



Urticària crònica espontània

Núria Rubira

Ignacio Menacho

IV JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN AL·LÈRGIA DE L' AIS-BE
Sala d'actes d'Hospital Plató
24 març 2017



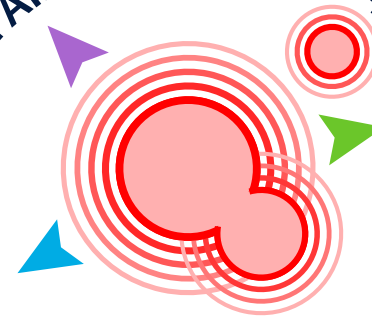
Website: www.worldallergy.org
Email: info@worldallergy.org

WORLD ALLERGY ORGANIZATION

A World Federation of Allergy, Asthma
& Clinical Immunology Societies

Chronic Urticaria

World Allergy Week • 2-8 April 2017



The Agony of Hives

*What to do when welts and
swelling do not go away*

POSITION PAPER

The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update

T. Zuberbier¹, W. Aberer², R. Asero³, C. Bindslev-Jensen⁴, Z. Brzoza⁵, G. W. Canonica⁶, M. K. Church¹, L. F. Ensina⁷, A. Giménez-Arnau⁸, K. Godse⁹, M. Gonçalo¹⁰, C. Grattan¹¹, J. Hebert¹², M. Hide¹³, A. Kaplan¹⁴, A. Kapp¹⁵, A. H. Abdul Latiff¹⁶, P. Mathelier-Fusade¹⁷, M. Metz¹, A. Nast¹, S. S. Saini¹⁸, M. Sánchez-Borges¹⁹, P. Schmid-Grendelmeier²⁰, F. E. R. Simons²¹, P. Staubach²², G. Sussman²³, E. Toubi²⁴, G. A. Vena²⁵, B. Wedi¹⁵, X. J. Zhu²⁶ & M. Maurer¹

doi: 10.1111/cea.12494

Clinical & Experimental Allergy, 45, 547–565

© 2015 John Wiley & Sons Ltd

BSACI GUIDELINE

BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema

R. J. Powell¹, S. C. Leech², S. Till³, P. A. J. Huber⁴, S. M. Nasser⁵ and A. T. Clark⁶

¹Department of Clinical Immunology and Allergy, Nottingham University, Nottingham, UK, ²Department of Child Health, Kings College Hospital, London, UK, ³Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, Kings College London, London, UK, ⁴BSACI, British Society for Allergy & Clinical Immunology, London, UK, ⁵Department of Allergy & Clinical Immunology, Addenbrooke's NHS Trust, Cambridge, UK and ⁶Department of Allergy, Addenbrookes NHS Trust, Cambridge, UK

doi: 10.1111/cea.12494

Clinical & Experimental Allergy, 45, 547–565

© 2015 John Wiley & Sons Ltd

BSACI GUIDELINE

BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema

R. J. Powell¹, S. C. Leech², S. Till³, P. A. J. Huber⁴, S. M. Nasser⁵ and A. T. Clark⁶

¹Department of Clinical Immunology and Allergy, Nottingham University, Nottingham, UK, ²Department of Child Health, Kings College Hospital, London, UK, ³Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, Kings College London, London, UK, ⁴BSACI, British Society for Allergy & Clinical Immunology, London, UK, ⁵Department of Allergy & Clinical Immunology, Addenbrooke's NHS Trust, Cambridge, UK and ⁶Department of Allergy, Addenbrookes NHS Trust, Cambridge, UK

Practice parameter

The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update

Chief Editors: Jonathan A. Bernstein, MD, David M. Lang, MD, and David A. Khan, MD

Workgroup Contributors: Timothy Craig, DO, David Dreyfus, MD, Fred Hsieh, MD, Javed Sheikh, MD, David Weldon, MD, and Bruce Zuraw, MD

Task Force Reviewers: David I. Bernstein, MD, Joann Blessing-Moore, MD, Linda Cox, MD, Richard A. Nicklas, MD, John Oppenheimer, MD, Jay M. Portnoy, MD, Christopher R. Randolph, MD, Diane E. Schuller, MD, Sheldon L. Spector, MD, Stephen A. Tilles, MD, and Dana Wallace, MD

These parameters were developed by the Joint Task Force on Practice Parameters (JTFFP), representing the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI); the American College of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI); and the Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology. The AAAAI and ACAAI have jointly accepted responsibility for

establishing “The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update.” This is a complete and comprehensive document at the current time. The medical environment is a changing environment, and not all recommendations will be appropriate for all patients. Because this document incorporated the efforts of many participants,

Practice parameter

The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update

Chief Editors: Jonathan A. Bernstein, MD, David M. Lang, MD, and David A. Khan, MD

Workgroup Contributors: Timothy Craig, DO, David Dreyfus, MD, Fred Hsieh, MD, Javed Sheikh, MD, David Weldon, MD, and Bruce Zuraw, MD

Task Force Reviewers: David I. Bernstein, MD, Joann Blessing-Moore, MD, Linda Cox, MD, Richard A. Nicklas, MD, John Oppenheimer, MD, Jay M. Portnoy, MD, Christopher R. Randolph, MD, Diane E. Schuller, MD, Sheldon L. Spector, MD, Stephen A. Tilles, MD, and Dana Wallace, MD

These parameters were developed by the Joint Task Force on Practice Parameters (JTFPP), representing the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI); the American College of Allergy, Asthma & Immunology (ACAAI); and the Joint Council of Allergy, Asthma & Immunology. The AAAAI and ACAAI have jointly accepted responsibility for

establishing “The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update.” This is a complete and comprehensive document at the current time. The medical environment is a changing environment, and not all recommendations will be appropriate for all patients. Because this document incorporated the efforts of many participants,

ASCIA Guidelines - Chronic Spontaneous Urticaria (CSU) 2015



Chronic Spontaneous Urticaria (CSU)

Consensus espanyol

doi: 10.1111/cea.12465

Clinical & Experimental Allergy, 45, 731–743

REVIEW

© 2014 The Authors. *Clinical & Experimental Allergy*
Published by John Wiley & Sons Ltd

Management of urticaria: not too complicated, not too simple

M. Ferrer¹, J. Bartra^{2,3}, A. Giménez-Arnau⁴, I. Jauregui⁵, M. Labrador-Horrillo⁶, J. Ortiz de Frutos⁷, J. F. Silvestre⁸, J. Sastre⁹,
M. Velasco¹⁰ and A. Valero^{3,11}

¹Department of Allergy and Clinical Immunology, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Spain, ²Allergy Unit, Pneumology Department, Hospital Clinic, University of Barcelona, Barcelona, Spain, ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain, ⁴Dermatology Department, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma Barcelona, Barcelona, Spain, ⁵Allergy Department, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Spain, ⁶Allergy Section, Medicine Department, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain, ⁷Dermatology Department, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain, ⁸Dermatology Department, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, Spain, ⁹Allergy Department, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain, ¹⁰Dermatology Department, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, Spain and ¹¹Allergy Unit, Pneumology and Respiratory Department, Hospital Clínic (ICT), University of Barcelona, Barcelona, Spain

URTICÀRIA

- Què en sabem els metges de família?
- Quins dubtes tenim en referència a la urticària?
 - Causes i etiologia
 - Diagnòstic i diagnòstic diferencial
 - Quines exploracions complementàries hem de fer?
- ...

URTICÀRIA

- Tractament
- Duració del tractament i tractament crònic
- Tractament en els nens
- I en dones embarassades o amb lactància materna?
- Prevenció
- Recomanacions i cures d'infermeria

URTICÀRIA: ETIOLOGIA

- És de causa al·lèrgica?
- Té algun paper la IgE?
- Hi ha urticàries autoimmunes?
- Quin és el percentatge d'urticària espontània?
- Pot estar relacionada amb altres malalties?

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- Amb quines patologies s'ha de fer el diagnòstic diferencial?
- Clínicament podem estar segurs que és una urticària i no altres patologies?
- Quan hem de derivar a dermatologia o a al·lèrgia?

URTICÀRIA: CLASSIFICACIÓ

- SEGONS DURACIÓ

AGUDA: < 6 SETMANES

CRÒNICA: > 6 SETMANES

AGUDA

INTERMITENT



CLASSIFICACIÓ URTICÀRIA

Urticaria Crònica Espontànea

Aparición espontànea de habones, angioedema o ambos con una duraci3n > 6 semanas

Urticaria física o inducible

Urticaria física:

- Dermografismo sintomàtico
- Urticaria por frio
- Urticaria por presi3n retardada
- Urticaria solar
- Urticaria por calor
- Urticaria por vibraci3n

Urticaria colinèrgica

Urticaria por contacto

Urticaria acuagènica

Consenso espanyol de urticaria.
2014

URTICÀRIA AL·LÈRGICA

URTICÀRIA FÍSCA

- Dermografisme (factícia) 60%
- Urticària colinèrgica 20%
- Urticària a frígore 5%
- Urticària solar 3%
- Urticària retardada per pressió 2%
- Altres: aquagènica, vibratòria, calor local, induïda per exercici

URTICÀRIA FÍSCA: CARACTERÍSTIQUES

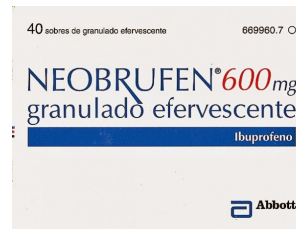
- Causat per estímuls físics.
- Inici immediat.
- Durada breu.
- Al lloc de l'estímul.
- Reproduïble: proves de provocació.
- Adults joves i dones: autolimitades.
- S'associen entre si i amb altres.
- Amb angioedema: frigore, pressió, vibratòria

URTICÀRIA AL·LÈRGICA

- Sospita de desencadenant.
- Minuts després de la ingesta en aliments, en fàrmacs pot ser més tardana.
- Associat o no angioedema, i altres manifestacions sistèmiques (anafilaxi).
- Clínica aguda i aguda intermitent.

URTICÀRIA AL·LÈRGICA

- FÀRMACS:
 - Tolerància prèvia pot dificultar diagnòstic
 - AINEs: exacerbant urticària o causa
 - IECAs: causa d'angioedema: preval. 0,1 - 2,2%
 - Antibiòtics, codeïna, antidepressius...



URTICÀRIA AL·LÈRGICA

- ALIMENTS:

- Més freqüents en nens.
- Tipus aliments varia segons edat i hàbits aliment.
- Reaccions no al·lèrgiques: histaminolliberació, contaminació, intoxicacions...



URTICÀRIA AL·LÈRGICA

- PICADURA INSECTES:



LES FAVASSES

- “Roncha o habón”
- Lesió bàsica de la urticària.
- Per edema localitzat de la pell.
- Lesió sobre-elevada, centre pàl·lid amb eritema circumdant.
- Eritema desapareix a la pressió.
- Molt pruriginosa.
- Evanescents < 24 h.



PAPER ATENCIÓ PRIMÀRIA

HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

- Duración de los síntomas
- Historia familiar de urticaria
- Duración de los habones, si hay lesiones cutáneas residuales
- Intensidad y características del prurito
- Síntomas subjetivos asociados (p. ej., dolor, sensación de escozor)
- Variación diurna de signos y síntomas
- Aparición de la urticaria en fin de semana, vacaciones y viajes (extranjero)
- Tamaño, forma y distribución de los habones
- Frecuencia y localización del angioedema asociado
- Síntomas sistémicos concomitantes (p. ej., dolor articular, cefalea, vómitos, fiebre)
- Antecedentes familiares de urticaria o atopia
- Variaciones estacionales de los síntomas
- Aparición de signos y síntomas asociados a un estímulo físico (p. ej., frío, calor, fricción)
- Trastornos psiquiátricos o psicosomáticos
- Uso de fármacos (p. ej., antiinflamatorios no esteroideos, tratamientos hormonales, agentes tópicos, medicinas alternativas) y su relación con la urticaria
- Relación con el ciclo menstrual
- Consumo de drogas/tabaco y en particular, consumo de cigarrillos aromatizados o cannabis
- Ocupación y aficiones
- Calidad de vida relacionada con la urticaria e impacto emocional
- Tratamientos previos y respuestas
- Estudios diagnósticos previos y resultados

HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

- Altres símptomes acompanyants:
 - Febre o dolors articulars
 - Adenopaties
 - Malestat general
 - Síndrom constitucional



HISTORIA CLÍNICA DETALLADA

- Fotografiar les lesions.



