



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de
Lima Este - Vitarte



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA

ROL	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Servicio de Emergencia		
	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos		
REVISIÓN	Oficina de Calidad en Salud		
	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización		
	Oficina de Asesoría Jurídica		
APROBADO	Dirección General		

 PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA	Versión: 01 Año: 2025
--	---	--------------------------

Control de Cambios

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	– 01 – 2025
02		
03		

Grupo elaborador de la Guía

M.C. Alama Ventocilla Paul Richard	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Alarcón Chang Diego Raúl	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Arévalo Barriga Luz Delga	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Caro Meza Marcos Jhoel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Espinoza Ramos Guillermo Jaime	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Gomero Soracruz José Raúl	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huanca Ureta Ángel Sixto	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Nazario Yangali Fyorella Anggye	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Orcasitas Gálvez Mauricio Alonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Redondez Crispín Magaly Karina	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Soria Camilo Carlos Eduardo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Torres Palomino Luis Ángel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Tueros Moscoso Aníbal	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Vásquez Lazo Edwin	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Zunini Gutiérrez Víctor Alfonso	Medico Asistencial Servicio Emergencia

Grupo Revisor de la Guía

M.C. Alonso Yangali Rodrigo	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Bustinza Sobero Vladimir Omar	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cabrera Villanueva Alex Samuel	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Cachuan Hinostroza Luz María	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Huancco Cáceres Nelly Patricia	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Poma Quispe Jessica Lizbeth	Medico Asistencial Servicio Emergencia
M.C. Romero Carmona Maribel	Medico Asistencial Servicio Emergencia

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVO	4
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	4
	4.1. NOMBRE Y CODIGO CIE 10	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	4
	5.1. DEFINICIÓN	4
	5.2. ETIOLOGÍA	5
	5.3. FISIOPATOLOGÍA	6
	5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	7
	5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	7
	5.5.1 Medio Ambiente	7
	5.5.2 Estilo de Vida	7
	5.5.3 Factores hereditarios	7
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	7
	6.1. CUADRO CLÍNICO	7
	6.1.1. Signos y Síntomas	7
	6.1.2. Interacción Cronológica	8
	6.1.3. Gráficos, diagramas y fotografías	8
	6.2. DIAGNÓSTICO	8
	6.2.1. Criterios Diagnóstico	8
	6.2.2. Diagnóstico Diferencial	9
	6.3. EXÁMENES AUXILIARES	9
	6.3.1. De Patología Clínica	9
	6.3.2 De Imágenes	9
	6.3.3 De Exámenes especializados complementarios	9
	6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	10
	6.4.1. Medidas Generales	10
	6.4.2. Terapéutica	10
	6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	12
	6.4.4. Signos de Alarma	12
	6.4.5. Criterios de Alta	12
	6.4.6. Pronóstico	12
	6.5. COMPLICACIONES	13
	6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	13
	6.7. FLUXOGRAMA	13
VII.	ANEXOS	15
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	16

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es entregar a los profesionales de salud recomendaciones clínicas basadas en evidencia científica actualizadas y poder contribuir a una atención en salud con calidad y seguridad, brindando beneficios y el mínimo riesgo para el adecuado diagnóstico y tratamiento de urticaria para los pacientes atendidos en el Hospital de Lima Este - Vitarte.

II. OBJETIVO

Estandarizar las acciones a realizar para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la urticaria, permitiendo a los profesionales de la salud tomar decisiones informadas y efectivas en el tratamiento de estos pacientes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación para el personal que labora en el servicio del Emergencia del Hospital de Lima Este-Vitarte y que se encuentre involucrado en la atención del paciente con Urticaria.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- Diagnóstico y Tratamiento de la Urticaria

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

Nombre	Código CIE 10
Urticaria alérgica	L50.0
Urticaria no especificada	L50.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La urticaria es una reacción histaminérgica localizada en la dermis superficial de la piel. Las lesiones, que pueden ser intensamente pruriginosas, son eritematosas, bien circunscritas y evanescentes. Las lesiones primarias son los habones: pápulas eritematosas pruriginosas con bordes circunscritos y centro levemente elevados y pálidos de tamaño y forma variables. Afecta cualquier parte del cuerpo. La distribución típicamente varía de hora a hora. Pueden unirse y pueden aparecer rodeadas por un halo rojo. Su clasificación puede realizarse de acuerdo a diferentes criterios, como su duración, causas o factores desencadenantes.

1. Según su duración

- Urticaria aguda: Dura menos de 6 semanas. Generalmente se debe a alergias, infecciones, medicamentos o alimentos.
- Urticaria crónica: Persiste por 6 semanas o más. Puede ser espontánea (sin causa aparente) o inducible (provocada por estímulos específicos).

2. Según su causa o mecanismo de aparición

- Urticaria alérgica: Se desencadena por una reacción alérgica, como la exposición a alimentos, picaduras de insectos, medicamentos, etc.
- Urticaria no alérgica: No involucra una reacción alérgica mediada por inmunoglobulina E (IgE). Puede deberse a factores físicos, infecciones o ser idiopática.
- Urticaria inducida o física: Se desencadena por estímulos específicos como:
 - Urticaria por frío o calor.
 - Urticaria solar.
 - Urticaria por presión o dermatografismo (por fricción o rascado).
 - Urticaria colinérgica: Provocada por calor, sudoración o ejercicio.
 - Urticaria por vibración.

