

Gobierno Federal



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **URTICARIA CRÓNICA** En adultos en los tres niveles de atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-661-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



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

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda Prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la codificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Urticaria Crónica en adultos en los tres niveles de atención**. México: Secretaría de Salud; 2013.

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

CIE- 10: L50.8 Otras urticarias urticaria: crónica, periódica recurrente.

GPC: Diagnóstico y tratamiento de la urticaria crónica en adultos en los tres niveles de atención.

Autores y Colaboradores

Coordinadores:

Dra. Albina Martínez Pérez	Inmunóloga Alergóloga	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE	Especialista	Centro Medico 20 de Noviembre /Sociedad de Alergia e Inmunología
Dr. David Escarcega Barbosa.	Inmunólogo Alergólogo	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE	Especialista	Centro Médico 20 de noviembre/Asociación

Autores :

Dra. Sagrario Hierro Orozco	Dermatóloga	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE	Jefa de Servicio de Dermatología en el Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE	Academia Mexicana de Dermatología/Asociación
Dr. Lucia Achell Nava	Dermatóloga	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Médico Especialista	Academia Mexicana de Dermatología /Asociación
Dr. Víctor Jaimes Hernández	Dermatólogo	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Médico Especialista	Academia Mexicana de Dermatología /Asociación
Dra. América Cartas Contreras	Especialista	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Especialista	Sociedad del 20 de Noviembre del ISSSTE/

Validación interna:

Dr. Luis Amaro Hernández	Alergólogo e Inmunólogo	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Medico adscrito	Sociedad del ISSSTE /Asociación de Pediatría
Dra. María del Refugio Gómez Meza	Alergóloga e inmunóloga	Hospital General Zaragoza	Jefa del servicio de Alergia	Sociedad del ISSSTE

Validación externa:

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO.....	8
3.3 DEFINICIÓN(ES)	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 GENERALIDADES	11
4.2 MANIFESTACIONES CLINICAS	12
4.3 DIAGNOSTICO CLINICO.....	13
4.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO	14
4.5 COMPLICACIONES Y PRONOSTICO.....	17
5. ANEXOS.....	19
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	19
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN	21
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	23
5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO	24
5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS.....	26
6. GLOSARIO.....	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	30
8. AGRADECIMIENTOS.....	31
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	32
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	33
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	34

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-661-13	
Profesionales de la salud	1.1 Medico especialista en alergología e inmunología, 1.10 Médicos en dermatología
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: L50.8 Otras urticarias urticaria: crónica y periódica recurrente
Categoría de GPC	3.1.1 Nivel de atención primario, 3.1.2 secundario 3.1.3 terciario
Usuarios potenciales	4.5 Enfermeras generales, 4.6 Enfermeras especializadas, 4.7 Estudiantes, 4.12 Médicos especialistas, 4.13 Médicos generales, 4.14 Médicos familiares, 4.24 Pediatras
Tipo de organización desarrolladora	6.8 Dependencia del ISSSTE (CMN 20 de Noviembre)
Población blanco	7.5 Adulto de 19 a 44 años , 7.6 Mediana edad 45 a 64 años, 7.7 Adultos mayores 65 a 79 años, 7.8 Adultos mayores de 80 años y más
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1 Gobierno Federal
Intervenciones y actividades consideradas	3.4 Diagnóstico , 3.6 tratamiento
Impacto esperado en salud	Unificar criterios de diagnóstico y tratamiento, Identificación y tratamiento oportuno
Metodología ¹	Adopción o elaboración (creación) de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 8 Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 1 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 1
Método de validación:	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: UNAM Validación de la guía: ISSSTE
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	ISSSTE-661-13
Actualización	Fecha de publicación: 27 de Junio 2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ PARA MAYOR información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuál es la asociación de urticaria y angioedema?
2. ¿Cuál es la clasificación de la urticaria crónica, desde el punto de vista etiopatogénico?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas?
4. ¿Cómo se establece el diagnóstico de la urticaria crónica?
5. ¿La prueba de suero antológico en qué tipo de urticaria es útil?
6. ¿Qué tipo de estudio es útil en la urticaria crónica asociada a la enfermedad tiroidea autoinmune?
7. ¿Qué estudios se solicitan en la vasculitis urticariana?
8. ¿Cuáles son los agentes infecciosos relacionados con más frecuencia a la urticaria crónica?
9. ¿Cómo evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con urticaria crónica?
10. ¿Cómo impacta la urticaria crónica en la calidad de vida de los pacientes?
11. ¿Cuál es el tratamiento de la urticaria crónica?
12. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico en la urticaria crónica?
13. ¿Qué función tiene la dieta restrictiva sin alimentos histamino liberadores?
14. ¿Cuáles son los antihistamínicos más utilizados en la urticaria crónica?
15. ¿Cuándo están indicados los esteroides sistémicos en la urticaria crónica?
16. ¿Cuál es la indicación del uso de la ciclosporina en los pacientes con urticaria crónica?
17. ¿Cuál es la complicación más frecuente de la urticaria crónica?
18. ¿Cuál es el pronóstico de la urticaria crónica?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La urticaria en general afecta el 15 al 25 % de la población en algún momento de su vida. La urticaria crónica es de origen multifactorial, se presenta con mucho más frecuencia en la edad adulta, es de muy difícil diagnóstico por su alta complejidad (Whitney, 2012)