- Marcar les lesions...



Management of urticaria: not too complicated, not too simple

M. Ferrer¹, J. Bartra^{2,3}, A. Giménez-Arnau⁴, I. Jauregui⁵, M. Labrador-Horrillo⁶, J. Ortiz de Frutos⁷, J. F. Silvestre⁸, J. Sastre⁹,
M. Velasco¹⁰ and A. Valero^{3,11}

- I. Diagnòstic de la Urticària Crònica Espontània (UCE)
- II. Avaluació clínica.
- III. Tractaments.
- IV. Casos especials.

I. Diagnòstic de la Urticària Crònica Espontània (UCE)

I. Diagnòstic de la UCE

The prevalence of CSU is unknown, but it is estimated to be 0.5%–1% of the population, and the annual incidence is estimated at 1.4%.^{1,3}

In 2004, Gaig et al conducted a population-based study among adults in Spain to approach the real prevalence of CU.⁶ They found a prevalence of 0.6% with a predominance of CU in women (odds ratio =3.82) and reported that approximately 80% of patients were symptom-free after 1 year, and symptoms last from 1 year to 5 years in 8.7% and for more than 5 years in 11.3%.⁶

Quina és la epidemiologia de la UCE?

Prevalença a la població general **0,6%** a Espanya

Més freqüent en dones OR 3.82, i menys en infants

I. Diagnòstic de la UCE

The prevalence of CSU is unknown, but it is estimated to be 0.5%–1% of the population, and the annual incidence is estimated at 1.4%.^{1,3}

In 2004, Gaig et al conducted a population-based study among adults in Spain to approach the real prevalence of CU.⁶ They found a prevalence of 0.6% with a predominance of CU in women (odds ratio =3.82) and reported that approximately 80% of patients were symptom-free after 1 year, and symptoms last from 1 year to 5 years in 8.7% and for more than 5 years in 11.3%.⁶

Quina és la epidemiologia de la UCE?

Prevalença a la població general **0,6%** a Espanya

Més freqüent en dones OR 3.82, i menys en infants

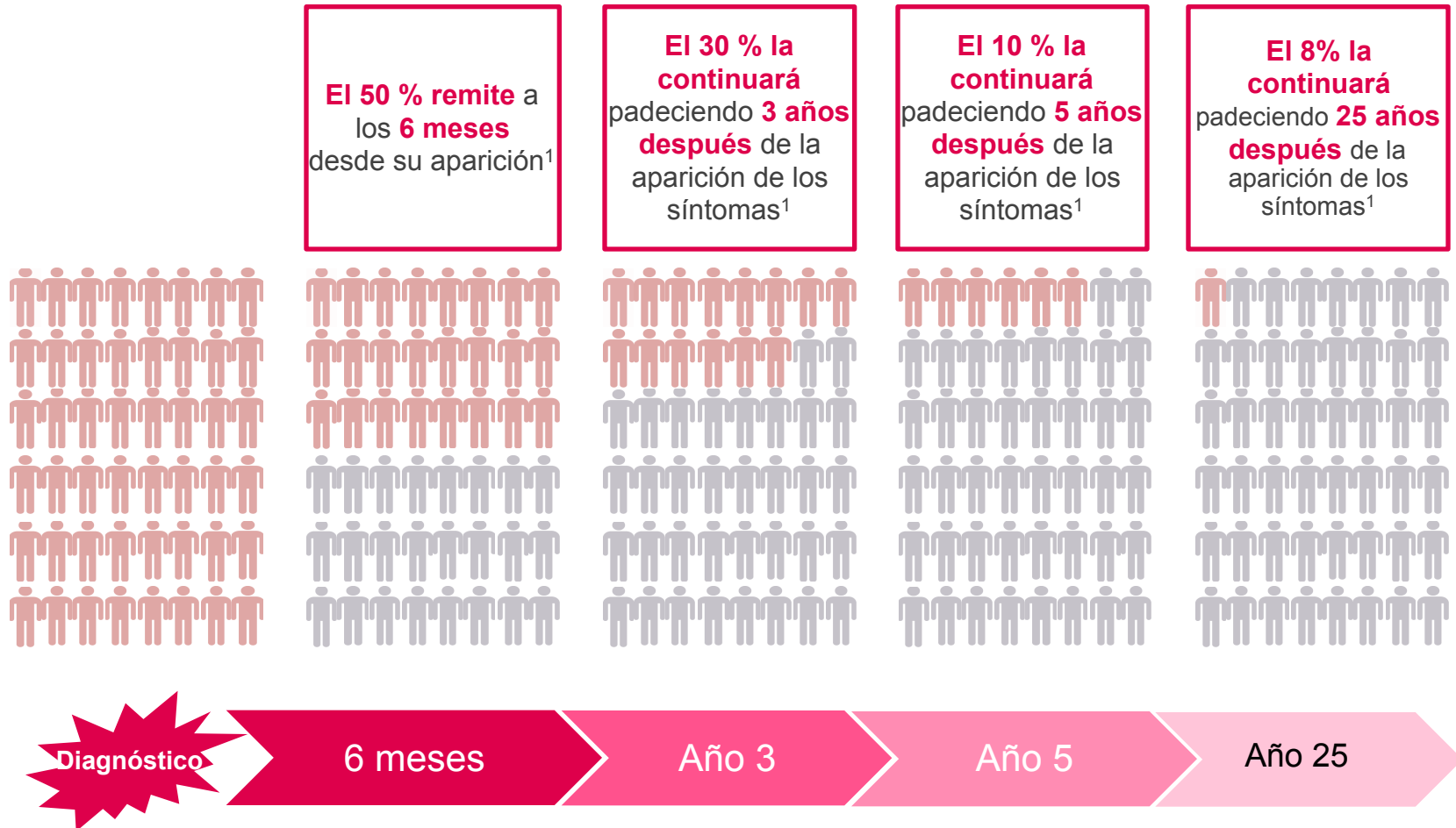
Quin és el curs clínic de la UCE?

Impredictible, recacaigudes i remissions espontànies.

Pot durar anys. Aprox 70-80% durada <1 any, 11% >5 anys

No es coneix l'efecte dels tractaments en el curs natural de la UCE.

La UCE es una enfermedad crónica cuya duración estimada es de 1 a 5 años en la mayoría de los casos^{1,2}



I. Diagnòstic d'Urticària Crònica Espontània (UCE),

Quin és el diagnòstic clínic de UCE?

Favasses diàries/casi diàries **evanescents** (durada de cada <24h) que no deixen lesions en desaparèixes

Durada de la malatia > **6 setmanes**.

Pruïja

Angioedema en 40-50% dels pacients. No suposa compromís vital.



I. Diagnòstic de la UCE

Quin és el diagnòstic diferencial?

UCE es distingeix per la seva durada, evanescència i la intensa picor.

Table 4. Differential diagnosis of chronic urticaria

Diseases or syndromes with typical urticarial lesions	Autoinflammatory diseases Schnitzler syndrome
Diseases with fixed urticarial lesions with atypical features	Cutaneous lupus erythematosus Fixed drug eruptions Bullous pemphigoid Reticular erythematous mucinosis Erythema multiform

Urticarial vasculitis

Urticarial vasculitis



Annular patch with elevated borders.
Graphic 66203 Version 1.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.



Discrete and confluent urticarial patches with unusual annular and semi-annular features.

Graphic 77924 Version 2.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Urticarial vasculitis



Annular patch with elevated borders.
Graphic 66203 Version 1.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Urticarial vasculitis



Discrete and confluent urticarial patches with unusual annular and semi-annular features.

Graphic 77924 Version 2.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Subacute cutaneous lupus erythematosus



Erythematous annular plaques with scale.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.

Graphic 55903 Version 4.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Urticarial vasculitis

Urticarial vasculitis



Annular patch with elevated borders.
Graphic 66203 Version 1.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.



Discrete and confluent urticarial patches with unusual annular and semi-annular features.

Graphic 77924 Version 2.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Subacute cutaneous lupus erythematosus



Erythematous annular plaques with scale.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.

Graphic 55903 Version 4.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Urticaria pigmentosa



Urticaria pigmentosa lesions in an adult patient with cutaneous mastocytosis.

Reproduced with permission from: Soter AN. *J Invest Derm* 1991; 96(3):S32. Copyright © 1991 Blackwell Science.

Graphic 63025 Version 4.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Urticarial vasculitis

Urticarial vasculitis



Annular patch with elevated borders.
Graphic 66203 Version 1.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

Erythema multiforme



Multiple typical target lesions are present on this extremity.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.
Graphic 57894 Version 6.0

Erythema multiforme



Target lesions are present on the palm of this patient with erythema multiforme.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.
Graphic 80715 Version 4.0



Discrete and confluent urticarial patches with unusual annular and semi-annular features.

Graphic 77924 Version 2.0

Subacute cutaneous lupus erythematosus



Erythematous annular plaques with scale.

Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.
Graphic 55903 Version 4.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.

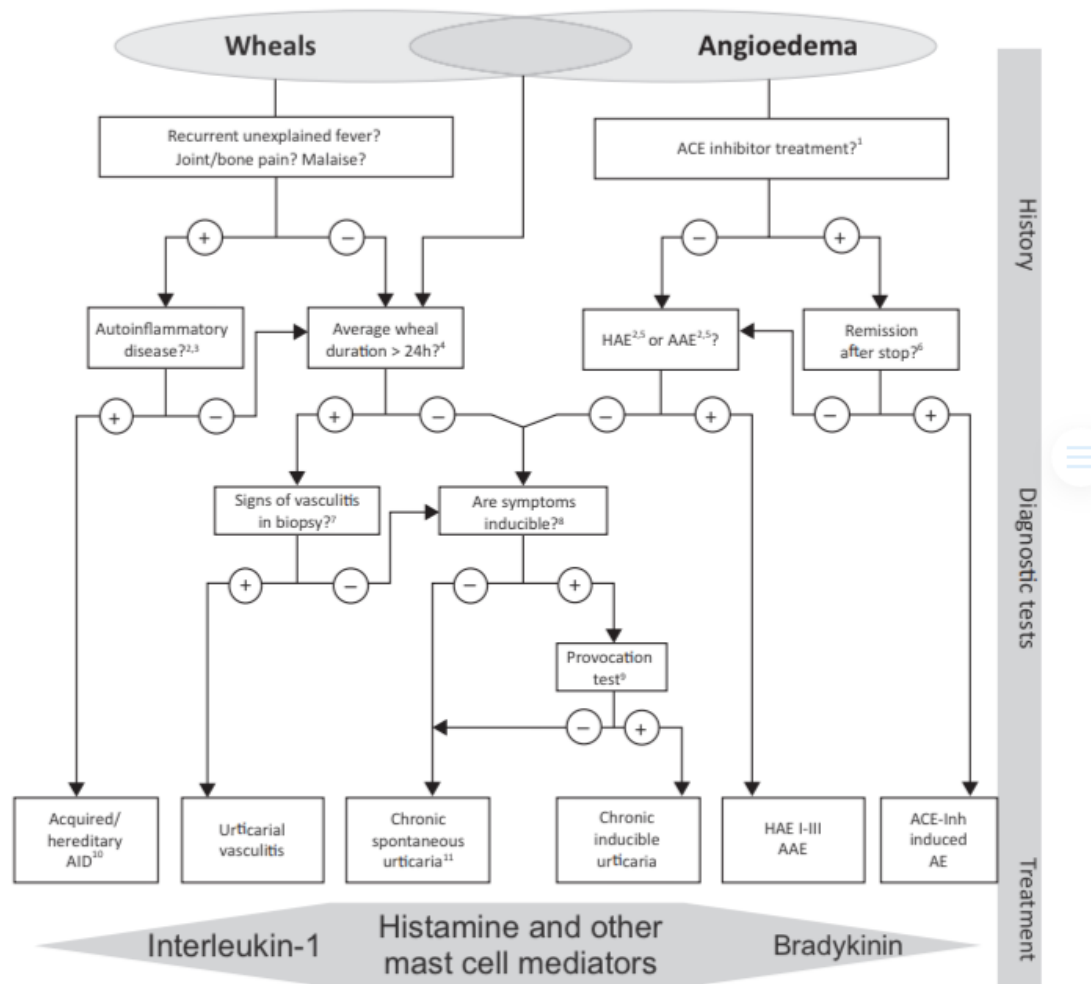
Urticaria pigmentosa



Urticaria pigmentosa lesions in an adult patient with cutaneous mastocytosis.

