

## DOCUMENTO DE CONSENSO

**Manejo de la urticaria en urgencias: recomendaciones de un grupo multidisciplinar de expertos**

Juan Francisco Silvestre Salvador<sup>1</sup>, Ana María Giménez-Arnau<sup>2</sup>, Enrique Gómez de la Fuente<sup>3</sup>, Juan González del Castillo<sup>4</sup>, Ana María Martínez Virto<sup>5</sup>, Iria Miguens Blanco<sup>6</sup>, Esther Serra-Baldrich<sup>7</sup>, Pere Llorens<sup>8</sup>

La urticaria y el angioedema ocasionan consultas frecuentes en los servicios de urgencias. Por ello, es importante que sean diagnosticados y tratados correctamente en este nivel asistencial y ofrecer un tratamiento y unas pautas de derivación adecuados para evitar visitas adicionales. Un grupo de expertos en dermatología y en medicina de urgencias y emergencias ha revisado las principales guías y publicaciones, y ha desarrollado y consensado una herramienta práctica para el abordaje de la urticaria, el angioedema y la anafilaxia en urgencias. Presentamos una guía de manejo, un algoritmo basado en el diagnóstico diferencial, un algoritmo terapéutico y unas recomendaciones de derivación de los pacientes. La implementación de esta guía, avalada por la Sociedad Española de Dermatología (AEDV) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), permitirá optimizar el manejo de los pacientes con urticaria y angioedema en urgencias, y mejorará la interrelación con otros servicios.

**Palabras clave:** Urticaria. Angioedema. Anafilaxia. Urgencias. Dermatólogo. Antihistamínicos. Algoritmo.

***Managing urticaria in the emergency department: recommendations of a multidisciplinary expert panel***

Urticaria and angioedema account for many visits to emergency departments. It is important to diagnose and treat them properly at this level of care and to suggest treatments and guidance that can make additional visits unnecessary. A panel of experts in dermatology and emergency medicine reviewed the main guidelines and publications on urticaria and angioedema. The panel then developed and reached consensus on practical approaches and tools for managing urticaria, angioedema, and anaphylaxis in the emergency department. The resulting statement is a guide to management, with algorithms for differential diagnosis and treatment and recommendations for patient referral. Implementing these guidelines, which are supported by the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) and the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) will facilitate optimal management of emergency department patients with urticaria and angioedema as well as improve interdepartmental relations.

**Keywords:** Urticaria. Angioedema. Anaphylaxis. Emergency department. Dermatologists. Antihistamines. Algorithms.

**Filiación de los autores:**

<sup>1</sup>Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

<sup>2</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

<sup>3</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

<sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

<sup>5</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

<sup>6</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

<sup>7</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

<sup>8</sup>Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

**Contribución de los autores:**

Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

**Autor para correspondencia:**

Juan Francisco Silvestre Salvador  
Servicio de Dermatología  
Hospital General Universitario de Alicante  
C/ Pintor Baeza, 12  
03012 Alicante, España

**Correo electrónico:**

silvestre\_jfr@gva.es

**Información del artículo:**

Recibido: 18-3-2020

Aceptado: 29-4-2020

Online: 20-11-2020

**Editor responsable:**

Agustín Julián-Jiménez

**Introducción**

La urticaria es una enfermedad muy común, que altera de forma importante la calidad de vida del paciente y ocasiona un notable impacto en los costes sanitarios directos e indirectos<sup>1,2</sup>. Se caracteriza por la aparición de habones o angioedema<sup>3</sup>. La prevalencia de la urticaria aguda (UA) a lo largo de la vida es aproximadamente del 20%<sup>4</sup>, y entre un 0,5 y 1% en el caso de la urticaria crónica (UC)<sup>2,5-7</sup>. Puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más frecuente entre los 20 y los 40 años<sup>6</sup>, y tiene casi el doble de frecuencia en las mujeres<sup>7,8</sup>.

La urticaria se aborda tanto desde atención primaria (AP) como en consultas de dermatología. Sin embargo,

en los servicios de urgencias (SU), la urticaria es la enfermedad dermatológica más frecuente (tanto en adultos como en población pediátrica)<sup>2,9-14</sup> con una media de 1,2 atenciones/día<sup>15</sup>. Concretamente, un estudio europeo ha demostrado que los pacientes con UC acuden dos veces más a urgencias que a la consulta del dermatólogo a lo largo del año<sup>1</sup>. Esto puede significar que, o bien el paciente no ha sido diagnosticado correctamente o que el tratamiento pautado no es el adecuado, o bien que el proceso crónico sufre exacerbaciones inesperadas por factores desencadenantes intercurrentes (por ejemplo: ingesta de antiinflamatorios no esteroideos –AINEs–). Además, los pacientes con urticaria viven la enfermedad con una alta sensación de gravedad, lo que puede resultar también en un incremento del número de visitas<sup>15</sup>.

El diagnóstico y manejo correcto del paciente con urticaria y con angioedema suele retrasarse en el tiempo, puesto que se abordan de forma general los síntomas, sin tener en cuenta el tipo o la causa de estas entidades. Los últimos datos publicados del estudio ASSURE confirman este problema, ya que revelan que desde el inicio de los síntomas hasta que el paciente es diagnosticado de UC espontánea (UCE), transcurre una media de 2 años<sup>16</sup>. Este retraso en el diagnóstico de la enfermedad se debe a que la urticaria es una enfermedad heterogénea en la que no puede predecirse su curso natural<sup>3,17</sup>. Además, la urticaria puede confundirse fácilmente con otros cuadros clínicos que manifiestan lesiones similares y, en muchas ocasiones, la derivación a especialista no se realiza de forma adecuada<sup>17</sup>.

Otro obstáculo para el diagnóstico es el desconocimiento general de lo que significa tener urticaria y de sus diferentes subtipos entre los distintos profesionales sanitarios que atienden a los enfermos en primera instancia. Como resultado, el diagnóstico diferencial es a menudo un proceso complejo y prolongado<sup>17</sup>. Por ello, es imprescindible proporcionar herramientas a los médicos de urgencias y emergencias para mejorar su conocimiento sobre la urticaria y asegurar que el diagnóstico, tratamiento y remisión se lleven a cabo adecuadamente.