La prevalencia en Estados Unidos de urticaria crónica se reporta hasta de 0.5 -0.8% de la población en general, en nuestro país es de 3.4%, afecta la edad adulta con mucho más frecuencia, así como al género femenino (Whitney, 2012).

El 80% de la urticaria crónica es de origen idiopático y de esta el 30 a 40% es de origen autoinmune; del 12 al 14% de los pacientes con urticaria crónica tienen en la circulación autoanticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina o antiperoxidasa), de estos pacientes el 5 al 34% son clínicamente y bioquímicamente eutiroideos. Alrededor del 50 % de los pacientes que cursan con urticaria se asocia a angioedema. La urticaria crónica persiste hasta por 5 años en el 71% de los casos y el 56% persiste por 10 años, afectando la calidad de vida (Khan ,2008).

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento de la urticaria crónica en adultos en los tres niveles de atención** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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

Esta guía pone a disposición del personal de los tres niveles de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Estandarizar los criterios de diagnóstico de la urticaria crónica en adulto en los tres niveles de atención.
- Establecer la ruta crítica en el tratamiento de la urticaria crónica en el adulto en los tres niveles de atención.
- Disminuir las complicaciones de la urticaria crónica en el adulto al tener un diagnóstico oportuno.
- Referir en forma oportuna y adecuada al especialista y subespecialista.

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

3.3 DEFINICIÓN

Es una reacción delimitada de la piel que se distingue por la aparición de ronchas, con edema central y un halo eritematoso, acompañada de prurito o sensación de quemadura, que desaparece en 1-24 horas, no deja huella y persiste por más de 6 semanas (Ortonne, 2011).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: OXFORD.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA/RECOMENDACIÓN

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

NIVEL/GRADO

la
Shekelle
Matheson, 2007

4.1 GENERALIDADES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La urticaria en general afecta del 15 al 25% de la población en algún momento de su vida. La prevalencia en Estados Unidos se reporta de 0.5-1% de la población en general, en nuestro país es de 3.4%.	2b OXFORD <i>Whitney, 2012</i>
	La urticaria crónica es de origen multifactorial, se presenta más frecuentemente en adultos, entre 20-40 años, en el género femenino y el 70 a 80% es de origen idiopático.	2b OXFORD <i>Whitney, 2012</i>
	La urticaria crónica es de muy difícil diagnóstico y tratamiento.	Punto de buena práctica
	La etiología alérgica en la urticaria crónica es la causa menos frecuente.	Punto de buena práctica
	La clasificación de la urticaria crónica, desde el punto de vista etiopatogénico es: <ol style="list-style-type: none"> 1. Idiopática (70%) 2. Enfermedades Autoinmunes (40%) siendo la más frecuente la enfermedad tiroidea autoinmune (30%) 3. Física (dermografismo, colinérgico, inducida por frío, solar, acuagénica, ejercicio, por presión) 4. Otras (infecciones, cáncer, etc.) 	1a OXFORD <i>Zuberbier, 2009</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En la urticaria crónica idiopática se deberá buscar la causa y considerarse que dentro de la más frecuente de éstas, se encuentran las enfermedades autoinmunes o procesos infecciosos, dentro de éste último apartado deberá descartarse la infección por Hepatitis B ó C, así como infección por <i>Helicobacter pylori</i> .	2b OXFORD <i>Whitney, 2012</i>
	En los países en desarrollo, como México, además de las infecciones por virus o bacterias, deberán descartarse infecciones parasitarias, principalmente por helmintos como <i>Toxocara canis</i> .	Punto de buena práctica

