






ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil clínico de pacientes con urticaria crónica en el Hospital Militar Principal, Guinea-Bisáu

Clinical profile of patients with chronic urticaria at the Main Military Hospital, Guinea-Bissau

Perfil clínico dos doentes com urticária crónica no Hospital Militar Principal, Guiné-Bissau

Kenia Espinosa-Méndez^I , Pedro Rafael Casado-Méndez^{II*} , Rafael Salvador Santos-Fonseca^{III} ,
Josefina Cruzata-Bravo^{IV} , Nicandro Domingos Lopes-Cá^V 

^I Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez Hernández". Matanzas, Cuba.

^{II} Hospital General "Capitán Mariano Pérez Bali". Granma, Cuba.

^{III} Hospital General Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Granma, Cuba.

^{IV} Policlínico "Ángel Machaco Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^V Hospital Militar Principal. Guinea-Bisáu.

*Autor para la correspondencia: rafaelmendezpinilla@gmail.com

Recibido: 21 de enero de 2022

Aprobado: 31 de agosto de 2022

RESUMEN

Introducción: la urticaria crónica es una enfermedad heterogénea delimitada de la piel caracterizada por el desarrollo de ronchas o habones.

Objetivo: determinar las características clínicas y el tratamiento farmacológico indicado en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica. **Método:** se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, observacional y descriptivo en un universo de 48 pacientes con diagnóstico de urticaria crónica, Hospital Militar Principal, Guinea-Bisáu, 2018-2020. Se midieron las variables: edad, sexo, tipo de urticaria, tiempo de evolución, comorbilidad y tratamiento utilizado en la primera y última consulta registrada, así como la actividad de la enfermedad.

Resultados: la edad media fue de 38,52 años con predominio del sexo femenino. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 4,67 años y el 70,83 % no presentó

angioedema. La urticaria crónica espontánea fue el tipo predominante. La ciproheptadina fue el tratamiento más indicado al inicio del tratamiento y al término del seguimiento su uso se incrementó. El montelukast fue el otro medicamento que incremento su uso al término del seguimiento. La actividad de la enfermedad se redujo con el tratamiento a índices reconocidos como urticaria crónica espontánea controlada. **Conclusiones:** la urticaria crónica en Guinea-Bisáu tiene una prevalencia y manifestaciones clínicas acorde a lo reportado a nivel mundial con esquemas de tratamiento susceptibles de modificaciones según el inicio del uso de medicamentos recomendados como ciclosporina u omalizumab.

Palabras clave: alergología; enfermedad alérgica; urticaria crónica; angioedema

ABSTRACT

Introduction: chronic urticaria is a heterogeneous demarcated skin disease characterized by the development of wheals or hives. **Objective:** determination of the clinical characteristics and the pharmacological treatment indicated in patients diagnosed with chronic urticaria. **Method:** a quantitative, prospective, observational and descriptive study was conducted in a total of 48 patients (the universe) diagnosed with chronic urticaria, Main Military Hospital, Guinea-Bissau, 2018-2020. The following variables were used: age, sex, type of urticaria, time of evolution, comorbidity and treatment used in the first and last recorded consultation, as well as disease activity. **Results:** the mean age was 38.52 years with a female predominance. The mean time of evolution of the disease was 4.67 years and 70.83% did not present angioedema. Chronic spontaneous urticaria was the predominant type. ciproheptadine was the treatment most indicated to be used at baseline and at the end of treatment follow-up its use increased. montelukast was the other drug that increased its use at the end of follow-up. With the treatment used disease activity was reduced up to rates recognized as controlled chronic spontaneous urticaria. **Conclusions:** chronic urticaria in Guinea-Bissau has prevalence and clinical manifestations in line with those reported worldwide, with treatment regimens susceptible to modifications depending on the early use of recommended drugs such as cyclosporine or omalizumab.

