

# Revisión bibliográfica

Compendio  
de artículos  
comentados

Últimas guías  
relacionadas con la alergia

# Guías ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) Revisión 2016

Autores: Broek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al.

## Puntos clave

- Los corticoides intranasales y la combinación de corticoides intranasales más antihistamínicos orales pueden usarse indistintamente en la RA estacional, aunque se prefieren los corticoides intranasales solos en la RA persistente.
- Los antagonistas de los receptores de leucotrienos y los antihistamínicos orales pueden usarse indistintamente en la RA estacional, pero se prefieren los antihistamínicos orales solos en la RA persistente.

## RESUMEN

El porcentaje de afectados por la rinitis alérgica (RA) oscila entre el 10% y el 40% de la población. La RA supone una disminución tanto de la calidad de vida como del rendimiento escolar y laboral, siendo un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Los costes médicos que implica son elevados, pero los costes evitables asociados con la pérdida de productividad laboral son incluso superiores a los producidos por el asma. Desde la última revisión de las guías ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) en 2010, las nuevas evidencias disponibles hacen necesaria su actualización.

## COMENTARIO

Se trata de la reciente actualización de las guías ARIA, iniciativa global sobre rinitis alérgica y su manejo junto con el asma, integrante del proyecto de la OMS Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (*Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases, GACRD*).

Esta actualización revisa algunas cuestiones clínicas relativas al tratamiento de la RA (concretamente, antihistamínicos H1 orales e intranasales, corticoides intranasales y antagonistas del receptor de leucotrienos) a la luz la evidencia surgida con posterioridad a la versión anterior:

### 1. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse una combinación de antihistamínicos orales y corticoides intranasales en vez de los corticoides intranasales solos?

La recomendación general es usar cualquiera de las dos opciones en la RA estacional, y una débil recomendación a favor de preferir los corticoides intranasales sobre los antihistamínicos orales en la RA persistente.

### 2. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse una combinación de antihistamínicos y corticoides, ambos intranasales, en vez de los corticoides intranasales solos?

La recomendación general es que tanto en la RA estacional como en la continua se puede usar cualquiera de las dos opciones.

### 3. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse una combinación de antihistamínicos y corticoides, ambos intranasales, en vez de los antihistamínicos intranasales solos?

La recomendación general es usar preferiblemente la combinación de corticoides y antihistamínicos intranasales en la RA estacional.

**4. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse un antagonista del receptor de leucotrienos en vez de un antihistamínico oral?**

La recomendación general es que ambas opciones son aptas en la RA estacional, mientras que en la RA continua se prefiere el uso de antihistamínicos orales.

**5. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse un antihistamínico intranasal en vez de un corticoide intranasal?**

La recomendación general es que tanto en la RA estacional como en la continua se prefiere el uso de corticoides intranasales.

**6. Para el tratamiento de la rinitis alérgica, ¿debe usarse un antihistamínico intranasal en vez de un antihistamínico oral?**

La recomendación general es que tanto en la RA estacional como en la continua se puede usar cualquiera de las dos opciones.

No obstante, en la guía se muestra cada recomendación acompañada de una serie de comentarios y explicaciones, que complementan, matizan o delimitan estas recomendaciones generales.

**Artículo original:** Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2017;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050.

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** pago/suscripción

**Link de acceso online:** [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(17\)30919-3/abstract](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30919-3/abstract)

# Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la rinitis alérgica

Autores: Bercedo Sanz A, Callen Blecua MT, Guerra Pérez MT.

## Puntos clave

- El tratamiento farmacológico inicial de la rinitis alérgica intermitente/leve puede hacerse tanto con corticoides nasales como con antihistamínicos orales.
- Los antihistamínicos orales de segunda generación son preferibles a los de primera.
- Los corticoides nasales son el tratamiento inicial recomendado en la rinitis alérgica persistente/moderada-grave (salvo en <2 años).

## RESUMEN

Algoritmo sobre el manejo pediátrico de la rinitis alérgica en Atención Primaria.