Reproduced with permission from: Soter AN. J Invest Derm 1991; 96(3):S32. Copyright © 1991 Blackwell Science.
Graphic 63025 Version 4.0

© 2017 UpToDate, Inc. All rights reserved.



POSITION PAPER

The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update

I. Diagnòstic de la UCE

Quins són els factors exacerbants coneguts?

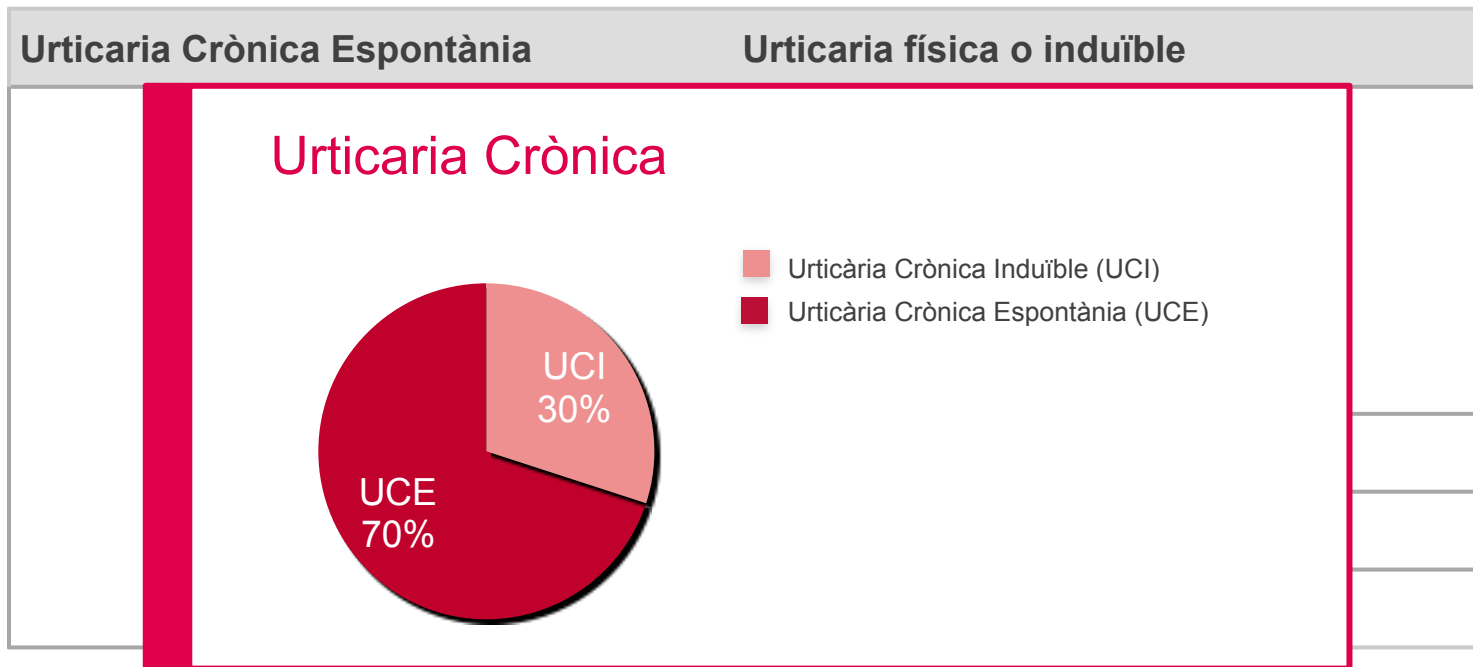
- Majoria dels casos: **sense causa identificable**.
- Únic reconegut: Antinflamatoris no esteroidals (**AINE**)
- En los casos en que UCE + urticaria física: desencadenants físics (pressió, fregament...)

Cassificació de les urticàries cròniques segons EAACI

Urticaria Crònica Espontània	Urticaria física o induïble
	Urticaria física: <ul style="list-style-type: none">▪ Dermografisme simptomàtic▪ Urticària per fred▪ Urticària por pressió retardada▪ Urticària solar▪ Urticària per calor▪ Urticària per vibració
	Urticària colinèrgica
	Urticària per contacte
	Urticària acuagènica

1. Curto-Barredo L, Silvestre JF, Giménez-Arnau AM. Update on the Treatment of Chronic Urticaria. Actas Dermosifiliogr. 2013

Cassificació de les urticàries cròniques segons EAACI



1. Curto-Barredo L, Silvestre JF, Giménez-Arnau AM. Update on the Treatment of Chronic Urticaria. Actas Dermosifiliogr. 2013

I. Diagnòstic de la UCE

És necessari fer proves diagnòstiques extenses en tots els casos?

- La **història clínica i exploració física** són essencials.
- A menys que la història clínica ho indiqui **no es recomana la realització d'extenses proves complementàries**.

I. Diagnòstic de la UCE

Elements bàsics del diagnòstic de la UCE

Història clínica
Exploració física
Urticària activity score (UAS) y angioedema activity score (AAS) i Questionari de Qualidad de Vida (CU-Q2oL)
Proves d'urticària física
Hemograma, anticossos antitiroïdals, test de funció tiroïdal; velocitat de sedimentació globular i Proteïna C Reactiva

I. Diagnòstic de la UCE

Elements bàsics del diagnòstic de la UCE

Història clínica
Exploració física
Urticària activity score (UAS) y angioedema activity score (AAS) i Questionari de Qualidad de Vida (CU-Q2oL)
Proves d'urticària física
Hemograma, anticossos antitiroïdals, test de funció tiroïdal; velocitat de sedimentació globular i Proteïna C Reactiva
Prova cutànea per descartar al·lèrgia (si necessària)
Biopsia cutànea (si està indicada)
Prova de sèrum autòleg TSA*
Test de lliberació de CD63 o histamina (estimulació de basòfils amb serum <i>in vitro</i>)*

* Exploracions opcionals

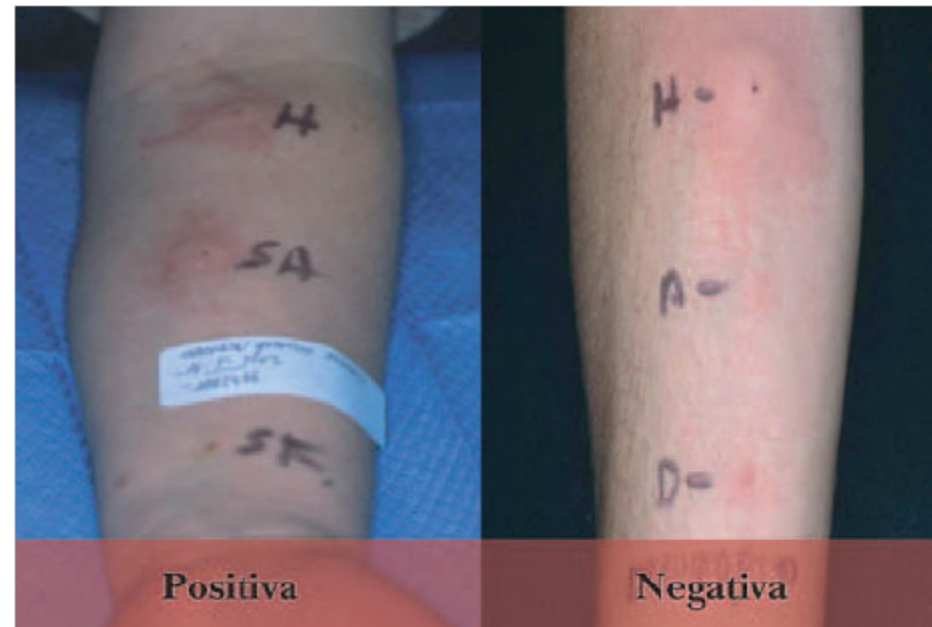
EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Tabla I

	Hemograma	VSG	H. tiroideas Ac. antitiroideos	IgE	C4	Biopsia cutànea	Pruebas físicas
Urt. aguda/recurrente				(+)			
Urt. crònica	(+)	(+)	(+)				
Urt. física							+
Angioedema sin habones					+		
Urt. de contacto				(+)			
Urt. vasculitis	+	+			+	+	
Urt. autoimmune	+	+					

+: exploración relevante; (+): exploración de posible utilidad.

Test sèrum autòleg



Presence of circulating antibodies directed against the alpha chain of the high-affinity IgE receptor (FcεR1) in 30-50% of patients with CSU

I. Diagnòstic de la UCE

I. Diagnòstic de la UCE

És necessari evaluar infeccions o infestacions?

- **No.** No existeix evidència.

I. Diagnòstic de la UCE

És necessari evaluar infeccions o infestacions?

- **No.** No existeix evidència.

És obligatòria una biòpsia cutànea?

No obligatòria pel diagnòstic, sí si se sospita **urticària vasculítica** (favasses de durada > 24h o clínica poc freqüente: pruija lleu, lesions doloroses, sense resposta a antihistamínics i amb lesions residuals)

I. Diagnòstic de la UCE

És necessari evaluar infeccions o infestacions?

- **No.** No existeix evidència.

És obligatòria una biòpsia cutànea?

No obligatòria pel diagnòstic, sí si se sospita **urticària vasculítica** (favasses de durada > 24h o clínica poc freqüente: pruija lleu, lesions doloroses, sense resposta a antihistamínics i amb lesions residuals)

Està la UCE associada a al·lèrgia alimentària?

- **No.** La UCE no és una manifestació d'al·lèrgia alimentària mediada por IgE. En canvi s'han descrits casos d'al·lèrgia alimentària que semblaven una urticària crònica: omega 5 gliadina, LTP o altres.

I. Diagnòstic de la UCE

I. Diagnòstic de la UCE

És útil per al pronòstic de la UCE valorar la autoimmunitat?

- Els pacients amb TSA positiu pateixen una malaltia **més greu i de més llarga durada**
- **Autoimmunitat** es pot valorar a través del test de sèrum autòlogo (TSA) o estimulació de basòfils *in vitro*. No s'utilitzen de forma habitual.

I. Diagnòstic de la UCE

És útil per al pronòstic de la UCE valorar la autoimmunitat?

- Els pacients amb TSA positiu pateixen una malaltia **més greu i de més llarga durada**
- **Autoimmunitat** es pot valorar a través del test de sèrum autòlog (TSA) o estimulació de basòfils *in vitro*. No s'utilitzen de forma habitual.

Existeixen biomarcadors d'actividad de UCE?

- **No.**
- La gravetat de la malaltia només es pot valorar per la intensitat de la clínica

I. Diagnòstic de la UCE

És útil per al pronòstic de la UCE valorar la autoimmunitat?

- Els pacients amb TSA positiu pateixen una malaltia **més greu i de més llarga durada**
- **Autoimmunitat** es pot valorar a través del test de sèrum autòlogo (TSA) o estimulació de basòfils *in vitro*. No s'utilitzen de forma habitual.

Existeixen biomarcadors d'actividad de UCE?

- **No.**
- La gravetat de la malaltia només es pot valorar per la intensitat de la clínica

Estan els conservants i aditius alimentaris relacionats amb la UCE?

No. No és necessària cap dieta restrictiva

I. Diagnòstic de la UCE

És útil per al pronòstic de la UCE valorar la autoimmunitat?

