

EPIDEMIOLOGÍA DE LA URTICARIA AGUDA EN UN SISTEMA DE SALUD PREPAGO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Epidemiology of acute urticaria in a health maintenance organization of Buenos Aires, Argentina

Claudio A S Parisi¹, Carla Ritchie¹, Natalia Petriz¹, Christian Morelo Torres¹

RESUMEN

Antecedentes. A pesar de la frecuencia de la urticaria aguda (UA), no existen estudios epidemiológicos sobre su prevalencia y distribución en Argentina. **Objetivo.** Determinar la prevalencia y otras características epidemiológicas de la UA en los miembros de una organización privada de salud de Buenos Aires, la mayor área poblada de Argentina.

Marco de referencia: Hospital Italiano (HIBA) de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Diseño: Cohorte retrospectivo.

Población. Pacientes con diagnóstico de UA miembros del HIBA, y con al menos 12 meses de seguimiento.

Métodos. Se analizaron todos los registros médicos para calcular las tasas de prevalencia de UA por 100.000 habitantes con intervalo de confianza del 95% (IC95%) para el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. La tasa de prevalencia se calculó para toda la población y luego se discriminó para pacientes adultos y pediátricos (menores de 18 años en el momento del diagnóstico).

Resultados. Se analizaron 158.926 miembros de la prepaga. Se identificó un total de 2100 casos de UA en el período analizado (1151 en pediatría, 949 en adultos), con una tasa de prevalencia de 1,32% (IC95%: 1,11-1,55%). La prevalencia de UA en la población adulta fue de 0,83% (IC95%: 0,64-0,97%), mientras que en la población pediátrica fue del 2,5% (IC95%: 1,9-2,8%).

Conclusiones: este es el primer estudio que describe la prevalencia de UA en una población cerrada de Argentina y de la región.

Palabras claves: urticaria aguda, prevalencia, Argentina, epidemiología, adultos, niños.

ABSTRACT

Background. In spite of the frequency of acute urticaria (AU), there are no epidemiological studies on its prevalence and distribution in Argentina.

Objective. Was to estimate the prevalence and other epidemiological characteristics of AU in the members of a health maintenance organization of Buenos Aires, the largest populated area in Argentina.

Setting: Italian Hospital, Buenos Aires, Argentina.

Design. Retrospective cohort.

Population. All patients with diagnosis of AU who are members of the IHMCP and with at least 12 months of follow up were included in the study.

Methods. All medical records were analyzed to calculate the prevalence rates for AU per 100,000 population with 95% CI for the period of January 1, 2013 and December 31, 2014. Prevalence rate was calculated for the entire population and then discriminated for adults and pediatric members (less than 18 years old at diagnosis).

Results. 158,926 members were analyzed. A total of 2100 cases of AU were identified on prevalence period (1151 in pediatrics, 949 in adults), yielding a prevalence rate of 1.32% (CI 95% 1.11-1.55%). The prevalence of AU in adult population observed was 0.83 % (95% CI 0.64-0.97%), while in pediatrics it was 2.5 % (95% CI 1.9-2.8%).

Conclusions. This is the first study to describe the prevalence of AU in a closed population of Argentina and the region.

Key words: acute urticaria, prevalence, Argentina, epidemiology.

ARCHIVOS DE ALERGI A E INMUNOLOGÍA CLÍNICA 2016;47(4):152-155

INTRODUCCIÓN

La urticaria aguda (UA) se define como la ocurrencia de habones por menos de 6 semanas de duración, después de lo cual la enfermedad se convierte en crónica¹. La enfermedad es común y se presenta en todos los grupos etarios^{2,3}. Se estima que la prevalencia de por lo menos un

episodio de UA en la vida oscila entre el 15% y el 20%, y se ha reportado que los niños son los más afectados^{4,5}. Se cree que los ataques de UA son espontáneos en 30% a 50% de los casos^{2,6}, los ataques pueden ser desencadenados también por infecciones, drogas o alimentos⁶. La mayoría de los ataques de UA se auto-limitan en 2 o 3 semanas^{2,7,8}. En un estudio de 1075 niños, la duración de la enfermedad fue más corta para los lactantes y los adolescentes⁸. Este estudio también informó de una asociación entre la duración más corta del ataque y la presencia de angioedema⁸. Es importante mencionar que los ataques pueden reaparecer, especialmente si el paciente está expuesto al mismo alérgeno. El porcentaje de niños que desarrollan un segundo episodio o enfermedad crónica se ha reportado como de 20-30% en 2 años⁹. A pesar de la posibilidad de recurrencia, el pronóstico de UA es generalmente favo-

1. Sección de Alergia de Adultos y Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Rep. Argentina. UCARE Argentina

Correspondencia: archivos@alergia.org.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 5/2017 | Aceptado: 6/2017

rable en la mayoría de los pacientes que responden a las terapias convencionales y que muestran una enfermedad cuya duración es corta¹⁰.

