



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Eccema y urticaria en la población adulta en Portugal: un estudio de prevalencia



D. Carvalho^{a,*}, P. Aguiar^a, P. Ferrinho^b, P. Mendes-Bastos^c y A. Palma-Carlos^d

^a Centro de Investigación de Salud Pública, Universidad Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b GHTM, Instituto de Higiene y Medicina Tropical, Universidad Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^c Centro de Dermatología, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

^d Clínica de Alergia e Inmunología Clínicas (CAIC), Lisboa, Portugal

Recibido el 25 de enero de 2019; aceptado el 10 de marzo de 2019

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2019

PALABRAS CLAVE

Eccema;
Portugal;
Prevalencia;
Urticaria

Resumen

Antecedentes y objetivos: Tanto el eccema como la urticaria son enfermedades inflamatorias de la piel. La prevalencia de ambas varía a lo largo de todo el mundo y se desconocen las razones de este hecho. Nuestro objetivo es investigar la prevalencia del eccema y la urticaria en la población portuguesa adulta (≥ 16 años).

Materiales y métodos: Se realizó una encuesta telefónica en el último trimestre de 2017. Para calcular las prevalencias, los individuos debían haber sido diagnosticados previamente, por un profesional sanitario, de eccema/urticaria, ser mayores de 16 años y residir en Portugal. La muestra era aproximadamente representativa de la población, región, sexo y grupo de edad. La ratio de *odds* se empleó para medir las asociaciones con la prevalencia. Se utilizó el software SPSS Statistics, y aquellos datos con un valor $p < 0,005$ con un intervalo de confianza del 95% fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: Se analizaron 5.000 llamadas telefónicas. La prevalencia en Portugal del eccema y la urticaria es del 4,4% y 3,4%, respectivamente. El Algarve es la región en la que la prevalencia de ambas enfermedades es más alta. Ser mujer es el factor que más influyó en estas enfermedades, con una OR = 1,99 ($p < 0,001$; IC: 1,49-2,66) para el eccema y OR = 1,73 ($p = 0,001$; IC: 1,25-2,40) para la urticaria, siendo las prevalencias también más altas (5,7% y 4,2%, respectivamente).

Conclusiones: Las prevalencias encontradas son más altas que las observadas en estudios anteriores en Portugal y comparables a los resultados procedentes de otros países. Las comparativas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: df.carvalho@ensp.unl.pt (D. Carvalho).

de la prevalencia en el eccema se ven afectadas por varios obstáculos. En cuanto a la urticaria, nuestros resultados parecen estar en consonancia con otros. Ser mujer con eccema y urticaria es más frecuente y representa un factor de riesgo más alto que el ser hombre. De acuerdo con Harrop et al., 2007, en Europa, el eccema atópico supone el 0,14-0,60% del eccema total. En este sentido, podemos estimar que la prevalencia del eccema atópico en Portugal ronda el 0,61-2,64%.

© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Eczema;
Portugal;
Prevalence;
Urticaria

Eczema and Urticaria in the Adult Population in Portugal: A Prevalence Study

Abstract

Background and aims: Eczema and urticaria are both inflammatory skin diseases. The prevalence of both diseases varies worldwide and the reasons are unknown. We aimed to investigate the eczema and urticaria prevalence in the Portuguese adult (≥ 16 years-old) population.

Materials and methods: A telephone interview survey was performed in the last quarter of 2017. To calculate the prevalences, subjects should have been previously diagnosed with eczema/urticaria by a health professional, be aged ≥ 16 years-old, and reside in Portugal. The sample had a proportion that was approximately representative by population, region, gender, and age group. Odds ratios were performed to measure associations with prevalences. SPSS statistics and values of $p < 0.05$ with 95% confidence intervals were considered statistically significant.

Results: 5,000 phone calls were analysed. The prevalence of eczema and urticaria in Portugal is 4.4% and 3.4%, respectively. Algarve is the region with the highest prevalence for both diseases. Being a female is the factor that most influenced these diseases with an OR = 1.99 ($p < 0.001$; CI 1.49-2.66) for eczema and 1.73 ($p = 0.001$; CI 1.25 - 2.40) for urticaria, with also higher prevalences (5.7% and 4.2%, respectively).

Conclusions: The prevalences found are higher than in previous studies in Portugal and comparable to results from other countries. Comparisons among prevalence of eczema are affected by several obstacles. Regarding urticaria, our results seem to be in the same line as others. Being female with eczema and urticaria is more common and represents a higher risk factor than male subjects. According to Harrop et al., 2007, in Europe, atopic eczema is 0.14-0.60% of general eczema. In this way, we can estimate that prevalence of atopic eczema in Portugal is around 0.61-2.64%.