## COMENTARIO

Se trata del algoritmo establecido por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria para el diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica, dentro de su proyecto web "Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria".

Una vez establecido el diagnóstico de rinitis alérgica (RA), el algoritmo diferencia entre la RA intermitente/leve y la RA persistente/moderada-grave.

El manejo farmacológico de la RA intermitente/leve consistirá en la administración de un antihistamínico oral o un corticoide intranasal a dosis bajas. Se prefieren los antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, ebastina y loratadina) a los de primera, ya que son mucho menos sedantes. Respecto a los nuevos antihistamínicos, se considera que no hay evidencias que demuestren su superioridad frente a los de segunda generación.

En el caso de la RA persistente/moderada-grave, se recomienda iniciar el tratamiento con un corticoide nasal, salvo en los menores de 2 años, a quienes se recomienda administrar antihistamínicos orales, cromoglicato (si bien su eficacia es menor) o suero salino para la limpieza de secreciones, que se puede usar en combinación con otros tratamientos. Si no hay mejoría de los síntomas o la calidad de vida, se recomienda añadir un antihistamínico oral (salvo en los menores de 2 años que ya lo tomen). En caso de que tampoco así se observe mejoría, se debe reevaluar el diagnóstico y valorar otras opciones.

**Artículo original:** Bercedo Sanz A, Callen Blecua MT, Guerra Pérez MT. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la rinitis alérgica. AEPap. 2017 (en línea). Consultado: 06/02/2018. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org>

**Idioma original:** español

**Tipo de acceso online:** libre

**Link de acceso online:** <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/34/manejo-de-la-rinitis-argica>

# Guía de práctica clínica: rinitis alérgica

Autores: Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al.

## Puntos clave

- El diagnóstico de rinitis alérgica obedece a una adecuada historia y exploración física, compatible con la sintomatología presentada y, en ciertos casos, acompañada de una prueba de IgE específica.
- Se debe evaluar en cada paciente la presencia de comorbilidades relacionadas.
- Los corticoides intranasales son recomendables en pacientes con afectación de su calidad de vida debido a la RA.
- Los antihistamínicos de segunda generación son recomendables en pacientes con RA y predominio de picor nasal y estornudos.
- No se debe iniciar el tratamiento de la RA con antagonistas del receptor de leucotrienos.

## RESUMEN

La rinitis alérgica es la primera causa de enfermedad crónica en el niño y la quinta en el adulto en EE.UU actualmente y se asocia a elevados costes directos e indirectos. El propósito de esta guía es abordar las oportunidades para la mejora cualitativa por parte de cualquier clínico que pueda ver pacientes con rinitis alérgica (RA), así como optimizar la atención, promover el diagnóstico y tratamiento eficaces y reducir alternativas perjudiciales o innecesarias.

La guía es aplicable tanto a niños a partir de los 2 años como a adultos y se ha concebido para centrarse en determinadas oportunidades para la mejora cualitativa consideradas las más importantes por el grupo de trabajo y no pretende ser una obra de referencia completa sobre el diagnóstico y manejo de la RA.

## COMENTARIO

La guía, desarrollada por la *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation*, comienza describiendo su objetivo y realizando una introducción sobre la epidemiología de la RA y de la carga y costes asociados, así como estableciendo las definiciones de rinitis alérgica. Posteriormente pasa a detallar la metodología empleada para su elaboración y a estructurar sus recomendaciones:

1. Se debe diagnosticar una RA cuando un paciente presente una historia y una exploración física compatibles con una causa alérgica y al menos 1 de los siguientes síntomas: congestión nasal, goteo nasal, picor nasal o estornudos.
2. Se debe realizar e interpretar una prueba de IgE específica (cutánea o sanguínea) en pacientes con diagnóstico de RA que no respondan al tratamiento empírico, cuando no se tiene certeza del diagnóstico, o cuando es necesario conocer el alérgeno causante para hacer una terapia dirigida.
3. No se debe realizar de rutina pruebas de imagen nasosinusal a pacientes con síntomas compatibles con un diagnóstico de RA.