Como ya se mencionó, la UA podría dividirse en urticaria espontánea e inducida. El término urticaria espontánea se utiliza para referirse a la UA en la que la aparición de lesiones no se activa por factores consistentes o identificables, mientras que el término urticaria inducida se utiliza para referirse al síndrome causado por un factor identificable.

La mayor parte de la información epidemiológica proviene de Europa y Norteamérica. Dada la escasez de datos sobre las características epidemiológicas en América Latina y específicamente en Argentina, el objetivo del estudio fue determinar los aspectos epidemiológicos de la enfermedad como; la prevalencia global, la frecuencia de la enfermedad estratificada por sexo, su condición espontánea o inducida, enfermedades alérgicas y autoinmunes concomitantes, médicos involucrados en el manejo, así como tratamientos utilizados en pacientes afectados por UA, en una población de pacientes de un sistema de salud de la mayor área poblada de Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

ESCENARIO

La población estudiada fue la perteneciente al Programa de Atención Médica del Hospital Italiano (HIBA), una organización de salud prepaga. El HIBA provee servicios médicos y de salud a aproximadamente 158,000 miembros ubicados principalmente en las áreas urbanas alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, capital de Argentina, y que tiene una población de 2.965.403 habitantes¹¹. El 97% por ciento de la población es blanca y de ascendencia europea, y el 3% pertenece a otras etnias. Argentina cuenta con un sistema de salud segmentado que consta de tres grandes sectores: público, privado y de seguridad social (los dos últimos abarcan una población de aproximadamente 18,3 millones de habitantes, distribuidos entre cerca de 300 entidades de alcance y tamaño variable). Los beneficiarios del sistema privado pueden elegir libremente su prepaga. Aproximadamente el 5% de la población de estas áreas geográficas está afiliada al HIBA.

DEFINICIÓN DE CASO

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de UA definidos, de acuerdo a las actuales guías Internacionales sobre urticaria, como: la aparición de habones y/o angioedema de seis semanas o menos de duración¹, miembros del HIBA y con al menos 12 meses de seguimiento en el estudio.

IDENTIFICACIÓN DE CASO

Se utilizaron múltiples métodos para el hallazgo de casos para asegurar la constatación completa: a) pa-

cientes incluidos en las bases de datos alergológicas; b) pacientes con el código ICPS (Clasificación Internacional de Atención Primaria) en el sistema IHMCP de registro informático de pacientes; c) pacientes con ICD 9 (Clasificación Internacional de Enfermedades) al ingreso al Hospital. Cada sujeto potencialmente elegible se sometió a un procedimiento estándar para confirmar el diagnóstico de UA por expertos en alergia.

RECOPIACIÓN DE DATOS

Los datos relativos a las características demográficas (sexo, edad de inicio y edad al momento del diagnóstico) se obtuvieron de los registros médicos de cada paciente, así como de indicaciones médicas para tratar la afección y de consultas con médicos generales o especialistas en los 12 meses anteriores a la inclusión en el estudio.

Para el análisis también se recolectó información sobre las características de la UA como espontánea o inducida, así como enfermedades autoinmunes o alérgicas concomitantes y el tratamiento utilizado. Para los pacientes con múltiples consultas o referencias, sólo se consideró la primera.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se realizó utilizando STATA versión 10.1 (Stata Corporation, TX, EE.UU.)¹². Todos los registros médicos obtenidos entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014 fueron analizados para calcular las tasas de prevalencia de UA por 100.000 personas con intervalo de confianza del 95% (IC95%). El período seleccionado para el cálculo de la prevalencia fue el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014 y el denominador fue la población media de afiliados al HIBA durante el intervalo del estudio. La tasa de prevalencia se calculó para toda la población y luego se discriminó entre adultos y niños (menores de 18 años al momento del diagnóstico). La tasa de prevalencia de UA espontánea e inducida y entre sexo también se analizó por 100.000 personas con IC 95%. Las características basales de los pacientes se informaron como porcentajes para los datos categóricos y la media con su desvío estándar (DE) para los datos continuos.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución antes del comienzo del mismo.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, se analizaron 158.926 pacientes miembros del HIBA. Se identificó un total de 2100 casos de UA en el período analizado (1151 en pediatría, 949 en adultos) con una edad media de $25,6 \pm 15,3$ años (**Tabla 1**). Casi el 5% de los pacientes fue evaluado

TABLA 1. Datos demográficos de la población.

