

Barreras en el manejo de la urticaria crónica espontánea en la atención primaria. Desafíos y posibles soluciones

Jorge Sánchez¹; Elizabeth García²; Liliana Tamayo³; Margarita Velásquez⁴; Lina Santos⁵; Julián Gaitán⁶; Otto Hamann⁷; Edgardo Chapman⁸; Tatiana Espinosa⁹; Jorge Leonardo Sánchez¹⁰



RESUMEN

Introducción: La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad con una alta carga de salud y alto impacto en la calidad de vida para los pacientes. En los últimos años, varias guías internacionales han desarrollado propuestas de tratamiento basadas en la mejor evidencia disponible. Sin embargo, las recomendaciones contenidas en estos documentos no siempre pueden ser aplicadas en la práctica médica, especialmente para los médicos de atención primaria. Cinco asociaciones científicas de Colombia buscaron identificar las posibles barreras que se le presentan a los médicos de atención primaria para el cumplimiento de las recomendaciones de las guías internacionales. Luego de realizar la identificación de las barreras, los autores plantearon algunas soluciones que podrían ayudar a conseguir un manejo oportuno para el paciente desde la atención primaria.

PALABRAS CLAVE: Antihistamínicos; Atención primaria; Control; Tratamiento; Urticaria.

1. Grupo de Alergología Clínica y Experimental, Hospital Alma Mater de Antioquia, Universidad de Antioquia. Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología - ACAAI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6341-783X>
2. Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología - ACAAI. UNIMEQ-ORL. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Fundación Santa Fe. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-4007>
3. Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología - ACAAI. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica - AsoColDerma. Universidad Pontificia Bolivariana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4856-3051>
4. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica - AsoColDerma. Centro de Investigaciones Dermatológicas - CIDERM, Programa de Dermatología. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8604-6488>
5. Sociedad Colombiana de Médicos Generales - SOCOMEG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7836-2349>
6. Sociedad Colombiana de Medicina Familiar - SOCMEF. Universidad Juan N. Corpas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3434-1298>
7. Sociedad Colombiana de Medicina Familiar - SOCMEF. Universidad Juan N. Corpas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3544-9062>
8. Médico, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Pediatra, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Alergólogo e inmunólogo, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Médico institucional, Fundación Santa Fé de Bogotá, Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-860X>
9. Asociación Colombiana de Medicina Interna - ACMI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7296-9238>
10. Sociedad Colombiana de Médicos Generales - SOCOMEG, Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9645-0302>

Correspondencia: Jorge Sánchez; **email:** jorgem.sanchez@udea.edu.co

Recibido: 3/30/2023; **aceptado:** 6/16/2023

Cómo citar: Sánchez J, García E, Tamayo L, Velásquez, M, Santos L, Gaitán J, et al. Barreras en el manejo de la urticaria crónica espontánea en la atención primaria. Desafíos y posibles soluciones. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(2):105-110.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1793>

Financiación y conflictos de interés: El presente documento fue financiado por medio de una convocatoria abierta realizada por el Laboratorio Novartis a través de concurso. Novartis no participó en la redacción del manuscrito, las reuniones de trabajo o la conformación del panel de expertos.

BARRIERS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA IN PRIMARY CARE. CHALLENGES AND POSSIBLE SOLUTIONS

SUMMARY

Introduction: Chronic spontaneous urticaria (CSU) is a disease with a high health burden and a tremendous impact on the quality of life for patients. In recent years, various international guidelines have developed treatment proposals based on the best available evidence. However, the recommendations contained in these documents cannot always be applied in medical practice, especially to primary care physicians. Five scientific associations from Colombia sought to identify the possible barriers that primary care physicians face to comply with the recommendations of international guidelines. After identifying the barriers, the authors have proposed some solutions that could help achieve timely management for the patient from primary care.

KEY WORDS: Antihistamines; Control; Primary care; Treatment; Urticaria.