© 2019 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Tanto el eccema como la urticaria son enfermedades frecuentes. Bajo el término «eccema» se incluye un grupo de enfermedades en las que la piel se enrojece, pica y se inflama de acuerdo a un patrón característico¹⁻³. Existen distintos tipos de eccema: dermatitis atópica (DA), dermatitis de contacto, dermatitis de mano y otras¹⁻³, que pueden afectar a distintas zonas anatómicas de la piel.

Aunque el eccema puede aparecer en cualquier momento de la vida, se cree, por ejemplo, que alrededor del 60% de los casos de DA se presentan durante el primer año de vida⁴. Aparecida la enfermedad en la edad pediátrica, las exacerbaciones de la misma pueden desaparecer o continuar durante años. Aproximadamente el 40-60% de los pacientes adultos padecieron la enfermedad en el pasado^{5,6}. Sin embargo, son pocos los estudios en los que se describa la epidemiología de la enfermedad en adultos, y las diferentes definiciones de prevalencia, con la consiguiente heterogeneidad metodológica, dificultan más la comparación de los resultados.

A nivel mundial, la prevalencia del eccema atópico oscila entre el 15-30% en niños y el 2-20% en adultos⁷⁻⁹. Un estudio único llevado a cabo en Portugal informa de una prevalencia para el eccema atópico en adultos menores de 15 años del 1,1%¹⁰. Sin embargo, se desconocen las razones que expliquen esta variabilidad^{8,9}.

La urticaria es un grupo heterogéneo de enfermedades. Casi todos los tipos se manifiestan bajo un patrón clínico característico y común, i.e., el desarrollo de habones evanescentes que pican y/o angioedema¹¹. Los datos epidemiológicos existentes en relación con la prevalencia de la urticaria se relacionan principalmente con los diferentes subtipos de urticaria individual.

Se estima que aproximadamente el 10-20% de la población mundial experimentará, en algún momento de la vida, un episodio de urticaria agudo o angioedema^{7,12,13}. En cuanto a la prevalencia de la urticaria general, esta afecta a alrededor del 15% de la población mundial¹⁴.

La genética es un determinante importante de la variabilidad de la prevalencia en ambas enfermedades. No obstante, la genética no es el único factor. Se han descrito

Tabla 1 Muestra representativa de distribución por región, género y edad

	Universo		Muestra estudiada	
	N	%	N	%
Total	10.047.621	100	5.000	100
<i>Región NUTS II³⁵</i>				
Norte	3.689.682	36,7	1.829	36,6
Centro	2.327.755	23,2	1.172	23,4
Lisboa y Valle del Tajo	2.821.876	28,1	1.391	27,8
Alentejo	757.302	7,5	380	7,6
Algarve	451.006	4,5	228	4,6
<i>Sexo</i>				
Hombre	4.798.798	47,8	2.382	47,6
Mujer	5.248.823	52,2	2.618	52,4
<i>Grupo de edad</i>				
16-29 años	1.595.873	18,9	526	10,5
30-49 años	2.980.115	35,2	1.828	36,5
50-79 años	3.369.726	39,8	2.429	48,6
≥ 80 años	514.370	6,1	217	4,3

otros factores —edad y sexo—, con un papel importante en el ciclo de la enfermedad^{7,9,15-17}.

Debido a la falta de información relativa a la prevalencia de dichas enfermedades en Portugal, este estudio buscó determinar su prevalencia en la población portuguesa adulta.

Material y métodos

No existe ni listado ni base de datos en Portugal sobre la población del estudio. Por esta razón, para recoger los datos se llevaron a cabo entrevistas telefónicas. Las entrevistas tuvieron lugar en el último trimestre de 2017 y fueron llevadas a cabo por una compañía de investigación de mercado: Consulmark®, certificada por la norma ISO (*International Standards Organization*) 9001:2008. Se entrevistó a la persona que contestaba a la llamada telefónica. Previamente la Comisión Portuguesa de Protección de Datos (CNPD) había aprobado el estudio en 2016.

Integran la población de estudio todas aquellas personas que, además de atender la llamada, estuvieron conformes con responder a la encuesta. Para calcular la prevalencia, los sujetos fueron considerados aptos si:

Padecían eccema o urticaria en el momento de la encuesta. Aquellos sujetos que respondieron de manera afirmativa a las preguntas «¿Tiene dermatitis atópica o eccema o urticaria, confirmada por un doctor? Y «¿Tuvo el último síntoma hace menos de 5 años?».