Variable	N (%)
Población total	158.926
Edad media	25,6±15,3
Sexo femenino n (%)	1198 (57)
Causa identificable de urticaria aguda	2100
Población pediátrica afectada	1151
Población adulta afectada	949
Médicos que evaluaron a los pacientes	
Alergólogos (%)	115 (5)
Dermatólogos (%)	76 (4)
Clínicos (%)	1574 (75)
Tratamiento de los pacientes afectados	
Antihistamínicos de primera generación (%)	844 (41)
Antihistamínicos de segunda generación (%)	350 (17)
Corticoides (%)	30 (1)
No tratamiento (%)	46 (2)
Condiciones asociadas	
Enfermedad alérgica (%)	409 (20)
Hipotiroidismo (%)	69 (3)
Hipertiroidismo (%)	12 (0,6)
Otras enfermedades autoinmunes (%)	24 (1)

TABLA 2. Análisis de pacientes: urticaria aguda espontánea vs. inducida.

Total N=2100	Urticaria aguda espontánea 1950 (93%)	Urticaria aguda Inducida 150 (7%)	P
Edad media	24,6±0,6	37,9±2	<0,01
Sexo femenino (%)	1109 (57)	89 (60)	0,38
Población pediátrica	1084 (96,3)	45 (3,7)	<0,01
Población adultos	866 (89,2)	105 (10,8)	<0,01

por alergólogos, el 4% por dermatólogos y el 75% por clínicos y pediatras. El 59% de los pacientes estaba bajo tratamiento específico para su condición.

Las características basales se muestran en la **Tabla 1**. Clasificamos a los pacientes afectados en aquellos con UA espontánea o inducida. Se observó una mayor frecuencia significativa de UA espontánea tanto en pacientes pediátricos como adultos en comparación con urticaria inducida (**Tabla 2**). La tasa de prevalencia observada durante el período de estudio fue de 1,32% (IC95%: 1,11-1,55%). Cuando dividimos la población en niños y adultos, la prevalencia ajustada de UA en la población adulta fue de 0,83% (IC95%: 0,64-0,97%), mientras que en la pediátrica fue del 2,5% (IC95%: 1,9-2,8%). Se observó una mayor frecuencia de UA en mujeres en población adulta (0,84%, IC95%: 0,67-0,99; frente a 0,77%, IC95%: 0,63-0,98), así como en población pediátrica (2,77%, IC95%: 2,4-3,1; frente a 2,1%, IC95%: 1,85-2,43) (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en Argentina y en la región para evaluar la prevalencia de UA. A pesar de que la enfermedad no pone en peligro la vida, varios estudios de la última década han demostrado que tiene un impac-

TABLA 3.: Prevalencia estimada en la población de pacientes del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Socios de HIBA	Número de casos	Tasa de prevalencia	IC95%
Tasa de prevalencia en toda la población afiliada al HIBA			
158.926	2100	1,32	1,11-1,55
Tasa de prevalencia en la población total de hombres afiliados al HIBA			
74.755	902	1,3	1,1-1,5
Tasa de prevalencia en la población total de mujeres afiliadas al HIBA			
84.171	1198	1,45	1-1,85
Tasa de prevalencia en adultos			
114.168	949	0,83	0,64-0,97
Tasa de prevalencia en hombres adultos			
54.864	441	0,77	0,63-0,98
Tasa de prevalencia en mujeres adultas			
59.304	508	0,84	0,67-0,99
Tasa de prevalencia de UA en niños y niñas			
44.758	1151	2,5	1,9-2,8
Tasa de prevalencia de UA en niños			
19.891	461	2,1	1,85-2,43
Tasa de prevalencia de UA en niñas			
24.867	690	2,77	2,4-3,1
Adultos con UA espontánea			
114.168	866	0,75	0,48-0,97
Casos de niños con UA espontánea			
44.758	1084	2,4	2,12-2,67
Casos en adultos con UA inducida			
114.168	105	0,1	0,05-0,26
Casos de niños con UA inducida			
44.758	45	0,12	0,08-0,31

to significativo en las actividades diarias de los pacientes, así como en el consumo de recursos en los pacientes afectados^{13,14}. Por lo tanto, los estudios epidemiológicos pueden ser útiles por una serie de razones, ya que proporcionan conocimientos sobre los posibles factores de riesgo, factores protectores y la historia natural de la enfermedad. Los estudios también proporcionan información sobre la carga de la enfermedad de una sociedad en particular, lo que puede contribuir a mejorar la planificación de la salud pública.