4. Se puede aconsejar a los pacientes que eviten los alérgenos conocidos o que tomen medidas de control ambiental (p. ej., evitar mascotas, usar filtros de aire, colchas, acaricidas) en caso de pacientes con RA en los que se hayan identificado los alérgenos que se correlacionan con los síntomas.
5. Se debe evaluar la presencia de enfermedades asociadas como el asma, la dermatitis atópica, alteraciones respiratorias del sueño, conjuntivitis, rinosinusitis y otitis media en los pacientes diagnosticados de RA, dejándolo documentado en la historia clínica.
6. Se debe recomendar el uso de corticoides intranasales en pacientes con diagnóstico clínico de RA a quienes los síntomas afecten a su calidad de vida.
7. Se debe recomendar el uso de antihistamínicos orales de segunda generación, menos sedantes, en pacientes con RA cuya sintomatología predominante sea el picor y los estornudos.
8. Se puede ofrecer el uso de antihistamínicos intranasales a pacientes con RA estacional, continua o episódica.
9. No se debe ofrecer el uso de antagonistas receptores de leucotrienos como tratamiento inicial de la RA.
10. Se puede ofrecer una combinación de fármacos a pacientes con RA que tienen una respuesta inadecuada a la monoterapia.
11. Se debe ofrecer la inmunoterapia (sublingual o subcutánea) a pacientes con RA que tengan una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico con o sin medidas de control ambiental.
12. Se puede ofrecer cirugía del cornete nasal inferior a pacientes con RA y obstrucción nasal al flujo aéreo con agrandamiento de cornetes en los que haya fracasado el tratamiento farmacológico.
13. Se puede ofrecer acupuntura a pacientes con RA que deseen terapias no farmacológicas.
14. No se puede hacer una recomendación sobre el uso de terapias herbales para pacientes con RA.

Todas las recomendaciones se acompañan de una detallada fundamentación.

**Artículo original:** Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonner JR, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152(1 Suppl):S1-43. doi: 10.1177/0194599814561600

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** pago/suscripción

**Link de acceso online:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644617>

# Red centinela MACVIA-ARIA sobre rinitis alérgica (MASK-rinitis): la nueva generación de implementación de guías

Autores: Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, Samolinski B, Bachert C, Canonica GW, et al.

## Puntos clave

- Se han identificado diferentes necesidades no cubiertas en la rinitis alérgica relacionadas tanto con la patología en sí como con los pacientes, los equipos y el entorno.
- El sistema MASK-rinitis basado en las nuevas tecnologías puede ayudar a generar información suficiente como para cubrir, al menos parcialmente, dichas necesidades.

## RESUMEN

En el contexto de las diversas necesidades no cubiertas identificadas en la rinitis alérgica, el sistema centrado en el paciente MASK-rinitis (*MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis*) se ha concebido para intentar cubrir parte de esas necesidades usando herramientas basadas en tecnologías de la información y un sistema de apoyo a las decisiones clínicas basado en la guía más extendida sobre rinitis alérgica y su comorbilidad el asma. El sistema MASK-rinitis forma parte de los sistemas de implementación del Plan de Acción B3 de la Colaboración de Innovación Europea para el Envejecimiento Activo y Saludable (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [EIP on AHA]*).

## COMENTARIO

Las necesidades no cubiertas en rinitis alérgica identificadas se refieren a:

- el diagnóstico y manejo precoces de la enfermedad alérgica respiratoria.
- la identificación del momento de inicio de la temporada alérgica.
- el control óptimo de la rinitis y sus comorbilidades.
- la estratificación de los pacientes.
- los equipos multidisciplinares para vías de atención integradas.
- Los efectos del cambio climático en las enfermedades alérgicas
- la innovación en los ensayos clínicos.
- el empoderamiento del paciente.