Keywords: allergology; allergic disease; chronic urticaria; angioedema

RESUMO

Introdução: a urticária crônica é uma doença heterogênea delimitada da pele caracterizada pelo desenvolvimento de urticária ou urticária. **Objetivo:** determinar as características clínicas e o tratamento farmacológico indicado em pacientes com diagnóstico de urticária crônica. **Método:** estudo quantitativo, prospectivo, observacional e descritivo realizado em um universo de 48 pacientes com diagnóstico de urticária crônica, Hospital Militar Principal, Guiné-Bissau, 2018-2020. As variáveis foram mensuradas: idade, sexo, tipo de urticária, tempo de evolução, comorbidade e tratamento utilizado na primeira e última consulta registrada, bem como a atividade da doença. **Resultados:** a média de idade foi de 38,52 anos com predomínio do sexo feminino. O tempo médio de evolução da doença foi de 4,67 anos e 70,83% não apresentavam angioedema. A urticária crônica espontânea foi o tipo predominante. A ciproheptadina foi o tratamento mais indicado no início do tratamento e ao final do seguimento seu uso aumentou. O montelukaste foi a outra droga que aumentou seu uso ao final do seguimento. A atividade da doença foi reduzida com o tratamento para taxas reconhecidas como urticária crônica espontânea controlada. **Conclusões:** a urticária crônica na Guiné-Bissau tem prevalência e manifestações clínicas compatíveis com a relatada mundialmente, com esquemas de tratamento que podem ser modificados dependendo do início do uso de medicamentos recomendados como ciclosporina ou omalizumabe.

Palavras-chave: alergologia; doença alérgica; urticária crônica; angioedema

Cómo citar este artículo:

Espinosa-Méndez K, Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, Cruzata-Bravo J, Lopes-Cá ND. Perfil clínico de pacientes con urticaria crónica en el Hospital Militar Principal, Guinea-Bisáu. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado día mes año]; 101(4):e3773. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3773>



INTRODUCCIÓN

Probablemente, fue Cullen el primero en usar el nombre de urticaria en 1769.⁽¹⁾ La conceptualización y clasificación de la urticaria ha sufrido transformaciones; definiéndose como una enfermedad heterogénea, de la piel, caracterizada por ronchas, habones, angioedema o los tres.^(2,3) El término actual se refiere a la presencia de ronchas y angioedemas, debido a que la fisiopatogenia de estas es el mismo producto de la liberación excesiva de histamina.^(4,5)

El habón se describe, sistemáticamente, como una elevación circunscrita de la piel, de forma y dimensiones variables, con un área central con edema circundado por una zona eritematosa. Según el tiempo de duración de la enfermedad, la urticaria se ha clasificado en aguda (duración menor de 6 semanas) y crónica (duración mayor de 6 semanas), dividiéndose a la urticaria crónica (UC) en urticaria crónica espontánea (UCE) y urticaria crónica inducible (UCInd) atendiendo a la existencia o no de un estímulo definido. El 75 % y más de los pacientes con UC son portadores de una UCE, reconociéndose la coexistencia de ambos tipos de urticaria en un mismo paciente.^(6,7)

La UC tiene una prevalencia reportada entre 0,05 % y 3 % aunque algunos estudios reportan una prevalencia de hasta un 5 %. La enfermedad puede afectar hasta un 15 % de la población y se observa más comúnmente entre la tercera y sexta décadas de la vida con un pico de incidencia hacia los 40 años. El sexo femenino es el más afectado por la enfermedad probablemente debido a que hasta un 40 % de las urticarias crónicas son autoinmunes. En población pediátrica se reporta de 0,1 % a 0,3 % de prevalencia con predominio del sexo masculino, mientras que en adultos mayores la prevalencia de la enfermedad es de 1,8 % sin predominio de algún sexo. El angioedema se presenta hasta en el 40 % de los pacientes con UC y constituye la manifestación principal de la enfermedad en el 10 % de los casos.^(2,8,9)

Los desencadenantes de la UCE son desconocidos. Los pseudoalérgenos contenidos en los alimentos pueden causar reacciones de hipersensibilidad a través de un mecanismo no mediado por inmunoglobulina E (IgE), al contener sustancias vasoactivas, fenoles y compuestos aromáticos. Los fármacos asociados, en su mayoría, inhiben la actividad intestinal de la diamina oxidasa y condicionan una mayor concentración de histamina sistémica.^(4,10)