4.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las manifestaciones clínicas de la urticaria crónica son: la roncha con un halo eritematoso y centro pálido, con desarrollo de nuevas lesiones de forma continua y de tamaño variable, así como de naturaleza migratoria y con una resolución completa de las lesiones en menos de 24 horas; se acompaña de prurito de moderado a intenso.	2b OXFORD <i>Kanani, 2011</i>
	En los pacientes con lesiones con una duración de más 24 horas y que se acompaña de sensación ardorosa o quemante, deberá descartarse vasculitis urticariana.	B OXFORD <i>Kanani, 2011</i>
	La urticaria deberá persistir por más de 6 semanas para considerarse como urticaria crónica.	Punto de buena práctica

4.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico es clínico en la primera etapa, y deberá incluir la historia clínica completa y las pruebas diagnósticas recomendadas serán de acuerdo con la etiología, en el caso de la urticaria idiopática se solicitará prueba con suero autólogo.	1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i>
E	En la enfermedad tiroidea autoinmune solicitar perfil tiroideo, anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa	1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i>
E	En relación a la vasculitis urticariana solicitar biometría hemática completa, reactantes de fase aguda, anticuerpos antinucleares, examen general de orina y biopsia.	1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i>
E	En caso de procesos infecciosos es de acuerdo al agente infeccioso, estando dentro de los más frecuentes panel de hepatitis B y C.	1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i>
R	Es de suma importancia interrogar los factores desencadenantes: tiempo de evolución de la enfermedad, frecuencia y duración de la roncha, variación diurna, forma, tamaño y distribución de la roncha, asociación con angioedema (40%), si la roncha se acompaña de prurito, dolor, antecedentes familiares de urticaria o atopia, cuadros infecciosos o enfermedades crónicas subyacentes, inducción relacionada con el ejercicio o agentes físicos, ingestión de medicamentos, relación con algún alimento, tabaquismo, pasatiempo, si las lesiones aparecieron en viajes, días festivos o fin de semana, implantaciones quirúrgicas, reacción a picaduras de insectos, relación con el ciclo menstrual, si tuvo reacción o no al tratamiento, relacionado con el estrés, calidad de vida relacionada con la urticaria.	A OXFORD <i>Zuberbier,2012</i>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>En el primer nivel de atención deberá diagnosticarse la urticaria crónica si dura más de seis semanas y se solicitará exámenes de rutina para descartar si hubiera algún proceso infeccioso.</p>	Punto de buena práctica
 <p>En el segundo nivel de atención deberá descartarse la etiología infecciosa e iniciar tratamiento si hubiera alguna enfermedad autoinmune, en caso de no identificar la etiología se clasificará como urticaria crónica idiopática.</p>	Punto de buena práctica
 <p>En el tercer nivel de atención se descartará urticaria física y se complementarán los estudios para descartar la enfermedad autoinmune, ya que ésta representa el 40 % de las urticarias idiopáticas.</p>	Punto de buena práctica

4.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se deberá hacer diagnóstico diferencial con Síndrome de Sjögren, dermatomiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, artritis reumatoide juvenil, enfermedad Churg-Strauss, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa, dermatosis urticariana neutrofílica, linfoma de hodgkin de células B, macroglobulinemia de Waldenstrom, crioglobulinemia, síndrome hipereosinofílico, síndrome de Schnitzler, gamapatía monoclonal, síndrome de Gleich: angioedema episódico con eosinofilia, policitemia vera.</p>	<p>Zc OXFORD <i>Peroni, 2010</i></p>
 <p>La levocetirizina 5mg/día es mejor que la desloratadina 5mg cada 12 horas.</p>	<p>A OXFORD <i>Potter, 2009</i></p>