Tenían 16 o más años, poseían nacionalidad portuguesa y residían en el Portugal continental.

Se excluyeron aquellos individuos que a la pregunta «¿Quién realizó el diagnóstico?» respondieron que había sido alguien que no era un profesional de la salud (un médico, una enfermera o un farmacéutico). En personas con eccema se incluyó a aquellas diagnosticadas de DA, dermatitis de contacto o eccema en la mano. Personas con urticaria comprendían también a aquellas diagnosticadas de urticaria crónica o aguda.

No existen datos relativos a la prevalencia de dichas enfermedades en Portugal. Para poder determinar el tamaño de muestra, estimamos una prevalencia promedio conservadora para las enfermedades juntas ya que: 1) la prevalencia en los grupos de edad de 6-7 y de 13-14 años es del 14,1% y 12,7%, respectivamente¹⁸; 2) la prevalencia en adultos es menor, y 3) la prevalencia en el país más cercano, España, oscila entre el 4-7%^{6,19}. En el último trimestre del 2017 la población portuguesa era de 10.047.621²⁰. Se calculó, para una prevalencia estimada del 10%, un margen de error menor del 1% y un intervalo de confianza del 95% (IC del 95%), un tamaño de muestra de 4.267 individuos. Redondeamos a 5.000 llamadas telefónicas.

La muestra era aproximadamente representativa de la población, región, sexo y grupo de edad con distribución proximal (tabla 1). Aunque los porcentajes relativos al grupo de edad no eran tan similares como los que se esperaban, sí que fueron semejantes en términos de medias: 48,70 vs. 51,57, universo vs. población, respectivamente.

Los datos se recogieron conforme a un cuestionario estructurado que consistía en 8 preguntas desarrolladas específicamente para los objetivos del estudio, que cubrían aspectos como sexo, edad y región; número de personas en el hogar; que tuvieran o no eccema o urticaria; tiempo transcurrido desde el diagnóstico; profesional que lo diagnosticó; que tuviera la enfermedad en la infancia, y si alguna otra persona de la familia presentaba la misma enfermedad.

Dado que el estudio se realizó para dos enfermedades diferentes, los análisis se realizaron individualmente (tener eccema o urticaria) y tener por lo menos una de las dos enfermedades. Para calcular la prevalencia, se dividió el número de individuos de cada enfermedad entre la población total que fue entrevistada.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para las variables cualitativas (frecuencias y porcentajes, con un IC del 95%) y las cuantitativas (media, mediana, desviación estándar [DE], mínimo y máximo). La prueba de la Chi-cuadrado se utilizó

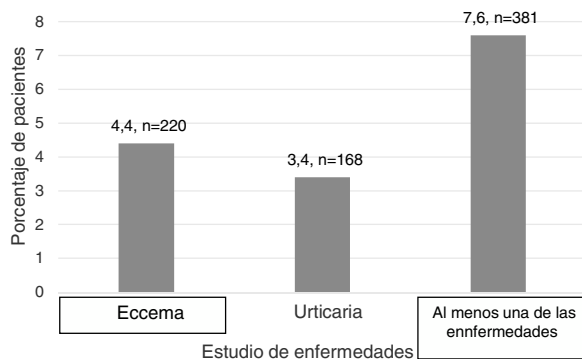


Figura 1 Resultados de la prevalencia del eccema, la urticaria y tener al menos una de las enfermedades.

para medir la asociación de la prevalencia con la región, sexo y grupo de edad.

Se calculó la *odds ratio* (OR) con un IC del 95% para medir las asociaciones con las prevalencias. Además, se ejecutó un análisis multivariado con un IC del 95% con las siguientes variables: enfermedad (como dependiente), edad, región y sexo.

Para poder deducir la consistencia de la prevalencia, se calculó una prevalencia secundaria dividiendo la suma de todos los individuos con enfermedad residentes en el hogar entre el total de individuos que habitan en dicho domicilio. De esta manera, se denomina «prevalencia primaria principal» a la de los individuos que atendieron a la llamada telefónica, mientras que la «prevalencia secundaria» se usa para designar aquella prevalencia que se calculó con el número de individuos del hogar.

Se utilizó un criterio estadístico de dos colas con un nivel de significación estadística del 5%. Para el estudio estadístico se usó el software IBM® SPSS® Statistics 22.

