferencia en el sueño. Además se describen otras causas como: infecciones, en este aspecto se describe contradictorio y se menciona la revisión sistemática de Wedi en el 2004, que la

reportó como etiología en aproximadamente un 6% de los casos, reportándose infecciones en relación a bacterias como el *Streptococcus* spp, *Staphylococcus* spp, *Yersinia*, *Helicobacter pylori* y *Treponema pallidum*; virales como hepatitis B y C, citomegalovirus, Epstein-Barr virus y norovirus; parasitismos como *Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia* en adultos, *Toxocara canis* en niños, *Strongyloides stercoralis*, *Trichinella*, *Trichomonas vaginalis*, *Anisakis* y *Enterobius vermicularis*; y dentro de las micóticas la candidiasis y las dermatofitosis, por contacto, el látex, el níquel, contacto con animales y perfumes. Zamitizy cols ²³ refieren que en el 90% de los casos de UCE, no se identifica un factor desencadenante, sin embargo, se ha relacionado hasta 40% con EAI, enfermedades del tejido conectivo, neoplasias, trastornos endocrinos, alergias alimentarias, fármacos o venenos de himenópteros y terapia hormonal. Además, se considera que las infecciones víricas, bacterianas y parasitarias juegan un papel importante en el desarrollo de urticaria espontánea aguda, presentándose con mayor frecuencia en niños. En el 10% de los casos, la etiología es conocida y en el 80% se debe a autorreactividad, intolerancia alimentaria e infecciones crónicas, incluyendo infecciones virales como hepatitis B y C, virus Epstein-Barr y virus del herpes simple, infecciones por *Helicobacter pylori* e infecciones parasitarias helmínticas. En trabajos como el de Cruz y cols ³¹ un total de 28 pacientes presentaron factores generales agravantes, de los cuales los alimentos se reportaron en un 82% y en segundo lugar la aspirina, coincidente con nuestro estudio donde casi el 70% se asocia a alimentos. Grattan y cols ³⁶ en su capítulo de urticaria y angioedema sin habones, refieren que el angioedema, la autoinmunidad tiroidea, la hipertensión y el aumento de la gravedad de la enfermedad se han identificado como factores asociados con una duración más prolongada de la enfermedad. Stitt y cols ⁶⁴ reportan solamente el 5% de las UCE/angioedema va a ser identificable la causa, siendo en raros casos asociada a infecciones, exposición ambiental, cambios hormonales o enfermedades sistémicas y por su parte Coronado y cols ⁶⁶, refieren que el 6,3% presentaron exacerbación con alimentos y medicamentos simultáneamente.

Tabla No. 5: Distribución de los pacientes con UCE según estudios diagnósticos de laboratorio realizados con resultados positivos Cienfuegos, 2019 - 2022.

PROCEDERES DIAGNÓSTICOS (Resultados positivos)		No	%
Exámenes hemáticos	CAE	18	25,7
	Hemograma con diferencial	11	15,7
	Colesterol	10	14,2
Exámenes imagenológicos	UTS Abdominal	16	22,8
Exámenes digestivos	Endoscopias	19	27,1
Estudio histológico	Biopsia Gástrica	16	22,8

Fuente: Encuesta

n=70

En la Tabla No.5, se muestran los resultados positivos de los procedimientos diagnósticos del laboratorio clínico y de alergia realizados al paciente. Dentro de los exámenes hemáticos, el más representativo fue el CAE elevado en 18 pacientes para un 25,7%, seguido del hemograma con diferencial con presencia de eosinofilia en 11 pacientes para un 15,7% y el colesterol elevado en 10 pacientes para un 14,2%. En los exámenes imagenológicos, el ultrasonido abdominal se describe positivo, en 16 pacientes para un 22,8%, (detectándose hígado de aspecto graso, litiasis renal y vesicular, y disfunción vesicular). Dentro de los exámenes digestivos, la endoscopia se realizó en 19 pacientes para un 27,1%, (detectándose úlcera gástrica, gastritis crónica y RGE). En los estudios de biopsias, se describe biopsias gástricas en 16 pacientes para un 22,8%, (úlceras gástricas, gastritis crónica y presencia de *Helicobacter Pylori*). Vale la pena decir que aunque los procedimientos diagnósticos no fueron representativos, se refleja la presencia de eosinofilia en 25,7% de la muestra y la presencia de *Helicobacter Pylori* en el 100% de las biopsias gástricas. 1-4, 10, 13, 15, 17, 20, 36, 38, 52, 54, 60, 69