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los antihistamínicos de primera generación son útiles en la noche, cuando el paciente tiene problemas de insomnio; sólo se indica si no conduce automóvil.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>El tratamiento debe tener la finalidad de identificar la causa para poderla eliminar, así como disminuir la sintomatología.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>
	<p>Se utilizará antihistamínicos de segunda generación no sedantes (loratadina, cetirizina, desloratadina, levocetirizina, epinastina, fexofenadina) a dosis habituales.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>
	<p>Si los síntomas persisten después de un periodo de una a cuatro semanas se agregará al tratamiento un antagonista de leucotrienos o cambiar el antihistamínico.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>
	<p>Si la urticaria persiste después de dos semanas, se aumentará hasta cuatro veces la dosis de los antihistamínicos.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>
	<p>Si los síntomas persisten de una a cuatro semanas se utilizará ciclosporina A, dapsona u omalizumab y antihistamínicos H2.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>
	<p>Durante las exacerbaciones se indicará esteroides sistémicos de tres a siete días.</p>	<p>1a OXFORD <i>Zuberbier,2012</i></p>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se recomienda seguir el algoritmo propuesto. No se recomienda el empleo de antihistamínicos de primera generación.	A OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	No se recomienda el empleo de terfenadina y astemizol. Se recomienda el mismo manejo en adultos y niños.	A OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	Se sugiere el mismo algoritmo en embarazadas y durante la lactancia, aunque la información de seguridad se limita a la loratadina.	A OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	Importante: se puede requerir dosis más elevadas de los medicamentos, pero su perfil de seguridad necesita ser evaluado del beneficio y el efecto adverso.	A OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	Los alimentos histamino liberadores deberán eliminarse por un mínimo de una semana, entre éstos se encuentran los embutidos, mariscos, etc.	Punto de buena práctica
	Los antihistamínicos de primera generación en caso de tener insomnio por la enfermedad, pueden ser utilizados por la noche	Punto de buena práctica

4.5 COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La urticaria crónica afecta considerablemente la calidad de vida por la persistencia de los síntomas en forma impredecible, restringe la asistencia a sus diferentes actividades, se limita el consumo de alimentos histamino liberadores, produce alteraciones del sueño, afecta en las áreas físico, social y emocional. La calidad de vida es similar a la de un paciente con cardiopatía isquémica.	1a OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	Se debe de evaluar la actividad de la urticaria crónica con la siguiente puntuación: <ul style="list-style-type: none"> • 0= ronchas ausentes y prurito ausente; • 1=ronchas <20/24 horas (leve), prurito no molesta (leve); • 2=ronchas 21-50/24 horas (moderada), prurito molesta sin interferir con actividades; • 3=ronchas >50/24 horas o confluentes (intenso), prurito interfiere con las actividades de vida diaria. 	A OXFORD <i>Zuberbier, 2012</i>
	El tratamiento de la urticaria crónica debe ser multidisciplinario.	Punto de buena práctica
	El pronóstico de la urticaria crónica persiste hasta por 5 años en el 71% y el 56% persiste por 10 años.	3b OXFORD <i>Khan, 2008</i>



Se debe tener presente la asociación con angioedema, ya que representa el 40 %.

B
OXFORD
Khan, 2008



La vacuna con histamina es útil en la urticaria crónica idiopática.

Punto de buena práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **urticaria crónica**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Paciente adulto
- Documentos escritos en **Inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **Urticaria Crónica**.

Criterios de exclusión:

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

Estrategia de búsqueda

Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema<tema de la guía> en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término **chronic urticaria**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **0** resultados.

Búsqueda	Resultado
("Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/complications"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/diagnosis"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/drug therapy"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/physiopathology"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2008/05/30"[PDat] : "2013/05/28"[PDat] AND Humans[Mesh] AND English[lang] AND adult[MeSH])	0

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y no se encontraron resultados.

Búsqueda	Resultado
("Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/complications"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/diagnosis"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/drug therapy"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/physiopathology"[Mesh] OR "Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes/therapy"[Mesh]) AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND ("2003/01/01"[PDAT] : "2013/03/31"[PDAT])) AND Humans[Mesh] AND English[lang] AND adult[MeSH])	0

Segunda Etapa no aplica

Tercera Etapa (en caso de no tener acceso a base de datos, aplica la Segunda Etapa)

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **chronic urticaria**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
Promedicum	111	1
Portal de MSD	46	2
Portal de SUB. IMSS	3	0
Google académico	19300	0
OVID	11	1
PUBMED	538	4
Total	1323	8