Por la importancia que adquiere el SU en el diagnóstico y en el tratamiento del paciente con UA y UC, un grupo de expertos especialistas en dermatología y en medicina de urgencias y emergencias han considerado necesario profundizar en estos aspectos y elaborar una guía clínica para el correcto manejo de la urticaria en urgencias. La implementación y la estandarización de este material pretende favorecer el diagnóstico y el tratamiento adecuados de la urticaria y el angioedema, y que las derivaciones de los pacientes desde urgencias al especialista o a AP se acompañen de una información adecuada. En definitiva, los objetivos son optimizar el manejo en el SU del paciente con urticaria o angioedema, y, como consecuencia, contribuir a una mejora de la calidad de vida del paciente y a la reducción de los costes socioeconómicos asociados a la enfermedad.

## Método

De cara a la elaboración del presente trabajo, se conformó un grupo de expertos, especialistas en dermatología y en medicina de urgencias y emergencias, para que pudieran aportar una amplia y completa visión del correcto manejo del paciente en el SU. El proceso de elaboración de la guía clínica se llevó a cabo en diferentes fases:

1) Búsqueda bibliográfica mediante la base de datos de Medline, utilizando una combinación de las siguientes palabras clave –“Management”, “Disease”, “Urticaria”, “Acute Urticaria”, “Chronic Urticaria”, “Angioedema”, “Chronic Disease”, “Emergencias”, “Emergency Department”, “Prevalence”, “Diagnosis”, “Differential Diagnosis”, “Treatment”, “Therapy”, “Anaphylaxis”, “Wheals”, “Pruritic”, “Elemental Lesion”,

“Histamine”, “Histamine Antagonists”, “Bradykinin”, “Algorithms”, “Allergy”– y búsqueda de recientes publicaciones y comunicaciones a congresos en las webs de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) y de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV); no se aplicaron criterios de búsqueda. La búsqueda fue acotada entre el 1 de enero de 1994 y el 30 de noviembre de 2018.

2) Lectura de los trabajos encontrados por parte de los diferentes especialistas.

3) Elaboración de un guion de puntos clave sobre manejo, diagnóstico, tratamiento y derivación en el SU de pacientes con urticaria.

4) Reunión presencial de todo el grupo de expertos para discutir y acordar en consenso los puntos clave.

5) Elaboración del documento con la conformidad de todo el grupo de expertos.

## Recomendaciones

### Definiciones

Para un correcto manejo de la enfermedad, es esencial definir los conceptos relacionados con ella. Esto es especialmente importante dado que el prurito generalizado a menudo se diagnostica como urticaria, lo que lleva a un sobrediagnóstico de urticaria en el entorno del SU<sup>18</sup>. Estas definiciones representan el establecimiento de un lenguaje clínico común y unas bases claras que eviten la confusión.

Así, la urticaria se define como una enfermedad heterogénea caracterizada por la aparición súbita de habones o “ronchas”, o angioedema. El habón o “roncha” se caracteriza por ser evanescente, y su duración es inferior a 24 horas. El síntoma guía de la urticaria es un picor incoercible y, en algunos casos, los habones pueden ser dolorosos. Tradicionalmente, la urticaria se clasifica en función de la duración de la sintomatología como UA (duración de la lesión < 6 semanas) o UC (lesión persiste > 6 semanas)<sup>3</sup>. Sin embargo, el clásico límite de 6 semanas ocasionalmente no es exacto y una UA podría perdurar algunas semanas más.

El habón se identifica fácilmente. Es una lesión cutánea inicialmente eritematosa o rosada que evoluciona generando un edema central de tamaño variable y se rodea por un eritema reflejo<sup>3</sup>. En la urticaria, el habón suele asociarse a prurito, síntoma guía en esta enfermedad<sup>19</sup>.

Por otro lado, el angioedema es una tumefacción o un edema súbito pronunciado, habitualmente del mismo color de la piel. El proceso inflamatorio se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, con frecuente afectación de los tejidos submucosos. El angioedema puede ser asintomático, picar o incluso doler. Así mismo, la resolución es más lenta y dura hasta 72 horas<sup>3</sup>.

Es importante recordar que la urticaria no necesariamente es inducida por una alergia frente a algún agente ambiental. Las reacciones alérgicas responden a mecanismos inmunológicos específicos (los procesos de

hipersensibilidad inmediata de tipo I), y dependen de la naturaleza del agente ambiental responsable. Pueden manifestarse en forma de asma, rinitis, anafilaxia, urticaria o angioedema<sup>20,21</sup>. La hipersensibilidad inmediata de tipo I está implicada únicamente en un subgrupo minoritario de urticarias<sup>3,22</sup>.

Por último, hay que resaltar el concepto de anafilaxia, una reacción de hipersensibilidad grave de tipo I y potencialmente mortal. Se caracteriza por una sintomatología de aparición rápida, con problemas en la vía aérea, respiración y circulación. Generalmente, aunque no siempre, la anafilaxia se asocia con cambios en la piel y las mucosas, y produce habones y angioedema<sup>23</sup>. Estos cuadros sistémicos agudos, potencialmente graves, requieren un tratamiento distinto a la urticaria.

### Diagnóstico diferencial: anafilaxia, urticaria y angioedema aislado

En la primera etapa del diagnóstico de un paciente que acude a urgencias, se debe descartar que los habones y el angioedema no formen parte de un cuadro de anafilaxia, debido que este tipo de lesiones pueden aparecer en la propia anafilaxia y en las reacciones anafilactoides. Para ello, el clínico debe comprobar que no existen síntomas sistémicos de riesgo de anafilaxia asociados, como prurito de inicio en las palmas, hipotensión, arritmias, síncope, confusión, somnolencia, coma, dificultad respiratoria (taquipnea, hipoxemia, cianosis), broncoespasmo (sibilancias), edema laríngeo (afonía, sialorrea, estridor) o vómitos persistentes y dolor abdominal<sup>23</sup>. En caso de sospecha de anafilaxia es necesario o aconsejable realizar la determinación de triptasa en sangre<sup>23,24</sup>.

La UA o UC, incluso en periodo de exacerbación, no cursa con síntomas de anafilaxia. Solo aquellos sujetos con UA de contacto, mediada por un mecanismo de hipersensibilidad inmediata tipo I (por ejemplo: contacto con látex), y algunos tipos de UC inducible (UCI) (urticaria por contacto al frío, la solar o la colinérgica) son susceptibles de cursar con afectación sistémica y anafilaxia<sup>4,25,26</sup>.

Tras confirmar que el diagnóstico no es de *shock* anafiláctico, se debe comprobar y asegurar que el cuadro clínico que presenta el paciente se corresponde con el diagnóstico de urticaria. Para ello, hay que realizar un diagnóstico diferencial correcto entre urticaria y otras entidades cutáneas que pueden cursar con una erupción eritematosa pruriginosa. Ante un diagnóstico confirmado de urticaria, se debe realizar una anamnesis dirigida que ayude a perfilar de qué tipo de urticaria se trata.

