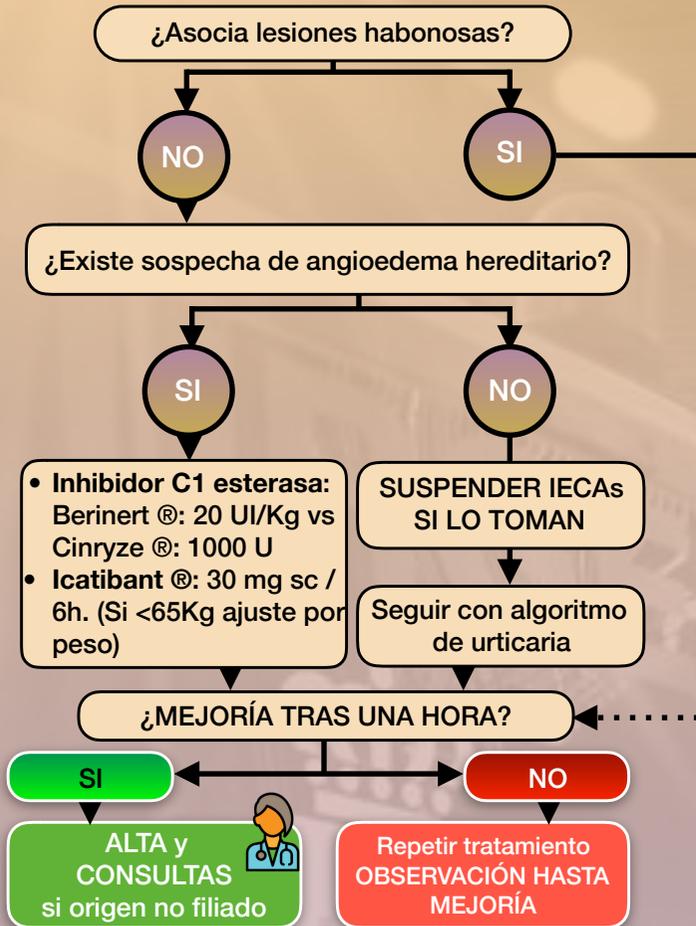


# ANGIOEDEMA

Tumefacción intensa que afecta a la dermis, con frecuente afectación de los tejidos mucosos. Suele ser más doloroso que pruriginoso



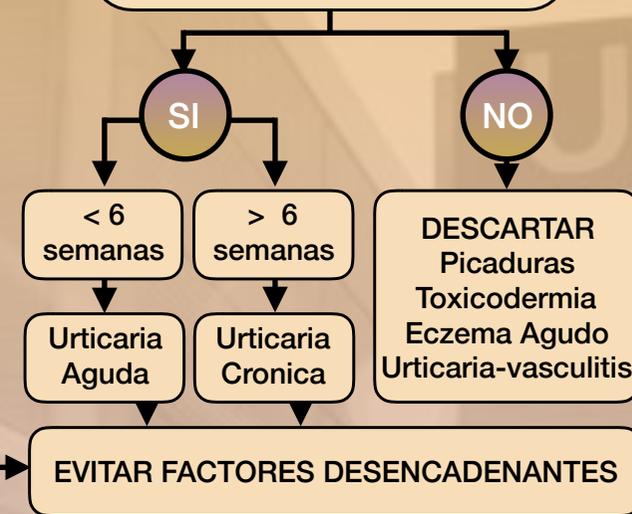
**HABÓN:** Lesión cutánea con área edematosa central, tamaño variable, rodeada por zona eritematosa periférica, con prurito y/o escozor asociado, que dura menos de 24 horas.

## DESENCADENANTES URTICARIA AGUDA

**Idiopática** (50%), **Infeciosa** (40%; Virus, Streptococos, anisaki...), **Fármacos** (9%; AINES, antibióticos, contrastes...), **Alimentos** (1%; Frutos secos, frutas, mariscos...)

# URTICARIA

¿lesiones desaparecen en menos de 24 horas?



TTO URGENCIAS

Antihistamínicos H1 selectivos: 1-2 comprimidos v.o.

SÓLO en casos extensos y/o MUY sintomáticos y/o con ANGIOEDEMA añadir: Metilprednisolona 1mg/kg i.m. o i.v.

TTO AL ALTA

1. Antihistamínicos H1 selectivos: 1-2 comprimidos al día durante 20-30 días según respuesta, pudiendo incrementarse hasta un máximo de 4 comp. al día.
2. En casos EXTENSOS y/o MUY sintomáticos y/o con angioedema añadir: Prednisona 0,5-1 mg/Kg v.o. 5 días.
3. Evitar AINES si es posible.

**DERIVAR URTICARIA A CONSULTAS SI**

- Sospecha etiología alérgica o evolución tórpida.
- Cualquier urticaria crónica

# PATOLOGÍA ALERGOLÓGICA EN URGENCIAS

En colaboración con Alergología.

