



Revista alergia México

ISSN: 0002-5151

Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

Miranda-Machado, Pablo Andrés; Hoyos-Sánchez, Bautista de la Cruz

Prevalencia de urticaria en Cartagena, Colombia

Revista alergia México, vol. 64, núm. 2, 2017, Abril-Junio, pp. 163-170

Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C.

DOI: 10.29262/ram.v64i2.245

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755083004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo original

Colegio
Mexicano de
Inmunología
Clínica y Alergia | Sociedad
Latinoamericana
de Alergía, Asma
e Inmunología

aM
Revista
Alergia México



Prevalence of urticaria in Cartagena, Colombia

Prevalencia de urticaria en Cartagena, Colombia

Pablo Andrés Miranda-Machado,¹ Bautista de la Cruz Hoyos-Sánchez²

Abstract

Background: In Colombia, there have been studies on the prevalence of allergic diseases such as asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis. Prevalence studies of urticaria in Colombia are scarce.

Objective: Our objective of this study was to estimate the prevalence of urticaria in Cartagena (Colombia) in order to contribute to national epidemiological estimates of disease.

Methods: A multicenter cross-sectional study in the city of Cartagena was conducted and 547 patients aged 1-58 years treated at the Allergy specialist consultation in care centers selected for this study between April and July 2015 were included, through non-probabilistic sampling.

Results: The prevalence of urticaria in the care centers selected of city of Cartagena (Colombia) was 7.1 % (4 % children and adults 3.1 %). 3.4 % prevalence of acute urticaria and 3.6 % of chronic urticaria was estimated.

Conclusion: 46.1 % reported having a poor quality of life associated with urticaria.

Keywords: Urticaria; Allergy

Este artículo debe citarse como: Miranda-Machado PA, Hoyos-Sánchez BC. Prevalencia de urticaria en Cartagena, Colombia. Rev Alerg Mex. 2017;64(2):163-170

¹Unidad de Prevención Clínica La Candelaria. Cartagena de Indias, Colombia

Correspondencia: Pablo Andrés Miranda-Machado.
mmpa9@hotmail.com

²Centro de Especialistas Santo Domingo. Cartagena de Indias, Colombia

Recibido: 2016-11-11
Aceptado: 2016-11-29

Resumen

Antecedentes: En Colombia se han realizado estudios de prevalencia de enfermedades alérgicas como asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica. Los estudios de prevalencia de urticaria en Colombia son escasos.

Objetivo: Estimar la prevalencia de urticaria en Cartagena, Colombia, con el fin de contribuir a las estimaciones epidemiológicas nacionales de esta enfermedad.

Métodos: Se realizó un estudio transversal multicéntrico en la ciudad de Cartagena y se incluyeron 547 pacientes entre 1 y 58 años atendidos en la consulta especializada de alergología en los centros de atención seleccionados para esta investigación entre abril y julio de 2015, mediante un muestreo por conveniencia.

Resultados: La prevalencia de urticaria en los centros de atención seleccionados de la ciudad de Cartagena fue de 7.1 % (niños 4.0 % y adultos 3.1 %). Se estimó una prevalencia de 3.4 % de urticaria aguda y de 3.6 % de urticaria crónica.

Conclusiones: El 46.1 % de los pacientes manifestó tener una mala calidad de vida asociada con la urticaria.

Palabras clave: Urticaria; Alergia

Abreviaturas y siglas

AINE, antiinflamatorio no esteroideo

EAACI, European Academy of Allergology and Clinical Immunology

EDF, European Dermatology Forum

GA2LEN, Global Allergy and Asthma European Network

OMS, Organización Mundial de la Salud

WAO, World Allergy Organization

Introducción

La urticaria es un grupo común y heterogéneo de trastornos con una gran variedad de causas subyacentes (infecciones, alimentos, hipersensibilidad a medicamentos, alergias específicas, autoinmunidad y otras condiciones), que comparten un distintivo patrón de reacción cutánea, es decir, el desarrollo de erupciones o angioedema.^{1,2,3} Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Allergy Organization (WAO), la prevalencia de las enfermedades alérgicas va en aumento importante en todo el mundo, independientemente del nivel de desarrollo de los países.