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3 b	Estudios de casos y controles individuales
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D		
Estudios de diagnóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	Revisión sistemática de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	2 b	Estudios exploratorios que, a través de p. e. una regresión logística, determinan qué factores son significativos, y que sean validados con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico, o de validación de muestras separadas
	3 b	Comparación cegada u objetiva de un espectro una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio
C	4	<ul style="list-style-type: none"> • Los estándares de referencia no son objetivables, cegados o independientes. • Las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes • El estudio compara pacientes con un trastorno determinado conocido con pacientes diagnosticados de otra condición.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en investigación juiciosa ni en los principios fundamentales

Estudios de historia natural y pronóstico		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y GPC validadas.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento
	1 c	Resultados a partir de la efectividad y no de su eficacia demostrada a través de un estudio de cohortes
B	2 a	Revisión sistemática de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados en un ECA, o GPC no validadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad

*Si tenemos un único estudio con IC amplios o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D

Análisis económico y análisis de decisiones		
Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas de la evidencia; e inclusión de análisis de sensibilidad
	1 c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2 a	Revisión sistemática de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas; revisiones sistemáticas con evidencia limitada; estudios individuales; e inclusión de análisis de sensibilidad
	2 c	Investigación de resultados en salud
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, ni basada en teorías económicas

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Clasificación de la enfermedad Índice de actividad de la enfermedad

Puntuación	Ronchas	Prurito
0	Ausentes	Ausente
1	< 20/ 24 horas (leve)	No molesta
2	20-50/24 horas (moderada)	Molesta sin interferir con actividades
3	>50 /24 horas o confluentes (intenso)	Interfiere con las actividades de vida diaria