3. Según su presentación clínica

- Urticaria espontánea: Aparece sin un desencadenante obvio.
- Urticaria inducible: Aparece ante un estímulo o desencadenante específico.
- Angioedema: Puede asociarse a la urticaria y se caracteriza por una hinchazón más profunda que afecta áreas como párpados, labios, manos, pies o la garganta.

4. Urticaria crónica espontánea (UCE)

La UCE es un tipo específico de urticaria crónica en la que no se puede identificar una causa subyacente. Puede ser de origen autoinmune o idiopática.

La clasificación permite a los profesionales de salud determinar las mejores estrategias para el manejo y tratamiento, que varían dependiendo del tipo, duración y severidad de la urticaria.

5.2 ETIOLOGÍA

Es posible señalar una causa específica en muchos casos de urticaria, a pesar que después de una evaluación cuidadosa algunos casos permanecen sin conocimiento de su origen (urticaria idiopática).

Urticaria inmunológica, al menos 30 % de los pacientes con urticaria ordinaria crónica tienen autoanticuerpos que liberan histamina; estos autoanticuerpos también desgranulan a los mastocitos y basófilos in vitro, por activación directa a los receptores de alta afinidad Ig E o por unión a la Ig E.

La urticaria de contacto, la anafilaxis y algunos casos de urticaria aguda o episódica o recurrente se originarían por una reacción cruzada de Ig E específica por alérgenos en los mastocitos cutáneos. Sin embargo, en la clínica, se demuestra que la alergia no es el origen de la enfermedad continua y crónica.

En otras formas, como la urticaria vasculítica y la urticaria aguda por medicamentos o por productos sanguíneos (enfermedad del suero), se piensa que son el resultado de la carga de complejos inmunes en los vasos sanguíneos pequeños.

El angioedema por deficiencia del inhibidor C1 esterasa es mediado por cininas, como resultado de la activación del complemento y la formación de bradicinina más que de histamina.

 <p>PERU Ministerio de Salud</p> <p>Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	<p>GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA</p>	<p>Versión: 01 Año: 2025</p>
--	--	----------------------------------

Urticaria no inmunológica. El rasgo fundamental de esta urticaria es que los mastocitos y basófilos son desgranulados directamente sin activación de los receptores Ig E, después de una exposición a ciertas sustancias químicas, como codeína y sustancias de radiocontraste. La razón del por qué los salicilatos, los AINE y algunos pseudoalérgenos dietéticos, preservantes de alimentos, azocolorantes– causan o agravan la urticaria se desconocen aún; pero, es probable que involucra la formación de leucotrienos, los que también producen liberación de histamina.

Se ha encontrado una asociación entre la autoinmunidad tiroidea y la urticaria ordinaria crónica (14 % vs. 6 % en la población control), y una alta prevalencia de enfermedad celíaca en niños y adolescentes con urticaria crónica grave. Se han sugerido asociaciones de la urticaria crónica con infecciones ocultas como abscesos dentales y candidiasis gastrointestinal; pero, existe poca evidencia de estas.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La urticaria es el resultado de la liberación de histamina, bradicinina, leucotrieno 4, prostaglandina D2 y otras sustancias vasoactivas derivadas de los mastocitos y basófilos de la dermis. Estas sustancias originan extravasación del fluido plasmático hacia la dermis, lo que genera un edema que suele ser transitorio y que constituye la lesión tipo roncha de la urticaria. El intenso prurito de la urticaria también es producido por la liberación de la histamina hacia la dermis. La histamina se une a dos receptores situados sobre la membrana del mastocito, denominados receptores H1 y H2, que están presentes sobre muchos tipos de células. La activación por la histamina del receptor H1 sobre el músculo liso y el endotelio del vaso sanguíneo produce un aumento de la permeabilidad capilar, mientras que la activación del receptor H2 conduce a la vasodilatación arteriolar y venular. El proceso expuesto es originado por varios mecanismos.

- Reacción de hipersensibilidad tipo I, mediada por anticuerpo IgE y antígeno que forman un complejo que se une al receptor Fc en la superficie del mastocito y de los basófilos, lo que origina la desgranulación de estas células, con liberación de histamina.
- Reacción de hipersensibilidad de tipo II, mediada por células T citotóxicas, que causa depósito de inmunoglobulinas, complemento y fibrina alrededor de los vasos sanguíneos, lo que conduce a una urticaria vasculítica.
- Reacción de hipersensibilidad tipo III, caracterizada por complejos inmunes que se asocia con enfermedades autoinmunes que causan urticaria (lupus eritematoso sistémica).