Resultados

Características sociodemográficas

Para poder llegar al número de respuestas telefónicas previstas, se realizaron 13.065 llamadas, de las cuales 7.238 (55,4%) rehusaron participar y en 819 (6,3%) casos hubo situaciones que impidieron continuar con el cuestionario. Las 5.009 llamadas restantes fueron completadas y validadas.

Nueve sujetos con eccema y urticaria (0,18%) fueron excluidos por la respuesta a la pregunta «¿Quién hizo el diagnóstico?». De esta manera, 5.000 individuos se analizaron y distribuyeron tal y como se muestra en la [figura 1](#).

Como se describe en el apartado de métodos, se puede verificar que la prevalencia principal del eccema en Portugal es del 4,4% y la de la urticaria es del 3,4%. El 7,6% de la población portuguesa presenta al menos una de dichas enfermedades ([tabla 2](#)). Se encontraron 7 pacientes con ambas enfermedades.

El Algarve es la región con la prevalencia más alta para ambas enfermedades (5,3% para el eccema y 3,4% para la urticaria). También cabe destacar la homogeneidad de la prevalencia de la urticaria en todas las regiones

(exceptuando el Algarve), lo que no sucede con el eccema, que presenta distintos porcentajes en cada región.

El factor con mayor influencia sobre la aparición tanto del eccema como de la urticaria fue el sexo. En las mujeres se observa la prevalencia más alta para ambas enfermedades (5,7% para el eccema y 4,2% para la urticaria). Ser mujer también fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para estas enfermedades, independiente de la edad y del lugar de residencia (análisis univariado: OR = 1,96 [p < 0,001; IC: 1,47-2,62] y análisis multivariado: OR = 1,99 [p < 0,001; IC: 1,49-2,66]; para el análisis univariado del eccema y la urticaria: 1,76 [p = 0,001; IC: 1,27-2,43] y análisis multivariado: 1,73 [p = 0,001; IC: 1,25-2,40]) ([tabla 2](#)). Con respecto a la edad, solo el grupo de 16 a 29 años mostró un factor de riesgo estadísticamente significativo para el eccema (OR = 2,85 [p = 0,019; IC: 1,19-6,86]).

Con respecto a las otras preguntas formuladas, se observó en el subgrupo de eccema que 142 (64,5%) pacientes padecían la enfermedad (o les fue diagnosticada) desde hacía más de 5 años; todos ellos mostraban síntomas o signos de la enfermedad en el momento de la entrevista. Sin embargo, solo 64 (29,1%) tuvieron la enfermedad en la infancia ([tabla 3](#)). En la misma tabla se exponen los resultados del subgrupo de la urticaria. La mayoría de los pacientes admitieron haber sido diagnosticados más de 5 años antes (116; 69%), de los que 26 admitieron tener la enfermedad desde la infancia.

Caracterización de los hogares

La pregunta de si había alguien en la familia con eccema o urticaria también fue formulada a aquellas personas que no tenían la enfermedad, es decir, se incluyó en los 5.000 participantes de las llamadas telefónicas. En este sentido, se pudieron crear más subgrupos para el análisis: tener eccema, urticaria o al menos una de las enfermedades a partir de los componentes del domicilio. De los 220 individuos con eccema, 40 (18,2%) informaron que otro miembro de la familia también tenía la enfermedad. De los 168 individuos con urticaria, 22 (13,1%) notificaron la existencia de alguien más en la familia con la enfermedad.

En una población con un promedio de 1,8 (mín.: 0 - máx.: 11) de hogares, hay de 0 a 3 personas del domicilio familiar que tienen eccema y/o urticaria. En total, entre todos los domicilios familiares de la muestra de este estudio, 467 sujetos mostraron eccema y 146 presentaron urticaria.

Como se explicó en la metodología, se calculó la prevalencia para esta nueva población, revelando una prevalencia del 5,2% para el eccema y del 2,8% para la urticaria. También es posible observar que el 7,9% de esta población tenía al menos una de las enfermedades.