- Els pacients amb TSA positiu pateixen una malaltia **més greu i de més llarga durada**
- **Autoimmunitat** es pot valorar a través del test de sèrum autòloga (TSA) o estimulació de basòfils *in vitro*. No s'utilitzen de forma habitual.

Existeixen biomarcadors d'actividad de UCE?

- **No.**
- La gravetat de la malaltia només es pot valorar per la intensitat de la clínica

Estan els conservants i aditius alimentaris relacionats amb la UCE?

US guidelines:

Summary Statement 98: The evidence is weak that pseudoallergen-free diets improve CU.(C) Given the lack of evidence and burden of adhering to these diets, their use in CU patients is not recommended.(D)

Are pseudoallergen-free diets useful in the extended diagnostic program of chronic spontaneous urticaria?

We recommend the use of pseudoallergen (non-allergic-hypersensitivity reaction agents) free diets in the extended diagnostic program of chronic spontaneous urticaria in patients with daily or almost daily symptoms only (strong recommendation/high-quality evidence).

I. Diagnòstic de la UCE

Com es diagnostica UCE en infants?

- Igual que en adults.

I. Diagnòstic de la UCE

Com es diagnostica UCE en infants?

- Igual que en adults.

L'angioedema aïllat té implicacions clíniques, terapèutiques i/o pronòstiques?

Sí. L'angioedema sense urticària no és un signe de la UCE.

És important el diagnòstic diferencial entre angioedema histaminèrgic i angioedema per bradiginines, ja que el maneig és molt diferent.

SEGUIMENT CLÍNIC

- Quin seguiment clínic hem de fer dels pacients amb urticària crònica?
- Tenim alguna manera objectiva de saber com evolucionen?

II. Avaluació clínica i seguiment.

II. Avaluació clínica i seguiment.

Existeixen factors pronòstic de durada?

Sí, són factors de pitjor pronòstic:

- Gravetat
- Presència d'angioedema
- Resultat positiu en la prova TSA
- Urticària física
- Edat avançada

II. Avaluació clínica i seguiment.

Es pot mesurar l'activitat de la UCE?

Per evaluar la gravetat de la UCE i la resposta al tractament:
escales validades d'activitat d'urticària **UAS** y **UAS7**.

POSITION PAPER

The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update

Escales UAS - UAS7

¿Cuántos habones han aparecido en las últimas 24 horas?	Puntuación
Ninguno	0
< 20 habones	1
20-50 habones	2
> 50 habones	3
Intensidad del prurito en las últimas 24 horas	
Ninguno	0
Leve (presente pero sin resultar molesto o irritante)	1
Moderado (irritante pero no interfiere con actividades diarias o sueño)	2
Severo (interfiere con actividades diarias o sueño)	3

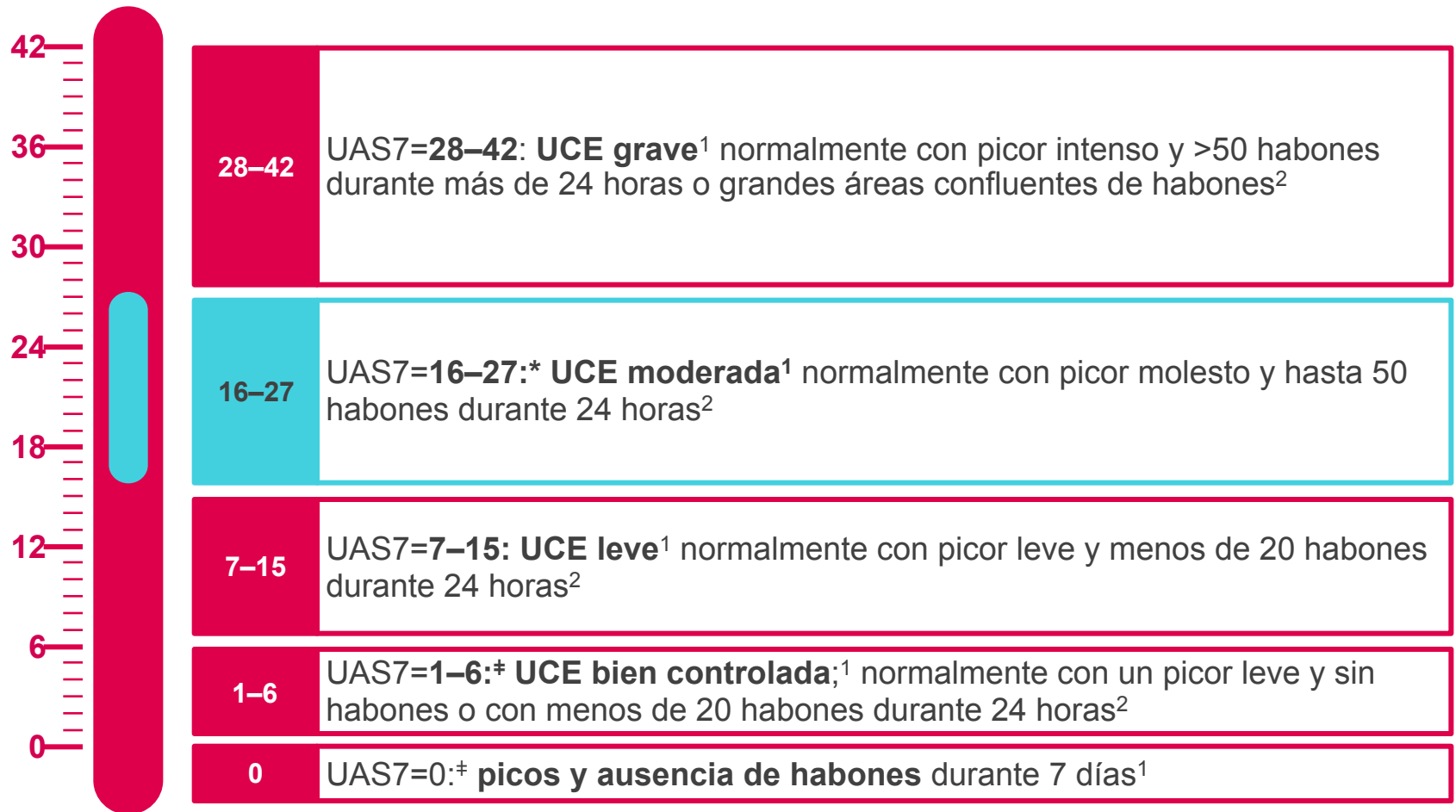
Com es calcula UAS y UAS7:

UAS diario (escala de 0-6):
Puntuación de la intensidad del picor y número de habones

7 días

UAS7 semanal (escala de 0-42):
Suma de la puntuaciones de UAS diarios de 7 días consecutivos

Rango de gravedad del UAS-UAS7



*UAS7≥16 fue un criterio de inclusión en los estudios clínicos de fase 3 de en pacientes con UCE refractaria; †UAS7≤6 (enfermedad bien controlada) y UAS7=0 (respuesta completa) cuando criterio principal secundario de valoración en estos ensayos; UAS7 = puntuación de la actividad de la urticaria semanal

1503034088

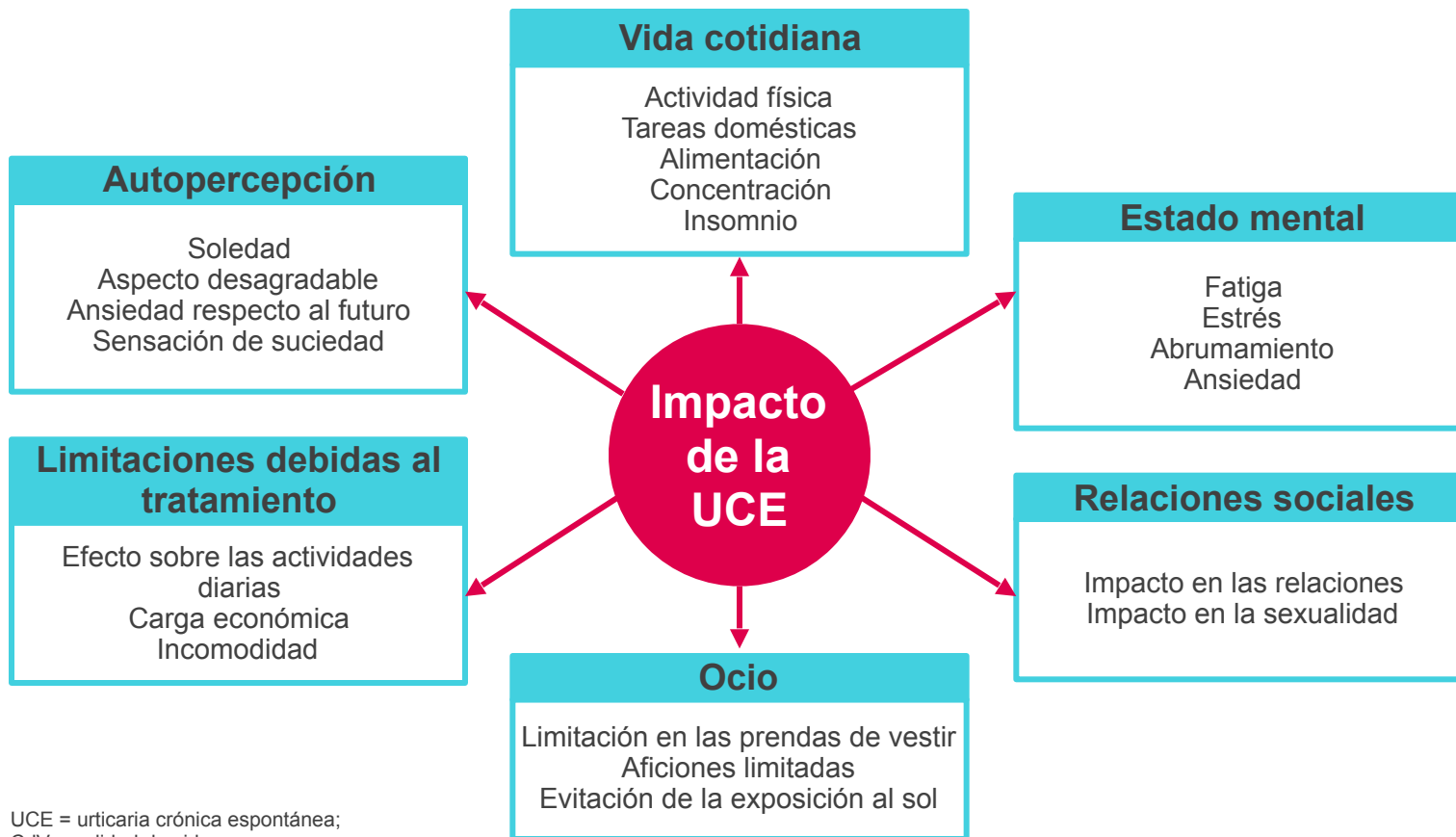
II. Avaluació clínica i seguiment.

Els qüestionaris de qualitat de vida són útils en l'avaluació de UCE?

Sí. El qüestionari validat específic per UCE és l'únic instrument disponible específicament desenvolupat per avaluar la qualitat de vida dels pacients amb UCE(**CU-Q2oL**).

La UCE afecta negativamente la calidad de vida (CdV)

- La UCE afecta muchos aspectos de la CdV de los pacientes que la padecen,¹ siendo la presencia de angioedema lo que produce efectos más negativos en la CdV²



UCE = urticaria crónica espontánea;
CdV = calidad de vida.

1503034088

II. Avaluació clínica i seguiment.

Es pot predir resposta al tractament?

- **No es disposen de predictors** de la resposta al tractament de la UCE.
- UCE associada a autoimmunitat o urticaria física és més resistent als tractaments.