Las urticarias en las que está involucrado el complemento incluyen las causadas por infecciones bacterianas o virales, la enfermedad del suero y las reacciones transfusionales; así como las generadas por ciertas drogas como los opioides, vecuronio, succinilcolina, vancomicina y agentes de radiocontraste, que causan urticaria porque desgranulan al mastocito directamente por un mecanismo no mediado por IgE. Algo similar se constata en la urticaria desencadenada por medicamentos como los AINE, en la que puede intervenir la IgE o se produce una desgranulación directa.

Las urticarias físicas son desencadenadas por un estímulo físico. En muchas de las urticarias crónicas no se encuentra causa alguna, son las denominadas urticarias idiopáticas, a pesar de que muchas de ellas son urticarias crónicas autoinmunes, lo que se constata por pruebas cutáneas positivas a suero autólogo (ASST). Cabe mencionar que la ASST no es específica para autoanticuerpos contra antígenos específicos o que sea diagnóstico de una enfermedad específica.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

La urticaria es un problema dermatológico común, tanto en niños como en adultos. Actualmente no existen datos confiables sobre la prevalencia de la urticaria, debido a la falta de estudios epidemiológicos y transversales.

Tiene una prevalencia estimada de 2.1% a 6.7% en niños, mayor que la reportada en adultos.

En la literatura médica, la frecuencia de urticaria varía desde menos de 1% hasta cifras tan altas como 30% en la población general, cifras que dependen de la edad y el método del muestreo. Es muy probable que el rango de presentación se encuentre entre 1% y 5%. No se describen datos sobre su frecuencia en determinados grupos raciales; pero, existen algunos estimados como el realizado en Reino Unido, en estudiantes de una universidad, donde se encontró que 15% y 20% tuvieron alguna vez un episodio de urticaria/ angioedema, y solo 1% al 3% fueron referidos a una clínica de dermatología de un hospital. En España el Comité de Alergia Cutánea de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica, llevó a cabo un estudio poblacional, transversal, en el que se obtuvo una prevalencia de urticaria crónica del 0,6% y una incidencia de urticaria aguda del 18,7%. En población pediátrica, hasta el 43,9% de los pacientes con urticaria tienen edades comprendidas entre los 3 y los 6 años.

Aunque se trata de una enfermedad generalmente benigna, tiende a ser autolimitada con una completa resolución a las tres semanas, en más de 90% de los casos; sin embargo, a pesar de ello supone una gran preocupación para los padres y pacientes, originando numerosas consultas a los Servicios de Urgencias.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1 Medio Ambiente

Picadura de insectos, estímulos físicos (presión, calor, frío, ejercicio o exposición al sol), estaciones cálidas, caspa de mascotas, polen, algunas plantas.

5.5.2 Estilos de Vida

Alimentación (especialmente los potencialmente alérgenos: mariscos, pescados, frutos secos, huevos, lácteos, etc.), medicamentos (antibióticos, aspirina, aines, etc.), látex, etc.

5.5.3 Factores hereditarios:

Antecedentes familiares de urticaria, angioedema, atopia, angioedema hereditario, asma, etc. Habrá también otros factores de riesgo, como: infecciones bacterianas (del tracto urinario, faringitis estreptocócica), infecciones virales (mononucleosis infecciosa, hepatitis).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

La urticaria consiste de ronchas recurrentes, usualmente pruriginosas, circunscritas, elevadas, eritematosas, a menudo con el centro pálido, áreas evanescentes de edema que involucran la porción superficial de la dermis. Cuando el proceso edematoso se extiende en profundidad hacia la dermis profunda y el celular subcutáneo, es conocido como angioedema.

El prurito suele ser más intenso por las noches, es el único prurito que se alivia con la frotación antes que con el rascado franco y las secuelas son equimosis mucho más que excoriaciones. El angioedema también puede ocurrir en cualquier localización del cuerpo humano, aunque generalmente, afecta la cara (labios, las mejillas, las áreas periorbitales, la lengua), la faringe, la laringe o parte de alguna extremidad. Se presenta individualmente o junto con las ronchas, se acompaña de dolor, mas no de prurito y puede durar algunos días antes de su resolución.

6.1.2 Interacción Cronológica:

Las ronchas varían en tamaño, de unos pocos milímetros a varios centímetros en su diámetro, y pueden localizarse en cualquier lugar del cuerpo; su evolución no es mayor a las 24 horas.

La urticaria/angioedema tiende a ser autolimitada con completa resolución a las tres semanas en más de 90% de los casos).

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías



Urticaria aguda. (Fotografía cortesía de Pete Smith, MD, Griffith University, Brisbane, Queensland, Australia.)

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico

Historia clínica

Es esencial realizar una historia clínica detallada que debe documentar la frecuencia, las circunstancias de aparición, los factores desencadenantes, la duración de las lesiones individuales, el patrón de recurrencia, la duración de los ataques, si las lesiones son pruriginosas o dolorosas y si los episodios están asociados con síntomas sistémicos. Es importante contar con antecedentes familiares y farmacológicos detallados; así como la respuesta al tratamiento. Además, se puede evaluar la gravedad utilizando la escala de actividad de la urticaria o una escala analógica visual al inicio para utilizarla como indicador de la respuesta al tratamiento.