Discusión

La población estudiada no forma parte de unidades de observación de enfermedades para la que existe un registro o base de datos en Portugal. Así pues, para investigar la prevalencia, la recogida de datos se hizo mediante entrevistas telefónicas. Existen varios estudios en los que se emplea la misma metodología, en concreto un estudio portugués llevado a cabo en el 2004 por el Observatorio Nacional de la Salud, cuyo objetivo fue valorar la prevalencia

Tabla 2 Prevalencia principal del eccema y la urticaria y factores de riesgo correspondientes: región, sexo y edad

	Eccema, n = 220	OR (IC) valor p	Urticaria, n = 168	OR (IC) valor p	Al menos una enfermedad, n = 381	OR (IC) valor p
Prevalencia en la población adulta (IC %)	4,4% (3,8-5,0)		3,4% (2,9-3,9)		7,6% (6,9-8,4)	
<i>Región, n (%) (IC %)</i>						
Norte	60 (3,3) (2,8-3,8)	0,92 (0,50-1,70) p = 0,799	59 (3,2) (2,7-3,7)	1,05 (0,56-1,98) p = 0,874	115 (6,3) (5,6-7,0)	0,95 (0,60-1,48) p = 0,811
Centro	59 (5,0) (4,4-5,6)	1,42 (0,77-2,63) p = 0,261	36 (3,1) (2,6-3,6)	1,01 (0,52-1,97) p = 0,973	95 (8,1) (7,3-8,9)	1,24 (0,79-1,96) p = 0,355
Lisboa y Valle del Tajo	76 (5,5) (4,8-6,1)	1,51 (0,83-2,76) p = 0,178	52 (3,7) (3,2-4,3)	1,23 (0,65-2,34)	127 (9,1) (8,3-9,9)	1,39 (0,89-2,17) p = 0,148
Algarve	12 (5,3) (4,6-5,9)	1,51 (0,67-3,38) p = 0,316	9 (3,9) (3,4-4,5)	1,33 (0,55-3,21) p = 0,531	19 (8,3) (7,6-9,1)	1,30 (0,69-2,42) p = 0,416
Alentejo ^a	13 (3,4) (2,9-3,9)	1	12 (3,2) (2,7-3,6)		25 (6,6) (5,9-7,3)	1
valor p ^b	0,021		0,861		0,036	
<i>Sexo, n (%) (IC %)</i>						
Mujer	149 (5,7) (5,0-6,3)	1,99 (1,49-2,66) p < 0,001	110 (4,2) (3,6-4,8)	1,73 (1,25-2,40) p = 0,001	252 (9,6) (8,8-10,4)	1,86 (1,49-2,32) p < 0,001
Hombre ^a	71 (3,0) (2,5-3,5)	1	58 (2,4) (2,0-2,9)	1	129 (5,4) (4,8-6,0)	1
valor p ^b	< 0,001		0,001		< 0,001	
<i>Edad (años), n (%) (IC %)</i>						
16-29	39 (7,4) (6,7-8,1)	2,85 (1,19-6,86) p = 0,019	13 (2,5) (2,0-2,9)	0,59 (0,25-1,40) p = 0,232	51 (9,7) (8,9-10,5)	1,57 (0,85-2,91) p = 0,151
30-49	86 (4,7) (4,1-5,3)	1,76 (0,76-4,09) p = 0,188	49 (2,7) (2,2-3,1)	0,63 (0,305-1,31) p = 0,215	132 (7,2) (6,5-7,9)	1,13 (0,64-2,0) p = 0,668
50-79	89 (3,7) (3,1-4,2)	1,36 (0,58-3,14) p = 0,479	97 (4,0) (3,5-4,5)	0,95 (0,47-1,91) p = 0,884	184 (7,6) (6,8-8,3)	1,19 (0,68-2,10) p = 0,544
≥ 80 ^a	6 (2,8) (2,3-3,2)	1	9 (4,1) (3,6-4,7)	1	14 (6,5) (5,8-7,1)	1
valor p ^b	0,001		0,063		0,255	

^a Categoría de referencia.^b Prueba de la Chi-cuadrado.

Tabla 3 Características clínicas

	Eccema, n = 220	Urticaria, n = 168
<i>Tiempo desde el diagnóstico, n (%)</i>		
Más de 5 años	142 (64,5)	116 (69,0)
Menos de 5 años	78 (35,5)	52 (31,0)
En la infancia	64 (29,1)	26 (15,5)
<i>Quién hizo el diagnóstico, n (%)</i>		
Médico de familia	60 (27,3)	72 (42,9)
Médico especialista	134 (60,9)	62 (36,9)
Otro especialista médico	22 (10,0)	30 (17,9)
Enfermera	1 (0,5)	1 (0,6)
Farmacéutico	3 (1,4)	3 (1,8)

autoinformada de determinadas enfermedades crónicas, como la psoriasis²¹. Ya en 1994, se abogó por el muestreo telefónico para la investigación sanitaria, por lo general basado en la generación de números aleatorios²². Una metodología similar se utilizó en distintos estudios de prevalencia²³⁻²⁵, así como en la dermatología^{19,26-28}.