INTRODUCCIÓN

La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la formación de habones o angioedema ⁽¹⁻⁵⁾. Los pacientes con la enfermedad suelen realizar múltiples restricciones de alimentos, medicamentos y actividades recreativas por temor a un empeoramiento de su cuadro ⁽⁶⁻⁸⁾. A pesar de que en la mayoría de los casos estas restricciones no son necesarias, en ocasiones son reforzadas por los médicos tratantes, lo que señala errores en el manejo de la enfermedad. Aunque se han desarrollado múltiples guías de manejo basadas en la evidencia científica ⁽¹⁻⁵⁾ y que se ha comprobado la utilidad de su uso, es aún frecuente que los pacientes tengan retrasos en el manejo de la enfermedad o que el abordaje inicial no sea realizado de forma correcta ^(9, 10). Durante el año 2022, en un trabajo conjunto de la Asociación Colombiana de Alergias, Asma e Inmunología (ACAAI) y la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (AsoColDerma), fueron invitadas diferentes sociedades científicas a construir un documento práctico que permitiera ayudar a resolver las dudas en el manejo de la urticaria para los médicos de atención primaria y hacer que el manejo clínico siguiera las recomendaciones dadas en las guías internacionales basadas en la evidencia ⁽¹⁻⁴⁾.

La Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOC-MEF), la Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP), la Sociedad Colombiana de Medicina General (SOCOMEG)

y la Asociación Colombiana de Especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias (ACEM) aceptaron participar en la construcción de un consenso basado en las guías internacionales, pero ajustado a la realidad nacional, dirigido a los médicos de atención primaria con el fin de optimizar el manejo brindado a los pacientes, pero, a la vez, reconociendo las particularidades nacionales y del sistema de salud. De este consenso pudieron identificarse algunas barreras que dificultan la aplicación de las guías y la metodología; de igual manera, las recomendaciones fueron publicadas en la revista Acta Médica Colombiana ⁽¹¹⁾. En este artículo de reflexión basado en el consenso construido por las diferentes sociedades, los autores describen las barreras que identificaron y dificultan seguir las recomendaciones de las guías y proponen algunas soluciones prácticas que permitan optimizar el mejor tratamiento posible y más eficiente a los pacientes.

MÉTODOS

La metodología se presenta con detalle en el artículo original del consenso ⁽¹¹⁾. A continuación, presentamos un resumen:

Cada sociedad nombró dos delegados para participar en el consenso.

Los delegados procedieron a construir un documento en donde se realizó una discusión de cada uno de los puntos recomendados en las guías internacionales de urticaria ⁽¹⁻⁴⁾ y su aplicabilidad a nivel local.

Siguiendo la metodología Delphi, se generaron algunas preguntas y se llegó a consenso mediante votación.

El documento construido por los delegados tuvo una evaluación externa mediante la divulgación preliminar entre todos los miembros de las sociedades participantes, buscando identificar las dudas que pudieran surgir del documento e identificar barreras adicionales que no estuvieran en la versión inicial.

Se incluyeron los comentarios de los asociados en el documento final.

RESULTADOS

A partir de las discusiones entre los delegados y la socialización entre los miembros de las sociedades participantes, se identificaron algunas barreras para el diagnóstico y para el manejo de la UCE. A continuación, procedemos a describir las barreras identificadas y las soluciones propuestas.

Barreras en el diagnóstico

Se identificaron tres barreras que dificultan el diagnóstico por parte de los médicos de atención primaria en la UCE.

1. Confusión con otras enfermedades cutáneas

La UCE se caracteriza por la sensación de prurito y la presencia de habones o angioedema ⁽¹⁻⁴⁾. Un estudio reciente donde se reclutaron más de 600 pacientes con diagnóstico de UCE observó que el 23% de los pacientes realmente no tenían UCE, diagnóstico este que fue confundido en la mayoría de los casos con prurito crónico, prurigo y dermatitis atópica ⁽¹²⁾. El error ocurre porque es frecuente que el paciente, al llegar a la consulta, no tiene lesiones y el diagnóstico se realiza solo a partir de su relato, el cual en ocasiones no da el mismo significado que el médico a términos como roncha, hinchazón, pápulas, entre otros. Un registro fotográfico permitiría al médico ver las lesiones que presenta el paciente y reducir el riesgo de confusión con otras enfermedades ⁽¹²⁾.