Exploración física

Las lesiones deben visualizarse directamente para poder hacer el diagnóstico con certeza, ya que el término “ronchas” es utilizado de manera inespecífica por los pacientes. Si el paciente no presenta lesiones en el momento de la evaluación, puede ser útil mostrarle fotografías de la urticaria y preguntarle si sus lesiones se parecen, aunque el diagnóstico deberá confirmarse en algún momento en el futuro.

Las lesiones urticariales individuales suelen aparecer y desaparecer por completo en 24 horas. Si el paciente no está seguro de la duración de las lesiones, se puede marcar una lesión con un bolígrafo y anotar el tiempo de desaparición.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

La urticaria puede ser parte de varios síndromes y se pueden encontrar lesiones similares a la urticaria en diversas afecciones de la piel; por lo tanto, las lesiones cutáneas asociadas y los signos y síntomas sistémicos son cruciales para lograr un diagnóstico correcto. Estas son las patologías que pueden entrar dentro del diagnóstico diferencial:

- Picaduras por insectos
- Eccema agudo difuso
- Sarna
- Toxicodermia
- Angioedema
- Celulitis
- Eccema localizado

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 Patología clínica:

En el caso de los pacientes que presentan urticaria de nueva aparición (con o sin angioedema) en quienes la historia clínica y el examen físico no sugieren un trastorno subyacente o vasculitis urticarial, los parámetros de práctica internacionales, europeos y británicos establecen que no están indicadas las pruebas de laboratorio. En los pacientes en los que se sospecha una etiología específica, los estudios de laboratorio y otras evaluaciones adicionales deben estar dirigidos a establecer o excluir esa causa.

6.3.2 De Imágenes

No corresponde al ámbito.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

Es posible que exista una causa alérgica si la historia clínica revela un desencadenante específico al que el paciente estuvo expuesto poco antes de la aparición de los síntomas (normalmente, en el plazo de una a dos horas). Si la historia clínica sugiere una posible alergia, es adecuado realizar pruebas

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	<p>GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA</p>	<p>Versión: 01 Año: 2025</p>
---	--	----------------------------------

séricas para detectar anticuerpos de inmunoglobulina E (IgE) específicos del alérgeno.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas Generales y preventivas:

Los métodos de tratamiento para la urticaria son los mismos para adultos y niños. En la urticaria aguda hay que evitar desde el principio todos los posibles desencadenantes. Si bien el 50% de los casos son idiopáticos, en el 50% restante se consideran posibles desencadenantes los elementos siguientes:

1. Las infecciones (40% de los casos): infecciones de las vías respiratorias altas, estreptococos, anisquiosis (parasitosis causada por larvas de nematodos del género *Anisakis*) y hepatitis B, o estímulos físicos (presión, temperatura corporal, dermatografismo);
2. Algunos fármacos (9% de los casos): intolerancia a la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos, alergias a los medios de contraste, al dextrano, a la codeína o a la penicilina, entre otras y
3. Los alimentos (1% de los casos): los alimentos como desencadenantes son más habituales en los niños y comprenden los aditivos, los salicilatos naturales y alergia a los frutos secos, a los mariscos o a determinadas frutas.

Puesto que el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos agrava la urticaria en el 20-30% de los pacientes con urticaria crónica, se debe interrumpir la administración de estos fármacos en la medida de lo posible. Otros factores agravantes son las infecciones de las vías respiratorias superiores, los virus, algunos estímulos físicos (presión, temperatura corporal, dermatografismo), la menstruación, el estrés, el alcohol o los pseudoalérgenos alimentarios. Es necesario informar a los pacientes de que deben evitar estos posibles factores agravantes.

6.4.2 Terapéutica:

Los fármacos de primera línea para tratar la urticaria son los antihistamínicos H1 de segunda generación. Estas medicaciones tienen un buen perfil de seguridad (poco o ningún efecto de sedación y ningún efecto anticolinérgico), por lo que se consideran la mejor opción para el tratamiento sintomático de la urticaria. Los más comunes de estos antihistamínicos de segunda generación son:

- Cetirizina: La dosis oral estándar de 10 mg una vez al día es adecuada para adultos y niños de 12 años o más (y puede aumentarse a 10 mg dos veces al día en adultos si es necesario). Los niños de seis años o más pueden recibir 5 mg o 10 mg. La dosis habitual para niños de dos a cinco años es de 5 mg una vez al día. A los niños más pequeños de seis meses a dos años se les puede administrar 2,5 mg una vez al día (se puede aumentar a 2,5 mg dos veces al día en niños de un año o más si es necesario).
- Levocetirizina: Para adultos y niños de 12 años o más, la dosis estándar es de 5 mg una vez al día por la noche (o hasta 5 mg dos veces al día en adultos si es necesario). Y para niños de 6 a 11 años 2,5 mg una vez al día por la noche.
- Loratadina: La dosis estándar es de 10 mg una vez al día para los mayores de seis años, lo que produce un efecto sedante mínimo. Se puede

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

aumentar hasta 10 mg dos veces al día en adultos si es necesario. Para los niños de dos a cinco años, la dosis habitual es de 5 mg una vez al día.