El eccema engloba a un grupo de enfermedades con características clínicas semejantes, no habiendo un estándar clínico para definir la enfermedad^{28,29}. En este estudio, nuestro enfoque recoge distintos subtipos de eccema y nuestra definición de eccema, basada en la de «eccema o dermatitis atópica» diagnosticada por un médico, puede haber dado lugar a una sobreestimación de la prevalencia, no siendo posible determinar con exactitud la prevalencia de la DA. De esta manera, somos conscientes de que este hecho podría ser una limitación. Cuando el diagnóstico de eccema y urticaria lo hace un médico no dermatólogo o no alergólogo, su fiabilidad es dudosa, y a pesar de que todos los pacientes confirmaron que habían tenido una segunda opinión médica, consideramos este hecho una limitación del estudio.

La prevalencia principal en la población adulta de ambas enfermedades fue del 4,4% de eccema y del 3,4% de urticaria. En cuanto a la estimación de las prevalencias secundarias, observamos nuevamente que el eccema era más prevalente que la urticaria con prevalencias similares a la hora de tener al menos una de las enfermedades (7,6-7,9%). Estos valores son más altos que los encontrados en estudios anteriores en Portugal y comparables a los resultados de otros países. Sin embargo, las comparaciones entre prevalencias de eccema se ven afectadas por varios inconvenientes. La mayoría de los estudios que presentan datos sobre la prevalencia del eccema se han centrado bien en varias enfermedades atópicas, o bien en todo el espectro de enfermedades de la piel. El número de estudios centrados en el eccema es considerablemente bajo, en especial con relación a la población adulta. Las preguntas sobre el eccema han ido desde los autoinformes de erupción con prurito y de haber tenido alguna vez eccema, hasta indicar la prevalencia procedente de exámenes médicos de la piel; los últimos resultados reducen varias veces la estimación de la prevalencia³⁰. Por ejemplo, Portugal tiene un estudio que da una prevalencia para el eccema del 1,1%; aunque se trata de un estudio bien diseñado y con una muestra representativa, el número de entrevistas fue menor y además su

objetivo era determinar la prevalencia de otras enfermedades alérgicas¹⁰. En comparación con el país más próximo, España, y en cuanto al eccema, la prevalencia parecía semejante a la nuestra: 4,2%⁶. En orden creciente, podemos encontrar las siguientes prevalencias para el eccema, Alemania con el 5,1%, Bélgica con el 5,9% y Francia con el 8%⁶, mientras que las prevalencias para la DA son del 1,4%, 2%, 2,4% y 3,5%, respectivamente^{6,19}. En Suiza existe la evidencia de que la prevalencia del eccema en adultos es menor del 2,2%⁶. Italia tiene una prevalencia del eccema del 6,6-8,1%^{6,28}.

De acuerdo con Harrop et al., en Europa en el 2007, el eccema atópico representa el 0,14-0,60% del eccema general⁶. De este modo, podemos estimar que la prevalencia del eccema atópico en Portugal es de alrededor del 0,61-2,64%.

En cuanto a la urticaria, por lo que sabemos, hay muy pocos estudios con evidencias sobre la prevalencia de la urticaria general. La prevalencia de la urticaria a lo largo de la vida en Alemania es del 8,8% y en Noruega del 9%, siendo en la mayoría de los casos aguda o física³¹. En Polonia se ha informado de una incidencia de urticaria del 11,2% en la población de más de 15 años¹⁴.

El lugar donde vive el paciente constituye un factor de riesgo para varias enfermedades alérgicas¹⁵, y por ello la prevalencia principal se valoró para cada región, encontrando que las zonas portuguesas con mayor prevalencia para el eccema son la región de Lisboa y Valle del Tajo (5,5%) y el Algarve (5,3%). En Lisboa existen unas cuantas características de las que se sabe que pueden exacerbar el eccema: es la capital, está muy contaminada y tiene mucho tráfico. Para comprender mejor la diferencia observada en el Algarve, es necesario realizar más estudios. Sin embargo, un estudio en Italia mostró que la prevalencia de eccema y la DA fue mayor en el área del Mediterráneo que en el área subcontinental, 8,5 vs. 7,4 y 3,8 vs. 2,8, respectivamente²⁸. Por otro lado, la prevalencia de la urticaria parece ser parecida en todo el país.