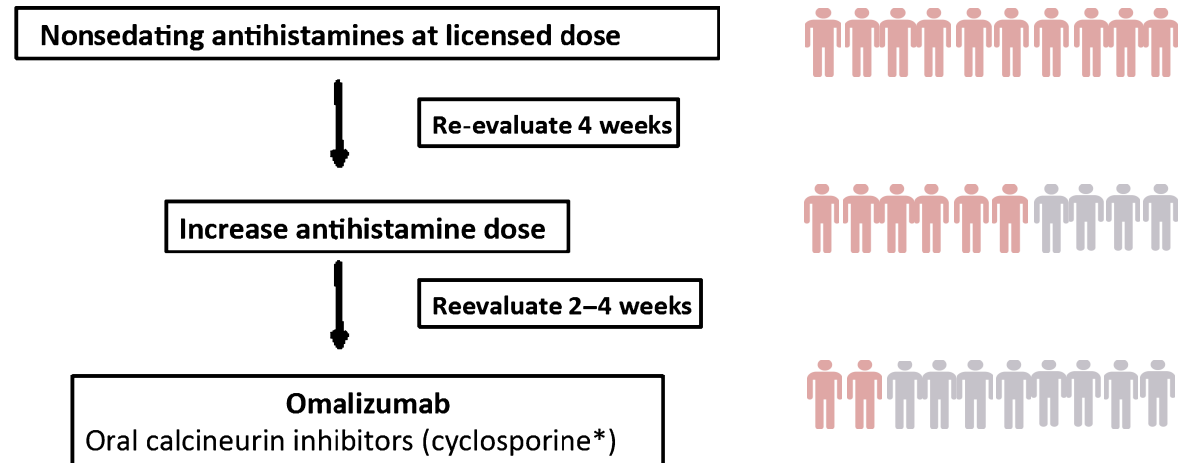
TRACTAMENT

- Quin és el tractament més adequat?
- Tenim algun tractament efectiu?
- Fins a on podem arribar els metges de família?

III. Tractaments

Management of urticaria: not too complicated, not too simple

M. Ferrer¹, J. Bartra^{2,3}, A. Giménez-Arnau⁴, I. Jauregui⁵, M. Labrador-Horrillo⁶, J. Ortiz de Frutos⁷, J. F. Silvestre⁸, J. Sastre⁹, M. Velasco¹⁰ and A. Valero^{3,11}



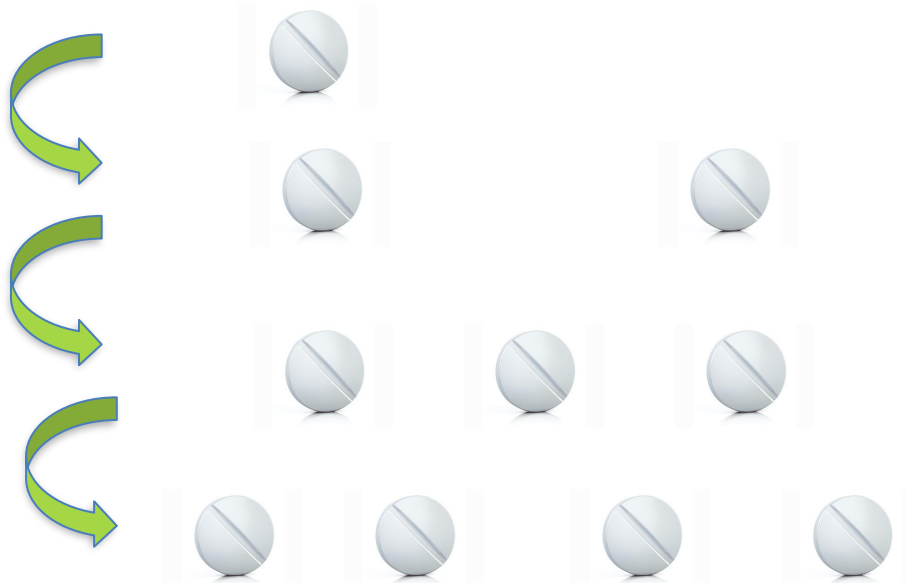
***In nonresponders to Omalizumab**
Note: short course of corticosteroids may be used for exacerbations

Fig. 1. CSU treatment algorithm (CSU management with treatment options supported by strong evidence). Use of omalizumab as a first-line treatment once patients are shown to be refractory to antihistamines (in agreement with the most recent review) [100].

Kaplan AP. Therapy of chronic urticaria: a simple, modern approach. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112:419–25.

TRACTAMENT

- Antihistamínicos H1 de segona generació:
 - Dosi fixa tècnica
 - Augmentar dosi fins a 4 vegades
 - De forma pautaada



Reavaluar cada 4 setmanes

TRACTAMENT



- Corticoides:
 - Només pautes curtes en casos d'exacerbacions

≤ 10 dies

TRACTAMENT

- Quin seria l'anti-H1 d'elecció?
- Tots són iguals?
- Es recomana canviar d'anti-H1 si ens falla el que hem prescrit?

III. Tractaments: Antihistamínics.

Quin rang de dosis de anti-H1 és més apropiada en la UCE?

Es recomana utilitzar **anti-H1 no sedants** a dosi de fitxa tècnica com a primera línia de tractament.

Donada la seguretat d'aquest fàrmacs es pot augmentar fins a **quatre** vegades la dosi estandar considerant cada cas de forma individual.

Atopic dermatitis and skin disease

The effectiveness of levocetirizine and desloratadine in up to 4 times conventional doses in difficult-to-treat urticaria

Maria Staevska, MD,^a Todor A. Popov, MD, PhD,^a Tanya Kralimarkova, MD,^a Cvetelina Lazarova, MD,^a Steliana Kraeva, MD,^a Dora Popova, MD, PhD,^a Diana S. Church, MD,^b Vasil Dimitrov, MD, PhD,^a and Martin K. Church, PhD, DSc^{b,c} Sofia, Bulgaria, Southampton, United Kingdom, and Berlin, Germany

Clinical implications: Increasing H₁-antihistamine dosage up to 4-fold improved urticarial symptoms and quality of life but did not increase somnolence in approximately three quarters of patients with difficult-to-treat chronic urticaria.

2010

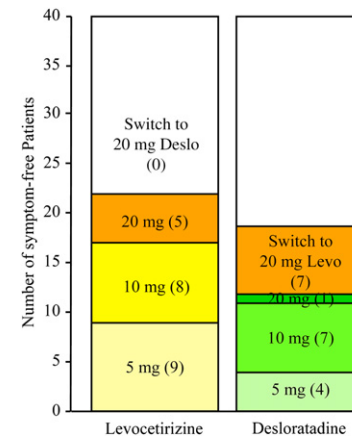


FIG 2. The number of patients whose symptoms were relieved by levocetirizine (*Levo*) or desloratadine (*Deslo*) throughout the 4 weeks of the study. The *numbers in parentheses* refer to the number of patients who were symptom free on 5 mg (week 1), 10 mg (week 2), 20 mg (week 3), or after the drug switch (week 4).

ORIGINAL RESEARCH

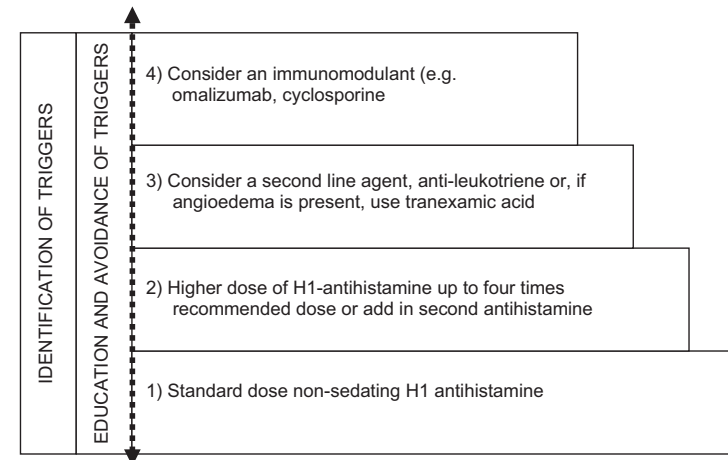
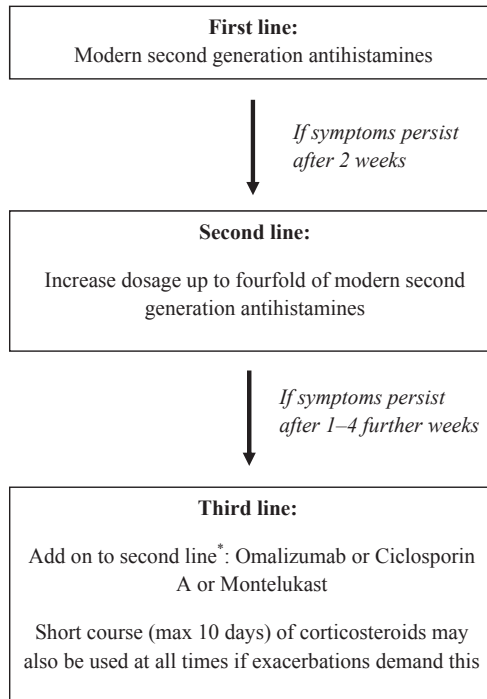
Open Access

Comparative efficacy of non-sedating antihistamine updosing in patients with chronic urticaria

Mario Sánchez-Borges^{1*}, Ignacio Ansotegui², Jorge Montero Jimenez³, Maria Isabel Rojo⁴, Carlos Serrano⁵ and Anahí Yañez⁶

Table 2 Efficacy of increased doses of non-sedating antihistamines in patients with chronic urticaria

Author ^{ref}	Drug	Dose (mg)	Efficacy	
			Responders/n	%
Finn [17]	Fexofenadine	120 BD	46/89	51.6
Finn [17]	Fexofenadine	240 BD	54/83	64.9
Nelson [18]	Fexofenadine	120 BD	33/77	42.8
Nelson [18]	Fexofenadine	240 BD	46/82	56.0
Giménez-Arnau [19]	Rupatadine	20 QD	69/109	63.3
Dubertret [20]	Rupatadine	20 QD	48/67	71.6
Siebenhaar [21]	Desloratadine	20 QD	15/30	50.0
Staevska [22]	Desloratadine	10 QD	7/36	19.4
Staevska [22]	Desloratadine	20 QD	1/29	3.4
Staevska [22]	Levocetirizine	10 QD	8/31	25.8
Staevska [22]	Levocetirizine	20 QD	5/23	21.7
Krause [23]	Bilastine	40 QD	11/20	55.0
Krause [23]	Bilastine	80 QD	12/20	60.0



POSITION PAPER

The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update

T. Zuberbier¹, W. Aberer², R. Asero³, C. Bindsley-Jensen⁴, Z. Brzoza⁵, G. W. Canonica⁶, M. K. Church¹, L. F. Ensina⁷, A. Giménez-Arnau⁸, K. Godse⁹, M. Gonçalo¹⁰, C. Grattan¹¹, J. Hebert¹², M. Hide¹³, A. Kaplan¹⁴, A. Kapp¹⁵, A. H. Abdul Latiff¹⁶, P. Mathelier-Fusade¹⁷, M. Metz¹, A. Nast¹, S. S. Saini¹⁸, M. Sánchez-Borges¹⁹, P. Schmid-Grendelmeier²⁰, F. E. R. Simons²¹, P. Staubach²², G. Sussman²³, E. Toubi²⁴, G. A. Vena²⁵, B. Wedi¹⁵, X. J. Zhu²⁶ & M. Maurer¹

doi: 10.1111/cea.12494

Clinical & Experimental Allergy, 45, 547–565

BSACI GUIDELINE

© 2015 John Wiley & Sons Ltd

BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema

R. J. Powell¹, S. C. Leech², S. Till³, P. A. J. Huber⁴, S. M. Nasser⁵ and A. T. Clark⁶

¹Department of Clinical Immunology and Allergy, Nottingham University, Nottingham, UK, ²Department of Child Health, Kings College Hospital, London, UK, ³Division of Asthma, Allergy and Lung Biology, Kings College London, London, UK, ⁴BSACI, British Society for Allergy & Clinical Immunology, London, UK, ⁵Department of Allergy & Clinical Immunology, Addenbrooke's NHS Trust, Cambridge, UK and ⁶Department of Allergy, Addenbrookes NHS Trust, Cambridge, UK