Existe una gran variedad de enfermedades que presentan lesiones semejantes a las de la urticaria. Esto puede suponer una tendencia general al sobrediagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, la naturaleza evanescente del habón es el mejor signo guía para identificar la urticaria (duración < 24 horas)<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial de la urticaria incluye las picaduras por insectos, el eczema agudo difuso, la sarna, las toxicoder-

mias o los exantemas de origen viral. En ninguna de estas enfermedades el habón es la lesión elemental. Por otro lado, el angioedema puede confundirse con celulitis o con el eczema localizado.

Estas similitudes entre la urticaria y el angioedema pueden llevar a confusión en el momento del diagnóstico. Por este motivo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial de urticaria y angioedema (Tabla 1), que implique una exploración física, en la que se debe establecer adecuadamente el tipo de lesiones elementales que presenta el paciente. Esta exploración debe acompañarse de una correcta anamnesis que ayude a identificar factores precipitantes y el subtipo de urticaria.

Durante el diagnóstico diferencial, el clínico debe tener en cuenta las características de las lesiones:

1) Tipo: habones con o sin angioedema en urticaria, pápulas con vesícula central excoriada o lesiones urticariformes en picaduras por insectos, placas eritematoedematosas y vesículas o costras en eczema agudo difuso, exantema maculopapular o urticariforme en toxicodermia, etc.

2) Distribución: agrupación lineal en las picaduras, generalizado y simétrico en las toxicodermias, caprichoso en la urticaria, etc.

3) Localización: manos y muñecas, genitales, axilas y pezones en sarna, predominio en pliegues en toxicodermia, párpados, labios, genitales, periarticular en angioedema.

4) Síntomas asociados locales y sistémicos: dolor en la celulitis, picor en la urticaria y el eczema, quemazón en el angioedema, picor de predominio nocturno en la sarna, entre otras.

En caso de que sean necesario, debe considerarse la solicitud de pruebas complementarias.

La anamnesis debe dirigirse a buscar la etiología del cuadro, detectar si el paciente ha estado expuesto a algún factor desencadenante o agravante (factores ambientales, alimentos, medicamentos, enfermedades concomitantes, etc.)<sup>28</sup>, o si existe una predisposición genética que pueda haber desencadenado dichas lesiones. Se debe preguntar al paciente si ha sufrido otros episodios anteriormente o si es el primero, y si están relacionados con algún tipo de exposición. De igual modo, es necesario preguntar por la duración de los habones, ya que el habón es la única lesión elemental que dura menos de 24 horas<sup>3</sup>. Si su duración es superior a 24 horas, es poco probable que se trate de una urticaria (UA y UC)<sup>3,28</sup>. Se debe sospechar urticaria vasculitis cuando la duración de la lesión es superior a 24 horas y tras su desaparición queda una lesión residual. En estos casos, las lesiones pueden ser dolorosas. El diagnóstico definitivo de la urticaria vasculitis no se puede realizar en el SU, ya que es necesario realizar una biopsia y evaluar si hay una enfermedad sistémica asociada<sup>28</sup>.

Descartados otros cuadros clínicos, cuando se manifiesten habones de duración menor a 24 horas asociados o no a angioedema, y si el paciente no presenta sintomatología sistémica, el diagnóstico más probable es de urticaria<sup>3</sup>. Y una vez diagnosticada se debe deter-

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial de las lesiones eritematoedematosas<sup>2,27</sup>

Diagnóstico diferencial	Lesiones elementales	Claves diagnósticas	Interrogar
<b>Urticaria</b>	• Habones +/- angioedema	• Lesiones fugaces (duran < 24 h) • Polimorfo y figurado • Distribución «caprichosa»	• Factores desencadenantes/agravantes
<b>Picaduras por insectos</b>	• Pápulas con vesícula central excoriada/ Lesiones urticariformes	• Agrupación de 3-4 lesiones • Distribución lineal	• Estancia en campo/contacto con animales
<b>Eczema agudo difuso</b>	• Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras	• Lesiones persistentes • Exudación • Distribución parcheada o flexural	• Antecedentes de dermatitis atópica • Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)
<b>Sarna</b>	• Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	• Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones • Prurito intenso nocturno	• Prurito en convivientes
<b>Toxicodermia</b>	• Exantema maculopapular/urticariforme	• Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues • Tendencia a la confluencia de las lesiones	• Fármacos en las últimas 6 semanas
<b>Exantema de origen viral</b>	• Exantema maculopapular/edematoso	• Generalizado y simétrico o de predominio acral (cara, manos y pies) • Fiebre y sintomatología general acompañante	• Progresión temporal del exantema: cefalocaudal
<b>Angioedema</b>	• Placa eritematoedematosa • Duración 48 h	• Párpados, labios, genitales, periarticular • Sensación de quemazón/ardor mayor que prurito	• Asociación con habones (urticaria) • Otras causas: – Fármacos (IECA, ARA II, sitagliptina...) – Casos en familiares
<b>Celulitis</b>	• Placa eritematosa, dolorosa y caliente	• Dolor • Fiebre, malestar general • AS: leucocitosis, elevación de PCR, etc.	• Puerta de entrada • Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor, VIH, etc.)
<b>Eczema localizado</b>	• Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras	• Prurito • Exudación • Distribución artefacta	• Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas, etc.)

PCR: proteína C reactiva; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II.

minar si se trata de UA o de UC. Para ello, es necesario tener en cuenta la evolución de la enfermedad, de modo que, cuando los episodios duran menos de 6 semanas, se hablará de UA, y si persisten más de 6 semanas de UC<sup>3</sup>. Hay que considerar que toda UC empieza un día y puede ser que el paciente acuda a un SU sin suficiente tiempo de evolución.

En pacientes diagnosticados con angioedema, es imprescindible evaluar si este asocia o no a habones. Si no asocia habones, se impone el diagnóstico diferencial del angioedema aislado. En estos casos, se hace imprescindible el diagnóstico diferencial entre el angioedema histaminérgico y el angioedema bradikinérgico. El angioedema mediado por histamina es el más frecuente de todos y puede asociarse o no a urticaria<sup>29</sup>. Por el contrario, el angioedema bradikinérgico no está relacionado con la urticaria. El péptido vasoactivo bradiginina no es el único mediador del angioedema bradikinérgico. Este puede ser provocado o inducido por el uso de fármacos antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). En estos casos, los síntomas no dependen de la liberación de histamina inducida tras la activación de mastocitos, sino que se deben a la acumulación de bradiginina. Por esta razón no responden a antihistamínicos, corticoides ni adrenalina<sup>4,30,31</sup>.