Tal y como se refleja en la literatura, el eccema es más frecuente en las mujeres que en los hombres^{6,9,17,32}. Mostramos una prevalencia del eccema del 5,7% en la mujer frente al 3,0% en el hombre. Además, ser mujer es un factor de riesgo significativo para el eccema (OR = 1,99), parecida a las OR presentadas en otros estudios: 1,84³⁰, 2,44¹⁷, o 1,33⁶. Como sucede con el eccema, la urticaria presenta

una prevalencia más alta en las mujeres^{16,31,33,34}. Observamos una prevalencia en mujeres del 4,2% vs. 2,4% (en hombres). Ser mujer también es un factor de riesgo significativo para la urticaria (OR = 1,73), parecido a los de otros estudios (OR = 1,46)¹⁴.

Encontramos que más de la mitad de los encuestados (64,5% con eccema y 69% con urticaria) han padecido la enfermedad durante más de 5 años. Entre los pacientes con eccema, encontramos que 64 (29,1%) tuvieron la enfermedad en la infancia, mientras que en un estudio autoinformado, el 13,7% declara haber tenido eccema en la infancia³². En cuanto a los pacientes con urticaria, 26 (15,5%) tuvieron la enfermedad en la infancia.

Calculamos la OR y la OR ajustada para las variables edad, sexo y región, obteniéndose resultados similares. Así llegamos a la conclusión de que estas variables podrían influir en ambas enfermedades y que no interactúan entre ellas.

En estas enfermedades, el historial familiar es un factor importante⁶, observando que de entre los 220 individuos que tenían eccema, 40 (18,2%) indicaron la existencia de alguien más con la enfermedad en la familia. Por su parte, de los 168 sujetos con urticaria, 22 (13,1%) señalaron la existencia de alguien más en la familia con la enfermedad. Una limitación de nuestro estudio es que no recogimos datos sobre variables como raza o trabajo, que nos podrían haber ayudado a entender mejor la influencia de la historia familiar.

Gracias a los resultados de los hogares, fuimos capaces de calcular la prevalencia secundaria. Sin embargo, a diferencia de la prevalencia principal de este estudio, esta fue calculada con las poblaciones adulta e infantil. Esto es debido a la manera en la que los datos fueron recogidos. Además y también a diferencia de la prevalencia principal, la muestra de la prevalencia secundaria no fue proporcionalmente representativa. Por lo que una comparación directa no es posible. Sin embargo, la diferencia entre ellas no es tan grande.

Conclusiones

Este estudio aporta nuevos datos para la Dermatología e Inmunología en Portugal. La prevalencia hallada es superior a la calculada en estudios previos en Portugal y comparable a los resultados de otros países. En cuanto al eccema, las comparaciones se ven influidas por varios factores. Con respecto a la urticaria, nuestros resultados parecen estar en línea con otros, si bien son pocos los estudios sobre la prevalencia de la urticaria. Ser mujer con eccema y urticaria es más frecuente y representa un factor de riesgo de enfermedad mayor que el ser hombre.

Financiación

Este estudio fue patrocinado por LEOPharma.

Conflicto de intereses

P. Mendes-Bastos trabajó como consultor/ponente para AbbVie, Pfizer, Janssen-Cilag, LEOPharma, Novartis, Sanofi, Teva, Bayer y L'Oreal y ha participado como investigador en ensayos clínicos patrocinados por Novartis y AbbVie.

Declaración de intereses de los demás autores: ninguna.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a LEOPharma la financiación del proyecto, y también a Consulmark® el apoyo y esfuerzo realizado durante el trabajo. Por último, a John Stewart Huffstot, director de lengua inglesa, que revisó el lenguaje del artículo.