La etiología más probable de la elevación de reactantes de fase aguda en la UC parece ser una reacción inflamatoria cutánea, con liberación de interleucina (IL)6 en el sitio de la inflamación urticarial que penetra en el torrente sanguíneo y estimula la síntesis de proteína C reactiva (PCR) en el hígado, documentada en algunos pacientes con UC. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son un grupo de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos en el núcleo celular, presentes en pacientes con trastornos autoinmunes sistémicos u orgánicos específicos, como la UC. La tiroiditis autoinmune es considerada la única enfermedad claramente asociada con UC.^(5,11)

El diagnóstico de la UC es inminentemente clínico y se sustenta en la historia clínica y el examen físico, donde se distingue como una elevación central de la dermis por edema, diámetro variable y halo eritematoso. Estas lesiones se acompañan de prurito y tienen un carácter transitorio donde la piel vuelve a su estado natural en aproximadamente 24 horas.⁽²⁾ Se debe considerar la historia familiar de

urticaria o atopia, el tiempo de evolución, la frecuencia y variación diaria de los síntomas, la presentación durante los fines de semana, días festivos, vacaciones, viajes, etcétera; el tamaño y la forma de las lesiones, la asociación con síntomas subjetivos (prurito o ardor), la presentación concomitante con angioedema y los factores desencadenantes [ejercicio, factores físicos, consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)], anticonceptivos orales y alimentos].^(1,7,12)

El objetivo de la presente investigación fue determinar las características clínicas y el tratamiento farmacológico indicado en pacientes con diagnóstico de urticaria crónica pertenecientes al Hospital Militar Principal de Guinea-Bisáu.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo, observacional y descriptivo en un universo de 48 pacientes con diagnóstico de urticaria crónica de la institución antes mencionada en el periodo 2018-2020.

Se midieron las variables edad, sexo, tipo de urticaria, tiempo de evolución, comorbilidad y tratamiento utilizado en la primera y última consulta registrada, así como la actividad de la enfermedad.

La actividad de la enfermedad fue evaluada a partir de la Escala de actividad de la urticaria (UAS-7) lo que sirvió, además, para evaluar la respuesta al tratamiento indicado. El UAS-7 se calcula sumando el puntaje diario de UAS durante una semana, fluctuando el puntaje entre 0 y 42 puntos donde un puntaje ≤ 6 de UAS-7 refleja una UCE controlada.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia y de dispersión para las variables cuantitativas, así como distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas.

Este protocolo fue aprobado por el Comité de Ética, del Hospital Militar Principal, conforme estándares éticos, valores bioéticos y los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y la normativa nacional e internacional.

RESULTADOS

En la muestra estudiada se diagnosticó un total de 48 pacientes con urticaria crónica, la edad media fue de 38,52 años en un rango de 24-63 años.

El sexo femenino representó el 64,59 % del total de pacientes para una relación por sexo masculino/femenino de 0,55.

El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 4,67 años en un rango de 1-12 donde el 70,83 % no presentó angioedema (Tabla 1).



Tabla 1. Pacientes con diagnóstico de urticaria crónica según edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y presencia de angioedema

Variables		Total (n=48)	
		No.	%
Edad	Media	38,52	
	Desviación estándar	±10,3096422	
	Rango	24 - 63	
Sexo	Masculino	17	35,41
	Femenino	31	64,59
	Relación por sexo Masculino/Femenino	0,55	
Tiempo de evolución	Media	4,67	
	Desviación estándar	±3,6096154	
	Rango	1 - 12	
Presencia de angioedema	Si	14	29,17
	No	34	70,83

La urticaria crónica espontánea fue el tipo predominante al constituir el diagnóstico del 70,83 % de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes con diagnóstico de urticaria crónica según tipo