El sistema MASK-rinitis integra 3 herramientas para la monitorización electrónica de las enfermedades alérgicas: una escala visual analógica para el móvil para evaluar el control de la enfermedad, el cuestionario CARAT (*Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test*) para evaluar el control de la rinitis alérgica y el asma comórbido y un sistema de cribado electrónico (*e-Allergy screening*) basado en un cuestionario con algoritmos integrados

que facilita el diagnóstico precoz. Además MASK-rinitis también incluye un sistema de ayuda a las decisiones clínicas (*clinical decision support system, CDSS*), un cuaderno de datos electrónico y una herramienta educativa también electrónica y permite la geolocalización.

La información aportada por los pacientes mediante sus dispositivos electrónicos es analizada por el sistema y usada para identificar el inicio de la temporada alérgica, para optimizar el tratamiento, y para generar recursos de automanejo para los pacientes, innovaciones para los ensayos clínicos y estrategias para las políticas sanitarias.

**Artículo original:** Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, Samolinski B, Bachert C, Canonica GW, et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation. *Allergy* 2015;70(11):1372-92. doi: 10.1111/all.12686.

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** libre

**Link de acceso online:** <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12686/abstract;jsessionid=02FC1E68C43749F545136230A0771DC6.f04t01>

# Estudio internacional de rinitis alérgica: resultados de 4 regiones geográficas

Autores: Passali D, Cingi C, Staffa P, Passali F, Muluk NB, Bellussi ML.

## Puntos clave

- La prevalencia estimada de la rinitis alérgica es del 15%-25%.
- Los niños, adolescentes y adultos jóvenes son los más afectados.
- Los síntomas más frecuentemente reportados son taponamiento nasal y rinorrea.
- Los fármacos mayoritariamente prescritos para el tratamiento de la rinitis alérgica son los corticoides intranasales y los antihistamínicos orales.

## RESUMEN

Ante el problema de salud global que supone la rinitis alérgica (RA), se lleva a cabo un estudio transversal promovido por la Sociedad Italiana de Rinología para evaluar el manejo de la RA en 4 regiones diferentes (Europa, Asia, América y África). Entre sus resultados destaca que los fármacos más comúnmente prescritos para la RA son los corticoides intranasales seguidos de los antihistamínicos orales.

## COMENTARIO

El estudio consistió en una encuesta elaborada por un panel de expertos que a su vez se envió a 88 especialistas de reconocido prestigio en el ámbito de la otorrinolaringología distribuidos por múltiples países a lo largo de las 4 regiones geográficas.

Los resultados mostraron una prevalencia de la RA del 15%-25%, siendo los niños, adolescentes y adultos jóvenes los más afectados por la RA. Las comorbilidades relacionadas más frecuentes fueron asma (79%), sinusitis (58%), conjuntivitis (40%) y poliposis nasal (37%). En conjunto, los ácaros y el polen fueron los alérgenos más frecuentes. Los síntomas más comunes en los pacientes con RA son el taponamiento nasal (94%) y la rinorrea (90%). En más de la mitad de los pacientes no se realizó el prick test. De los casos en los que se realizó, se solicitó posteriormente una determinación de la IgE sérica total y específica al 44%. En cuanto al tratamiento, en el 58% de los casos se prescribió inmunoterapia. Los fármacos mayoritariamente utilizados fueron los corticoides intranasales (86,54%) y los antihistamínicos orales (82,69%), seguidos de los antagonistas de los receptores de leucotrienos (40%). Las duchas nasales con solución hipertónica la realizaron el 21% de los pacientes y con solución isotónica el 28%.

**Artículo original:** Passali D, Cingi C, Staffa P, Passali F, Muluk NB, Bellussi ML. The International Study of the Allergic Rhinitis Survey: outcomes from 4 geographical regions. *Asia Pac Allergy* 2018;8(1):e7. doi: 10.5415/apallergy.2018.8.e7

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** libre

**Link de acceso online:** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5796967/>

# Tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica estacional: sinopsis de la Guía 2017 del comité sobre parámetros para la práctica clínica

Autores: Wallace DV, Dykewicz MS, Oppenheimer J, Portnoy JM, Lang DM.