Según Sedó y cols ³, en cuanto a los resultados de pruebas de laboratorio, describe que la media de eosinófilos para su estudio, fue de 224 ± 190 células/ μ L, con presencia de *Helicobacter pylori*, en el 4%. También detectó, PCR 0.81 ± 0.79 mg/dL, niveles de complemento C3 y C4 disminuidos en 1.3% y 5% de los casos respectivamente. El 54,8% presentó anticuerpos antitiroperoxidasa; 15,5% antitiroglobulina; 11,4 % anticuerpos antinucleares; 2,3 % una prueba de punción cutánea positiva a alimentos y el 26% de los pacientes, un estudio de heces positivo en el 21% a *Blastocystis hominis*, en el 5% a *Endolimax nana* y en el 5% a *Entamoeba spp.* Por su parte Álvaro y cols ⁴ refieren que, respecto al laboratorio clásicamente se usaba el test del suero autólogo para detectar anticuerpos contra IgE o su receptor, pero en la actualidad la técnica más utilizada es el test de activación de basófilos (TAB), que todavía está en investigación para establecer su utilidad real. Por su parte Sagrañez y cols ⁴² en su estudio sobre la relación entre infección por *Helicobacter pylori* y urticaria crónica mostró que el 100% de los pacientes al que se le realizó estudio de tejido gástrico fue positivo para *Helicobacter pylori*. Similar a nuestros resultados, donde a todos los pacientes con UC que se le realizó biopsia gástrica, se observó la presencia de esta bacteria, como una de las posibles causas etiológicas de la enfermedad. Sin embargo, Tellez y Cols ⁸ en su estudio sobre la caracterización de los pacientes con urticaria crónica, asociada a infección por *Helicobacter pylori*, determinaron la presencia del mismo en el 39,6% de los pacientes, resultado que difiere en el porcentaje a los estudios anteriormente descrito.

Tabla No 6: Distribución de los pacientes con UCE según las características epidemiológicas. Cienfuegos, 2019 - 2022.

Características Epidemiológicas		No	%
Procedencia	Urbana	52	74,2
	Rural	18	25,7
Agua potable	Filtrada	40	57,1
	Hervida	11	15,7
Posibles contaminantes	Contaminantes en agua	16	22,8

	Contaminantes en el aire	13	18,5
Tipo de trabajo	Con riesgo	9	12,8

Fuente: Encuesta n=70

En la tabla No. 6 se muestra la distribución de los pacientes según las características epidemiológicas. Observando un predominio de procedencia en la zona urbana con un total de 52 pacientes lo que representa el 74,2% del total y solamente 18 pacientes de procedencia rural para un 25,7%. En cuanto al uso de agua, consumen el agua potable la totalidad de los pacientes representando el 100% de la muestra estudiada. De ellos 40 pacientes la consumen filtrada para un 57,1%, y 11 pacientes hervida para un 15,7%. Referente a la presencia de posibles contaminantes en agua, lo refirieron 16 pacientes para un 22,8% y el contaminante descrito fue aguas albañales; en relación a la presencia de contaminantes en el aire, lo plantearon 13 pacientes para un 18,5%, entre ellos: el polvo, el humo, el ruido y el petróleo. En cuanto al tipo de trabajo, solo 9 pacientes presentaron trabajo con riesgo representando un 12,8% del total de pacientes estudiados, los cuales describieron las siguientes ocupaciones: trabajador de vectores, que entran en contacto con olores irritantes, trabajador en oficina de registro de la propiedad expuesto a polvo e infecciones al contacto directo con documentos archivados, trabajador de taquillero de cine, pero que refiere el cine se encuentra en construcción, con presencia de polvo y murciélagos, trabajador de almacenes, que está en contacto con diversos alimentos, trabajador de central azucarero, expuesto a polvo y contaminantes, trabajador como chofer, pero que está en contacto con cemento y trabajador como maestro, en contacto con polvo y tiza. Por tanto encontramos que el mayor por ciento de los pacientes pertenece a la zona urbana. En este sentido, se corresponde con los datos de la provincia del último censo poblacional y con el comportamiento de las enfermedades alérgicas, que presentan un predominio en los países industrializados y en las zonas urbanas. ^{1, 3, 4, 7, 10, 13, 15, 19, 20, 23, 31, 36, 52, 58, 60, 62, 63}

