



Nº 0521-DG-HONADOMANI-SB/2013

Resolución Directoral

Lima, 24 de Diciembre de 2013

Visto, el Expediente Nº 20467-13;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimiento de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA, de fecha 01 de Junio del 2005, se aprueba la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es "Estandarizar la elaboración de las Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en los establecimientos de salud";

Que, mediante la Resolución Directoral Nº 0064-DG-HONADOMANI-SB/2008, se aprueba la "Directiva Sanitaria para la Elaboración de la Guía de Procedimientos Asistenciales", cuya finalidad es "Estandarizar la elaboración de las Guías de Procedimientos Asistenciales, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en la Institución";

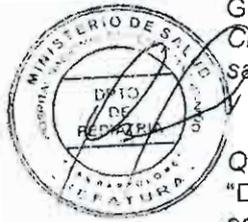
Que, en ese contexto, mediante Memorando Nº540-2013-OGC-Resp.ECS-HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Jefe del Departamento de Pediatría, el Informe Nº060-2013-ECS-OGC-HONADOMANI.SB, por el cual la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, concluye que la "Guía de Práctica Clínica del Niño con Diagnóstico de Urticaria y Angioedema", elaborada por el Servicio de Lactantes del Departamento de Pediatría, cuenta con opinión favorable para su aprobación;

Que, mediante Nota Informativa Nº403-DP-HONADOMANI-SB-13, el Jefe del Departamento de Pediatría remite al Director General la citada Guía de Práctica Clínica, para su aprobación a través de la Resolución Directoral respectiva, toda vez que cuenta con opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, mediante Oficio Nº0321.SDG.HONADOMANI.SB.2013, el Sub-Director General emite opinión favorable para la aprobación de la citada Guía de Práctica Clínica, por lo cual es necesario emitir el acto resolutorio correspondiente;

Con las visaciones de la Sub – Dirección General, del Departamento de Pediatría, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial Nº436-2011/MINSA y la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM, que aprueba el



 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

I. FINALIDAD.

Tener un consenso en el manejo de pacientes con diagnóstico de Urticaria y Angioedema, basada en evidencias.

II. OBJETIVO

Objetivo General

Elaborar una GPC con las mejores estrategias de manejo de urticaria aguda y Angioedema, adaptadas a nuestro medio

Objetivos Específicos

- Determinar la eficacia de la consejería como estrategia para evitar nuevos episodios de urticaria.
- Determinar la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Paciente lactante, preescolar y adolescente.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO

Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes con Diagnóstico de Urticaria y Angioedema.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

URTICARIA L50.0
ANGIOEDEMA T78.3

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

- Se denomina **urticaria** a la aparición de **ronchas o habones** en la dermis superficial. Puede aparecer **en cualquier localización**, incluso en las palmas de las manos y las plantas de los pies, **predominando en el tronco y las extremidades**.
- El **angioedema** es una lesión más extensa y difusa que se caracteriza por la induración del tejido celular subcutáneo que se manifiesta en tejidos laxos. La piel es de aspecto normal y tiende a producir una sensación de quemadura.
- Estas dos manifestaciones, pueden asociarse o coincidir en un mismo paciente de manera simultánea o alterna
- según el tiempo de duración se habla de:
 - urticaria Aguda: Cede en menos de 6 semanas;
 - Urticaria Aguda recidivante: brotes de corta duración que se repiten cada cierto tiempo.
 - Urticaria Crónica: Dura más de 6 semanas.

5.2 ETIOLOGIA

- Mediada por IgE Alimentos Medicamentos Aero alergénicos	- Alteración del metabolismo del ácido araquidónico AAS y otros AINES Colorantes y conservantes	- Sintomática o secundaria F. Tifoidea, alteraciones hepáticas, procesos malignos, mastocitosis, otras
--	---	---