Tipo de urticaria		Total (n=48)	
		No.	%
Crónica espontánea		34	70,83
Crónica espontánea + inducible	Inducible facticia	9	18,04
	Colinérgica	4	8,33
	Facticia + colinérgica	1	2,80

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más constatada con el 60,42 % (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con diagnóstico de urticaria crónica según comorbilidad

Comorbilidad	Total (n=48)	
	No.	%
Hipertensión arterial	29	60,42
Rinitis alérgica	13	27,08
Asma bronquial	9	18,75
Diabetes mellitus	9	18,75
Dermatitis atópica	7	14,58
Psoriasis	1	2,80

En la Tabla 4 se evidencia que la ciproheptadina fue el tratamiento más indicado al inicio del tratamiento (43,75 %) y al término de del seguimiento su uso se incrementó (47,92 %). El montelukast fue el otro medicamento que incrementó su uso al término del seguimiento (16,67 % vs 20,83 %).

Para el manejo de los casos graves o refractarios se utilizó metotrexato por un tiempo medio de 8 meses sin obtener respuesta clínica. La actividad de la enfermedad se redujo con el tratamiento a índices reconocidos como UCE controlada.

Tabla 4. Pacientes con diagnóstico de urticaria crónica según tratamiento indicado y resultado de la escala de actividad de la urticaria

Tratamiento indicado		Total (n=48)			
		1ra consulta		Última consulta	
		No.	%	No.	%
Antihistamínicos de 1ra. generación	Difenhidramina	1	2,08	1	2,08
	Clorfeniramina	6	12,50	1	2,08
	Ciproheptadina	21	43,75	23	47,92
Antihistamínicos de 2da. generación	Cetirizina	7	14,58	4	8,33
	Loratadina	10	20,83	7	14,58
	Desloratadina	3	6,25	3	6,25
Antihistamínicos de 1ra. y 2da. generación		7	14,58	2	4,17
Receptores de eicosanoides (montelukast)		8	16,67	10	20,83
Glucocorticoides	Prednisona	5	10,42	-	-
	Metilprednisolona	1	2,08	1	2,08
Sin tratamiento		-	-	9	18,75
Escala de actividad de la urticaria (UAS-7) (media/desviación estándar)		21,82/±11,709422		5,07/±4,679105	

DISCUSIÓN

Dentro de los trastornos dermatológicos comunes se encontraron la urticaria y el angioedema con una prevalencia aproximada del 20 %. Su prevalencia en países africanos como Guinea-Bisáu aún está por determinarse. Autores como Coronado, *et al*⁽¹¹⁾ encontraron una edad media de 48,6 ±13.2 años y un 83,3 % de los casos fueron mujeres. Sedó Mejía, *et al*⁽¹²⁾ en su estudio reportan que la urticaria crónica fue más frecuente en el sexo femenino (80,6 %) y que la edad media fue de 41,2/±15,5 donde el 45,7 % tenían edad entre 30 y 49 años. Coelho-Dias, *et al*⁽¹³⁾ reportan una edad media de 45 años con predominio del sexo femenino (81 %). Gómez, *et al*⁽¹⁴⁾ reportan una edad media de 36 años con predominio del sexo femenino (72 %).

Aguilera-Insunza, *et al*⁽⁶⁾ refieren que la UC tiene un prevalencia de 1,8 % de por vida y es más frecuente en mujeres en proporción de 2:1. Si bien puede afectar a cualquier edad, la incidencia máxima se observa entre los 20 y 40 años. Diferentes autores coinciden en que la UCE es altamente prevalente en el sexo femenino, probablemente asociada a la mayor incidencia de patologías autoinmunes en este sexo.^(2,6,12) Coronado, *et al*⁽¹¹⁾ afirman que la prevalencia en el sexo femenino puede ser debido a que las mujeres muestran cambios en las concentraciones hormonales, incluido el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia y el uso de anticonceptivos hormonales o la terapia de reemplazo hormonal. Se ha mostrado que, al igual que el estradiol, las bajas concentraciones de estrógenos ambientales son capaces de causar la desgranulación de los mastocitos, lo que sugiere su papel en la patogénesis de las enfermedades dependientes de los mastocitos.