## Puntos clave

- Para el tratamiento de inicio de la rinitis alérgica estacional en mayores de 12 años se recomiendan los corticoides intranasales en monoterapia por delante de los antihistamínicos orales y en mayores de 15 años por delante de los antagonistas de los receptores de leucotrienos.
- Para el tratamiento de inicio de la rinitis alérgica moderada-grave en mayores de 12 años se puede recomendar una combinación de corticoides y antihistamínicos, ambos intranasales.

## RESUMEN

El comité conjunto sobre parámetros para la práctica clínica, que comprende representantes de la Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología (AAAAI, por sus siglas en inglés) y del Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI, por sus siglas en inglés), han formado un grupo de trabajo para revisar la evidencia y proporcionar una guía a los profesionales sanitarios para el tratamiento farmacológico inicial de la rinitis alérgica estacional en pacientes a partir de los 12 años.

## COMENTARIO

La guía 2017 de la AAAI-ACAAI realiza una revisión sistemática de estudios en los que se aborde la eficacia y la seguridad de tratamientos para la rinitis alérgica, en monoterapia o en combinación con el fin de actualizar las recomendaciones respecto a la versión anterior.

Este artículo consiste en un resumen centrado únicamente en las recomendaciones sobre el tratamiento inicial en todos los pacientes a partir de los 12 años. La primera sección contextualiza esta circunstancia para explicar a continuación con detalle la metodología empleada para la revisión sistemática y la elaboración de la guía. Posteriormente se enuncian cada una de las 3 recomendaciones emitidas y se explica con detalle la evidencia que fundamenta cada recomendación:

1. Para el tratamiento inicial de la RA estacional en mayores de 12 años se recomienda el uso de corticoides intranasales por delante de los antihistamínicos orales.
2. Para el tratamiento inicial de la RA estacional en mayores de 15 años se recomienda el uso de corticoides intranasales por delante de los antagonistas del receptor de leucotrienos.
3. Para el tratamiento la RA estacional moderada-grave en mayores de 12 años se puede recomendar el uso de corticoides intranasales combinados con antihistamínicos intranasales como tratamiento inicial.

Por último, se realiza una discusión comparada con las recomendaciones emitidas por otras guías de referencia en la RA: la guía de la AAO-HNF y la guía ARIA.

**Artículo original:** Wallace DV, Dykewicz MS, Oppenheimer J, Portnoy JM, Lang DM. Pharmacologic Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis: Synopsis of Guidance From the 2017 Joint Task Force on Practice Parameters. Ann Intern Med. 2017;167(12):876-881. doi: 10.7326/M17-2203

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** libre

**Link de acceso online:** <http://annals.org/aim/fullarticle/2664375/pharmacologic-treatment-seasonal-allergic-rhinitis-synopsis-guidance-from-2017-joint>

# La Guía EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO para la definición, clasificación, diagnóstico y manejo de la urticaria. Revisión y actualización de 2017

Autores: Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al.

## Puntos clave

- Se define la urticaria como un grupo de enfermedades que se caracteriza por el desarrollo de habones, angioedema o ambas.
- La urticaria se clasifica en aguda o crónica y en espontánea o inducible.
- El tratamiento de elección son los antihistamínicos H1 de segunda generación. En caso de respuesta insuficiente la dosis se puede aumentar hasta el cuádruple de la estándar. En caso de no haber respuesta se puede añadir omalizumab o ciclosporina A.

## RESUMEN

La urticaria es una enfermedad frecuente mediada por mastocitos que se manifiesta por habones, angioedema o ambas. La prevalencia a lo largo de la vida de la urticaria aguda es aproximadamente del 20%. La urticaria espontánea crónica y otras formas de urticaria son incapacitantes, alteran la calidad de vida y afectan al rendimiento escolar y laboral. Esta guía aborda la definición y clasificación de la urticaria, teniendo en cuenta el progreso en la identificación de sus causas, factores desencadenantes y mecanismos patogénicos. Además, esboza los abordajes diagnósticos y terapéuticos basados en la evidencia para los distintos tipos de urticaria.