En la investigación realizada por Cruz y cols ³¹ del perfil clínico, la frecuencia por lugar de procedencia fue mayor para el área urbana con un 85,7%, coincidiendo con nuestro trabajo. Cherrez y cols ¹⁷ refieren en cuanto al tipo de trabajo que se

ha observado mayor prevalencia en personas que laboran en el área de salud pública, peluquería, preparación de alimentos, actividades agrícolas, producción de lácteos, veterinaria y en relación a la exposición a anhídridos cíclicos (plomeros, empacadores, pintores).

Tabla No 7: Distribución de los pacientes con UCE según el Perfil Clínico Epidemiológico establecido. Cienfuegos, 2019 - 2022.

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO.	
(Porcentaje $\geq 50+1$ %)	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Sexo femenino	77,1
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (En relación con el paciente)	
Atopía personal	71,4
Atopía familiar	62,8
No fumadores	65,7
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (En relación a la urticaria)	
Distribución de las lesiones: Generalizadas	80
Síntoma Cardinal: El prurito	77,1
Variabilidad de las lesiones: Ambas (diurna y nocturna)	74,2
Duración de los síntomas: menos de 24 horas.	51,4
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (En relación a las causas)	
Alimentos: histaminoliberadores	69,6
CARÁCTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	
Zona Urbana	75,7
Uso de agua potable filtrada.	57,5

Fuente: Encuesta

n=70

En la Tabla No. 7, se establece el perfil clínico-epidemiológico de la UCE encontrado en nuestro estudio, aplicando las variables más representativas

(consideradas con un porcentaje mayor o igual 50+1%) en nuestros pacientes. Según las características sociodemográficas predominó el sexo femenino en el 77,1%. Referente a las características clínicas en relación al paciente, encontramos que los antecedentes de atopía personal se establecen en el 71,4% y los de atopía familiar en el 62,8%. En particular el 65,7% de los pacientes no son fumadores. Así mismo, según las características clínicas en relación a la urticaria: la distribución de las lesiones son generalizadas en el 80%, se presenta como síntoma cardinal el prurito en el 77,1%, las lesiones ocurren durante el día y la noche en el 74, 2% y los síntomas duran menos de 24 horas en el 51,4% de los pacientes. Teniendo en cuenta las características clínicas en relación a las causas, fueron los alimentos histaminoliberadores, los identificados en el 69,6% de los pacientes. Relacionado con las características epidemiológicas, el 75,7% de los casos eran de procedencia urbana y el 57,5% consumían agua potable filtrada. Cruz y Cols³¹ establecieron su PCE, con la historia familiar y personal de alergia, con factores desencadenantes y agravantes de la enfermedad y procedencia, siendo coincidente con nuestro estudio en esos aspectos. Sedó y Cols³ en su PCE, fue coincidente con nuestro estudio solamente en relación al sexo femenino.

RESULTADOS FUNDAMENTALES

1. El grupo de edad predominante fue el de 45 a 55 años y el sexo femenino.
2. Según las características clínicas relativas al paciente, predominó la atopía personal y familiar.
3. Según las características clínicas relativas a la urticaria, predominó la distribución generalizada de las lesiones, el síntoma cardinal fue el prurito el horario de aparición de las lesiones es de día y noche en el. La duración de los síntomas predominó en menos de 24 horas.
4. Según las características clínicas relativas a la causa, los alimentos histaminoliberadores fueron la principal causa de aparición de los síntomas.
5. Según las características epidemiológicas, predominaron los pacientes que procedían de zona urbana y el agua potable filtrada.

CONCLUSIONES

El perfil clínico-epidemiológico de la UCE definido en el estudio, aportó datos sobre el diagnóstico de la misma, al establecer la presentación de la UCE en edades entre 45y 55 años, en el sexo femenino, con antecedentes de atopia familiar y personal, lesiones generalizadas, acompañadas de prurito, de aparición durante el día y la noche, con una duración de las mismas de menos de 24 hora y desencadenadas por alimentos histaminoliberadores, en pacientes procedentes de zonas urbanas, que consumen agua potable filtrada.