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

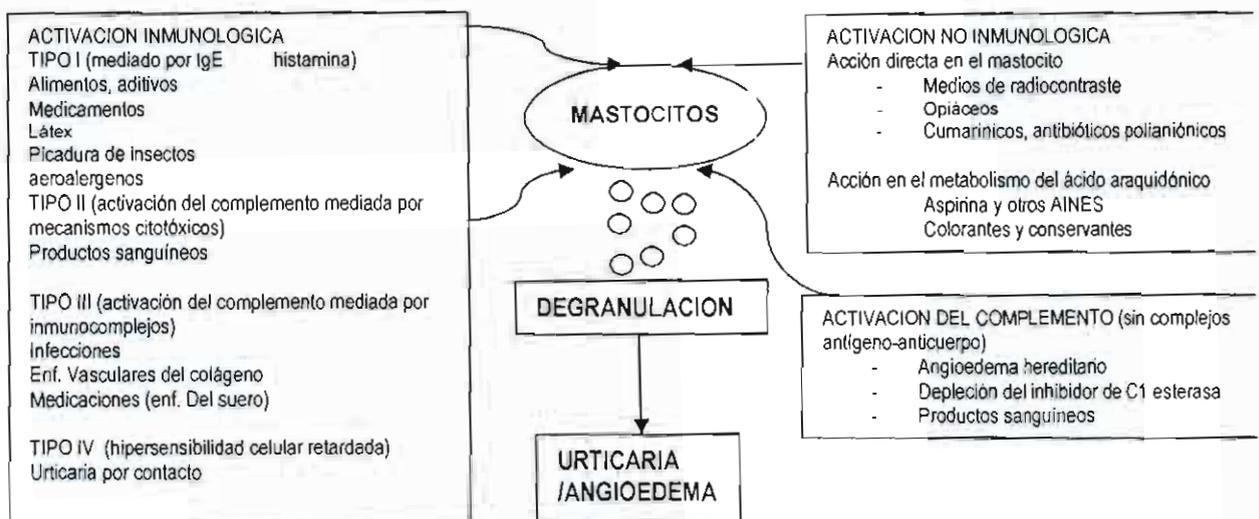
MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
 JEFES DE SERVICIO DE PEDIATRIA
 C.E. 10020 - 10020 - 10020 - 10020

 PERÚ Ministerio de Salud <small>INSTITUCIÓN PÚBLICA</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

Insectos Látex - Física Dermografismo Ejercicio físico Térmicas (frío, calor) Vibratoria Colinérgicas Solar Presión Urticaria tardía por presión (2> horas) acuagénicas - Inducida por infecciones Virus Bacterias Parásitos	- Mediadas por complemento Angioedema hereditario Déficit adquirido de C1 inhibidor Enfermedad del suero Reacciones a hemoderivados Vasculitis - Agentes degranuladores del mastocito Contrastes radiológicos Opiáceos Polimixina B Cumarínicos Antibióticos polianiónicos	enfermedades sistémicas. - Otros Urticaria papulosa (prurigo estrófulo) Por contacto con irritantes - Urticaria /angioedema crónico Idiopática autoinmune
---	---	---

5.3 FISIOPATOLOGIA

Los posibles mecanismos implicados en la activación inicial de los mastocitos cutáneos son: la hipersensibilidad inmediata mediada por IgE, la activación de la vía clásica o alternativa del complemento, la liberación directa de histamina por mecanismo farmacológico o la activación del sistema plasmático formador de cininas..



ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital Nacional Docente Madre Niño "SAN BARTOLOME"
 Dr. RAJIL URQUIZO ARETEGUI
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
 C.M.R.10640 R.N.E. 3845 R.N.E. 23462

 PERÚ Ministerio de Salud <small>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

- **Alérgico:** son de tipo agudo y en general, se suele identificar el desencadenante: fármacos, alimentos como leche, huevo, frutos secos, chocolate, pescado; látex, veneno de himenópteros (abeja, avispa...).
- **Por fármacos** (mecanismo no alérgico): Antiinflamatorios no esteroideos (Aines), contrastes iodados y derivados de la morfina.
- **Urticaria/angioedema de contacto:** como las ocasionadas por plantas (ortigas) o animales (medusas,)
- **Físicos:** se incluyen el dermatografismo, frío, calor, sol, agua y urticaria/angioedema por presión y vibratorios.
- **Urticaria colinérgica:** de mecanismo desconocido. Se desencadena habitualmente por el ejercicio físico / sudoración y el agua caliente.
- **urticaria-vasculitis:** se produce por la presencia de inmunocomplejos en sangre. Las lesiones son más persistentes y de color violáceo.
- **Urticaria autoinmune:** por autoanticuerpos.
- Urticaria/angioedema asociado a otras enfermedades: parasitosis, infecciones, tiroiditis, lupus, neoplasias...
- Sin causa conocida: suponen aproximadamente el 80% de los casos.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La urticaria y el angioedema son trastornos muy frecuentes en la población general, afectando al 20-25% de todas las personas en algún momento de su vida. El 50% presenta ambos procesos, el 40% únicamente urticaria y el 10% sólo angioedema. Se estima que el 5% de niños menores de tres años y el 1,5% de la población general padece algún tipo de alergia alimentaria^{2,9,10}.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio Ambiente:

Alimentos, Medicamentos, Aero alérgicos, Insectos, etc.