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO 1. DIAGNÓSTICO

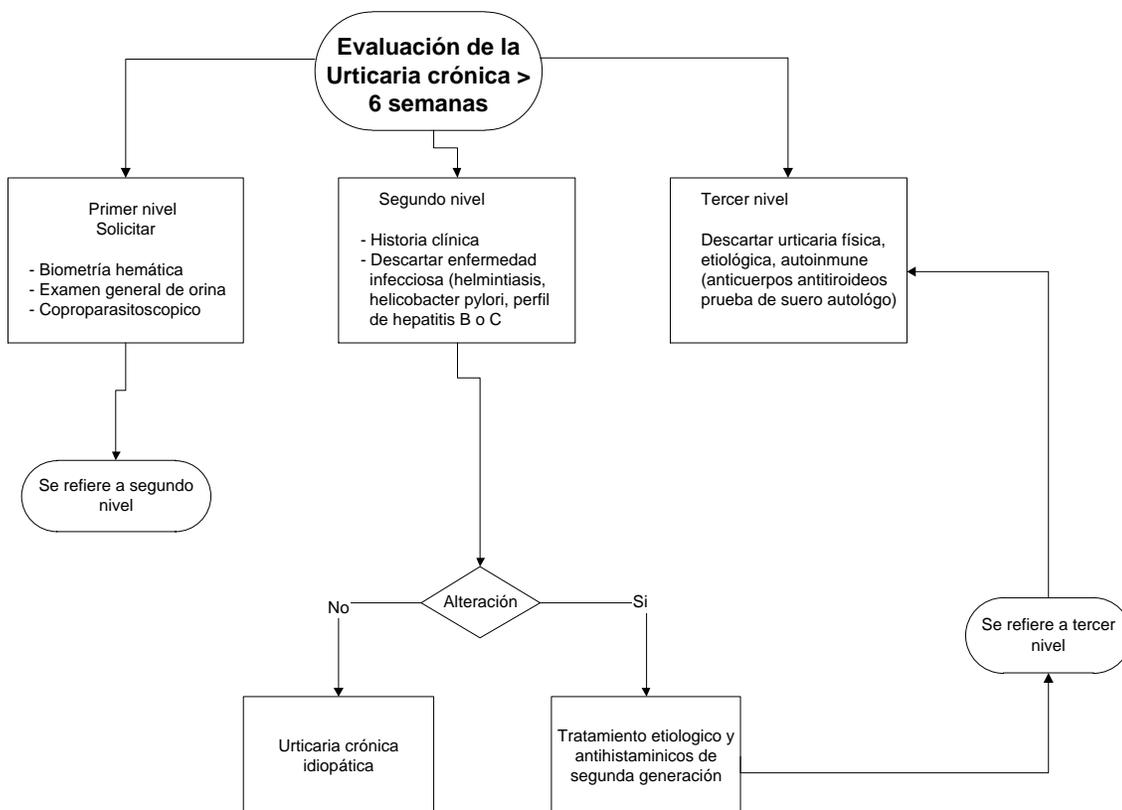
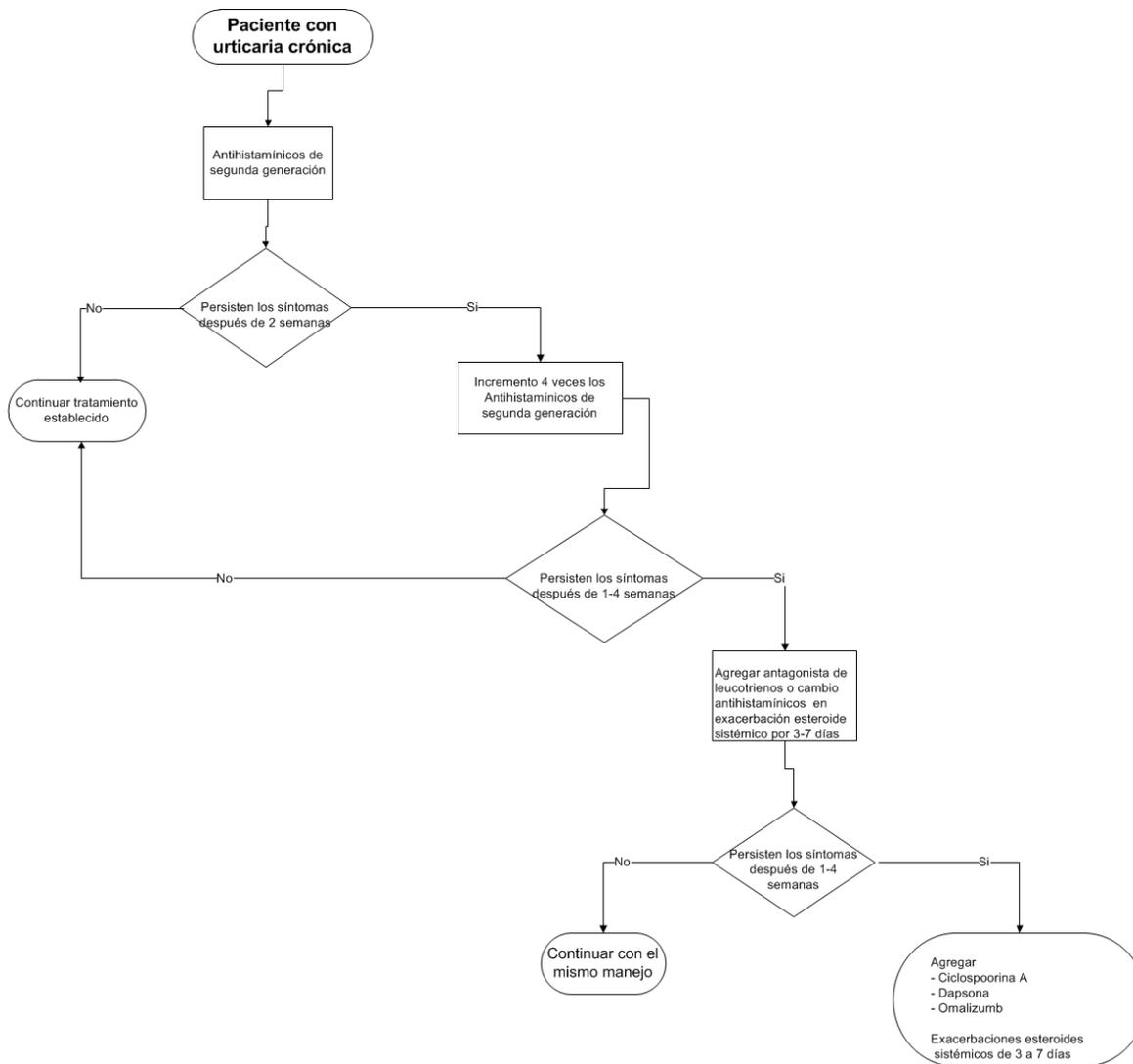


DIAGRAMA DE FLUJO 2. TRATAMIENTO



5.5 TABLA DE MEDICAMENTOS

Medicamentos mencionados indicados en el tratamiento de urticaria crónica del Cuadro Básico Sectorial:

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3143	Epinastina	1 cada 24 horas, en mayores de 12 años	Tabletas de 20 mg	1mes	Cefales, fatiga, mareos, nerviosismo y resequead de boca	Los inhibidores de la monoaminooxidasa intensifican los efectos de los antihistamínicos. Inhibe el efecto de anticoagulantes orales.Potencia efectos de bebidas alcohólicas.	Hipersensibilidad al fármaco.Obstrucción piloro duodenal.Glaucoma de ángulo estrecho. Hipertrofia prostática.
3146	Fexofenadina	1 cada 24 horas	180mg	1mes	Cefalea , mareo, somnolencia	Con antiácidos, disminuye su eficacia.	Hipersensibilidad al fármaco
2144	Loratadina	1 cada 24 horas	10mg	1mes	Cefalea, nerviosismo, resequead de la mucosa, náuseas, vómito, retención urinaria.	Con ketonazol, eritromicina, o cimetidina incrementa sus concentraciones plasmáticas	Hipersensibilidad al fármaco
3143	Levocetirizina	1 cada 24 horas	5mg	1mes	Somnolencia ,astenia, resequead y cefalea	No administrar en forma simultánea con depresores de sistema nervioso central	Hipersensibilidad a la piperazina, embarazo, lactancia, intolerancia a la lactasa
0906	Dapsona	Una cada 24 horas	100mg	5 meses	Cianosis, cefalea, mareos, fatiga disnea	Interacciones con rifampicina	Hipersensibilidad a la dapsona, no en embarazo
4298	Ciclosporina	Cápsulas 10 - 15mg/kg/día cada 12 horas	Cápsulas 100mg	Tiempo prologado	Disfunción renal, temblor, cefalea, anorexia, vómito, dolor abdominal, diarrea, hiperlipidemias, migraña, hiperuricemia, disfunción hepática, mialgias, hipertricosis, fatiga	Precaución con hiperuricemia, metrotexato, macrólidos, ketoconazol, metoclopramida	Hipersensibilidad Insuficiencia renal.
4330	Montelukast	Tabletas 10mg cada 24 horas	Tabletas de 10mg	2meses	Astenia, adinamia, somnolencia, fiebre, dolor dental, mareos, dispepsia ,gastritis, congestión nasal, tos y rash máculopapular	Fenobarbital, carbamazepina, fenitoína, rifabutina o la troglitazona	Hipersensibilidad al fármaco
1233	Ranitidina	Tabletas 150mg Una cada 12 horas	Tabletas 150mg	1mes	Elevación TGP , bradicardia, somnolencia, insomnio, vértigo, agitación, depresión y alucinaciones, diarrea, asistolia, alopecia y altralgias	Con la warfarina puede aumentar o disminuir el tipo de protombina	Hipersensibilidad a la ranitidina
4331	Zafirlukast	Comprimidos 20mg	Una cada 12horas	3meses	Cefalea,erupciones, prurito,mialgias, artralgias e incremento de los niveles de las transaminasas y edema	Conla warfanina puede aumentar o disminuir el tipo de protombina	Hipersensibilidad al fármaco
4507	Deflazacort	Tabletas 30mg	Dosis 1 a 2mg mg/kg	1 semana	Fiebre ,mialgias,	Evitar el alcohol	Embarazo, infecciones

							micóticas
0473	Prednisona	Tabletas de 5 y 50mg	1-2mg por kilo	1 semana o tiempo	Catarata subcapsular, hipoplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, aumento de la presión intraocular, cicatriz retardada	Fenobarbital, fenitoína.	Hipersensibilidad al principio activo, tuberculosis activa, diabetes, infección activa, crisis hipertensiva, úlcera péptica, hemorragia del tubo digestivo
3432	Dexametasona	Tabletas 0.5- 0.75 mg	0.03-0.3mg kilo	Fragilidad ósea, indigestión, lenta cicatrización, alteraciones menstruales	Cataratas subcapsular, síndrome de Cushing	Fenobarbital, fenitoína.	Hipersensibilidad al medicamento, en herpes simple y ocular, infecciones crónicas, tuberculosis activa, úlcera duodenal
4340	Omalizumb	Ampolletas de 202.5mg	Va de acuerdo a la concentración de IgE UI/ml dosis máxima de 600mg	Mínimo de 16 semanas	Cefalea, tumefacción, eritema, dolor y prurito en el lugar de la inyección, pirexia, dolor abdominal	Precaución en insuficientes renales, hepáticas	Hipersensibilidad, no está indicado en la exacerbaciones asmáticas, aspergilosis y

6. GLOSARIO

Urticaria Idiopática: urticaria crónica en la que no resulta posible determinar la causa que la produce.