- Desloratadina: Para adultos y niños de 12 años o más, la dosis estándar es de 5 mg una vez al día (o hasta 5 mg dos veces al día en adultos si es necesario). Para niños de 6 a 11 años, la dosis es de 2,5 mg una vez al día, y para aquellos de 1 a 5 años, la dosis es de 1,25 mg una vez al día.
- Fexofenadina: La dosis sugerida es de 180 mg diarios para personas de 12 años o más (o hasta dos veces al día en adultos si es necesario) o 30 mg dos veces al día para niños de 2 a 11 años.
- Bilastina: La dosis inicial es de 20 mg diarios para niños mayores de 12 años y adultos.
- Rupatadina: Está autorizada en una dosis de 10 mg diarios para pacientes mayores de 12 años, aunque es segura en pacientes mayores de 2 años

El tratamiento farmacológico es el mismo para pacientes adultos y pediátricos, exceptuando la dosis, que se prescribe de acuerdo con el peso del paciente. Si bien ninguno de estos antihistamínicos no sedantes ha recibido la categoría A en cuanto a clasificación de riesgos, se pueden considerar tratamientos de primera línea para embarazadas y lactantes. La loratadina, la desloratadina, la levocetirizina y la cetirizina están en la categoría B de la clasificación de seguridad; no obstante, como estos fármacos se excretan en la leche materna, para las embarazadas solo se recomienda la cetirizina y la loratadina y únicamente a dosis mínimas y en ciclos cortos.

Adicionalmente se pueden agregar antihistamínicos H2 (famotidina, ranitidina, cimetidina) orales o intravenosos en casos de urticaria grave o persistente. En adultos la dosis de ranitidina recomendada es de 50 mg IM/IV como dosis inicial, pudiendo repetirse cada 6-8 horas. En caso de ranitidina VO, la dosis a considerar es de 150 mg c/12 horas o 300 mg c/ 24 horas.

Los glucocorticoides sistémicos se pueden agregar por un ciclo breve (es decir, generalmente una semana o menos) al tratamiento antihistamínico para pacientes con probabilidad baja o moderada de mejorar con antihistamínicos solos, ya que probablemente mejoren la actividad de la urticaria. Además, pueden ser usados en presencia de angioedema prominente, urticaria aguda resistente a terapia antihistamínica H1 y H2, y en casos de urticaria crónica. Los glucocorticoides no inhiben la desgranulación de los mastocitos, pero pueden actuar suprimiendo una variedad de mecanismos inflamatorios contribuyentes.

En adultos: Hidrocortisona 100-500 mg/dosis IV/IM inicialmente, puede ser repetido cada 2 horas, 4 horas o 6 horas según la evolución del cuadro. Dexametasona 4-8 mg IM como dosis inicial. Posteriormente prednisona 30 a 60 mg al día, con reducción gradual de la dosis durante cinco a siete días.

En niños: prednisolona 0,5 a 1 mg/kg/día (máximo 60 mg diarios), con reducción gradual de la dosis durante cinco a siete días.

El tratamiento antihistamínico debe continuarse durante y después del tratamiento con glucocorticoides, ya que algunos pacientes experimentan una exacerbación a medida que se reducen o suspenden los glucocorticoides. Si los síntomas no vuelven a aparecer después de varios

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

días de suspender los glucocorticoides, también se pueden suspender los antihistamínicos.

6.4.3 Efectos Adversos o Colaterales Con El Tratamiento:

- a) **Antihistamínicos de segunda generación:** Los efectos secundarios son generalmente leves y menos frecuentes en comparación con los antihistamínicos de primera generación. Los posibles efectos adversos incluyen:
 - Sedación leve (aunque es menor que con los antihistamínicos de primera generación)
 - Boca seca
 - Dolor de cabeza
 - Malestar gástrico en algunos pacientes

- b) **Glucocorticoides sistémicos (usados en casos severos de urticaria crónica):**
 - Aumento de peso
 - Hipertensión arterial
 - Supresión del eje hipotalámico-hipofisario
 - Osteoporosis (cuando se usan a largo plazo)
 - Aumento del riesgo de infecciones
 - Hiperglucemia

- c) **Omalizumab (anticuerpo monoclonal anti-IgE usado en casos refractarios):**
 - Reacciones locales en el lugar de la inyección
 - Riesgo de anafilaxia, aunque es poco común
 - Dolor de cabeza
 - Mareo

6.4.4 Signos de Alarma

La anafilaxia es una reacción sistémica que aparece de forma brusca y clínicamente se caracteriza por la asociación de síntomas que afectan simultáneamente a varios órganos, poniendo en peligro la vida del paciente. La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) la define como una reacción alérgica grave, de instauración rápida y potencialmente mortal.

6.4.5 Criterios De Alta:

Los pacientes con urticaria pueden ser dados de alta antes de que los síntomas mejoren. Sin embargo, corresponde que el paciente debe ser informado al recibir el alta para evitar el agente causal y si es posible suspender los AINE, ya que estos constituyen un factor agravante o desencadenante de la urticaria muy importante. No es necesario hacer recomendaciones dietéticas, salvo que exista una sospecha fundada de una alergia alimentaria. En cuanto al tratamiento de continuación, se aconseja prescribir un antihistamínico-H1 de segunda generación, y, en caso de necesidad, corticoides durante 5 días.