**RAÚL GUZMÁN RODRÍGUEZ**  
**JOSÉ ALEJANDO LEMUS CALDERÓN**  
**HORACIO CALIGARIS CATALDI**  
**ROLIANY BARBOSA DE PINA**  
**ISABEL MARÍA SÁNCHEZ MATAS**  
**NIEVES CABAÑES HIGUERO**  
**RAFAEL RUBIO DIAZ**



## BIBLIOGRAFIA

1. J.F. Silvestre. Guía clínica para el manejo de la urticaria en atención primaria.
2. Victoria Cardona, Nieves Cabañes. Guía de actuación en anafilaxia: Galaxia 2016. 1ª edición.
3. GEMA4.4. Guía española para el manejo del asma.
4. Global initiative for Asthma. Guía GINA. 2019.

INFO ADICIONAL: P Piñeira J, Delgado et al. Documento de consenso para el manejo de pacientes asmático en Urgencias. Disponible en : Emergencias 2018; 30:268-277 (<http://emergencias.portalsemes.org/>)

# ANAFILAXIA

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

**1. INICIO AGUDO (minutos a horas) DE AFECTACION DE PIEL O MUCOSAS JUNTO CON 1 O MAS DE LOS SIGUIENTES ITEMS**

- a Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor...)
- b Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica

**2. APARICIÓN RÁPIDA (minutos a horas) DE 2 O MAS DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS TRAS LA EXPOSICIÓN A UN ALERGENO POTENCIAL**

- a Afectación de piel o mucosas
- b Compromiso respiratorio
- c Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
- d Síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, vomitos...)

**3. DISMINUCIÓN DE LA TA DE MINUTOS A HORAS TRAS LA EXPOSICIÓN A UN ALERGENO CONOCIDO PARA EL PACIENTE**

- a Lactantes y niños: TA baja o descenso superior al 30% de la sistólica
- b Adultos: TAs < 90mmHh o descenso superior al 30% respecto de la basal

## ANAFILAXIA CONFIRMADA/SOSPECHADA

Decúbito supino (Trendelenburg). Valorar permeabilidad v. aérea, respiración, estado cardiocirculatorio (ABCDE)

**ADRENALINA I.M. EN MUSLO**  
(0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg niños / 0,5 mg adultos) 



Estabilizar vía aérea. Administrar O2 alto flujo. Asegurar accesos venosos de grueso calibre con reposición de fluidos  
Monitorización continua (FC, TA, SatO2, diuresis)

ANALÍTICA CON Curva de Triptasa.

Salbutamol 2,5mg nebulizado.  
Dexclorfeniramina 5 mg i.v.  
Hidrocortisona o Metilprednisolona i.v. 1 mg/kg

¿Mejoría de los síntomas?

**NO**

**SI**

PERFUSIONES 

- Repetir adrenalina i.m./ 5-15 min.
- **Glucagón:** si tto. Con beta-bloqueantes
- **Atropina:** si bradicardia prolongada.
- **Vasopresores** en perfusión venosa (dopamina, noradrenalina) si hipotensión refractaria.

Valorar UVI. 

GUIA GALAXIA 

**Observación 6-8h**

**AL ALTA**

- Autoinyector de adrenalina.
- Corticoides y AntiH1 (3 días).
- Si sospecha clara: Evitar alérgeno.

Derivar a Consultas 

# EXACERBACIÓN ASMA

Evaluación clínica inicial (ABCD)

**LEVE - MODERADA**

**GRAVE**

- Habla frases, mejor sentado, no agitado, FR < 30 min.
- No musculatura accesoria. FC < 120 lpm. SATO2 90-95%.
- PEF > 50%.

- Palabras cortadas, encorvado, agitado, FR > 30 min.
- Utiliza musculatura accesoria. FC > 120 lpm. SATO2 < 90%.
- PEF < 50%.

Analítica completa con GASOMETRÍA ARTERIAL BASAL, radiografía y ECG

Valorar DESENCADENANTES (alergia, infección)

1. Oxígeno para Sat O2 en torno a 93-95%.
2. Salbutamol 2,5 mg + Bromuro de Ipratropio 500 mcg nebulizados/30 min.
3. Hidrocortisona 200 mg o Metilpredn. a dosis de 1 mg/Kg i.v.

Budesonida nebulizada 0,5 mg/15 min si respuesta parcial.

Valorar sulfato de magnesio 1,2 g i.v. única dosis a pasar en 15-30 min.

**INICIAR TTO y AVISO A UVI** 

EVALUAR 1h

Si mejoría: ALTA  
Si persistencia de síntomas: Repetir tratamiento

REEVALUAR en 1h:  
Si no mejoría, valorar **OBSERVACION o ingreso en planta.**

**NO OLVIDAR AL ALTA (Según gravedad):**  
Salbutamol a demanda y/o GCI + LABA y/o Prednisona v.o. 30-60mg 3-5 días.