RECOMENDACIONES:

- Ampliar las investigaciones sobre perfil clínico-epidemiológico en la UCE, teniendo en cuenta una mayor muestra e incorporación de otras variables para estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev C, Brzoza Z, canonica G, et al. The EAACI/GALEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 revision and update. Allergy [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Ene 10]; 73: [aprox. 14 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24785199>.
2. Kaplan A P. Urticaria y angioedema. Cap 38. Goldsmith L A, Katz S I, Gilchrest B A, Paller A S, Leffell D J, Wolff K, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8v ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 414-48. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com>
3. Sedó G, LotzS, Monge OP, Pino C. Perfil clínico de los pacientes con urticaria crónica en un hospital de tercer nivel de atención del sistema de seguridad social de Costa Rica. Rev Alerg Mex [revista en Internet]. 2021 [citado 2021 Jul 14]; 68(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/881>
4. Álvaro M. Urticaria y angioedema. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2019, 2: 149-60. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/ISSN_2171-8172
5. Pérez M, López N, Lara G A, Benítez A O, Morejón Y y cols. Guías de buenas prácticas clínicas de consulta rápida y actualizada. Manejo y prevención de las enfermedades alérgicas. Medisur [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Ene 15]; 16(6): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3944>
6. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. Allergy [journal on Internet]. 2020 [cited 2019 Ago 14]; 75(2): [aprox. 10 screens]. Available from: <https://doi.org/10.1111/all>

7. Cherrez A, Maurer M, Weller K, Calderon J C, Simancas D and Cherrez I. Knowledge and management of chronic spontaneous urticaria in Latin America: a cross-sectional study in Ecuador. World Allergy Org J [journal on Internet]. 2017 [cited 2017 May 23]; 10: 21. [approx. 10 screens]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40413-017-0150-7>
8. Téllez N, Montoya J S, Santiesteban X, Valiente Y, Zaldívar E. Caracterización de los pacientes con urticaria crónica asociada a infección por Helicobacter pylori. Rev Cub Dermatol [revista en Internet]. 2017 [citado 2016 Dic 30]; 11(1). [aprox. 10 p]. Disponible en: <http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/46/46>
9. Sarraquigne P, López K, Mariño A, Colella M Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2021 [citado 2020 Oct 20]; 119(2): [aprox. 10 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.S54>
10. Larenas D, Azamar A A, Rojo M I, Iduñate F. Urticaria crónica en niños. Cap 27. p 194-204. En: Lozano J S, Del Río B E, Sacre J A, Ortega JA. Alergia, asma e inmunología clínica en Pediatría. 2 ed. México: Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/aaicp.v2id.3110>
11. Cherrez I, Vanegas E, Félix M, Mata V, Cherrez S, Simancas D y col. Etiology of chronic urticaria: the Ecuadorian experience. World Allergy Org J [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Ene 3]; 11:1. [aprox. 8 p]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40413-017-0181-0>
12. Ben M, Grattan CE. Management of Pediatric Urticaria with Review of the Literature on Chronic Spontaneous Urticaria in Children. J Allergy Clin Immunol Pract 2018; 6:1152-61.
13. Guevara L M, Ospina J, Cardona R. Urticaria crónica espontánea: revisión de la literatura. Medicina & Laboratorio 2017; 23: 331-350.