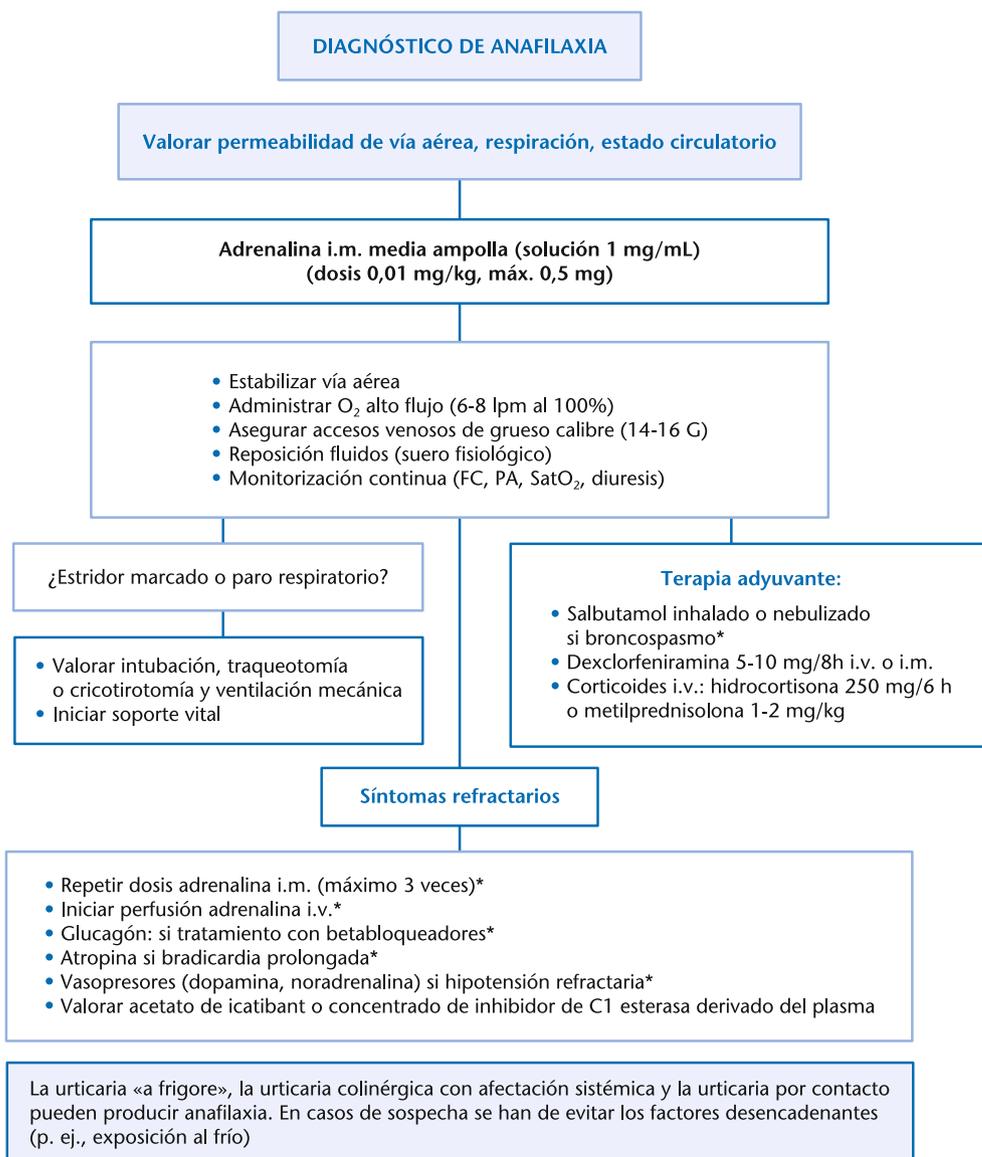
El rastreo de los angioedemas mediados por bradiginina pasa por cuestionar sobre antecedentes familiares

de angioedema hereditario, posibles episodios similares previos, tratamiento farmacológico con IECA, algunos antidiabéticos orales del grupo de las gliptinas, estrógenos, alteplasa, etc.<sup>32-34</sup>. En el caso que sea posible, por las características del servicio y del centro, también es útil solicitar la determinación de la fracción C4 del complemento en sangre, ya que su consumo orienta al angioedema hereditario<sup>35</sup>.

Asimismo, es importante tener en cuenta el tiempo de evolución, ya que en el angioedema histaminérgico la evolución del edema y la tumefacción suele darse en minutos, mientras que en el bradikinérgico se desarrollan gradualmente durante varias horas, aumentando lentamente durante 12-36 horas y remitiendo después de 2-5 días. En estos casos, se debe sospechar que se trate de un episodio agudo de angioedema mediado por bradiginina<sup>36</sup>.

### Abordaje terapéutico: anafilaxia, urticaria y angioedema aislado

En caso de anafilaxia, el clínico debe poner en marcha el protocolo representado en la Figura 1<sup>23,24,27</sup>. Los fármacos necesarios en caso de la anafilaxia según gravedad del cuadro y respuesta son: adrenalina intramuscular, atropina, sueroterapia, dopamina, perfusión intravenosa de adrenalina, noradrenalina, glucagón y salbutamol. Las dosis indicadas en ficha técnica de estos fármacos para adultos y niños se indican en la Tabla 2<sup>24,27</sup>.



**Figura 1.** Protocolo de actuación para la anafilaxia (adaptada de referencias 2, 24 y 27).

\*Véase Tabla 2 de fármacos necesarios en caso de anafilaxia.

FC: frecuencia cardiaca; SatO<sub>2</sub>: saturación de oxígeno; PA: presión arterial.

En cambio, cuando un paciente es diagnosticado de urticaria (Figura 2)<sup>27</sup> en los SU, los síntomas se deben tratar con antihistamínicos-H1 de segunda generación<sup>3,17</sup> (Tabla 3)<sup>27</sup>. Debido a sus efectos sedantes, no se recomienda el uso de antihistamínicos-H1 de primera generación<sup>3</sup>. Los cuatro primeros también están recomendados en embarazadas<sup>3</sup>. En los pacientes que se mantienen refractarios a estas dosis mínimas autorizadas según ficha técnica, se recomienda aumentar la dosis hasta 4 veces la dosis estándar<sup>3</sup>.