2. Falta uso de clinimetría

Las escalas clinimétricas permiten cuantificar la actividad de la enfermedad, medir el impacto en la calidad de vida y también el control secundario al tratamiento farmacológico ^(1,2). No usar las escalas dificulta el manejo armónico entre los diferentes médicos que atienden a un paciente y no permite establecer medidas terapéuticas adecuadas. Con el uso de escalas clinimétricas puede definirse cuándo debe cambiarse un tratamiento o cuándo considerar la remisión a un especialista ^(1,2). Al consultar entre las diferentes sociedades participantes del consenso, observamos que entre los médicos de atención primaria el uso de escalas era prácticamente nulo. Para superar esta barrera, facilitar el acceso y uso de las escalas clinimétricas de UCE en los médicos de atención primaria, se hizo necesario un trabajo conjunto entre las sociedades expertas en el manejo de la urticaria y las sociedades de médicos de atención primaria. El documento publicado ⁽¹¹⁾ busca alcanzar dicho objetivo.

3. Realización de exámenes

Por mucho tiempo se consideró necesario la realización de múltiples exámenes para identificar las causas de la UCE ⁽¹³⁾: evaluación renal, evaluación hepática, VDRL, reactantes de fase aguda, presencia de *Helicobacter pylori*, entre otras. Actualmente, las guías de UCE desaconsejan la realización de estos exámenes ⁽¹⁻⁵⁾; diversos estudios han mostrado que su realización no suele modificar la conducta médica en el paciente con UCE y no se asocia con la causalidad de la enfermedad; por el contrario, en ocasiones la positividad de algunos exámenes genera la necesidad de otros más invasivos que no están asociados con la UCE. Hoy en día se recomienda que a los pacientes con UCE solo se les realicen hemograma, reactantes de fase aguda, IgE total e IgE contra tiroperoxidasa. Debido a que la interpretación de estos exámenes en el paciente con UCE es con finalidad de pronóstico y no de manejo inmediato, una solución para evitar el exceso de exámenes y errores en el manejo secundario es que estos exámenes solo sean realizados por el médico especialista entre aquellos pacientes que por falta de control con el tratamiento de primera línea requieran ser evaluados por alergólogos o dermatólogos.

Se identificaron algunas barreras en el manejo terapéutico adecuado por parte de los médicos de atención primaria en la UCE, descritas a continuación.

Restricciones innecesarias

Debido a que la UCE usualmente aparece de forma espontánea, más del 90% de los pacientes suelen asociar las exacerbaciones con alimentos, medicamentos o actividades realizadas cerca del momento en que ocurre el cuadro ⁽⁶⁻⁸⁾. Esto genera frecuentes restricciones por parte del paciente y, en ocasiones, por recomendación médica, las cuales no suelen ser necesarias. Menos del 1% de las UCE se empeoran por un alimento, del 10% al 15%, por un medicamento, específicamente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y alrededor del 30% puede tener, junto con la UCE, una urticaria por estímulos físicos ⁽⁶⁻⁸⁾. Una posible solución para evitar restricciones innecesarias sería la realización de escalas clínicas que permitan al paciente y al médico medir la mejoría de los síntomas. Si la duda persiste, el paciente debe ser remitido a un médico alergólogo.

Uso de múltiples terapias con poca evidencia

El uso de esteroides tópicos, inhibidores de la bomba de protones o inhibidores de la calcineurina no está recomendado en el manejo del paciente con UCE debido a su poca eficacia ⁽¹⁻⁵⁾. El uso de esteroides sistémicos sí genera una mejoría temporal en el paciente, pero se desaconseja debido al alto riesgo de efectos adversos, especialmente cuando se usa de forma repetitiva, lo cual ocurre con cierta frecuencia en urgencias. El uso de adrenalina en pacientes con habones o angioedema no está recomendado, a menos que exista sospecha de un cuadro de anafilaxia con compromiso, además, de la piel, respiratorio o de otro sistema. Para evitar el uso de estas terapias, es necesario conocer los pasos de manejo que actualmente cuentan con evidencia clínica y seguirlos por el tiempo necesario. En caso de no haber una respuesta adecuada con la primera línea de manejo, el médico de atención primaria debe considerar la remisión a un especialista.