La urticaria se produce con frecuencia y tiene una prevalencia durante la vida mayor a 20 %. Sin tratamiento, la urticaria crónica tiene un impacto severo en la calidad de vida, afecta el desempeño escolar de los niños y la productividad hasta en 30 %.^{4,5} Aun cuando solo la mitad de los episodios de urticaria son diagnosticados por médicos y la mayoría

de los clínicos considera la urticaria un motivo de consulta frecuente, los estudios sobre urticaria son escasos.³ En Colombia se han realizado estudios de prevalencia de enfermedades alérgicas como asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica.^{6,7,8,9,10} En los últimos 5 años se ha publicado un estudio sobre la prevalencia de urticaria crónica, un estudio sobre los factores pronósticos asociados con la duración de la urticaria crónica espontánea, una serie de casos de urticaria por frío y una serie de casos de urticaria vasculítica, realizados en la región andina en las ciudades de Bogotá y Medellín (Colombia). Este estudio pretende estimar la prevalencia de urticaria en Cartagena (Colombia), una ciudad del caribe colombiano.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de corte transversal multicéntrico en el que se incluyeron 547 pacientes entre 1 y

58 años de edad en 4 centros de atención de la ciudad de Cartagena, Colombia, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se llevó a cabo entre el 13 de abril y el 13 de julio de 2015.

Estrategia de muestreo

Se identificaron los centros de atención de la ciudad de Cartagena, Colombia, donde se ofrece atención de enfermedades alérgicas. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la consulta especializada de alergología durante el periodo definido para el estudio, incluyendo la misma proporción de pacientes por cada centro de atención. El entrevistador fue un médico especialista en alergología, quien verificó las respuestas con los otros autores. Se obtuvo una tasa de respuesta de 100 % y no se identificaron encuestadas incompletas. Las respuestas a las preguntas en la población pediátrica fueron obtenidas de los padres o cuidadores.

Tamaño de la muestra

Los cálculos del tamaño de la muestra se basaron en la prevalencia de la urticaria. Los estudios de prevalencia de urticaria en Colombia en las bases de datos son escasos. Se estima que aproximadamente 20 % de las personas puede desarrollar episodios de urticaria en algún momento de la vida.⁴ Se utilizó un nivel de confianza de 95 % y una precisión de 5 %. Si bien 282 pacientes habrían sido adecuados para el estudio, calculamos que 500 sujetos podían dar la suficiente precisión para cubrir los efectos imprevistos de diseño y otros factores.

Encuesta de urticaria

Se registró la edad y el sexo de cada paciente. A los pacientes con impresión diagnóstica de urticaria se les aplicó un cuestionario elaborado por los autores, validado y con base en las preguntas sugeridas en el consenso alcanzado durante el panel de discusión de la Tercera Reunión Internacional de Consenso sobre Urticaria, Urticaria 2008, iniciativa conjunta de la Sección de Dermatología de la European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI), la red de excelencia EU-funded, la Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN), el European Dermatology Forum (EDF), and la World Allergy Organization (WAO) (Anexo 1).¹

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresaron en medias ± desviación estándar y las variables cualitativas, en porcentajes. Se planteó la hipótesis sobre la probable relación entre las características clínicas, factores etiológicos y resultados de pruebas de alergias con el tipo de urticaria y duración de las crisis, con base en otros estudios publicados. Para estimar la relación entre la duración de las crisis de urticaria con el sexo, presencia de angioedema, factores etiológicos y pruebas cutáneas de alergias positivas, se compararon con la t de Student. Para estimar la relación entre los tipos de urticaria con los grupos de edad y sexo se aplicó la prueba χ^2 ; los valores de p menores de 0.05 se consideraron significativos.

Resultados

Entre el 13 de abril y el 13 de julio de 2015 se atendieron 547 pacientes en la consulta de alergología en los centros de atención seleccionados para esta investigación. Se identificaron 39 pacientes (7.1 %) con diagnóstico de urticaria. La media ± desviación estándar de la edad de los pacientes con urticaria fue de 22.8 ± 16.4 años. El 53.8 % (21) de los pacientes fueron del sexo femenino. En relación con el tiempo de aparición de la urticaria, 48.7 % (19) de los pacientes presentaba urticaria desde menos de 6 semanas atrás (aguda) y 51.2 % (20) desde más de 6 semanas atrás (crónica). El porcentaje de pacientes del sexo masculino con urticaria aguda (masculino 68.4 % versus femenino 31.5 %, $p = 0.007$) y el porcentaje de pacientes del sexo femenino con urticaria crónica fue significativamente mayor (femenino 75 % versus masculino 25 %, $p = 0.007$).