14. Pérez C, Dozo G, Ferrero P, Orellana J, Muiño J C. Estudio de la relación entre el nivel de vitamina D e IgE séricas en pacientes que padecen urticaria crónica de causas autoinmune y no autoinmune. AAIC. 2018; 49(2): 74-80.
15. Sierra C, Zaragoza V, Alama R, Aproximación a la Clínica, Diagnóstico y Manejo de la Urticaria. Enferm Dermatol. 2017; 11(32): 1-14.
16. Beck A, Bernstein A, Maurer M. A review of International Recommendations for the Diagnosis and Management of Chronic Urticaria. Acta Derm Venerol [revista en Internet]. 2017 [cited 2016Jun 28]; 97(2): [aprox. 10 screens]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349620>.
17. Cherrez I, Robles K, Bedoya P, Schmid P, Cherrez S, Colbatzky F y col. ¿Es posible simplificar el abordaje diagnóstico de urticaria crónica? Una lista de verificación de información clínica. Rev Alerg Méx [revista en Internet]. 2017 [citado 2017Jun 10]; 64(3): [aprox. 18 p]. Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>
18. SEICAP 2019. Grupo de trabajo Dermatitis atópica y Urticaria crónica. Disponible en: <https://www.urticariacronica.org/revista>
19. Marin I, Berbegal L, León F, Hispan P, Silvestre J F. Manejo de la Urticaria espontanea en la práctica clínica diaria siguiendo las indicaciones de la guía EAACI/GA2LEN/EDF/WAO. Actas Dermosifiliogr [revista en Internet]. 2017 [citado 2017Feb 20]; 108(4): [aprox. 8 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.12.012>
20. Aguilera R, Correa H, Díaz C, Marino MA, Valenzuela F. Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. Rev. Méd. Chile [revista en Internet]. 2018 [citado 2018Sep 10]; 146; (11): [aprox. 9 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001101334>
21. Sánchez J, Sánchez C, López M, Velásquez M, Mecanismo inmunitario en la patogénesis de la urticaria crónica espontánea. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2021; 29(1): 14-28. Disponible en: <https://doi.org/10.29176/2590843x.1365>

22. Silvestre J, Serrano M, Serra E, Palacios D, Recomendaciones para el manejo de la urticaria en Atención Primaria. 2020; 46(4): 270-276. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.006>.
23. Zamitiz J, Celio R, Torre M A, León R, Ramírez V. Prevalencia de la Urticaria Crónica en una unidad médica. Rev. Alerg Méx [revista en Internet]. 2021 [citado 2021 May 10]; 68(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://doi.org/10.29262/ram.v68i3.867>
24. López A, Sánchez M J, Silvestre S. La biopsia cutánea en la urticaria crónica: cuando realizarla, que buscar y donde hacerlo. Actas Dermosifiliografías 2021; 112(5): 406-13. Disponible en: <https://medes.com/publication/160576>
25. Chicharro P, Rodríguez P, Argila D. Omalizumab en el tratamiento de la urticaria crónica inducible Actas Dermosifiliogr [revista en Internet]. 2017 [citado 2016 Oct 5]; 108(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.018>
26. Spertino J, Curto L, Rozas E, Figueras I, Giménez A, Serra E y cols. Algoritmo de tratamiento con omalizumab en urticaria crónica espontánea. Actas Dermosifiliogr [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 Ago 11]; 109(9): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.005>
27. Lennart J. The history of urticaria and angioedema. Clin Exp Dermatol. 1999; 25: 33-41. Available from: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhd/ecrits/the-history-of-urticaria-and-angioedema/>
28. Guillen J, Vargas M A R, Mendoza Magaña E, Zepeda B, Sienna J J L, Del Río B E. Urticaria y angioedema. Rev Alerg Méx. 2007; 54(2): 54-65. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hives-and-angioedema/symptoms-causes/syc-20354908>

29. Capparoni C, Gandur A. Urticaria: revisión de la fisiopatología. Rev Méd Universitaria (Facultad de Ciencias Médicas UNCuyo). 2008; 4(2): 44-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200008
30. Calnan CD. Urticarial reactions. Br Med J. 1964; 2: 649-55. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8749242/>
31. Cruz A, Caballero CG, López A I, Rivero D, Arana O, Papaqui- JS, et al. Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. Alerg Asma Inmunol Pediatr. 2019; 28(2): 47-50. Disponible en:
www.mediagraphic.org.mx
32. López E, Pedrosa A, Huerta JG. Urticaria crónica en niños. Revisión sistemática. Medigraphic. 2020; 29(1): 16-30. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.35366/93322>
33. Tharp M. Mastocitosis Parte 2: Sección 25. Manifestaciones cutáneas de los trastornos bioquímicos de la sangre y de la médula ósea. Cap 149. p. 1809-1818. En: Goldsmith L A, Katz S I, Gilchrest B A, Paller A S, Leffell D J, Wolff K, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8 ed. Editorial Médica Panamericana; 2021. Disponible en:
<http://www.medicapanamericana.com>
34. Okazaki T. Vasculitis syndrome-diagnosis and therapy. J Gen Fam Med. 2017 Apr; 18(2): 72–78. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5689388/>
35. López J R, López R, Perez A, Suarez I. Lesiones cutáneas y eosinofilia como forma de presentación de síndrome de Wells. Rev Clin Med Fam 2020; 13(1): 85-88. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2020000100010