En este estudio se reporta una tasa de prevalencia del 1,32% en toda la población evaluada. Cuando dividimos los casos en poblaciones adulta y pediátrica, observamos que la prevalencia fue de 0,83% y 2,5%, respectivamente, para todos los casos de UA. Se observó una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres en toda la población y también cuando los dividimos en adultos y casos pediátricos (**Tabla 3**). También observamos que principalmente los médicos generalistas atendieron a los pacientes con UA en el 75% de los casos, lo cual es lógico dado que estos cuadros son atendidos en su mayor parte en las guardias. El principal tratamiento utilizado fue antihistamínicos de primera generación, a pesar de las recomendaciones actuales de las guías internacionales. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de educación y actualización médica.

También se observó que el 3% de los pacientes tenía hipotiroidismo y el 20% una enfermedad alérgica (asma, rinitis o dermatitis) como condición relacionada.

Nuestro estudio está en línea con estudios previos en cuanto a la mayor frecuencia de la enfermedad en los niños, así como en las mujeres. Sánchez-Borges et al. Informaron en 248 pacientes una relación de sexos de 3/1 para las mujeres afectadas, incluyendo pediatría y pacientes adultos¹⁰. Los autores también encontraron una frecuencia similar de afecciones alérgicas relacionadas con UA, siendo de 9,8% en niños y casi 30% en adultos. Gaig et al., en un estudio transversal epidemiológico realizado en 5003 individuos, informaron una tasa de prevalencia de UA significativamente mayor en las mujeres que en los hombres [*odds ratio* (OR)=1,64; IC95%: 1,41-9)¹⁵. También encontraron una significativa mayor frecuencia de UA en ciudades con más de 500.000 habi-

tantes y en la región centro-sur de España. En cuanto a la incidencia; la incidencia acumulada encontrada fue en promedio de 18,72% (IC95%: 22,3-15,19) por año¹⁵. En nuestro estudio no se evaluó la incidencia de la enfermedad durante el período de estudio.

Indudablemente, una debilidad del estudio es su diseño retrospectivo. Otra debilidad es que los resultados se obtuvieron de una población particular y por lo tanto contienen un sesgo de selección. Por lo tanto, deberá tenerse precaución si se extrapolan los datos. En nuestra opinión, este estudio aumenta el conocimiento de la epidemiología de la UA en América del Sur. El mayor conocimiento en aspectos epidemiológicos de la enfermedad permitirá planificar la utilización exacta de recursos en el cuidado de pacientes con UA. En conclusión, este estudio enfatiza el problema de la UA desde la perspectiva de su frecuencia y distribución en una región donde existe escasa información.

BIBLIOGRAFÍA

- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009;64:1417-26.
- Aoki T, Kojima M, Horiko T. Acute urticaria: history and natural course of 50 cases. *J Dermatol* 1994;21:73-7.
- Simonart T, Askenasi R, Lheureux P. Particularities of urticaria seen in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 1994;1:80-2.
- Zuberbier T. Urticaria. *Allergy* 2003;58:1224-34.
- Poulos LM, Waters AM, Correll PK, Loblay RH, Marks GB. Trends in hospitalizations for anaphylaxis, angioedema, and urticaria in Australia, 1993-1994 to 2004-2005. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:878-84.
- Sabroe RA. Acute urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* (2014)34: 11-21
- Zuberbier T, Ifflander J, Semmler C, Henz BM Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Derm Venereol* 1996;76:295-7.
- Lin YR, Liu TH, Wu TK, Chang YJ, Chou CC, Wu HP. Predictive factors of the duration of a first-attack acute urticaria in children. *Am J Emerg Med* 2011;29:883-9.
- Lee HY, Tay LK, Thirumoorthy T, Pang SM. Cutaneous adverse drug reactions in hospitalised patients. *Singapore Med J* 2010;51:767-74.
- Sánchez-Borges M, Capriles-Hulett A, Caballero-Fonseca F. Demographic and clinical profiles in patients with acute urticaria. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2015;43:409-15.
- INDEC. Dirección General de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, Argentina 2010. <http://www.indec.gov.ar/>
- StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP.
- O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997;136:197-201.
- Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, et al. Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy* 2003;58:621-3.
- Gaig P, Olona M, Muñoz Lejarazu D, et al. Epidemiology of urticaria in Spain. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2004;14:214-20.