## COMENTARIO

Esta guía basada en la evidencia y el consenso se ha desarrollado como una iniciativa conjunta de la sección de dermatología de la *European Academy of Allergology and Clinical Immunology* (EAACI), de la *Global Allergy and Asthma European Network* (GA<sup>2</sup>LEN), del *European Dermatology Forum* (EDF) y de la *World Allergy Organization* (WAO). Ha sido reconocida y aceptada por la *European Union of Medical Specialists* (UEMS) y la han adoptado decenas de organizaciones médicas internacionales.

El documento comienza con una introducción y una exposición detallada de la metodología empleada. Dedicamos la siguiente parte a la definición de la urticaria y su clasificación, esto es, aguda vs. crónica y espontánea vs. inducible, así como sus aspectos fisiopatológicos. Le sigue una extensa sección dedicada al diagnóstico, incluyendo un algoritmo y particular atención a la urticaria espontánea crónica. Por último, en la amplia sección dedicada al tratamiento, se establece que el objetivo del tratamiento es que la enfermedad desaparezca. El tratamiento farmacológico de primera línea en la urticaria crónica son los antihistamínicos H1 orales de 2ª generación, que deben administrarse de manera continuada. Además, en función de la respuesta, los antihistamínicos pueden ajustarse hasta cuadruplicar la dosis estándar. A partir de entonces, si no hay respuesta, se puede añadir ciclosporina A, aunque se prefiere omalizumab por su mejor perfil de seguridad. No se recomienda el uso de corticoides orales a largo plazo para la urticaria crónica, aunque sí se pueden administrar ciclos cortos en caso de exacerbación aguda. En general, las mismas recomendaciones son aplicables a la edad pediátrica, con la precaución debida.

**Artículo original:** Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy 2018. doi: 10.1111/all.13397. [Epub ahead of print]

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** pago/suscripción

**Link de acceso online:** <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.13397/abstract>

# Evaluación de un enfoque del tratamiento de la urticaria crónica espontánea basado en guías

Autores: Sánchez J, Zakzuk J, Cardona R.

## Puntos clave

- Se desconoce el grado de control y el impacto clínico logrado con las recomendaciones emitidas por las guías clínicas sobre urticaria crónica.
- El ensayo clínico llevado a cabo para evaluarlo demuestra que se logra una elevada tasa de control siguiendo cada una de las líneas de tratamiento recomendadas.

## RESUMEN

Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, prospectivo y triple ciego diseñado para evaluar el impacto clínico de las recomendaciones sobre manejo de la urticaria espontánea crónica. Se incluyeron pacientes mayores de 12 años que hubieran sido tratados de acuerdo con las recomendaciones de las guías EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO (versión 2014). Los resultados obtenidos demostraron la utilidad de aplicar las recomendaciones de las guías.

## COMENTARIO

Diferentes sociedades científicas internacionales emiten recomendaciones y elaboran guías clínicas sobre la urticaria que, sin embargo, no han sido evaluadas basándose en cada uno de los escalones de tratamiento.

Este estudio se diseña para llevar a cabo esta evaluación secuencial y analizar en cada caso las tasas de control logradas y su impacto clínico. Se incluyeron 150 pacientes a los que se trató, de acuerdo con las guías, con antihistamínicos orales como primera línea. Si al cabo de 4 semanas no había mejoría se aumentaba la dosis (hasta un máximo de 4 veces). Como tercera línea, se añadía al tratamiento omalizumab o ciclosporina A. Para evaluar el control de la enfermedad se empleó el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI). Con la primera línea de tratamiento se logró control de la urticaria en el 59% de los pacientes, con la segunda línea en el 77% y con la tercera línea se logró un 15% adicional en total. El tiempo en tratamiento influyó en la respuesta, de modo que esta fue superior con la primera línea al cabo de 1 mes que a las 2 semanas.

La conclusión que se extrae es que la aplicación de los establecido en las guías es útil y resulta en una elevada tasa de control de la urticaria espontánea crónica.

**Artículo original:** 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;6:177-82.

**Idioma original:** inglés

**Tipo de acceso online:** libre

**Link de acceso online:** <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219817304257?via%3Dihub>