36. Grattan CEH, Saini SS. Urticaria y angioedema sin habones. Cap 10. In: O'Hehir R E, Holgate S T, Sheikh A. Middleton *Allergología Esencial*. ed. Elsevier España; 2017. p. 249-263. Disponible en: <http://expertconsult.com>
37. Doong JC, Chichester K, Oliver E T, Schwartz LB, Saini SS. Urticaria crónica idiopática: molestias sistémicas y su relación con mediciones de la enfermedad e inmunológicas. *JACI* [revista en Internet]. 2017 [citado 2016 Nov 22]; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.11.037>
38. Kolkhir P, Metz M, Altrichter S, Maurer M. Comorbidity of chronic spontaneous urticaria and autoimmune thyroid diseases: A systematic review. *Allergy* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Abr 10]; [aprox. 21 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/all.13182>
39. Fundora H, Menocal LT, Rosado FM, Venero SJ, Rodríguez AM. Geohelmintiasis, asma y enfermedad alérgica. *Rev Cub Hig Epidemiol*. 2013; 51(3): [aprox. 12 screens]. Available from: <http://www.infomed.sld.cu/bvs>
40. Alegre G, Serra J, Tobaldi F, Grillo M, Mottura I, Cuestas E. Asociación entre urticaria crónica y candida. *Bioestadística y metodología aplicada. Método* [revista en Internet]. 2019 [citado 2019 Mar 29]; 4(1): [aprox 3 p.]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.22529/me.2019.4\(1\)05](http://dx.doi.org/10.22529/me.2019.4(1)05)
41. Sagrañez A, Barreto E, Nicolua E, Relación entre infección por *Helicobacter Pylori* y urticaria crónica. *Rev Alerg Mex* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Ago 17]; 64(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>
42. Sánchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of Inducible Urticaria in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017; 5(2): 464-70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213219816304755>

43. Sánchez Borges M, González Aveledo L, Caballero Fonseca F, Capriles Hulett A. Review of physical urticarias and testing methods. *Curr Allergy Asthma Rep* [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Jun 23]; 17(8): [aprox. 51 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28634900>
44. Fukunaga A, Washio K, Hatakeyama M, Oda Y, Ogura K, Horikawa T and Nishigori C. Urticaria colinérgica: epidemiología, fisiopatología, nueva categorización y Tratamiento. *Clin Auton Res* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Mar 29]; [aprox 11 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10286-017-0418-6>.
45. Castro R, García I. Urticaria colinérgica. *Rev* 2017; 22: 58. Disponible en: <https://www.infomed.sld.cu/revistas>
46. Gaudinsk MR, Milner JD. Atopic Dermatitis and Allergic Urticaria Cutaneous Manifestations of Immunodeficiency. *JAIC* 2017; 37: 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iac>
47. Hernandez M, Sugrañes A. Urticaria acuagénica: presentación de un caso. *AMC* 2014; 4(1): 18-27. Disponible en: <https://www.infomed.cu/bvs>
48. Sugrañes A, Barreto E, Quesada L. Urticaria por frío en un adolescente. *Medisan* [revista en Internet]. 2019 [citado 2019 Mar 19]; 23(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/bvs>
49. Gernez Y, Sicherer SH, Wang J. Variability in diagnosis and management of acquired cold-induced urticarial. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018 [citado 23/06/2018]; 6 (4): 1396-99. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29530343>
50. Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Maurer M. Food-dependent cold urticaria: A new variant of physical urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018; 6 (4): 1400-402. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29698807/>
51. Romita P, Mascia P, Calogiuri G, Foti C. Cold-induced anaphylaxis: the case of a 9-year-old child and review of the literature. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2017 [citado 23/06/2018]; 17 (2): 96-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28675997>