La media ± desviación estándar de la edad de aparición de la urticaria fue de 20.7 ± 16.7 años. El 35.9 % (14) de los pacientes presentaba un estimado subjetivo de más de 50 erupciones durante los episodios de urticaria y 69.2 % (27) las presentó por menos de 24 horas. No se identificaron diferencias significativas en la duración de las erupciones según el sexo y la presencia de angioedema. En 87.1 % (34) los episodios de urticaria se manifestaron durante el día y la noche. Respecto a la forma de las erupciones, en 48.7 % (19) eran irregulares y en 43.5 % (17) confluentes. La duración de las crisis de urticaria fue de 29 ± 62.5 horas. Se identificaron 2 casos (5.1 %) de urticaria perenne. Respecto a los síntomas asociados, 74.3 % (29) de los pacientes presentaba prurito

Cuadro 1. Síntomas subjetivos por urticaria

	%	n
Prurito	74.36	29
Disnea	2.56	1
Prurito y disnea	23.08	9

y 46.1 % (18), angioedema asociado (Cuadro 1). No se identificaron diferencias significativas en la duración de las crisis de urticaria según el sexo y la presencia de angioedema.

El 38.4 % (15) de los pacientes tenía antecedentes familiares de alergias y 23 % (9), antecedentes personales de otras enfermedades alérgicas (Cuadro 2). Se identificó un paciente con anemia y uno con dermatitis seborreica. Respecto a los posibles factores etiológicos, en 30.7 % (12) se presentó por inducción de agentes físicos, 15.3 % (6) por ejercicio, en 25.6 % (10) por medicamentos y en 20.5 % (8) por alimentos (Cuadro 3). No se encontraron casos relacionados con el tabaquismo. El 10.2 % (4) manifestó algún grado de estrés. Respecto a la calidad de vida relacionada con la urticaria, 46.1 % (18) indicó tener una mala calidad de vida, 33.3 % (13) una regular calidad de vida y 20.5 % (8) buena calidad. A 38.4 % (15) de los pacientes se le realizó pruebas cutáneas de alergia, que fueron positivas en 46 % (7) (Cuadro 4). El 100 % de los pacientes con urticaria estaban recibiendo algún tratamiento farmacológico: 61.5 % (24) estaba recibiendo antihistamínicos y 38.4 % (15), antihistamínicos y corticoides. No se identificaron diferencias significativas en la du-

ración de las erupciones y de las crisis de urticaria, según los factores etiológicos y las pruebas cutáneas de alergias positivas.

Discusión

La urticaria tiene una prevalencia durante la vida mayor a 20 %.^{4,5} La urticaria aguda es más frecuente en niños y adultos jóvenes, mientras que la crónica se presenta con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad. La prevalencia en niños oscila según el país entre 3.4 y 5.4 % y la urticaria crónica afecta de 0.1 a 0.5 % de la población general. En el estudio de urticaria crónica que analizó el periodo entre 2010 y 2012, de 123 niños 57.7 % tenía urticaria aguda y 42.2 %, urticaria crónica, con predominio en el sexo femenino.¹¹ En nuestro estudio se estimó una prevalencia de urticaria de 7.1 % en los 4 centros de atención seleccionados en Cartagena, Colombia, por debajo de la prevalencia estimada durante la vida mayor, y una prevalencia de urticaria en niños de 4 %, muy similar a las informadas en otros países. Se calculó una prevalencia de 3.4 % de urticaria aguda y 3.6 % de urticaria crónica. No se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos de edad (niños y adultos) y el tipo de urticaria (aguda o crónica). El porcentaje de pacientes del sexo femenino con urticaria crónica fue significativamente mayor, similar a lo reportado en la literatura especializada.

Varias investigaciones han señalado que el inicio de la urticaria aguda predomina en niños y adultos jóvenes y la urticaria crónica entre los 20 y 40 años.¹² En el estudio de urticaria crónica realizado en población infantil en Caracas, Venezuela, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad y el tipo de urticaria (aguda o crónica). La media de duración de la urticaria aguda fue de 18.6 ± 10.6 días y de la urticaria crónica, de 17.4 ± 24 meses.¹¹ En el estudio sobre factores pronóstico asociados con la duración de la urticaria espontánea crónica efectuado en Medellín, Colombia, entre 2006 y 2011, la media de la edad fue de 40 ± 18.6 años, con variaciones entre los 4 y 79 años.¹² Respecto a la prevalencia de los tipos de urticaria en pacientes de Bogotá y Medellín en 2014, los pacientes con urticaria crónica tuvieron una edad media de 26 años (14-61) y una media de duración de la enfermedad de 2 años (3-156 meses).¹³ En nuestro análisis, la media ± desviación estándar de la edad de los pacientes con urticaria aguda fue de 25.8 ± 17.4