Uso intermitente de los antihistamínicos

La UCE es un enfermedad que suele remitir en el tiempo; sin embargo, menos del 20% de los pacientes tiene remisión en el primer año y de un 20% a un 40% pueden tener persistencia de la enfermedad aún luego de cinco años ⁽¹²⁾. El uso por períodos cortos de tratamiento con antihistamínicos genera recaídas innecesarias en

el paciente y favorece la falta de adherencia. El uso intermitente de los antihistamínicos favorece las recaídas de la urticaria. Por tal motivo, el tratamiento con antihistamínicos debe realizarse por tiempo prolongado. Los médicos de atención primaria deben aconsejar al paciente el uso de la terapia continua por al menos tres a seis meses y considerar reducir este tratamiento solo cuando el paciente presente poco o nada de prurito y en ausencia de habones y angioedema por al menos tres a seis meses. Para las embarazadas y los niños, por tratarse de poblaciones especiales, se seguirían las mismas recomendaciones usando los antihistamínicos más seguros, de común acuerdo con obstetricia o pediatría.

Uso de antihistamínicos de primera generación

El uso de antihistamínicos de primera generación ha mostrado ser efectivo para el control de la UCE; sin embargo, no parece ser superior en eficacia a los antihistamínicos de segunda generación y la frecuencia de efectos adversos es mayor ^(1,2). A partir de las reuniones del consenso, pudimos detectar que el uso de antihistamínicos de primera generación aún es frecuente. Actualmente se dispone de múltiples antihistamínicos de segunda generación, tanto para adultos como para niños, que pueden ser consultados en el consenso ⁽¹¹⁾ y que se encuentran disponibles por el sistema de salud nacional y para acceso libre del paciente en las farmacias.

Temor a incrementar la dosis de antihistamínicos

Cuando una dosis convencional por día de antihistamínicos no alcanza el control en el paciente con UCE, la evidencia ha demostrado que incrementar la concentración hasta cuatro veces la dosis convencional permite un mejor control ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, observamos que aún es infrecuente entre los médicos de atención primaria el aumento de la dosis, en parte por temor de los efectos adversos y en parte por el control de las empresas promotoras de salud. El manejo de la urticaria con dosis altas de antihistamínicos ha demostrado ser seguro y costo-efectivo; por tanto, un diálogo fluido entre los diferentes protagonistas del sistema de salud reduce las barreras administrativas y permite un mejor control al paciente.

Combinación de antihistamínicos

Aunque ha sido poco estudiado, la combinación de antihistamínicos no ha demostrado ser superior al uso de un mismo antihistamínico en dosis altas ^(1,2). Por tanto, se desaconseja la combinación de antihistamínicos, ya que no parece aportar un mayor control al paciente y, por el contrario, dificulta la adherencia de este a la terapia.

Falta de seguimiento

Una de las barreras más comentadas entre los médicos de atención primaria fue la dificultad en el acceso de los pacientes con UCE a los especialistas en urticaria. También se detectó que era infrecuente que los pacientes que asistían a urgencias por UCE fueran remitidos para controles médicos ambulatorios. Una correcta aplicación de los primeros pasos en el manejo de la UCE por parte de los médicos de atención primaria ayudaría a reducir la necesidad de remisión a los especialistas, lo que a su vez permitiría priorizar la remisión a los pacientes que no consiguen control con los primeros pasos del manejo. El reconocimiento de la UCE en urgencia permite diferenciarla de la urticaria aguda, que suele ser transitoria y, por tanto, también permite comprender la necesidad de seguimiento del paciente.

DISCUSIÓN

Múltiples barreras dificultan el manejo adecuado de la UCE por parte de los médicos de atención primaria. Una mayor visibilidad de la enfermedad y una mejor comunicación entre los protagonistas del sistema de salud podrían ser soluciones efectivas para la mayor parte de las barreras identificadas. Iniciativas como la actualmente liderada por las asociaciones que participaron en el consenso permiten la construcción de consensos prácticos con recomendaciones aplicables en la rutina diaria. En otras partes del mundo, como España y Reino Unido, se vienen adelantando proyectos similares, ya que existe un reconocimiento global de la necesidad de generar recomendaciones prácticas en la atención primaria que permitan que el paciente pueda acceder de forma temprana a un manejo adecuado, lo que reduciría el tiempo perdido y también evitaría la realización de procedimientos o tratamientos inadecuados. Otra ventaja de estas iniciativas es que ayudan a reducir los tiempos de espera para la atención por especialistas en urticaria; si el médico de atención primaria logra controlar adecuadamente al paciente con la enfermedad, se reduce la necesidad de remisión a los casos de difícil manejo y esto permite una atención más oportuna por parte del médico especialista.