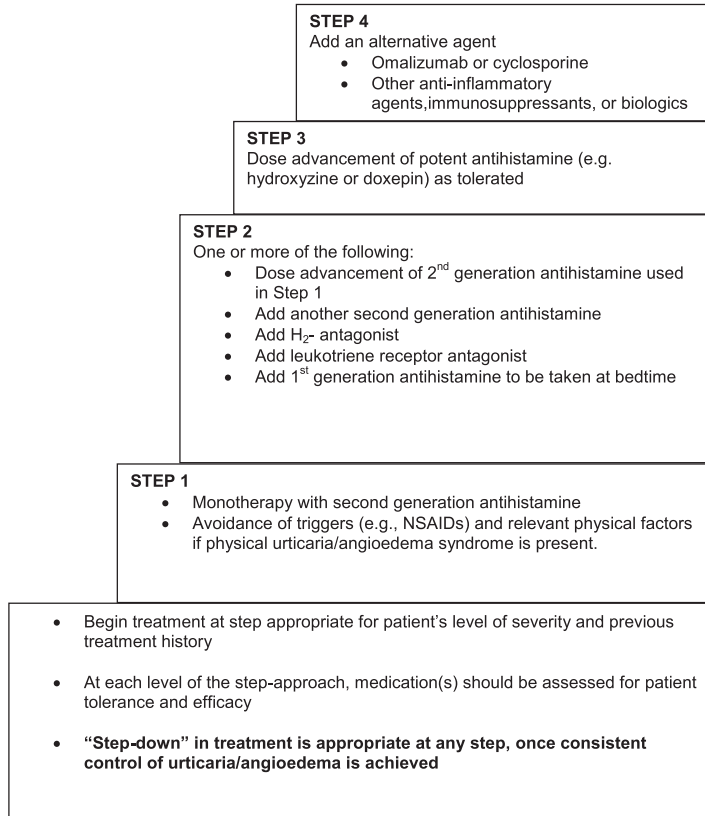
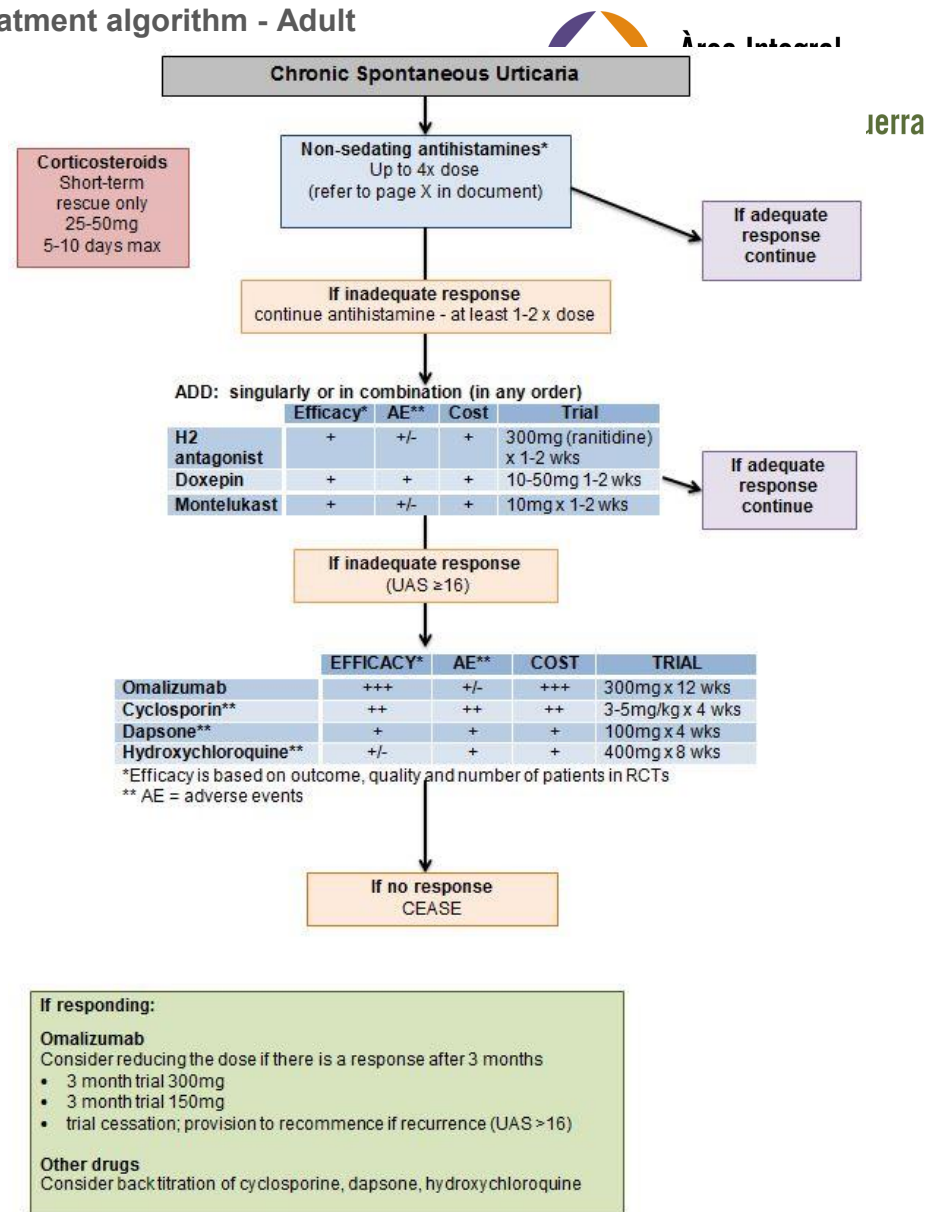


FIG 1. Step-care approach to the treatment for CU.

Practice parameter

The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update



III. Tractaments: Antihistamínics.

III. Tractaments: Antihistamínics.

Es pot canviar de tipus de anti-H1?

Sí, descriures diferents respostes individuals.

III. Tractaments: Antihistamínics.

Es pot canviar de tipus de anti-H1?

Sí, descriures diferents respostes individuals.

És útil combinar antihistamínics sedants i no sedants?

No, no hi ha estudis de més eficàcia front a incrementar dosi, i els sedants tenen més riscos de efectes secundaris. Desaconsellen l'ús de anti-H1 de primera generació sedants (Consensus GALEN). La guia americana manté l'opció.

III. Tractaments: Antihistamínics.

Es pot canviar de tipus de anti-H1?

Sí, descriures diferents respostes individuals.

És útil combinar antihistamínics sedants i no sedants?

No, no hi ha estudis de més eficàcia front a incrementar dosi, i els sedants tenen més riscos de efectes secundaris. Desaconsellen l'ús de anti-H1 de primera generació sedants (Consensus GALEN). La guia americana manté l'opció.

Hauria de ser tractament a demanda o pautat?

Pautat, a demanda no eficaç.

III. Tractaments: Antihistamínics.

Es pot canviar de tipus de anti-H1?

Sí, descriu diferents respostes individuals.

És útil combinar antihistamínics sedants i no sedants?

No, no hi ha estudis de més eficàcia front a incrementar dosi, i els sedants tenen més riscos de efectes secundaris. Desaconsellen l'ús de anti-H1 de primera generació sedants (Consensus GALEN). La guia americana manté l'opció.

Hauria de ser tractament a demanda o pautat?

Pautat, a demanda no eficaç.

Es útil combinar anti-H1 i anti-H2?

No, se suposa que és per l'increment de nivells plasmàtics de l'anti-H1 per interacció del citocrom p450. La guia americana manté l'opció.

III. Trataments no antihistamínics: CS

S'han d'usar corticosteroids (CS) en tractament de la UCE?

No es recomana l'ús perllongat de CS en UCE.

Poden ser útils **cicles curts** (≤ 10 dies) per controlar **exacerbacions**.

TRACTAMENT

- I si això ens falla?
- Tenim alguna novetat que aportí valor?
- Derivem al pacient?

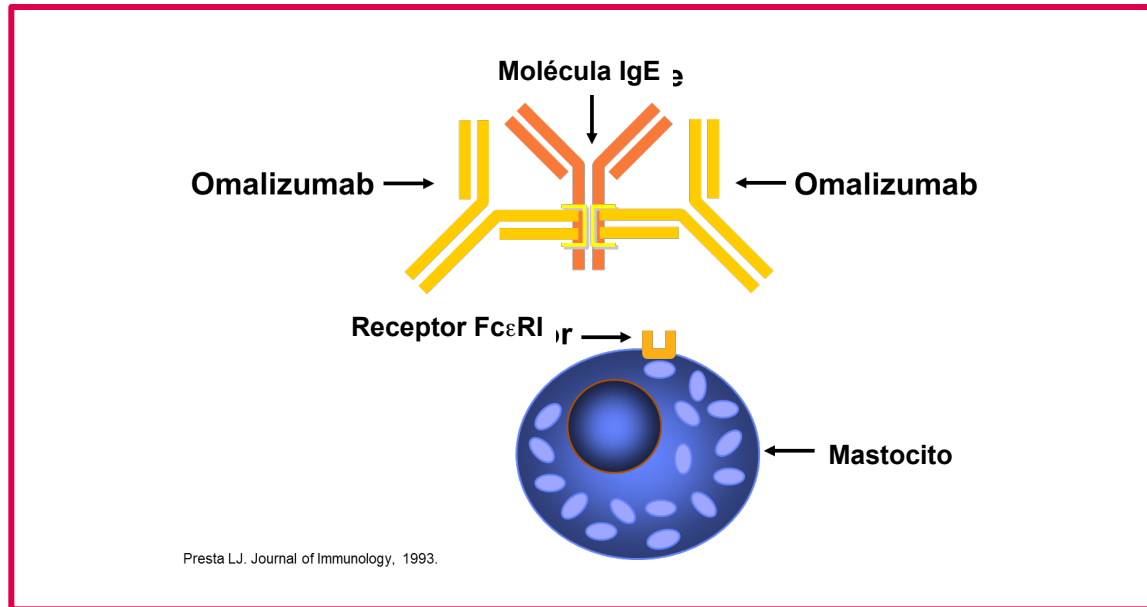
III. Tractaments:

No antihistamínics

Historia de omalizumab en el tratamiento de la UCE refractaria

1503034088

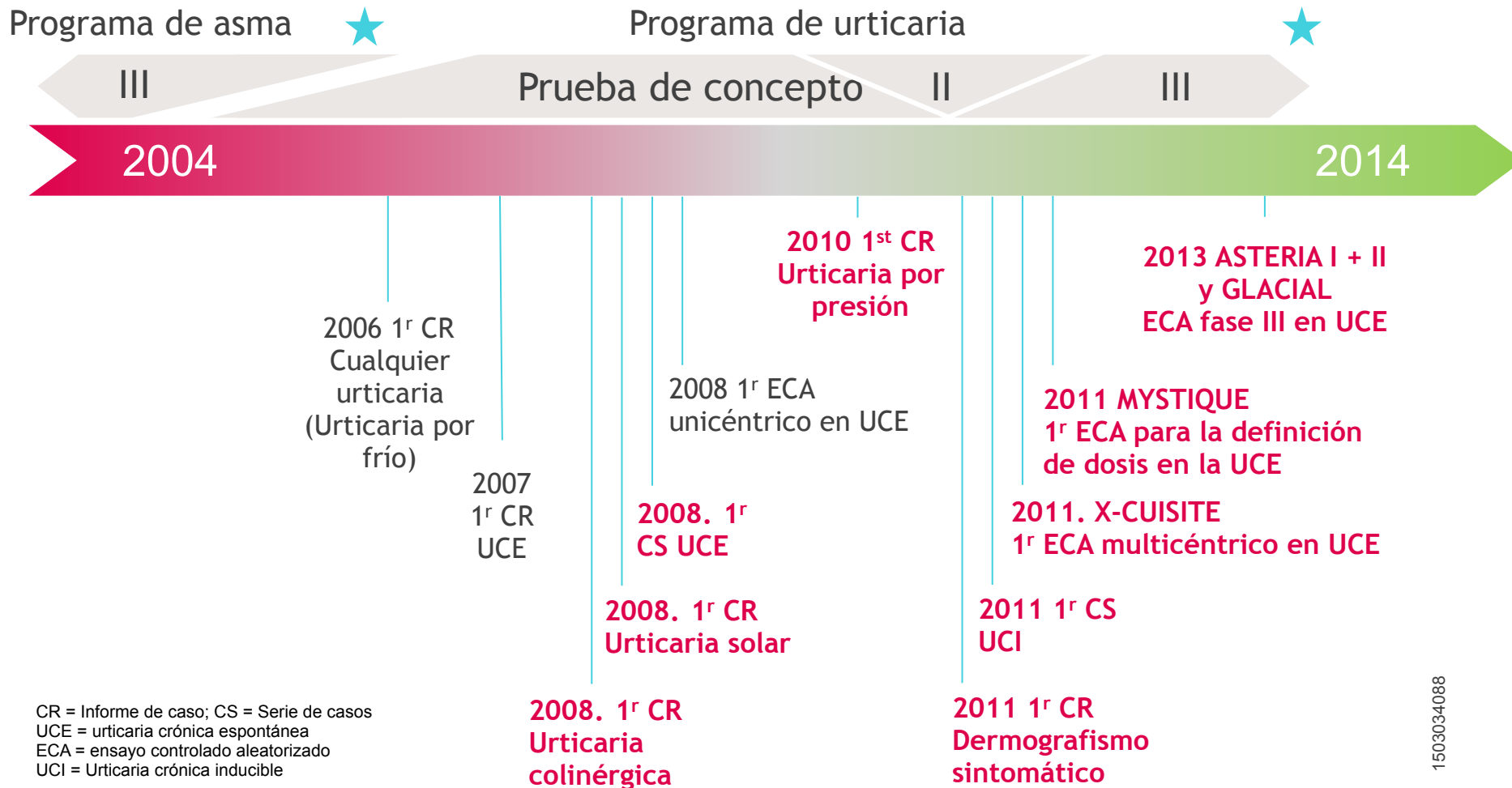
Omalizumab se une a una región específica del dominio constante de la IgE ($C\alpha3$), impidiendo por tanto la unión de la IgE con los receptores de los mastocitos



Esta zona específica de la Fc de la IgE es también la zona mediante la cual la IgE se une al receptor Fc̑RI.

1503034088

Los resultados positivos del uso de omalizumab en la UC referidos por los investigadores impulsan el desarrollo en la UCE



1503034088

Case report

Effect of omalizumab on patients with chronic urticaria

Sheldon L. Spector, MD,*† and Ricardo A. Tan, MD†

Background: Chronic urticaria (CU) is often difficult to treat. Approximately 40% to 50% of patients with no apparent cause are believed to have an associated autoimmune profile that may play a pathogenetic role.

Objectives: To describe 3 patients with CU refractory to conventional treatment who responded to omalizumab therapy.

Methods: Treatment was maximized with antihistamines, antileukotrienes, and histamine₂ blockers with no improvement. Systemic steroids provided only temporary relief. Laboratory workup revealed 1 patient with a low IgE level and elevated anti-IgE receptor antibody level, 1 patient with an elevated IgE level but a normal anti-IgE receptor antibody level, and 1 patient with a very elevated IgE level and an elevated anti-IgE receptor antibody level. All 3 patients were prescribed omalizumab therapy every 2 weeks.

Results: Two patients had total clearing of urticaria within 1 week and 1 patient within 6 weeks of starting omalizumab therapy. The patient with the elevated anti-IgE receptor antibody level had normalization of the level after starting treatment.

Conclusions: Omalizumab may have a beneficial effect in the treatment of CU. Further studies are needed to confirm this effect and better elucidate the mechanism for the observed improvement.

Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;99:190–193.

J Allergy Clin Immunol. 2008 Sep;122(3):569-73

Treatment of chronic autoimmune urticaria with omalizumab

Allen P. Kaplan, MD,^{a,b} Kusumam Joseph, PhD,^b Robert J. Maykut, MD,^c Gregory P. Geba, MD, MPH,^c and Robert K. Zeldin, MD^c *Charleston, SC, and East Hanover, NJ*

TABLE II. Patient characteristics

Patient no.	Age (y)	Sex	Duration of symptoms (continuous)	Total serum IgE (IU/mL)	Thyroid antibodies	Baseline UAS (0-9)
1	34	F	11 mo	102	Negative	8
2	53	F	30 y	81	(*) Negative	9
3	62	M	2.5 y	39	(+) Antiperoxidase (824)	9
4	39	M	3 y	59	Negative	8
5	38	M	12 y	10	Negative	8
6	59	M	1 y	18	(+) Antiperoxidase (54)	9
7	41	F	6 mo	2	Negative	9
8	34	F	7 wk	22	(+) Antiperoxidase (250)	9
9	64	F	18 y	44	(+) Antiperoxidase (50)	9
10	32	F	7.5 y	69	(+) Antithyroglobulin (41)	9
11	52	F	3 mo	26	Negative	9
12	59	F	4 mo	4	Negative	9

This exploratory proof of concept study suggests omalizumab is an effective therapy for CAU resistant to antihistamines.

J Allergy Clin Immunol. 2008 Sep;122(3):569-73

Treatment of chronic autoimmune urticaria with omalizumab

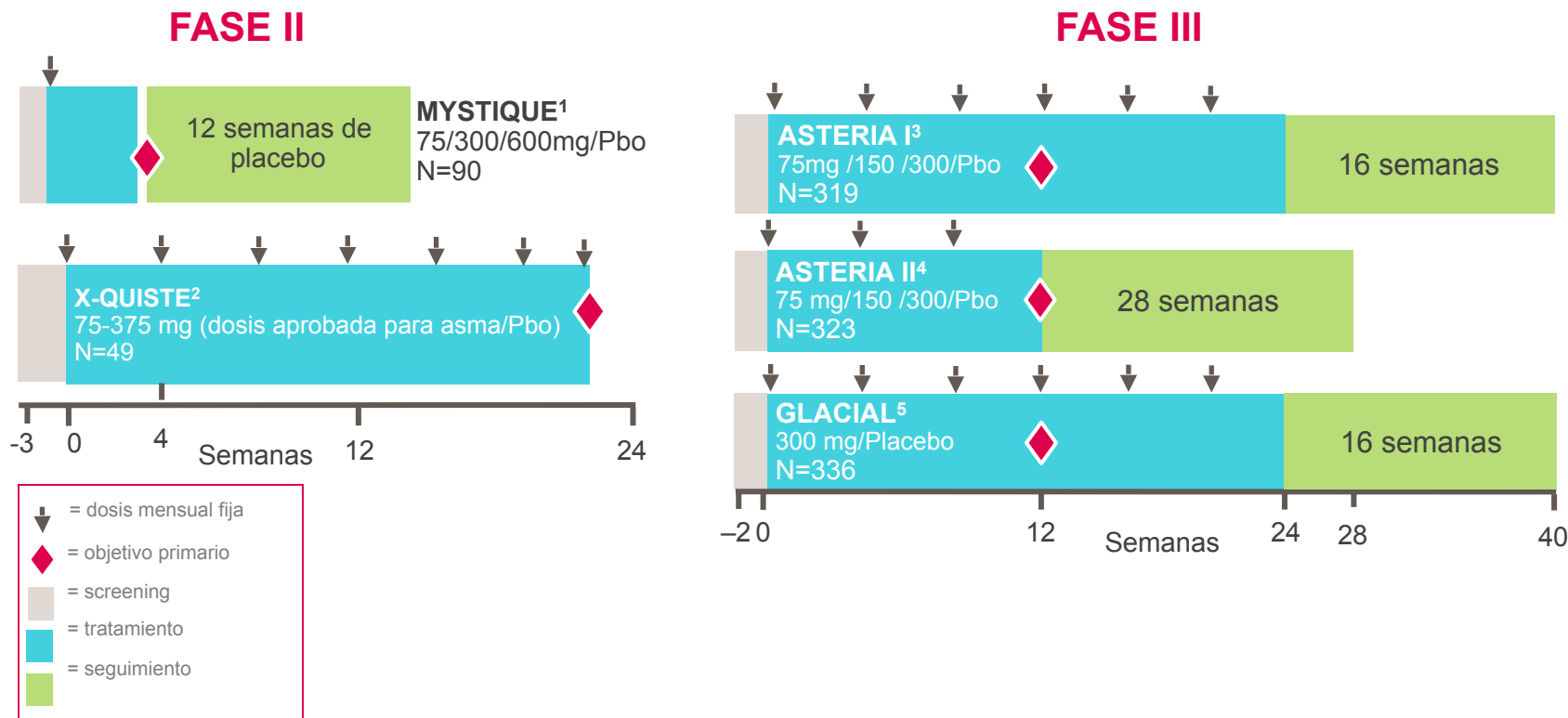
Allen P. Kaplan, MD,^{a,b} Kusumam Joseph, PhD,^b Robert J. Maykut, MD,^c Gregory P. Geba, MD, MPH,^c and Robert K. Zeldin, MD^c *Charleston, SC, and East Hanover, NJ*

TABLE II. Patient characteristics

Patient no.	Age (y)	Sex	Duration of symptoms (continuous)	Urticaria symptoms (after treatment)	s	Baseline UAS (0-9)
1	34	F	11 mo	Complete resolution		8
2	53	F	30 y	Improved		9
3	62	M	2.5 y	Nonresponder	24)	9
4	39	M	3 y	Complete resolution		8
5	38	M	12 y	Complete resolution		8
6	59	M	1 y	Complete resolution	4)	9
7	41	F	6 mo	Improved		9
8	34	F	7 wk	Complete resolution	50)	9
9	64	F	18 y	Complete resolution	0)	9
10	32	F	7.5 y	Improved	(41)	9
11	52	F	3 mo	Complete resolution		9
12	59	F	4 mo	Improved		9

This exploratory proof of concept study suggests omalizumab is an effective therapy for CAU resistant to antihistamines.

Plan de desarrollo clínico de Omalizumab en UCE



1. Saini S et al. A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* 2011 Sep 128(3):567-73.e1
2. Maurer M et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic urticaria who exhibit IgE against thyroperoxidase. *J Allergy Clin Immunol.* 2011 Jul;128(1):202-209.e5
3. Saini SS et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic urticaria/chronic spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1-antihistamines: a randomised placebo-controlled study. *J Invest Dermatol* 2014 (en prensa).
4. Maurer M et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med.* 2013 Mar 7;368(10):924-35
5. Kaplan A et al. Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy. *J Allergy Clin Immunol.* 2013 Jul;132(1):101-9