6.4.6 Pronóstico:

Dos tercios de los casos de urticaria (con o sin angioedema) se resuelven por sí solos y se resuelven en cuestión de días o semanas. Los brotes de urticaria que continúan después de seis semanas se clasifican como crónicos.

 <p>PERU Ministerio de Salud</p> <p>Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA	Versión: 01 Año: 2025
--	---	--------------------------

6.5 COMPLICACIONES:

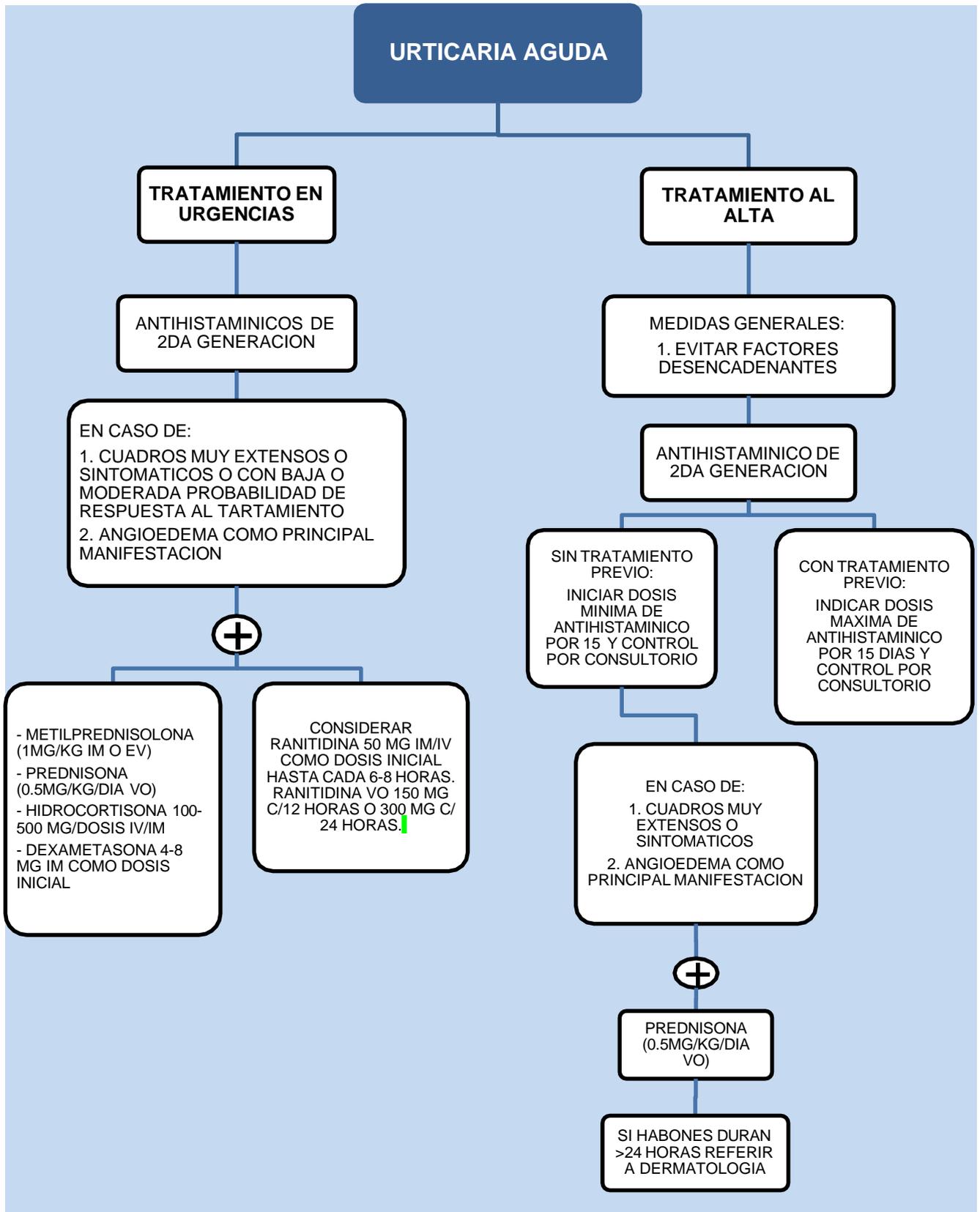
- **Urticaria Crónica:** La urticaria se considera crónica cuando persiste durante más de 6 semanas. En este caso, los episodios de erupciones pueden ser recurrentes, lo que afecta significativamente la calidad de vida del paciente. La urticaria crónica puede estar asociada a diversas condiciones subyacentes, como trastornos autoinmunitarios, infecciones o reacciones alérgicas.
- **Angioedema:** El angioedema es una hinchazón más profunda de la piel que ocurre comúnmente junto con la urticaria. Se presenta típicamente en áreas como los labios, los párpados o la garganta. El angioedema de la vía respiratoria puede ser potencialmente mortal debido a la obstrucción de las vías respiratorias, por lo que requiere atención médica urgente.
- **Episodios Graves de Urticaria Aguda:** En raras ocasiones, las reacciones alérgicas severas pueden provocar una urticaria aguda masiva, que puede estar acompañada de anafilaxia. Esta condición se caracteriza por una caída brusca de la presión arterial, dificultad para respirar y otros síntomas graves que requieren tratamiento inmediato con epinefrina.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