Además, cuando los cuadros son muy extensos o sintomáticos, y el angioedema es la principal manifestación de la enfermedad, el paciente debe de ser tratado con pautas cortas de corticosteroides sistémicos (prednisona, deflazacort)<sup>3</sup>. Sin embargo, no se recomienda el tratamiento con corticosteroides añadido a la terapia

con antihistamínicos-H1 en pacientes con UA que no presentan angioedema, ya que según un reciente estudio, el tratamiento combinado no mejora la sintomatología ni la clínica de estos pacientes<sup>38</sup>.

Los pacientes con urticaria pueden ser dados de alta del SU antes de que los síntomas mejoren. Sin embargo, si corresponde, el paciente debe ser informado al recibir el alta para evitar el agente causal y si es posible suspender los AINE, ya que estos constituyen un factor agravante o desencadenante de la urticaria muy importante. No es necesario hacer recomendaciones dietéticas, salvo que exista una sospecha fundada de una alergia alimentaria. En cuanto al tratamiento de continuación, se aconseja prescribir un antihistamínico-H1 de segunda generación, y, en caso de necesidad, corticoides durante 5 días<sup>3</sup>.

**Tabla 2.** Fármacos necesarios para el tratamiento de la anafilaxia<sup>2,24,27</sup>

<b>Adrenalina i.m. (muslo)</b> Adultos: 0,01 mg/kg, máx. 0,5 mg = 0,3-0,5 mg (solución 1/1.000) Niños: 0,01 mg/kg Puede repetirse a los 5-15 min	<b>Atropina</b> Adultos: 0,5-1 mg en bolo hasta 3 mg Niños: 0,02 mg/kg
<b>Sueroterapia</b> En adultos: rápida infusión 1-2 L/h suero fisiológico (SSF) En niños: 20 mL/kg cada 5-10 min	<b>Dopamina</b> <i>Preparación</i> 2 amp (200 mg) en 100 mL de SG 5% <i>Dosis mantenimiento</i> < 3 mL/h efecto; 3-5 mL/h efecto 1; > 5 mL/h efecto 1
<b>Perfusión i.v. de adrenalina</b> <i>Preparación</i> Diluir 1 mg de adrenalina en 100 mL SSF = 0,01 mg/mL (1/100.000) 1 mL/kg/h = 0,01 mg/kg/h (0,17 µg/kg/min) <i>Dosis de inicio</i> 0,5-1 mL/kg/h (30-100 mL/h en adultos) Dosis máxima recomendada: 6 mL/kg/h <i>Suspensión de la perfusión</i> De forma progresiva. Vigilar recurrencias	<b>Noradrenalina</b> <i>Preparación</i> 2 amp (10 mg) en 100 mL de SG 5% <i>Dosis mantenimiento</i> Comenzar a 5 mL/h. Subir de 5 en 5 según respuesta
<b>Glucagón</b> Adultos: 1-2 mg i.v./i.m. en bolo 5 min Niños: 20-30 µg/kg (máx. 1 mg)	<b>Salbutamol inhalado o nebulizado</b> 0,5-1 mL de salbutamol (5 mg/mL) en nebulización, se puede repetir a los 30-60 minutos

En los casos de UA, este grupo de expertos recomienda un mínimo de 2 semanas de tratamiento antihistamínico y que el paciente sea controlado por el médico de AP. Sin embargo, cuando las UA o las UC tienen riesgo de visitas frecuentes a urgencias (p. ej., una UA de evolución tórpida que precise de altas dosis de antihistamínico-H1) y en caso de angioedema no filiado, se recomienda la derivación al dermatólogo, con un plazo máximo de 2 semanas. Los cuadros urticariformes no filiadados con habones que duran más de 24 horas (sospechas de urticaria vasculitis, penfigoide, etc.) deben derivarse a consulta de dermatología con carácter urgente preferente.

En caso de diagnóstico previo de angioedema aislado, se debe poner en marcha un protocolo diferente al de urticaria<sup>3</sup> (Figura 3)<sup>27</sup>. No obstante, debe tenerse en cuenta que actualmente el angioedema idiopático que responde al tratamiento antihistamínico es considerado que pertenece al espectro de la urticaria<sup>3</sup>.

Cuando el paciente tiene diagnóstico confirmado de angioedema hereditario se debe poner en marcha el protocolo de angioedema inducido por bradicininas (Figura 4)<sup>27</sup>, que implica un tratamiento específico (inhibidor C1 esterasa o acetato de acetabant)<sup>39,40</sup>. Por el contrario, a los pacientes sin diagnóstico confirmado de angioedema no histaminérgico se debe realizar la anamnesis (comentada previamente) dirigida a determinar el tipo de angioedema que presenta. A este tipo de pacientes se les debe tratar inicialmente con anti-

**Tabla 3.** Antihistamínicos anti-H1 de segunda generación más utilizados para el tratamiento de la urticaria<sup>2,3,27,37</sup>