5.5.2 Estilos de Vida.

Se describen urticarias por contacto con animales y plantas, además por temperaturas como, frío, calor, sol, agua, etc.

5.5.3 Factores Hereditarios

Puede haber antecedentes familiares de alergias y dermatitis atópica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y Síntomas

- La lesión característica es la **roncha o habón. (fig.1)**
- El tamaño de las ronchas puede variar y es muy habitual que las próximas confluyan formando grandes placas (**fig.2**).

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERÚ Ministerio de Salud <small>MINISTERIO DE SALUD</small>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9 T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

- un brote puede ser leve o intenso, con afectación de toda la superficie corporal.
- las lesiones van aclarando desde el centro a la periferia
- una misma lesión no suele persistir más de 24 horas (a excepción de la "urticaria-vasculitis"), aunque un brote suele durar varios días, apareciendo, desapareciendo y cambiando de localización.
- Su síntoma más característico es el prurito intenso
- Suele aparecer de repente, pudiendo desaparecer rápidamente en una o dos horas, pero pudiendo también durar hasta 24 horas. Frecuentemente se presenta en grupos de ronchas y aparecen nuevas ronchas mientras otras desaparecen.
- Una característica importante es que no dejan huella o lesión residual, una vez que la lesión desaparece.
- En ciertas zonas de la piel (labios, párpados, manos) se puede producir una hinchazón sin picor pero con sensación de hormigueo, conocido como **angioedema (fig.3)**, el síntoma típico no es el picor, sino una sensación de quemazón e incluso dolor, pudiendo aparecer enrojecimiento.
- se localiza fundamentalmente en manos y pies, cara (sobre todo párpados y labios) y genitales. No es infrecuente la afectación de mucosas como faringe, laringe (cuerdas vocales, glotis), intestino o vejiga urinaria.
- El tiempo que duran los episodios de urticaria es variable, pueden durar sólo unos minutos o pocas horas, o se pueden tener episodios en las que las lesiones van apareciendo y desapareciendo intermitentemente varios días, meses o años. Es de esperar que en una urticaria aguda, debido a una sola causa inicial, las lesiones aparezcan y desaparezcan 7-8 días, sin que haya nuevas causas distintas de la inicial.

6.1.2. Gráficos, diagramas, fotografías.



Fig.1 habón o roncha



fig.2 urticaria



fig.3 Angioedema

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

- El diagnóstico es clínico: Historia clínica y exploración física
- Anamnesis: Evaluar etiología y definir (comúnmente por alimentos, medicamentos, infecciones y picaduras de insectos), Tiempo de instauración de los síntomas, Afectación de

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERÚ Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA	
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013		Servicio: LACTANTE

mucosas – antecedentes personales y familiares de alergias y dermatitis atópica, Medicamentos que está recibiendo, evaluar presencia de dificultad respiratoria.

- Examen Físico: - Signos vitales - Identificar lesiones en habón, localización cambiante (< 24 horas) - Evaluar zonas de tumefacción en partes blandas.

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

- **Urticaria vasculítica:** La vasculitis urticarial es una alteración autoinmune en la que las lesiones habonosas duran más de 24 horas, en ocasiones son purpúricas, dolorosas, la distribución es generalizada, puede afectar a palmas y plantas y, cuando se resuelve, deja lesiones hiperpigmentadas. Se puede asociar a: fiebre, artralgias y síntomas renales, gastrointestinales, pulmonares, neurológicos y oculares. Se pueden encontrar: títulos bajos de factor reumatoide, crioglobulinas, inmunocomplejos circulantes, ANA y anti-DNA nativo e hipergammaglobulinemia. La biopsia cutánea con inmunofluorescencia permite confirmar el diagnóstico. La urticaria papular puede producirse por reacción frente a picadura de insectos. Suele localizarse en la parte baja de las extremidades inferiores y suele durar más que la urticaria.
- **Eritema multiforme:** las lesiones son en diana y más duraderas que en la urticaria. La urticaria pigmentosa o mastocitosis cutánea, cuando no está urticariada, se muestra como pápula hiperpigmentada, el signo de Darier es positivo y la biopsia muestra aumento de mastocitos.
- **Dermatitis herpetiforme,** las lesiones son simétricas y la biopsia con inmunofluorescencia directa muestra depósitos de IgA.
- **Dermatitis de contacto** de tipo urticante, la región afectada está bien delimitada como resultado de la inflamación de la piel producida por una sustancia que entra en contacto con ésta. El diagnóstico se establece mediante pruebas del parche.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Exámenes especializados complementarios

No es necesario, el diagnóstico es clínico.