La derivación al especialista en dermatología se justifica cuando hay necesidad de 2 o 3 ciclos cortos de corticosteroides, urticaria crónica refractaria a dosis altas de antihistamínicos, cuando la principal manifestación es una urticaria atípica o la presencia de un angioedema.

VII. FLUXOGRAMA

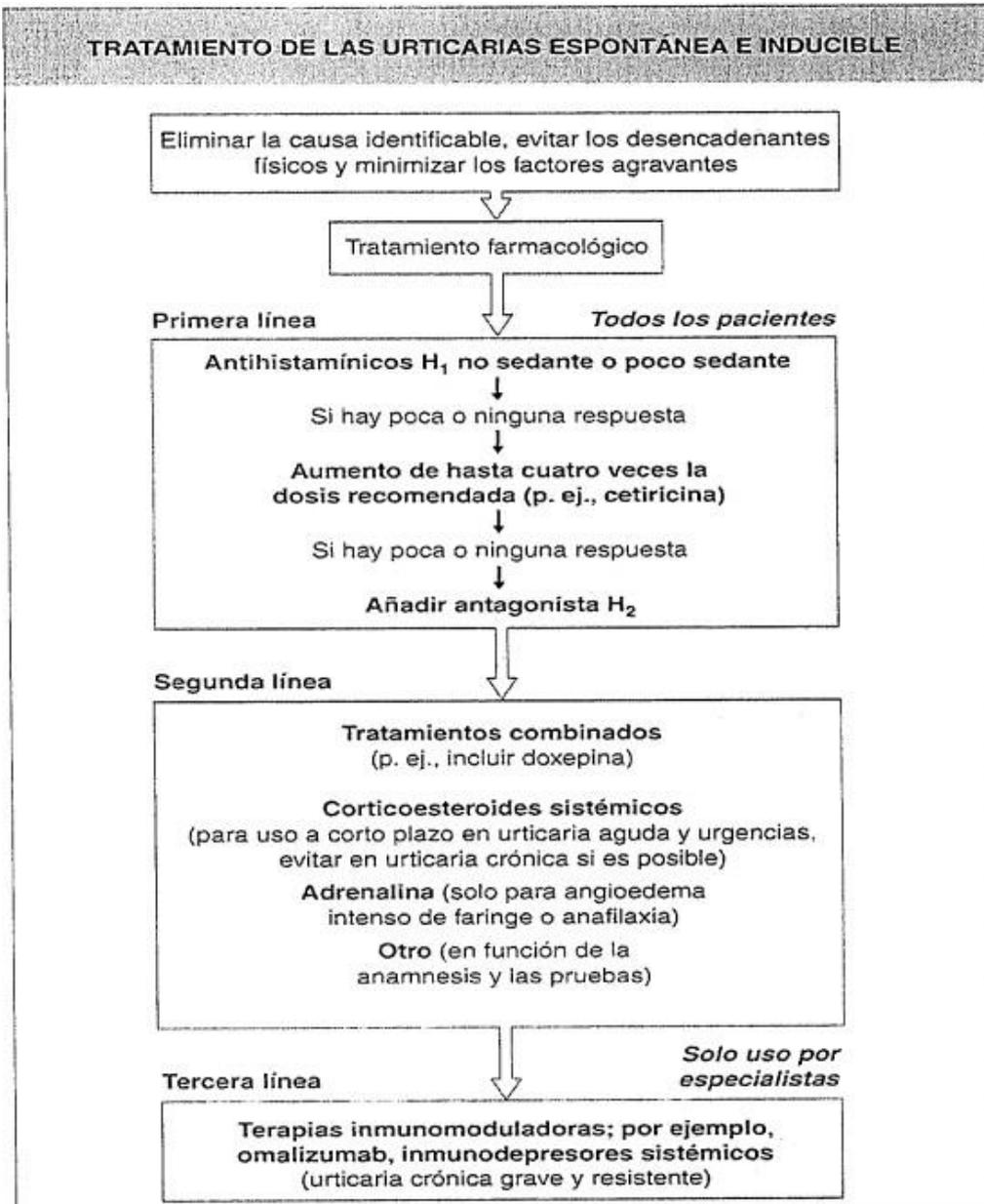
FLUXOGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA URTICARIA AGUDA





VII.- ANEXOS:

ANEXO: TRATAMIENTO DE LA URTICARIA



Tomado de: *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Urticaria. Hospital Nacional Cayetano Heredia (2023).*

	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA	Versión: 01 Año: 2025
---	---	--------------------------