Bibliografía

1. National Eczema Association. An overview of the different types of eczema; 2018.
2. Hanifin JM. Evolving concepts of pathogenesis in atopic dermatitis and other eczemas. *J Invest Dermatol.* 2009;129:320–2.
3. Johansson SG, Bieber T, Dahl R, Friedmann PS, Lanier BQ, Lockey RF, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the nomenclature review committee of the world allergy organization. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;113:832–6.
4. Salvador J, Romero-Pérez D, Encabo-Durán B. Atopic dermatitis in adults: a diagnostic challenge. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2017;27:78–88.
5. Sandström Falk MH, Faergemann J. Atopic dermatitis in adults: does it disappear with age? *Acta Derm Venereol.* 2006;86:135–9.
6. Harrop J, Chinn S, Verlato G, Olivieri M, Norbäck D, Wjst M, et al. Eczema, atopy and allergen exposure in adults: a population-based study. *Clin Exp Allergy.* 2007;37:526–35.
7. World Allergy Organization. WAO White Book on Allergy Pawankar R. Canonica G.W. Holgate S.T. Lockey R.F. Blaiss M. World Allergy Organization Wisconsin 2013.
8. DaVeiga SP. Epidemiology of atopic dermatitis: a review. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33:227–34.
9. Shaw TE, Currie GP, Koudelka CW, Simpson EL. Eczema prevalence in the United States: data from the 2003 national survey of children's health. *J Invest Dermatol.* 2011;131:67–73.
10. Couto M, de Almeida MM. Diagnóstico da doença alérgica em Portugal: um estudo exploratório. *Rev Port Imunoalergologia.* 2011;19:23–32.
11. Schoepke N, Doumoulakis G, Maurer M. Diagnosis of urticaria. *Indian J Dermatol.* 2013;58:211–8.
12. Frigas E, Park MA. Urticaria and angioedema: diagnostic and treatment considerations. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10:239–50.
13. Miranda-Machado P, Hoyos-Sánchez B. Prevalencia de urticaria en Cartagena, Colombia. *Rev Alerg Mex.* 2017;64:163–70.
14. Raciborski F, Ktak A, Czarnecka-Operacz M, Jenerwicz D, Sybilski A, Kuna P, et al., EUP.W.G. Epidemiology of urticaria in Poland – nationally representative survey results. *Postepy Dermatol Alergol.* 2018;35:67–73.
15. Schram ME, Tedja AM, Spijker R, Bos JD, Williams HC, Spuls PI. Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. *Br J Dermatol.* 2010;162:964–73.
16. Balp M, da Silva N, Vietri J, Tian H, Ensina L. The burden of chronic urticaria from Brazilian patients' perspective. *Dermatol Ther.* 2017;7:535–45.
17. Montnemery P, Nihlén U, Göran Löfdahl C, Nyberg P, Svensson A. Prevalence of self-reported eczema in relation to living environment, socio-economic status and respiratory symptoms assessed in a questionnaire study. *BMC Dermatol.* 2003;3:6.
18. Pinto JR. ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) 20 anos em Portugal. *Acta Pediátrica Port.* 2011;42:S28–48.
19. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simposon EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: results from an international survey. *Allergy.* 2018;73:1284–93.
20. PORDATA. BI de Portugal; 2017.

21. Branco M, Nogueira P, Contreiras T. Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas. En: em Portugal Continental. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2005.
22. Potthoff R. Telephone sampling in epidemiologic research: to reap the benefits, avoid the pitfalls. *Am J Epidemiol*. 1994;139:967–78.
23. Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux C, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:431–5.
24. Keuthen N, Koran L, Aboujaoude E, Large M, Serpe R. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry*. 2010;51:183–6.
25. Blumberg S, Bramlett M, Kogan M, Schieve L, Jones J, Lu M. Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school aged U.S. Children: 2007 to 2011. *Natl Health Stat Report*. 2013;1–11.
26. Maurer M, Ortonne J-P, Zuberbier T. Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor-patient relation. *Allergy*. 2009;64:581–8.
27. Maurer M, Ortonne J, Zuberbier T. Chronic urticaria: an internet survey of health behaviours, symptom patterns and treatment needs in European adult patients. *Br J Dermatol*. 2009;160:633–41.
28. Pesce G, Marcon A, Carosso A, Antiniccilli L, Cazzoletti L, Ferrari M, et al. Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015;29:1180–7.
29. Abuabara K, Margolis D. Do children really outgrow their eczema, or is there more than one eczema? *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132:1139–40.
30. Rönmark EP, Ekerljung L, Lötvall J, Wennergren G, Rönmark E, Torén K, et al. Eczema among adults: prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden. *Br J Dermatol*. 2012;166:1301–8.
31. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35:869–73.
32. Bingefors K, Svensson Å, Isacson D, Lindberg M. Self-reported lifetime prevalence of atopic dermatitis and comorbidity with asthma and eczema in adulthood: a populationbased cross-sectional survey. *Acta Derm Venereol*. 2013;93:438–41.
33. Balp M, Vietri J, Tian H, Isherwood G. The impact of chronic urticaria from the patient's perspective: a survey in five european countries. *Patient*. 2015;8:551–8.
34. Seo J-H, Kwon J-W. Epidemiology of urticaria including physical urticaria and angioedema in Korea. *Korean J Intern Med*. 2018;8.
35. PORDATA. O que são NUTS? 2010.