En conclusión, esta iniciativa ha podido identificar las barreras en el manejo de la atención primaria de la urticaria crónica. Adicionalmente, ha planteado posibles soluciones prácticas. Es necesario realizar a futuro evaluaciones que permitan medir la implementación de las recomendaciones y su impacto.

Puntos clave

- Existen diferentes barreras, administrativas y conceptuales, que dificultan el correcto manejo de la urticaria entre los médicos de atención primaria.
 - La mayor parte de las barreras pueden ser superadas por medio de un mayor conocimiento de la enfermedad, en especial su diagnóstico y tratamiento.
 - Una mejor atención de los pacientes por los médicos de atención primaria beneficia a los sistemas de salud y a todos sus integrantes, tanto pacientes como médicos.
-

REFERENCIAS

1. Tsabouri S, Arasi S, Beken B, Church MK, Alvaro-Lozano M, Caffarelli C, et al. A European survey of management approaches in chronic urticaria in children: EAACI pediatric urticaria taskforce. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022;33(1):e13674. <https://doi.org/10.1111/pai.13674>
2. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy.* 2022;77(3):734-66. <https://doi.org/10.1111/all.15090>
3. Dressler C, Werner RN, Eisert L, Zuberbier T, Nast A, Maurer M. Chronic inducible urticaria: A systematic review of treatment options. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141(5):1726-34. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2018.01.031>
4. Larenas-Linnemann D, Medina-Ávalos MA, Ortega-Martell JA, Beirana-Palencia AM, Rojo-Gutiérrez MI, Morales-Sánchez MA, et al. [Mexican guidelines on the diagnosis and treatment of urticaria]. *Rev Alerg Mex.* 2014;61 Suppl 2:S118-93.
5. Sánchez J, Sánchez C, López M, Velásquez-Lopera M. Mecanismos inmunitarios en la patogénesis de la urticaria crónica espontánea. *Rev. Asoc. Colomb. Dermatol.* 2021;21(1):14-28. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1588>
6. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Prevalence of drugs as triggers of exacerbations in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2019;29(2):112-7. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0287>
7. Sánchez J, Sánchez A, Cardona R. Dietary Habits in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Evaluation of Food as Trigger of Symptoms Exacerbation. *Dermatol Res Pract.* 2018;2018:6703052. <https://doi.org/10.1155/2018/6703052>
8. Sánchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of Inducible Urticaria in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(2):464-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2016.09.029>
9. Ryan D, Tanno LK, Angier E, Clark E, Price D, Zuberbier T, et al. Clinical review: The suggested management pathway for urticaria in primary care. *Clin Transl Allergy.* 2022;12(10):e12195. <https://doi.org/10.1002/ctt2.12195>
10. Silvestre-Salvador JF, Serrano-Manzano M, Serrabaldrich E, Palacios-Martínez D, Gómez-de la Fuente E, Heras-Hitos JA, et al. [Recommendations on the management of urticaria in Primary Care]. *Semergen.* 2020;46(4):270-6. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.12.006>
11. Sanchez J, Tamayo L, Velásquez M, García E, Santos-Hernández L, Gaitán-rozo J, et al. Consenso para el manejo práctico de la urticaria en atención primaria. *Acta Medica Colombiana.* 2023;48(1):1-11. <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2722>
12. Sánchez J, Álvarez L, Cardona R. Prospective analysis of clinical evolution in chronic urticaria: Persistence, remission, recurrence, and pruritus alone. *World Allergy Organ J.* 2022;15(10):100705. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100705>
13. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church M, Giménez-Arnau A, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy.* 2009;64(10):1417-26. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2009.02179.x>
14. Sánchez J, Zakzuk J, Cardona R. Evaluation of a Guidelines-Based Approach to the Treatment of Chronic Spontaneous Urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6(1):177-82.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.06.002>