- Para búsqueda de etiología no definida
- Recuento y fórmula. Velocidad de sedimentación globular
- Estudio inmunológico: IgG, IgM, IgA, IgE, IgE específica
- Estudio del complemento: C3, C4, CH50, CH 1 inhibidor
- Estudio función tiroidea y título anticuerpos
- Estudio autoinmunidad, factor reumatoide
- Serologías víricas, VDRL, crioglobulinas
- Estudio parasitológico en heces
- Test específicos (pruebas de punción cutáneas (prick-test, epicutáneas o intradérmica): de provocación con alimentos, inhalantes, fármacos, cubito hielo, exposición lumínica, agitador vibratorio, dermografómetro, metacolina intradérmica, exposición acuagénica
- biopsia cutánea

6.3.2. De Imágenes: No amerita

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERÚ Ministerio de Salud	Facultad de Medicina San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA	
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE	

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales y Preventivas

- Eliminar la causa que provoque el cuadro clínico
- Evitar factores desencadenantes (estrés, medicamentos innecesarios, irritantes tópicos, cambios bruscos de temperatura).

6.4.2. Terapéutica

- En casos leves y moderados: antihistamínicos como monoterapia. Entre los antihistamínicos de elección: clorfeniramina: 0,2-0,35 mg/kg/día c/8-6 horas (máximo 12 mg/día), hidroxicina 1-2 mg/kg/día c/6 horas (máximo 100 mg/día) son también de utilidad los llamados antihistamínicos de segunda generación o antihistamínicos no sedativos que obvian los efectos secundarios inherentes al paso a través de la barrera hematoencefálica, en este sentido son de utilidad la cetirizina 0.2 mg/kg, Loratadina: < 30 kg: 5 mg/día, > 30 kg: 10mg/día.
- Cuando nos hallamos ante un angioedema que compromete seriamente la integridad del paciente o se trata de una manifestación de un cuadro de anafilaxia, la primera actitud terapéutica es la administración por vía subcutánea o intramuscular de adrenalina simultáneamente a un antihistamínico anti H1 y un corticoide sistémico.
- Una mala respuesta a los antihistamínicos puede obligar a la administrar conjuntamente antihistamínicos de segunda generación o corticoides por vía oral y durante un periodo limitado de tiempo (no suele ser necesario más de 10 días).
- Los antihistamínicos anti H2 tienen muy poca utilidad en las urticarias agudas y suelen relegarse a determinados casos de urticarias crónicas no bien controladas con anti H1 ya que suelen potenciar la acción de estos últimos.
- No deben utilizarse corticoides tópicos ni antihistamínicos tópicos ya que no suelen tener ninguna eficacia frente a las lesiones dérmicas y por el contrario son capaces de desencadenar reacciones de fotosensibilidad.
- El manejo de una Anafilaxia: **Tratamiento inicial:** **Adrenalina:** 0,01 mg/kg/dosis hasta 0,3-0,5 mg s.c. o i.m. Hasta tres veces cada 20 min, si es necesario, puede ser más frecuente; **Oxígeno:** con mascarilla a 5-10 litros/minuto; **Fluidoterapia i.v.:** 20 ml/kg de cristaloides, dependiendo de la TA y la respuesta a la medicación. **Tratamiento posterior:** • **Salbutamol:** nebulizado, puede ser continuo; **Antihistamínicos:** Agonistas H1: clorfeniramina 0.35 mg/kg i.v.; **Corticoides:** Hidrocortisona i.v. 7-10 mg/kg, o 6-metil-prednisolona, 1-2 mg/kg, de no encontrar mejoría referencia a la Unidad cuidados intensivos pediátricos.

6.4.3. Efectos Adversos o colaterales con el tratamiento

- Se describe somnolencia con los antihistamínicos de primera generación por su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica.

6.4.4 Signos de alarma

- dificultad respiratoria

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

6.4.5. Criterios de Alta

- Disminución del número e intensidad de las lesiones
- ausencia de compromiso de vía aérea baja.