Prurito: picor es un hormigueo peculiar o irritación incómoda de la piel que conlleva un deseo de rascar la parte en cuestión.

Angioedema: condición común que involucra la inflamación debajo de la superficie de la piel con o sin enrojecimiento.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortonne/J. Chronic urticaria: a comparison of management guidelines. *Expert Opin Pharmacother* 2011;12(7):2683-2693
2. Peroni/A, Colato/C, Zanoni/G, Girolomoni/G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria. Part II Systemic disease. *J Am Acad Dermatol* April 2010;62(4):557-570.
3. Potter /P et al. Comparison of the efficacy of levocetirizine 5mg and desloratadine 5mg in chronic idiopathic urticaria patients. *Allergy* 2009;64:596-604.
4. Whitney/L, Nisha/D, Joseph/C. Clinical utility of testing for autoimmunity in chronic idiopathic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:e83-8
5. Zuberbier /T. Chronic Urticaria. *Allergic dermatosis and urticaria*. 2012; 12(4):267-272.
6. Zuberbier/ T. Asero /R. Bindslev-Jensen /C. Canonica W, et al. EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1427-1443.
7. Zuberbier /T. A summary of the new international EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guidelines in urticaria. *WAO Journal*. 2012; 5(1):S1-S5.
8. Zuberbier /T. Asero /R. Bindslev-Jensen /C. et al. EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009; 64:1417-1426.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **CMN 20 de Noviembre** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por ISSSTE y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de ISSSTE y Secretaria de Salud su valiosa colaboración en los procesos de validación y verificación de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Rafael Castillo Arriaga

Director Médico

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. E. Leobardo Gómez Torres

Jefe de Servicios

Dra. Amanda Beatriz Núñez Pichardo

Jefe de Departamento de Desarrollo de GPC e Implementación de Programas Sectoriales

Dra. Ana Araceli Ayala Montes de Oca

Coordinadora de Guías de Práctica Clínica

Lic. Yoseli Guzmán Pina

Revisión Editorial

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial	Directorio del centro desarrollador
Secretaría de Salud Dra. Mercedes Juan López	ISSSTE
Secretario de Salud	Dr. Rafael Castillo Arriaga Director Médico
Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya	Dr. Sergio B. Barragán Padilla
Director General	Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias	Dr. E. Leobardo Gómez Torres
Director General	Jefe de Servicios
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo	Dr. Rafael Navarro Meneses
Titular del organismo SNDIF	Jefe de Departamento de Desarrollo de GPC e Implementación de Programas Sectoriales
Petróleos Mexicanos Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin	
Director General	
Secretaría de Marina Armada de México Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz	
Secretario de Marina	
Secretaría de la Defensa Nacional General Salvador Cienfuegos Zepeda	
Secretario de la Defensa Nacional	
Consejo de Salubridad General Dr. Leobardo Ruíz Pérez	
Secretario del Consejo de Salubridad General	

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	<i>Presidente</i>
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	<i>Titular</i>
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	<i>Titular</i>
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel O’Shea Cuevas	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	<i>Titular</i>
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	<i>Titular</i>
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	<i>Titular</i>
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante, SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	<i>Titular</i>
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	<i>Titular</i>
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	<i>Titular</i>
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	<i>Titular</i>
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	<i>Titular</i>
Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	<i>Titular</i>
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	<i>Titular</i>
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	<i>Titular</i>
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	<i>Titular</i>
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Titular y Suplente del presidente del CNGPC</i>
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. Agustín Lara Esqueda	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	
M.C., M.F. y M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	<i>Titular 2013-2014</i>
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	<i>Titular</i>
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Eduardo González Pier	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dr. Víctor Manuel García Acosta	<i>Asesor Permanente</i>
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	<i>Asesor Permanente</i>
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	<i>Invitada</i>
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	<i>Secretario Técnico</i>
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	