El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 4,67 años y el 70,83 % no presentó angioedema. Sedó Mejía, *et al*⁽¹²⁾ en su estudio encontró un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 3,1 años, lo cual podría traducir una deficiencia en la educación médica continua en el primer nivel de atención. Estos autores encontraron un 26,9 % (43 pacientes) de pacientes con angioedema concomitante. Coelho-Dias, *et al*⁽¹³⁾ reportan un tiempo medio de evolución de los síntomas de 24 meses. Coronado, *et al*⁽¹¹⁾ encontraron que los pacientes con UC tuvieron un tiempo de duración en un rango de 6 meses hasta los 40 años, con una mediana de 3 años, con cifras muy similares para cada sexo, la presencia de angioedema fue del 62 %.

Aguilera-Insunza, *et al*⁽⁶⁾ refieren que los pacientes con UCE tiene un tiempo de evolución de la enfermedad en un rango de 1 a 5 años, estimándose que la mitad de ellos mejorarán en los primeros 6 meses, 20 % en los primeros 3 años, igual porcentaje entre los 5 y 10 años y, solo menos de un 2 %, lo hará en 25 años. La coexistencia de UCE con angioedema y/o a UCInd la enfermedad es más prolongada y más severa. Maurer, *et al*⁽¹⁵⁾ reportan una prevalencia del angioedema asociado a UC en Centroamérica, Suramérica (50,8 %) y Europa (46,1 %).

Los autores asumen que la baja prevalencia del angioedema podría corresponder a un subregistro, lo que coincide con Sussman, *et al*⁽¹⁶⁾, los cuales refieren en, según evidenció el estudio ASSURE, la existencia de discrepancias del hallazgo de angioedema entre lo reportado por el médico tratante (41 %) y lo reportado por el paciente mediante cuestionarios individuales (65,8 %), diferencia estadísticamente significativa.

La UCE fue el tipo predominante al constituir el diagnóstico del 70,83 % de los pacientes al tiempo que la hipertensión arterial fue la comorbilidad más constatada (60,42 %). Sedó Mejía, *et al*⁽¹²⁾ encontró que además del diagnóstico de urticaria crónica espontánea en la totalidad de los casos, 17,5 % (28 pacientes) presentó urticaria inducible: inducible facticia (n=17), colinérgica (n=8), inducible por frío (n=2) e inducible facticia + colinérgica (n=1); entre las comorbilidades o enfermedades asociadas, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial (16,3 % n=26), rinitis alérgica (15 %, n=24) e hipotiroidismo (11,3 %, n=18). Maurer, *et al*⁽¹⁵⁾ en el estudio comparativo AWARE reportaron 27,8 % de urticaria inducible en Centroamérica y Suramérica y 21 % en Europa.

Otros autores como Coelho-Dias, *et al*⁽¹³⁾ reportan a la UC asociadas a otras enfermedades en proporciones similares. Coronado, *et al*⁽¹¹⁾ investigaron la presentación concomitante de enfermedades atópicas encontrándose en conjunto en 53 % de la población registrada. De estas, la más prevalente fue rinitis alérgica (61 %), seguida por la presentación conjunta de asma y rinitis alérgica y con menor prevalencia asma como entidad única (4 %) y dermatitis atópica; similar a lo publicado en la literatura en pacientes con UC. Coelho-Dias, *et al*⁽¹³⁾ reportan un predominio de UCE (83 %) seguido de la urticaria crónica aislada inducible (17%).

Zamitiz-Hernández, *et al*⁽²⁾ coinciden en que la UCE tiene una prevalencia de hasta un 1 % y es más frecuente en el sexo femenino entre la década de la vida tercera y quinta. En el 90 % de los casos de urticaria espontánea, no se identifica un factor desencadenante. La asociación de la enfermedad con enfermedades autoinmunes, enfermedades del tejido conectivo, neoplasias, trastornos endocrinos, alergias alimentarias, fármaco, venenos de himenópteros y terapia hormonal es de hasta un 40 %.