Cuadro 2. Antecedentes personales de enfermedades alérgicas

	%	n
Rinitis alérgica	33.3	3
Rinitis alérgica y asma alérgica	22.2	2
Dermatitis atópica	11.1	1
Asma alérgica	11.1	1
Alergia al látex	11.	1
Alergia a antibióticos	11.1	1
Total	100	9

años y en la urticaria crónica de 20 ± 13.9 años, y la duración de la enfermedad de 2.1 ± 2.3 años. No se evidenciaron diferencias significativas entre la edad y el tipo de urticaria (aguda o crónica), similar a lo informado en otros estudios.

En Caracas, Venezuela, se registraron antecedentes de rinitis alérgica (9.8 y 28.8 %), asma (5.8 y 11.5 %), eccema atópico (4.2 y 0 %), rinosinusitis crónica (2.8 % y 11.5 %) en los niños con urticaria aguda y crónica, respectivamente.¹¹ En Medellín se identificaron pacientes con otras enfermedades alérgicas: 4 % cutáneas y 25.3 % respiratorias.¹² En nuestra investigación se registraron principalmente pacientes con rinitis alérgica y asma.

En Caracas, Venezuela, se identificó que los insectos (mosquitos), los alimentos y los medicamentos fueron los inductores más comunes de los síntomas de urticaria aguda, mientras que la urticaria inducida por presión cutánea fue referida más a menudo en los pacientes con la manifestación crónica. Las pruebas cutáneas de alergias fueron positivas en 59 % de los sujetos con urticaria aguda y en 63.3 % de los niños con urticaria crónica, pero no hubo diferencias significativas. Las reacciones más frecuentes fueron a ácaros, alimentos, cucarachas, perros y gatos.¹¹ En el estudio de Bogotá y Medellín se registró que 70.4 % tenía urticaria colinérgica espontánea, 1.4 % urticaria colinérgica, 5.6 % urticaria física y 23 % ambos tipos; 67 % de los pacientes tenía síntomas asociados con uno o más desencadenantes físicos (fricción 43 %, calor 32 %, frío 23 %, presión 19 % y ejercicio 8 %).

El tipo más común de la urticaria física demostrada con la prueba de provocación física fue el dermografismo sintomático (33 %), seguido por urticaria por frío (14.9 %), urticaria por presión (7.9 %) y urticaria de presión retardada (1.8 %), respectivamente.¹³ En 2011 se publicó una serie de 4 casos de urticaria por frío identificados en Medellín, Colombia.¹⁴ En 2013 se publicó un análisis descriptivo de 24 casos de urticaria vasculítica en Medellín, Colombia.¹⁵

En nuestro estudio, mediante pruebas de presión y pruebas de provocación con hielo, agua caliente, exposición solar, fuerzas mecánicas y vibratorias se identificó que los principales desencadenantes fueron los agentes físicos (30.7 %); el más frecuente fue el dermografismo (20.5 %) y no se registraron casos inducidos por picaduras de insectos. El frío

Cuadro 3. Factores etiológicos de la urticaria

	%	n
Inducción por agentes físicos	30.77	12
Calor	5.13	2
Dermografismo	20.51	8
Dermografismo y frío	2.56	1
Calor, dermografismo, exposición solar, fuerzas mecánicas y vibratorias	2.56	1
Medicamentos	25.6	10
AINE	15.38	6
AINE e hioscina	2.56	1
AINE y dipirona	2.56	1
Antihipertensivo y levotiroxina	2.56	1
Lovastatina	2.56	1
Alimentos	20.5	8
Camarones	2.56	1
Perros calientes	2.56	1
Pescados	2.56	1
Tomate y fresa	2.56	1
Hamburguesa, bocadillo y arepa de huevo	2.56	1
Alimentos con tartracina	7.69	3
AINE, antiinflamatorio no esteroideo		

constituyó el agente desencadenante en 2.5 % de los casos. No se encontraron casos de urticaria vasculítica. Las pruebas cutáneas de alergias fueron positivas en 46 % de los casos, principalmente a los ácaros (20 %) y, al igual que en el estudio de Caracas, Venezuela, las pruebas cutáneas de alergias no contribuyeron al diagnóstico final en ninguno grupo.