52. Ferrer M. La urticaria y el angioedema. Cap 16. p. 183-192. In: Zubeldia J M, Baeza L M, Chivato T, Jáuregui I, Senent C J. Libro de las enfermedades alérgicas. 2 ed. Bilbao, España: Fundación BBVA; 2021.
53. Veintimilla Quintana P, Pazmiño M B, Coral-Rosero A P. Síntomas no respiratorios del COVID-19. Urticaria en pacientes asintomáticos. *Dermatol Rev Mex.* 2020 mayo-junio; 64(3): 287-293. Disponible en: <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/869/1508>
54. Ferrer M, Sivestre J, Bartra J. Práctica clínica diaria en el manejo de la urticaria crónica en España: Resultados del estudio UCRES. *Actas Dermosifilográficas.* 2021; 3(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
55. Curto Barredo L, Archilla LR, Vives GR, Pujol RM, Giménez Arnau AM. Clinical Features of Chronic Spontaneous Urticaria that Predict Disease Prognosis and Refractoriness to Standard Treatment. *Acta Derm Venereol.* 2018 Jul; 98(7): 641-50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29648675/>
56. Dekkers C, Alizadeh M, Safety and effectiveness of Omalizumab for the treatment of chronic urticaria in pediatric patients. *Pediatr Allergy Immunol.* 2021; 32(4): 720-726. <https://doi.org/10.1111/pai.13426>
57. Sandoval M. Manual del interno de medicina. Dermatología. Urticaria y angioedema. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. p. 152-64.
58. Cornillier H, Giraudeau B, Munck S. Chronic spontaneous urticaria in children —a systematic review on interventions and comorbidities. *Pediatr Allergy Immunol* 2018; 29: 303-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29392757/>
59. Kudryavtseva A V, Neskorođova K A, Staubach P. Urticaria in children and adolescents: An updated review of the pathogenesis and management. *Pediatr Allergy Immunol* 2019; 30(1):17-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30076637/>

60. Cherrez I, Robles K, Bedoya P, Schmid P, Cherrez A, Cherrez S, et al. Checklist for a complete chronic urticaria medical history: an easy tool. *World Allergy Organ J.* 2017; 10(1): 21-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625775/>
61. Olivares M, Naranjo R, Pérez ML, González G. La urticaria crónica idiopática y su relación con el *Helicobacter Pylori*. [CD DERM]
62. Stitt J M, Dreskin S C. Urticaria and Angioedema. Cap 24. En: Vedanthan P, Nelson H S, Agashe S, Mahesh PA, Katial R. *Textbook of Allergy for the Clinician. Second Edition.* Boca Raton: CRC Press; 2021. p. 287-303.
63. Balp MM, Weller K, Carboni V, et al. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018; 29(6):630-636. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.12910>
64. Ridao M, Fernández J E. Orientación diagnóstica de alergia a través de la historia clínica. ¿Cuándo se debe sospechar etiología alérgica? Evolución de la enfermedad alérgica en la edad pediátrica. *Protoc diagnoser pediater.* 2019; 2: 1-15. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
65. Coronado B, Ochoa I V, Torres C, Quintero A, Ortega M. Frecuencia y caracterización clínica de la urticaria crónica en un hospital de tercer nivel. *Rev Alerg Méx.* 2021; 65: 812-818. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.V658i2.818>
66. Arias A, González SN, Macías A, Ibarra JA. Quality of life in chronic urticaria and its relationship with economic impact and disease control in patients attended to at the University Hospital of Monterrey. *Rev Alerg Méx.* 2018; 65(3): 250-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30176203/>
67. Betancur K, Gutiérrez Y, Calvo V D, Cardona R; Grupo de Alergología Clínica y Experimental (GACE). Calidad de vida, actividad y control de la urticaria crónica espontánea en pacientes atendidos en una institución de salud. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2021.

68. Luo Y, Fan X, Xu J. Lupus eritematoso sistémico y angioedema: un estudio transversal de la muestra nacional de pacientes hospitalizados. Arch Reumatol. 2019; 34(3): 301-307. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962019000200007
69. Beltrán J, Zurita C, Romero P. Factores de riesgo socioambientales asociados a la presencia de síntomas de atopias en niños menores de 3 años. Alergia Asma Inmunol Pediatr. 2021; 30 (1): 13-18. <https://dx.doi.org/10.35366/100112>
70. Paho. Tratamiento de las enfermedades infecciosas, 2020-2022. 8 ed. Washington, D.C.: Elsevier; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51695>