Alrededor del 10 % de los pacientes tiene un origen definido de la enfermedad y de ellos en el 80 % se constata autorreactividad, intolerancia alimentaria e infecciones crónicas, incluyendo infecciones por virus de la hepatitis B y C, Epstein-Barr y herpes simple, infecciones por *Helicobacter pylori* e infecciones por helmintos.

En cuanto al tratamiento indicado, Aguilera-Insunza, *et al.* recomiendan que el tratamiento farmacológico se soporte en la prescripción de fármacos antihistamínicos (anti-H1) de 2da. generación aun cuando 70 % de los pacientes no logren mejoría clínica completa. Ante esta alta tasa de fallo terapéutico se han aprobado fármacos inmunosupresores sistémicos y drogas biológicas para el manejo clínico de la UCE.⁽⁶⁾

Coelho-Dias, *et al.*⁽¹³⁾ en la primera prescripción al 86,2 % recetaron monoterapia con anti-H1, y se prescribieron asociaciones con otros medicamentos al 13,8 % mientras que en la última visita el 76,5 % recibió antihistamínicos y 23,5 % utilizó asociaciones.

Coronad, *et al.*⁽¹¹⁾ reportan que el 57 % de los pacientes requirieron tratamiento con dos o más antihistamínicos diferentes para el control de sus síntomas, mayor al porcentaje reportado en la literatura, el cual señala que hasta 40 % de los pacientes con UC no logran el control total de sus síntomas con el uso de un solo antihistamínico; de igual manera hasta 22 % requirió al menos el uso de un ciclo de corticoesteroide sistémico. Un 5 % requirió un fármaco inhibidor de calcineurina debido a UC corticorresistente, considerándose previo al uso biológicos, por lo que, acorde al grado de gravedad, la población del estudio pudo no estar tan afectada. Sadio, *et al.*⁽¹²⁾ refiere que los anti-H1sg fueron el tratamiento más utilizado, tanto en monoterapia como en combinación con anti-H1pg o inhibidor de leucotrienos. En 16,9 % de los pacientes se logró el control de los síntomas con una dosis de anti-H1sg, proporción similar a la reportada por Gómez, *et al.*⁽¹⁴⁾ (15 %).

Las guías internacionales EAACI/GA²LEN/EDF/WAO indican que los antihistamínicos anti-H1 de 2da. generación (anti-H1sg) constituyen el tratamiento de primera línea de la UCE, con eficacia en 45 % a 60 % de los casos. Si los síntomas persisten por más de dos semanas a pesar del tratamiento, se puede aumentar la dosis estándar del anti-H1sg hasta un máximo de cuatro veces. Para los casos refractarios se recomienda el uso de omalizumab (anti-IgE) por al menos seis meses; si el control es inadecuado o los síntomas intolerables, se aconseja emplear ciclosporina.⁽¹²⁾

Tincopa-Wong OW⁽¹⁾ reconoce el desuso progresivo de los antihistamínicos H1 de 1ra. generación y el uso generalizado de los de 2da. generación, los que ahora pasaron a recomendarse como terapia farmacológica de primera línea. Los antihistamínicos de 2da. generación tienen, además, efectos antiinflamatorios y son más efectivos en tomas diarias que solo ante la presencia de las lesiones. Estos fármacos, en la UC, pueden ser administrados hasta alcanzar el control de la enfermedad, lo que puede tardar meses. Este autor refiere, además, que los fármacos de segunda línea (antidepresivos tricíclicos, corticoides, antagonistas de los canales de calcio, levotiroxina, antagonistas de los receptores de los leucotrienos, entre otros) constituyen opción terapéutica cuando la urticaria no responde al uso de fármacos de la primera línea. La tercera línea de tratamiento estaría constituida por ciclosporina (agente más usado y mejor estudiado), inmunomoduladores, plasmaféresis, colchicina, dapsona, ácido tranexámico, terbutalina, hidroxyclorequina y warfarina.