Respecto al tratamiento, en la investigación de Caracas se identificó manejo con dosis aprobadas de antihistamínicos no sedantes (100 %); combinaciones de 2 antihistamínicos en urticaria aguda (7 %) y crónica (7.6 %), corticosteroides orales en urticaria aguda (5.6 %) y crónica (5.1 %) y antileucotrieno en

Cuadro 4. Resultados de las pruebas cutáneas de alergias

Pruebas cutáneas de alergia	%	n
Ácaros	20	3
Ácaros y camarón	13.3	2
Avispa	6.6	1
Ácaros, aspergillus, cucaracha y tartracina	6.6	1
Negativo	53.3	8

un paciente con urticaria crónica.¹¹ En Medellín se registró tratamiento con antihistamínicos H1 a dosis simples (37.4 %) y a dosis doble (28.3 %), antihistamílico H1 más antagonista del receptor de leucotrienos (17.2 %); antihistamínicos H1 más antihistamínicos y medicamento inmunomodulador (2 %). En nuestro análisis no se identificó relación significativa entre las variables clínicas y sociodemográficas y la duración de la urticaria crónica, aunque se sugiere que los mayores porcentajes de urticarias crónicas de más de 60 meses de duración en pacientes el sexo femenino, con angioedema, otras urticarias y otras enfermedades alérgicas cutáneas podrían ser significativos con muestras más grandes.¹² Los pacientes estaban recibiendo antihistamínicos (61.5 %) y antihistamínicos y corticoides (38.4 %). Al igual que en el estudio de Medellín, no se identificaron diferencias significativas en la duración de las erupciones y las crisis de urticaria según el sexo, presencia de angioedema, factores etiológicos y las pruebas cutáneas de alergias positivas.

La urticaria crónica no tratada tiene un impacto severo en la calidad de vida y afecta la productivi-

dad hasta en 30 %, generando un impacto socioeconómico ya que es una enfermedad que se presenta principalmente en personas en edad laboral.^{4,5} En nuestra población, 46.1 % manifestó tener mala calidad de vida asociada con la urticaria.

La realización de un muestreo no probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra fueron las principales limitaciones de nuestra investigación. Se incluyeron los centros de atención en alergología en Cartagena donde se presta atención a pacientes de todos los regímenes de aseguramiento y que cuenta con coberturas superiores a 90 %.

Conclusión

La prevalencia de urticaria en los 4 centros de atención de Cartagena, Colombia, fue de 7.1 % (niños 4 % y adultos 3.1 %). Se estimó una prevalencia de 3.4 % de urticaria aguda y de 3.6 % de urticaria crónica. El porcentaje de pacientes del sexo masculino con urticaria aguda y el de pacientes de sexo femenino con urticaria crónica fue significativamente mayor. La mayoría de los pacientes con urticaria tuvo rinitis o asma alérgica asociada (55.5 %). El principal factor etiológico identificado fue la inducción por agentes físicos (30.7 %), principalmente el dermografismo (20.5 %). No se identificó relación significativa entre la duración de las erupciones y las crisis de urticaria con el sexo, presencia de angioedema, los diferentes factores etiológicos y las pruebas cutáneas de alergias positivas. El 46.1 % manifestó tener una mala calidad de vida asociada con la urticaria.

Agradecimientos

Nuestra gratitud especialmente al doctor Pablo Sabogal, por la revisión crítica de este manuscrito.

Referencias

1. Zuberbier T. A summary of the New International EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guidelines in Urticaria. World Allergy Organ J. 2012;5 Suppl 1:S1-S5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181f13432>
2. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CE, Greaves MW, Henz BM, et al. EAACI/GA2LEN/EDF guideline: Definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy. 2006;61(3):316-320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2222.2009.02179.x>
3. Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 2013;93(5):500-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-1573>
4. Pawankar R. Allergic diseases and asthma: a global public health concern and a call to action. World Allergy Organ J. 2014;7(1):12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1939-4551-7-12>

5. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF, Organization WA. World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy. US: WAO; 2011.
6. Caraballo L, Cadavid A, Mendoza J. Prevalence of asthma in a tropical city of Colombia. Ann Allergy. 1992;68(6):525-529.
7. Dennis R, Caraballo L, Garcia E, Caballero A, Aristizabal G, Cordoba H, et al. Asthma and other allergic conditions in Colombia: A study in 6 cities. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004;93(6):568-574. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61265-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61265-3)
8. Dennis RJ, Caraballo L, Garcia E, Rojas MX, Rondon MA, Perez A, et al. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009-2010: A cross-sectional study. BMC Pulm Med. 2012;12:17.
9. Miranda-Machado PA, Hoyos-Sánchez BC. Prevalencia de diagnóstico clínico y tratamiento de la rinitis alérgica según las guías ARIA 2010 en la población escolar de la ciudad de Cartagena-Colombia. Rev latreia. 2013;26(Supl 3):25.
10. Miranda MPA, Hoyos SBD. Prevalencia de asma infantil en la ciudad de Cartagena. Alerg Asma Inmunol Pediatr. 2014;23(2):39-42. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=54916>
11. Sánchez-Borges M, Capriles-Hulett A, Caballero-Fonseca F, González-Aveledo L. Urticaria en niños atendidos en servicios de alergología. Rev Alerg Mex. 2014;61:90-98. Disponible en: <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/31>
12. Sus SE, Restrepo MN, Tamayo LM, Cardona R. Factores pronóstico asociados a la duración de la urticaria espontánea crónica en población colombiana. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2013;21(2):124-132.
13. Poster Session Group III- Green TPS 53. Air pollution and moulds still as risk factors. Allergy. 2014;69:454-572.
14. Sánchez JM, Ramírez RH, Tamayo LM, Chinchilla CF, Cardona R. Urticaria por frío: serie de casos y revisión del tema. Biomédica. 2011;31(2):168-177. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/298>
15. Palacios CP, Londoño A, Restrepo R, Pinto LF, Velazquez CJ, Gomez LI, et al. Estudio descriptivo de urticaria vasculítica en Medellín, Colombia: características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2013;21(2):135-144.

Anexo 1. Encuesta urticaria 2015 Cartagena (Colombia)

Edad: _____ años

Sexo: Masculino____ Femenino____

Marcar con una X

1. Tiempo de aparición de la enfermedad:

< 6 semanas____ > 6 semanas____ Lesiones de corta duración que se repiten cada cierto tiempo____
Edad de aparición_____

2. Frecuencia y duración de erupciones:

< 20 erupciones /24 horas____
Entre 21-50 erupciones /24 horas____
> 50 ronchas/24 horas o grandes áreas confluentes de erupciones____
Erupciones de < 24 horas de duración____ Erupciones de > 24 horas de duración____

3. Variación diurna: aparición de las lesiones o ronchas en el día____ En la noche____ Día y/o noche ____

4. Forma, tamaño y distribución de las erupciones:____ Tiempo de duración de la crisis____

5. Asociación con angioedema: Sí____ No____

6. Síntomas subjetivos asociados de lesión, por ejemplo, picor, prurito o rasquija____
-
- Disnea, dificultad respiratoria o ahogo____ Dolor____ Otros____ Mencione cuál(es)____

7. Antecedentes familiares de urticaria o atopía:

8. Antecedentes o alergias personales anteriores o actuales, infecciones, enfermedades internas u otras causas posibles:_____ Otra enfermedad_____

9. Inducción por agentes físicos: No____ Sí____ Cuál(es): Frío____ Calor____
-
- Presión vertical (dermografismo)____ Exposición solar____ Fuerzas mecánicas____ Fuerzas vibratorias____
-
- Polvo casero____ Inducción por ejercicio: No____ Sí____

10. Uso de drogas (antiinflamatorios no esteroideos, AINE), inyecciones, vacunas, hormonas, laxantes, supositorios, gotas para oídos y ojos y remedios alternativos: Sí____ No____ Especifique cuál(es):

11. Relación con alimentos: No____ Sí____ Cuál(es):

12. Hábitos de fumar: Sí____ No____

13. Tipo de trabajo:

14. Pasatiempos:

15. Sucesos en relación con los fines de semana, vacaciones y viajes al extranjero:

16. Implantaciones quirúrgicas: No____ Sí____ Cuál(es):

17. Reacciones a picaduras de insectos: Sí____ No____

18. Relación con el ciclo menstrual: Sí____ No____

19. Respuesta a la terapia: Buena____ Sin respuesta____

20. Relación con el estrés: Sí____ No____

21. De calidad de vida relacionada con la urticaria: Buena____ Regular____ Mala____

22. ¿Qué tratamiento ha recibido?: Antihistamínicos ____ Corticoides____ Otros____ Cuál(es) ____

23. ¿Le han hecho pruebas cutáneas de alergias? Sí ____ No____ Resultado _____