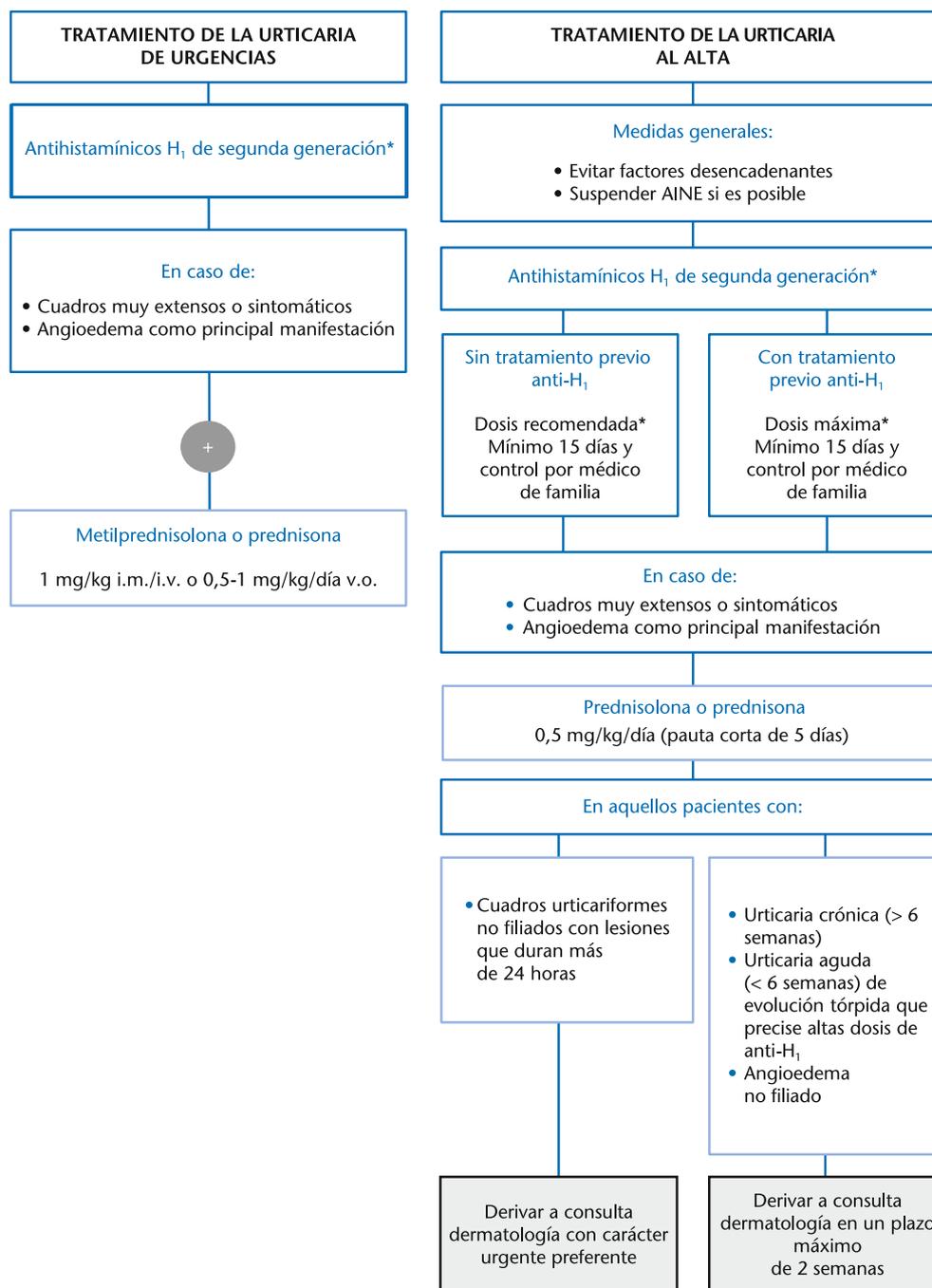
Nombre	Dosis en adultos		
	Dosis mínima o autorizada (en ficha técnica)	Dosis recomendada (2 x autorizada)	Dosis máxima (4 x autorizada)
Levocetirizina*	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día
Cetirizina*	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Desloratadina	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día
Fexofenadina	120 mg/día	240 mg/día	480 mg/día
Loratadina*	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Rupatadina	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Bilastina	20 mg/día	40 mg/día	80 mg/día
Ebastina	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día

\*Grado de evidencia B según la clasificación de la FDA para la administración de fármacos en gestantes.

histamínicos y corticoides<sup>41</sup> y, en caso de sospecha de anafilaxia o compromiso de vía aérea, emplear adrenalina si fuera necesario<sup>36</sup>. Según aconseja este grupo de expertos, se debe evaluar la respuesta clínica a este tratamiento transcurridos 30 minutos. Si el paciente responde pasado este tiempo, se recomienda mantenerlo en observación entre 2 y 6 horas, y derivación al especialista cuando reciba el alta. Sin embargo, cuando este paciente no responde al tratamiento, se debe iniciar el protocolo de angioedema inducido por bradicininas (Figura 4)<sup>3,27,39,41</sup>. Si el paciente responde adecuadamente a este tratamiento, se debe derivar al especialista para el diagnóstico definitivo. El especialista seguidamente podrá pautar un tratamiento adecuado consistente en terapia de mantenimiento o profilaxis de larga duración, y en caso de que no se observe mejoría en 24 horas, se deberá valorar su ingreso en planta<sup>39</sup>.

## Conclusiones

- El prurito, aunque frecuente en la urticaria, no es determinante para su diagnóstico.
- El habón es una lesión elemental en la urticaria. La objetivación y la fugacidad (< 24 horas) del mismo serán factores clave para establecer el diagnóstico de urticaria.
- La urticaria puede estar asociada a angioedema, aunque en ocasiones el angioedema podrá ser una causa subyacente de otras enfermedades o derivar del consumo de IECA o ARA II.
- No toda urticaria o angioedema implica alergia.
- Una primera etapa del diagnóstico en urgencias debe enfocarse a descartar un cuadro anafiláctico.
- Descartado un cuadro anafiláctico, ante una sospecha de urticaria, será importante realizar un diagnóstico diferencial.
- El tratamiento en primera línea de la urticaria son los antihistamínicos-H1 de segunda generación o no sedantes. Se desaconseja el uso de antihistamínicos de primera generación.
- El buen perfil de seguridad de los antihistamínicos-H1