Marín-Cabañas, *et al.*⁽¹⁷⁾ utilizaron omalizumab en 16 % de los pacientes, obteniendo una mejoría de 100 % en 75 % de los casos como medicamento de tercera línea tras la falla terapéutica con ciclosporina oral y en 25 % de los casos como medicamento de cuarta línea. De acuerdo con Salman, *et al.*⁽¹⁸⁾ evidencia que la seguridad y eficacia del omalizumab es amplia, pero su uso es limitado. Maurer, *et al.*⁽¹⁵⁾ en el estudio comparativo AWARE, encontraron que, a pesar de que 76 % de los pacientes en Europa y 83 % en América requerían omalizumab, se utilizó únicamente en el 21 % y 11,4 % respectivamente, lo que traduce una subutilización de este tratamiento, principalmente por su elevado costo.

La actividad de la enfermedad se redujo con el tratamiento a índices reconocidos como UCE controlada. La escala de actividad de la urticaria (UAS-7) se estima a partir de la cuantificación del número de habones y de la intensidad del prurito en las últimas 24 horas, además, es utilizada como un método para estimar la actividad de la enfermedad y de evaluación de la respuesta al tratamiento. Los resultados obtenidos nos permiten concluir un buen resultado terapéutico en el tratamiento de la UC.

Se consideró una limitante del estudio la no evaluación de otros indicadores de calidad, pero constituye el inicio del análisis de los resultados de la atención a este tipo de enfermedad en el país.

CONCLUSIONES

La UC en Guinea Bissau tiene una prevalencia acorde a lo reportado a nivel mundial sin que sus manifestaciones clínicas o esquemas de tratamiento muestren un patrón diferente a lo descrito en la literatura. Se hace necesario modificar esquemas terapéuticos según el inicio del uso de medicamentos recomendados como ciclosporina u omalizumab.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tincopa-Wong ÓW. Urticaria y angioedema: una visión general. *Acta Méd Per* [Internet]. 2014 [citado 5 Ene 2022]; 31(2):111-124. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200008&lng=es
2. Zamitiz-Hernández J, Celio-Murillo R, Torres-Reyes MA, León-Aguilar R, Ramírez-González V. Prevalencia de urticaria crónica en una unidad médica. *Rev Alerg Méx* [Internet]. 2021 [citado 5 Ene 2022]; 68(3):174-179. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v68i3.867>
3. Herrera-Sánchez DA, Álvarez-Chávez FE, O'Farrill-Romanillos PM. Actividad de la urticaria crónica espontánea en pacientes eutiroideos versus hipotiroideos. *Rev Alerg Méx* [Internet]. 2020 Jun [citado 5 Ene 2022]; 67(2):112-118. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v67i2.635>
4. Sugrañes-Montalván A, Barreto-Suarez E, Quesada-Leyva L. Urticaria por frío en un adolescente. *MEDISAN* [Internet]. 2019 [citado 5 Ene 2022]; 23(3):[aproximadamente 8 p.]. Disponible en:



- <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2318>
5. Dabija D, Tadi P. Chronic Urticaria. StatPearls [Internet]. 2019 [citado 5 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555910/>
 6. Aguilera-Insunza R, Correa H, Díaz C, Marinovic MA, Valenzuela F. Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. Rev Méd Chile [Internet]. 2018 [citado 5 Ene 2022]; 146(11):1334-1342. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001101334>
 7. Sánchez-Villalobos JY, Huerta-Romero J. Urticaria aguda en pediatría. Bol Clin Hosp Inf Edo Son [Internet]. 2019 [citado 5 Ene 2022]; 36(2):72-79. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclin/hosinfson/bis-2019/bis192d.pdf>
 8. Cruz-Hernández A, Caballero-López CG, López-García AI, Rivero-Yeverino D, Arana-Muñoz O, Papaqui-Tapia JS, *et al.* Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. Alerg Asma Inmunol Ped [Internet]. 2019 [citado 5 Ene 2022]; 28(2):47-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2019/al192c.pdf>
 9. Silvestre-Salvador JF, Serrano-Manzano M, Serra-Baldrich E, Palacios-Martinez D, Gomez-de la Fuentes E, Heras-Hito JA, *et al.* Recomendaciones para el manejo de la urticaria en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet]. 2020 [citado 5 Ene 2022]; 46(4):270-276. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.006>
 10. Alcántara Villar M, Armario Hita JC, Cimbollek S, Fernández Ballesteros MD, Galán Gutiérrez M, Hernández Montoya C, *et al.* Revisión de las últimas novedades en el manejo del paciente con urticaria crónica: Consenso multidisciplinar de la comunidad autónoma de Andalucía. Actas Dermo-Sifiliogr [Internet]. 2020 [citado 5 Ene 2022]; 111(3):222-228. DOI: <http://dx.doi.org/doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.009>
 11. Coronado B, Ochoa-García IV, Torres-Lozano C, Quintero-Ramos A, Ortega-Cisneros M. Frecuencia y caracterización clínica de la urticaria crónica en un hospital de tercer nivel. Rev Alerg Méx [Internet]. 2021 Jun [citado 5 Ene 2022]; 68(2):94-100. DOI: <http://dx.doi.org/doi.org/10.29262/ram.v658i2.818>
 12. Sedó-Mejía G, Lotz-Esquivel S, Monge-Ortega OP, Pino-García 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 [Internet]. 2021 [citado 5 Ene 2022]; 68(4):225-232. DOI: <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.881>
 13. Coelho Dias GA, Cunha Coelho F, Filippo P, Lacerda Pedrazzi D, Nogueira Arraes AC, Perelló MI, *et al.* Clinical experience of a chronic urticaria university referral center. Eur Ann Allergy Clin Immunol [Internet]. 2021 [citado 31 Ago 2022]; 52(3):112-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.23822/EurAnnACI.1764-1489.103>
 14. Gómez RM, Jares E, Borges MS, Baiardini I, Walter-Canonica G, Passalacqua G, *et al.* Latin American chronic urticaria registry (CUR) contribution to the understanding and knowledge of the disease in the region. World Allergy Organ J [Internet]. 2019 [citado 31 Ago 2022]; 12(6):100042. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2019.100042>
 15. Maurer M, Houghton K, Costa C, Dabov F, Ensina LF, Giménez-Arnau A, *et al.* Differences in chronic spontaneous urticaria between Europe and Central/South America: results of the multi-center real world AWARE study. World Allergy Organ J [Internet]. 2018

[citado 5 Ene 2022]; 11(1):32. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30464782/>

16. Sussman G, Abuzakouk M, Bérard F, Canonica W, Oude-Elberink HO, Giménez-Arnau A, *et al.* Angioedema in chronic spontaneous urticaria is underdiagnosed and has a substantial impact: analyses from ASSURE-CSU. *Allergy* [Internet]. 2018 [citado 5 Ene 2022]; 73(8):1724-1734. DOI: <https://doi.org/10.1111/all.13430>
17. Marín-Cabañas I, Berbegal-de Gracia L, de León-Marrero F, Hispán P, Silvestre JF.

Management of chronic spontaneous urticaria in routine clinical practice following the EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guidelines. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2017 [citado 5 Ene 2022]; 108(4):346-353. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.12.012>

18. Salman A, Demir G, Bekiroglu N. The impact of omalizumab on quality of life and its predictors in patients with chronic spontaneous urticaria: Real-life data. *Dermatol Ther* [Internet]. 2019 [citado 5 Ene 2022]; 32(4):e12975. DOI: <https://doi.org/10.1111/dth.12975>

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

KEM: conceptualización, diseño, revisión bibliográfica, recolección de datos, análisis estadístico, preparación de las tablas, redacción, edición.

PRCM: análisis estadístico, preparación de las tablas, redacción, edición.

RSSF: análisis estadístico, redacción, edición, revisión crítica.

JCB: recolección de datos, redacción, edición, revisión crítica.

NDLC: recolección de datos, redacción, revisión crítica.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.