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero T, Baeza ML, Cabañas R, et al. "Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part I. Classification, epidemiology, pathophysiology, genetics, clinical symptoms, and diagnosis" publicado en la revista *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology* 2024
2. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento de la Urticaria- Angioedema, del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2022.
3. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. Guía EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO sobre la definición, clasificación y diagnóstico de urticaria, publicada en la revista *Alergia* 2023
4. Joint Task Force on Practice Parameters. "The diagnosis and management of urticaria, a practice parameter. Part I: Acute urticaria/angioedema. Part II: Chronic urticaria/angioedema." publicado en la revista *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* en 2023
5. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, et al. "The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA(2)LEN/EDF/UNEV Consensus recommendations 2023 update and revision", publicado en 2023. *Allergy* 2023
6. J.A. Bernstein, D.M. Lang, D.A. Khan, T. Craig, D. Dreyfus, F. Hsieh, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2016
7. Grattan CEH, Humphreys F. "Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children" publicado en la revista *British Journal of Dermatology* en 2022
8. M. Ferrer, J. Bartra, A. Giménez-Arnau, I. Jauregui, M. Labrador-Horrillo, J. Ortiz de Frutos, et al. Management of urticaria: Not too complicated, not too simple. *Clinical and Experimental Allergy* 2020
9. Maurer M, Zuberbier T, Metz M. The Classification, Pathogenesis, Diagnostic Workup, and Management of Urticaria: An Update. *Handb Exp Pharmacol.* 2022
10. Vena G, Calzavara-Pinton P. Chronic urticaria: diagnosis and treatment. *Eur J Dermatol.* 2018;28(3):299-308.
11. Maurer M, Rosen K, Hsieh HJ, et al. The diagnosis and management of chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol.* 2019
12. Zuberbier T, Balke M, Worm M, et al. Urticaria: epidemiology, pathophysiology, and management. *Lancet.* 2018
13. Sánchez-Borges M, Caballero-Fonseca F, Rodríguez-Rodríguez M, et al. Angioedema and urticaria: challenges in diagnosis and management. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2019
14. Stevens WP, Van Ginkel H. Management of acute and chronic urticaria. *Am Fam Physician.* 2018
15. Chu, Xiajing et al. Efficacy and Safety of Systemic Corticosteroids for Urticaria: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, Volume 12, Issue 7, 1879 - 1889.e8. July 2024.
16. Sirinda Jamjanya, Pojsakorn Danpanichkul, Sorawit Ongsupankul, Supakarn Taweessap, Kednapa Thavorn, Brian Hutton, Chidchanok Ruengorn, Jonathan A. Bernstein, Mati Chuamanochan, Surapon Nochaiwong. Evaluation of Pharmacological

 <p>PERU Ministerio de Salud Hospital de Lima Este - Vitarte</p>	<p>GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URTICARIA AGUDA</p>	<p>Versión: 01 Año: 2025</p>
---	--	----------------------------------

Treatments for Acute Urticaria: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, Volume 12, Issue 5, 2024.

17. Víctor Fernando Muñoz-Estrada,¹ Edwin Daniel Maldonado-Domínguez, Edwin Daniel Maldonado Domínguez. Urticaria aguda Acute urticaria, Rev Alerg Mex. 2024;71 (3):189-204.
18. Pavel Kolkhir, Ana M. Giménez-Arnau, Kanokvalai Kulthanan, Jonny Peter, Martin Metz and Marcus Maurer, Urticaria. nature reviews | disease primers | article citation id: (2022) 8:61
19. Beitia Mazuecos, Juan María, Gandolfo Cano, María del Mar, Antonio Moreno Fernández, Roberto Pelta Fernández. Guía práctica de alergología. Urticaria y Angioedema. 2023.
20. M. Paulino, C. Costa, M. Neto, E. Pedro. Cold Urticaria. Characterizing the population from an urticaria outpatient clinic. 2021.– ScienceDirect
21. Jáuregui Ignacio, Seguro Aritza, Seras Yolanda, Sánchez-de-Vicente Javier, Martínez-Antón María-Dolores, Irazábal Begoña, Gamboa Pedro-M. Urticaria crónica y factores psicosociales: reconocimiento, diagnóstico y manejo. 2019.
22. Juan Francisco Silvestre Salvador¹, Ana María Giménez-Arnau², Enrique Gómez de la Fuente, Juan González del Castillo⁴, Ana María Martínez Virto, Iría Miguens Blanco, Esther Serra-Baldrich, Pere Llorens. Manejo de la urticaria en urgencias: recomendaciones de un grupo multidisciplinar de expertos. Emergencias 2021.
23. M. Alcántara Villar J.C. Armario Hita, S. Cimbollek, M.D. Fernández Ballesteros, M. Galán Gutiérrez, C. Hernández Montoya, M.Á. Lara-Jiménez, J.J. Pereyra Rodríguez, J.M. Vega Chicote, R. Ruiz-Villaverde. Revisión de las últimas novedades en el manejo del paciente con urticaria crónica: Consenso multidisciplinar de la comunidad autónoma de Andalucía. 2019.