6.4.6. Pronóstico.

En general es una patología de buen pronóstico sobre todo si se excluye al agente desencadenante, depende también de la variedad de urticaria que tenga el paciente.

6.5. COMPLICACIONES

Debe prestarse especial atención en los casos que hay afección de vías respiratorias Superiores, ya que puede poner en riesgo la vida.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

REFERENCIA: cuando el manejo no es posible por la institución.

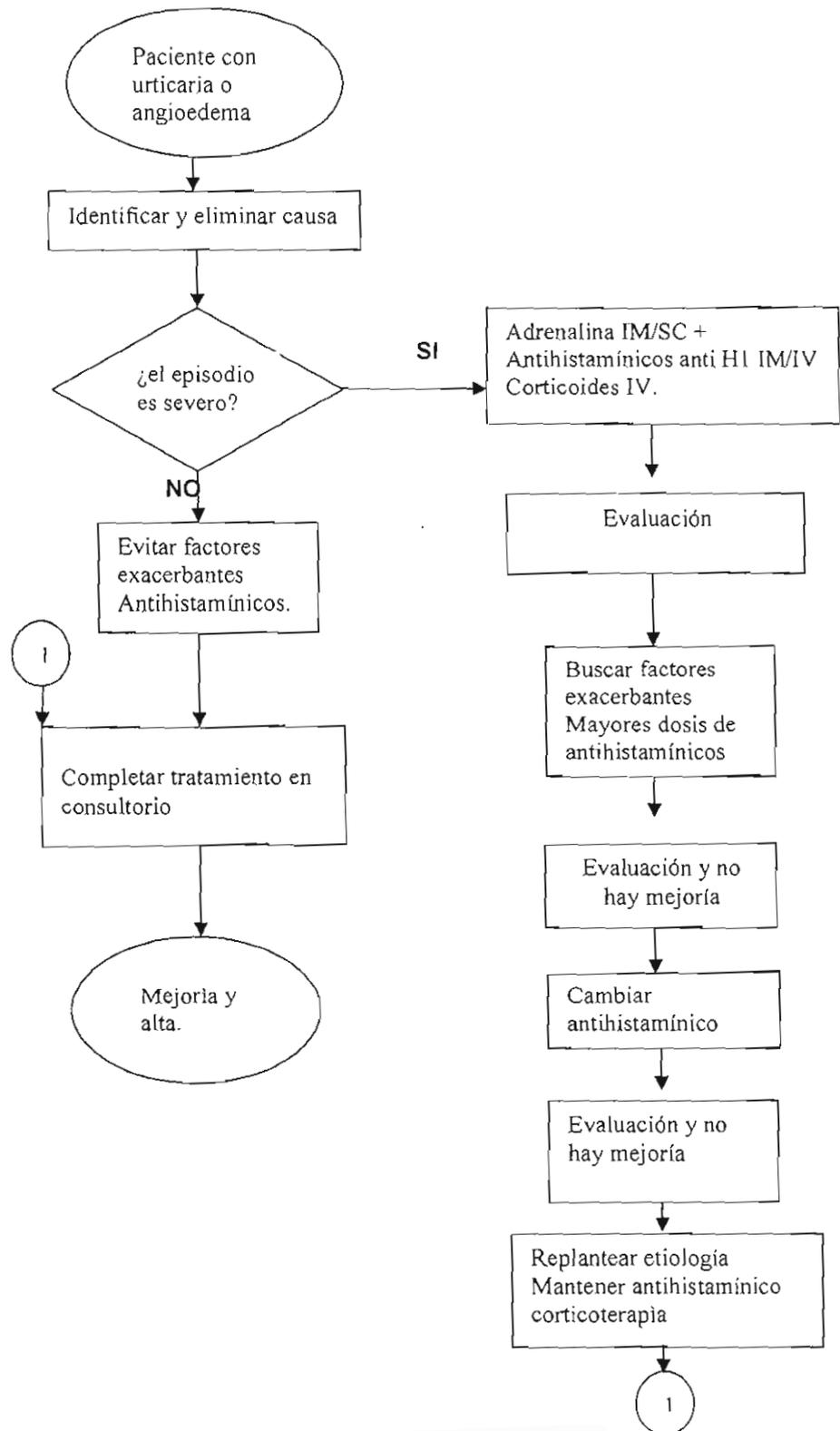
CONTRARREFERENCIA: Para continuar seguimiento en el Centro de Salud más cercano a su domicilio.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
"SAN BARTOLOME"
.....
DR. RAUL URQUIZO ARETEGUI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
C.M.P. 10540 R.N.E. 3845 R.N.E. 23442