1503034088

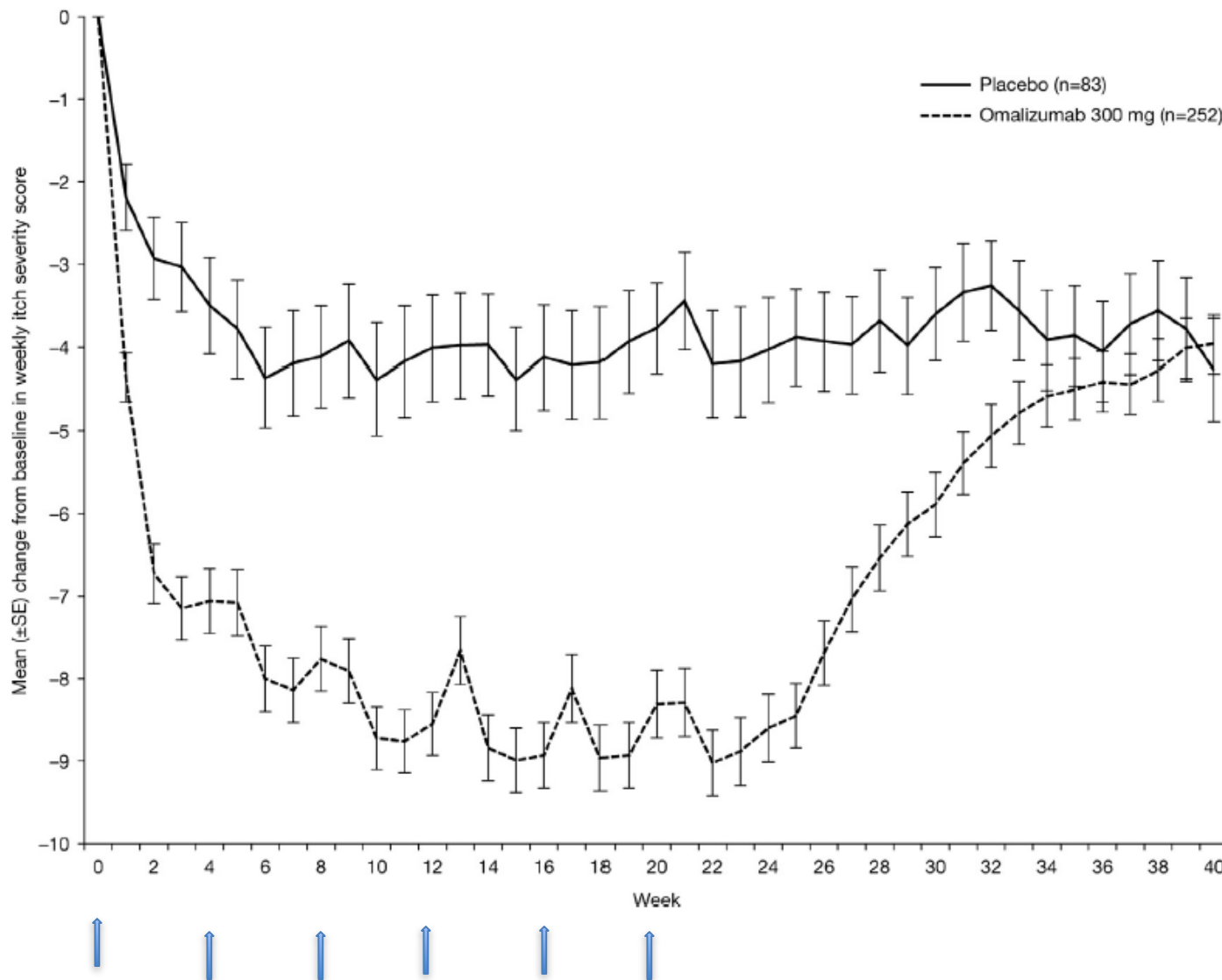
Atopic dermatitis and skin disease

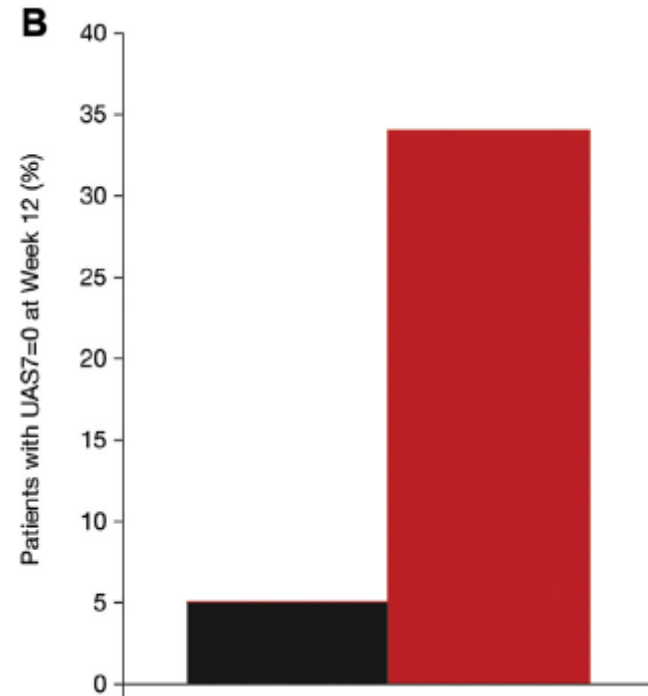
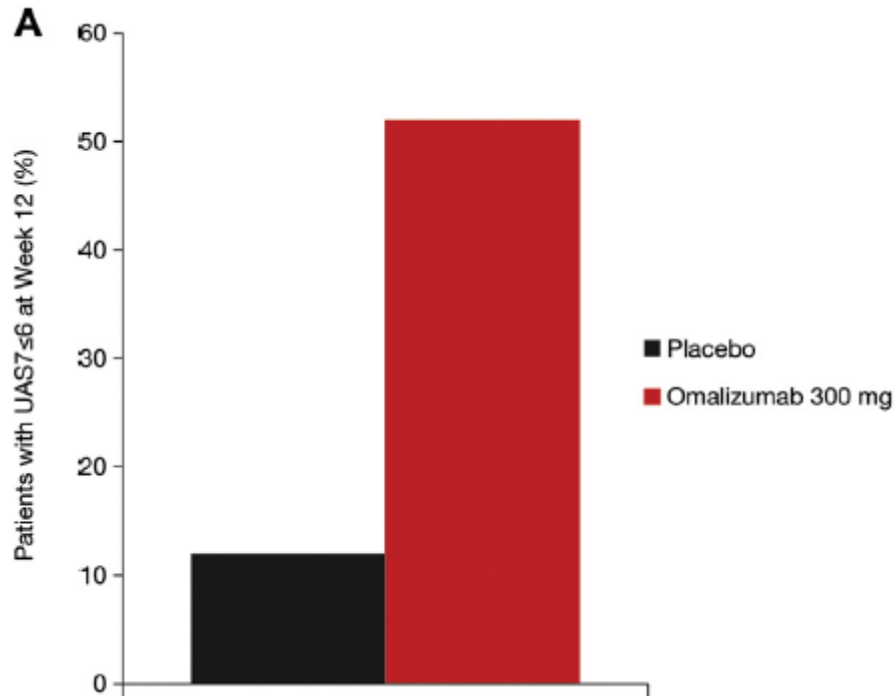
Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy

Allen Kaplan, MD,^a Dennis Ledford, MD,^b Mark Ashby, PhD,^c Janice Canvin, MD, FRCPC,^d James L. Zazzali, PhD,^e Edward Conner, MD,^c Joachim Veith, MD,^c Nikhil Kamath, MD,^e Petra Staubach, MD,^f Thilo Jakob, MD,^g Robert G. Stirling, MB, FRACP,^h Piotr Kuna, MD, PhD,ⁱ William Berger, MD,^j Marcus Maurer, MD,^k and Karin Rosén, MD, PhD^c *Charleston, SC, Tampa, Fla, South San Francisco and Mission Viejo, Calif, Horsham and Welwyn Garden City, United Kingdom, Mainz, Freiburg, and Berlin, Germany, Melbourne, Australia, and Lodz, Poland*

GLACIAL

J Allergy Clin Immunol 2013;132:101-9





III. Tractaments no antihistamínics: omalizumab

III. Tractaments no antihistamínics: omalizumab

Quins pacients han de ser tractats amb Omalizumab?

Pacients **sense resposta a dosis elevades** de anti-H1. Eficàcia i seguretat demostrada. Indicació en fitxa tècnica des del 2014.

III. Tractaments no antihistamínics: omalizumab

Quins pacients han de ser tractats amb Omalizumab?

Pacients **sense resposta a dosis elevades** de anti-H1. Eficàcia i seguretat demostrada. Indicació en fitxa tècnica des del 2014.

Quina dosi de Omalizumab es recomana per UCE?

- **300 mg** de Omalizumab subcutànea cada **4 setmanes**.

III. Tractaments no antihistamínics: omalizumab

Quins pacients han de ser tractats amb Omalizumab?

Pacients **sense resposta a dosis elevades** de anti-H1. Eficàcia i seguretat demostrada. Indicació en fitxa tècnica des del 2014.

Quina dosi de Omalizumab es recomana per UCE?

- **300 mg** de Omalizumab subcutànea cada **4 setmanes**.

Quins efectes adversos estan associats amb Omalizumab en UCE?

- Omalizumab 300 mg te un perfil de seguretat **favorable**.

III. Tractaments no antihistamínics: omalizumab

Quins pacients han de ser tractats amb Omalizumab?

Pacients **sense resposta a dosis elevades** de anti-H1. Eficàcia i seguretat demostrada. Indicació en fitxa tècnica des del 2014.

Quina dosi de Omalizumab es recomana per UCE?

- **300 mg** de Omalizumab subcutànea cada **4 setmanes**.

Quins efectes adversos estan associats amb Omalizumab en UCE?

- Omalizumab 300 mg te un perfil de seguretat **favorable**.

Quan es pot discontinuar Omalizumab?

En discontinuar Omalizumab després de 6 mesos de tractament, la majoria de pacients **recauen** gradualment, però el retractament és efectiu si es reintrodueix.

Timing and duration of omalizumab response in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria

Allen Kaplan, MD,^a Marta Ferrer, MD, PhD,^b Jonathan A. Bernstein, MD,^c Evgeniya Antonova, MS, PhD,^d
Benjamin Trzaskoma, MS,^d Karina Raimundo, MS,^d Karin Rosén, MD, PhD,^d Theodore A. Omachi, MD, MBA,^d
Sam Khalil, PhD,^e and James L. Zazzali, PhD, MPH^d *Charleston, SC, Pamplona, Spain, Cincinnati, Ohio, South San Francisco,
Calif, and Basel, Switzerland*

Dosi òptima: 300 mg

Segons resposta:

- » *Responders:*
 - » *Early responders* abans de les 4 setmanes (una sola dosi):
aprox 40-50%
 - » *Late responders:* fins a les 12 setmanes
- » *Not responders* <20% aprox

III. Tractaments no antihistamínics

En quins pacients amb UCE pot utilitzar-se la ciclosporina com a alternativa terapèutica?

- Ciclosporina es pot utilitzar **fora d'indicació** en pacients **refractaris a anti-H1 i Omalizumab**.
- La ciclosporina té efectes secundaris que poden superar els seus beneficis, especialment l'alt risc de lesions renals.

III. Tractaments no antihistamínics

En quins pacients amb UCE pot utilitzar-se la ciclosporina com a alternativa terapèutica?

- Ciclosporina es pot utilitzar **fora d'indicació** en pacients **refractaris a anti-H1 i Omalizumab**.
- La ciclosporina té efectes secundaris que poden superar els seus beneficis, especialment l'alt risc de lesions renals.

Quin és el paper dels antileukotriens en UCE?

- No es recomanen per poca evidència clínica

III. Tractaments no antihistamínics: altres

Quins altres tractaments per la UCE existeixen?

- Altres tractament amb **baix grau d'evidència**: doxepina, nifedipina, warfarina, hidroxicloroquina, dapsona, sulfasalazina, metotrexato, micofenolato, interferón, gammaglobulina intravenosa, colchicina, hormona tiroïdal i fototeràpia.

IV. Casos especials

IV. Casos especials

Com es tracta durant l'embaràs i lactància?

En embaràs:

- Utilitzar **anti-H1** de **categoria B** en dosis mínimes y durant temps limitat (loratadina, cetirizina, levocetirizina).
- **Corticosteroids (CS)** suposen molts riscos per a la mare i el fetus. Es pueden utilitzar en dosis mínimes durant temps limitat.

Durant la lactància:

- Anti-H1 indicats: **loradatina i cetirizina**.
- **CS** es consideran **segurs** en dosis mínimes.
- **Postposar** sessions de lactància fins 4 hores si s'usen dosis elevades de CS.

IV. Casos especials

Com es tracta la UCE en infants?

Igual que en adults

Anti-H1 utilitzats infants:

- Ketotifeno i cetirizina - a partir de 6 mesos.
- Levocetirizina, loratadina, desloratadina i ebastina - a partir de 2 anys.
- Rupatadina - a partir de 6 anys.

Hi ha **poca evidència** sobre l'ús de tractaments **no anti-H1** en infants amb UCE.

Els tractaments alternatius s'han valorar de manera individualitzada.

PAPER D'INFERMERIA

- Què poden fer les infermeres per els pacients amb urticària crònica?

Núria Rubira Garcia

nuriarubira@hospitalplato.com

Ignacio Menacho Pascual

imenacho@clinic.cat