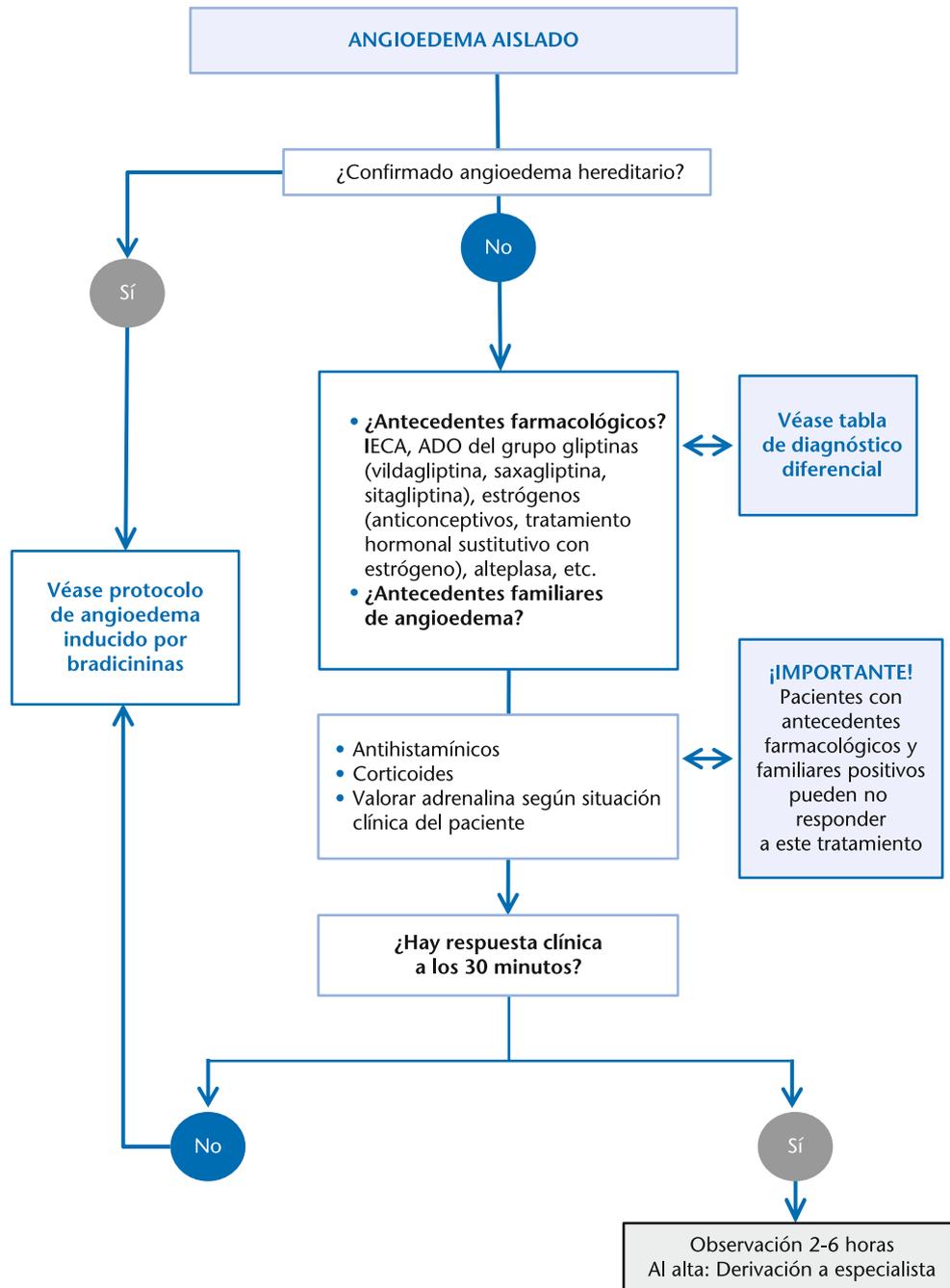
**Figura 2.** Protocolo de actuación para la urticaria (adaptada de referencia 2).

\*Dosis indicada según ficha técnica. Véase tabla 3 de antihistamínicos.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

- de segunda generación permite aumentar las dosis (segunda línea de tratamiento) en aquellas urticarias refractarias a tratamiento estándar.
- El uso de corticoides, cuando sean recomendados, será restringido a pautas cortas. Se desaconseja el uso prolongado de los mismos.
- Los casos de UC, UA con riesgo de visitas frecuentes a urgencias y angioedema no filiado se derivarán al especialista en un máximo de 2 semanas.

- En caso de cuadro urticariforme con habones de duración mayor a 24 horas asociado a sintomatología sistémica (fiebre, proteinuria, dolor abdominal, etc.) se debe derivar a consulta de dermatología con carácter urgente preferente.
- En caso de no confirmación de angioedema hereditario se debe iniciar tratamiento con antihistamínicos y corticoides. Si no responde a este tratamiento se debe iniciar tratamiento para angioedema inducido por bradicininas.



**Figura 3.** Protocolo de actuación para el angioedema aislado (adaptada de referencias 2 y 27). ADO: antidiabéticos orales; IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

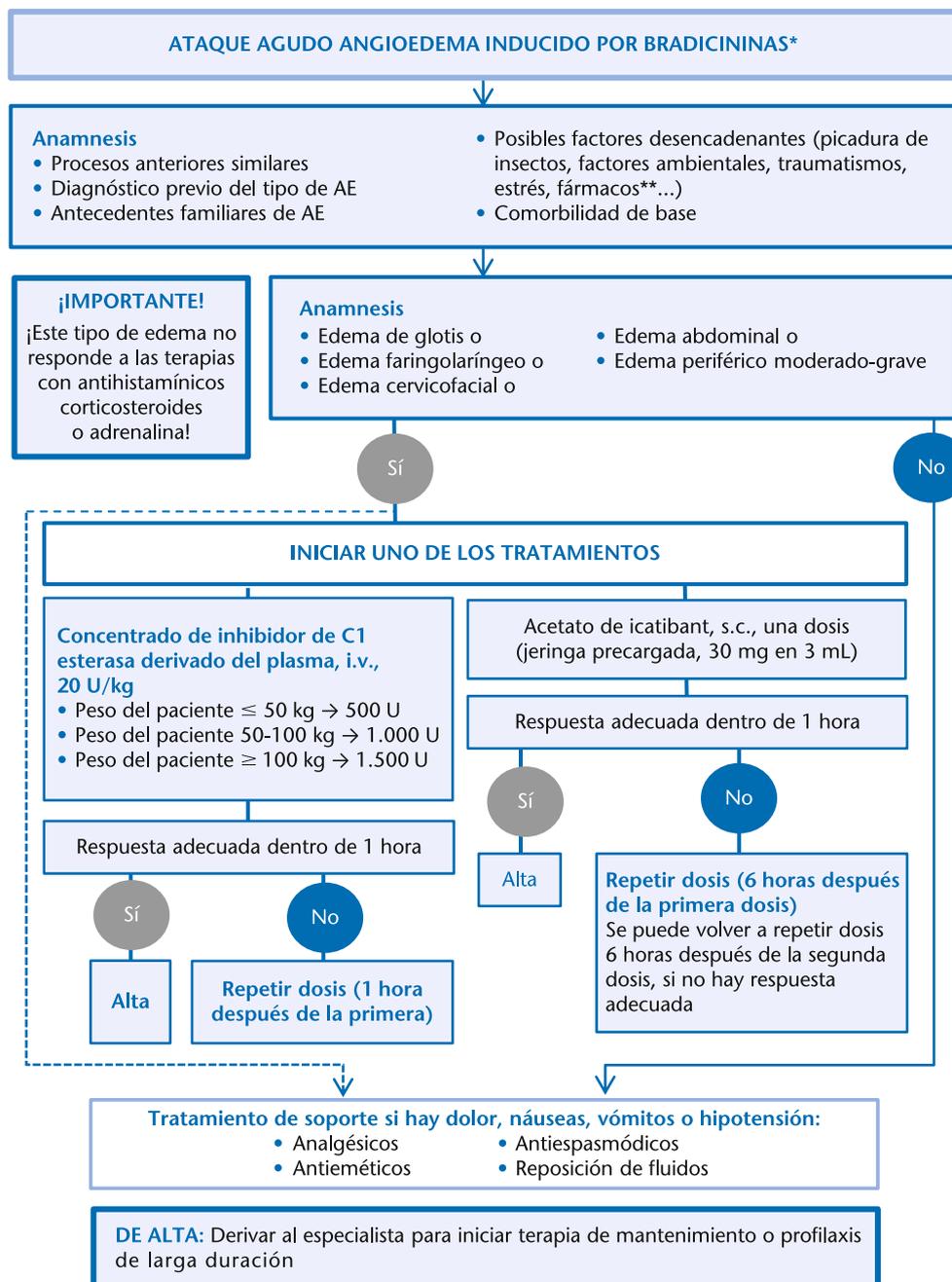
**Conflicto de intereses:** Juan Francisco Silvestre: honorarios por ponencias, actividades educacionales y consultorías de Novartis, y soporte logístico financiado por Novartis y Meranini para asistir a congresos. Ana María Giménez Arnau: honorarios por consultoría médica de Uriach Pharma, Genentech, Novartis, FAES, GSK. Becas de investigación financiadas por Uriach Pharma, Novartis, FIS 201. Actividades educacionales patrocinadas por Uriach Pharma, Novartis, Genentech, Menarini, LEO- PHARMA, GSK, MSD, Almirall. Enrique Gómez de la Fuente: honorarios por ponencias, actividades educacionales y consultorías de Novartis. Juan González del Castillo: ninguno declarado. Ana María Martínez Virto: ninguno declarado. Iria Miguens: ninguno declarado. Esther Serra-Baldrich: Investigación de ensayo clínicos, honorarios por ponencias, actividades educacionales de Faes Farma, Novartis, Roche Sanofi, Almirall, Pierre Fabre, GSK, La Roche Posay. Pere Llorens: ninguno declarado.