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERU Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9, T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

6.7. FLUXOGRAMA



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
"SAN BARTOLOME"
Dr. RAUL URQUIZO ARETEGUI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
C.M.P. 10640 R.N.E. 3845 R.N.E. 73442

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
GUÍA DE PRACTICA CLINICA DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA		Departamento: PEDIATRIA
CODIGO CIE 10: L50.9. T78.3	Versión: I-2013	Servicio: LACTANTE

VII. ANEXOS

DOSIFICACION RECOMENDADA DE LOS PRINCIPALES ANTIHISTAMINICOS H1 UTILIZADOS EN PEDIATRIA

Nombre genérico	dosis	Nºdosis/día	Edad mínima recomendada
Primera generación			
Hidoxicina	1mg/Kg/día (máx. 100mg)	2-3	6 semanas
Dextroclorfeniramina	0.15-0.35 mg/Kg/día (máx. 10 mg)	2-3	1 mes
Segunda generación			
Cetirizina	0.3 mg/Kg/día (máx. 10 mg)	1	1 año
Loratadina	0.3 mg/Kg/día (máx. 10 mg)	1	2 años
desloratadina	0,05 – 0,125 mg/Kg/día (máx. 5 mg)	1	1 año

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasó Aznar JV. Urticaria y angioedema. En: Brasó Aznar JV, Jorro Martínez G, editores. Manual de alergia clínica. Barcelona: Masson SA; 2003; p.333-67. AEDAF (Asociación Española de Angioedema Familiar).
2. Caballero, T., N. Prior, M. E. Bulnes, y M. C. López Serrano, «Angioedema». En A. Peláez e I. Dávila, eds. *Tratado de alergología*, t. 2, 2007, 1049-1072. Ferrer, M. *¿Por qué aumentan las alergias?* Madrid: Editorial Everest, 2005.
3. Gaig, P., E. Luquin, y M. Ferrer, «Urticaria». En A. Peláez e I. Dávila, eds. *Tratado de alergología*, t. 2, 2007, 1031-1048.
4. Ibáñez Sandín MD, Muñoz Martínez MC, Laso Borrego MT. Actitud ante el niño con urticaria-angioedema y anafilaxia. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. España: Asociación Española de Pediatría; 2003. p. 33-45.
5. Atkins FM. Food-induced Urticaria. In: Metcalfe DD, Sampson HA, Simon RA. Food allergy: Adverse reactions to food and food additives. 2º ed. United Kingdom: Blackwell Science; 1997. p. 211-219.
6. Bilbao A, García JM, Pocheville I, Gutiérrez C, Corral JM, Samper A, Rubio G, Benito J, Villas P, Fernandez D y Pijoan JI. Urticaria en relación con infecciones. *Allegología et Immunopathologia* 1999; **27**:73-85.
7. Charlesworth. En: Urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* 1995; **15**:641- 802. 4. Dohi M, Suko M, Sugiyama H. Food dependent exercise-induced anaphylaxis: An estudy on 11 Japanese cases. *J Allergy Clin Immunol* 1991; **87**:34-40
8. Drouet M, Sabbah A, Hasson S, Le Sellin J, JM.: au JC, Gay G, Leclere JM. Chronic Bonneurticaria caused by cow's milk allergy: immediate or delayed allergy. *Aller Immunol (Paris)* 1999; **31**: 79-81.
9. Kaplan AP: Urticaria and Angioedema. In Allergy. Second edition. Philadelphia WB.Saunders 1997; 573-592.
10. Epstein TG, Bernstein JA. Current and emerging management options for hereditary angioedema in the US. *Drugs*. 2008; **68** (18): 2561-73.
11. Grattan CEH, Humphreys F. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *British Jour nal of Dermatology* 2007; **157**: 1116-3
12. Ferrer Puga, M. Urticaria y angioedema. En: Alergológica 2005. Factores epidemiológicos, clínicos y socioeconómicos de las enfermedades alérgicas en españa en 2005. Primera edición. Madrid: Luzán 5. p. 163-86

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
"SAN BARTOLOME"
Dr. RAÚL URUZÚO ARESTEGUI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
C.M.P. 10840 R.N.E. 3845 R.N.E. 2042

ELABORADO POR SERVICIO:	REVISADO POR DEPARTAMENTO:	VIGENCIA
Lactante	Pediatría	Diciembre 2013- Noviembre 2015