**Financiación:** La reunión que originó este manuscrito fue financiada por Novartis Farmacéutica S.A.

**Responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

**Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

**Agradecimientos:** A Novartis Pharmaceutical S.A. por patrocinar la reunión organizada para desarrollar este artículo y a Ediciones Mayo por el apoyo en la redacción del manuscrito. Todas las decisiones sobre el contenido del artículo han sido tomadas por los autores. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito.



**Figura 4.** Protocolo de actuación para el angioedema inducido por bradicininas (adaptada de referencias 2,27 y 39).

AE: angioedema.

\*En caso de que el paciente no haya sido diagnosticado previamente de angioedema hereditario, se debe comenzar con tratamiento de antihistamínicos y corticoides. Si no responde a tratamiento, pasar a tratamiento específico.

\*\*Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA): benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, espirapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril, zofenopril. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II): candesartán, eprosartán, irbesartán, losartán, olmesartán medoxomil, telmisartán, valsartán.

**Adenda**

Este artículo ha sido avalado científicamente por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y por la Sociedad Española de Dermatología (AEDV).

**Bibliografía**

1 Balp M-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.

- 2 De León Marrero FJ, Berbegal de Gracia L, Marín Pariño JM, Silvestre Salvador JF. Protocolo de actuación a la urticaria en urgencias. *Emergencias*. 2015;27:351-2.
- 3 Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73:1393-414.
- 4 Máspero J, Cabrera H, Arduoso L, De Gennaro M, Fernández Bussy R, Galimany J, et al. Guía argentina de urticaria y angioedema. *Med (Buenos Aires)*. 2014;74:1-53.
- 5 Curto-Barredo L, Silvestre JF, Giménez-Arnau AM. Actualización en el tratamiento de la urticaria crónica. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:469-82.
- 6 Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet PJ, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA2LEN task force report. *Allergy*. 2011;66:317-30.
- 7 Gaig P, Olona M, Munoz Lejarazu D, Caballero MT, Domínguez FJ, Echechipia S, et al. Epidemiology of urticaria in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2004;14:214-20.
- 8 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.
- 9 Grillo E, Vañó-Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861 pacientes en un hospital terciario. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:316-24.
- 10 Bancalari-Díaz D, Gimeno-Mateos LI, Cañueto J, Andrés-Ramos I, Fernández-López E, Román-Curto C. Dermatologic Emergencies in a Tertiary Hospital: A Descriptive Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:666-73.
- 11 Kim JY, Cho HH, Hong JS, Jin SP, Park HS, Lee JH, et al. Skin conditions presenting in emergency room in Korea: an eight-year retrospective analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;27:479-85.
- 12 Simonart T, Askenasi R, Lheureux P. Particularities of urticaria seen in the emergency department. *Eur J Emerg Med*. 1994;1:8.
- 13 Wang E, Lim BL, Than KY. Dermatological conditions presenting at an emergency department in Singapore. *Singapore Med J*. 2009;50:881-4.
- 14 Ricci G, Giannetti A, Belotti T, Dondi A, Bendandi B, Cipriani F, et al. Allergy is not the main trigger of urticaria in children referred to the emergency room. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:1347-8.
- 15 Losappio L, Heffler E, Bussolino C, Cannito CD, Carpentiere R, Raie A, et al. Acute urticaria presenting in the emergency room of a general hospital. *Eur J Intern Med*. 2014;25:147-50.
- 16 Weller K, Grattan C, Abuzakouk M. Patient profile from the first international burden of illness study in inadequately controlled chronic spontaneous urticaria: ASSURE-CSU. In: Annual Meeting of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Copenhagen, Dinamarca. 2015.
- 17 Ferrer M, Bartra J, Giménez-Arnau A, Jauregui I, Labrador-Horrillo M, Ortiz de Frutos J, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy*. 2015;45:731-43.
- 18 Emet M, Akbas I, Senturk E, Elmas OF, Aslan S. Is this a simple drug eruption to be discharged? *Turkish J Emerg Med*. 2016;16:176-8.
- 19 Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepietowski JC, Carstens E, Ikoma A, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:291-4.
- 20 Incorvaia C, Frati F, Verna N, D'Alò S, Motolese A, Pucci S. Allergy and the skin. *Clin Exp Immunol*. 2008;153:27-9.
- 21 Galli SJ, Tsai M, Piliponsky AM. The development of allergic inflammation. *Nature*. 2008;454:445-54.
- 22 Johansson SGO, 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, October 2003. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113:832-6.
- 23 Muraro A, Roberts G, Worm M, Bilò MB, Brockow K, Fernández Rivas M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2014;69:1026-45.
- 24 Cardona Dahl V. Guía de actuación en anafilaxia. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:349-55.
- 25 Kobayashi T, Ito T, Egusa C, Maeda T, Numata T, Okubo Y, et al. A case of contact urticaria inducing anaphylaxis due to liliaceae vegetables in a hand eczema patient. *Allergol Int*. 2015;64:211-3.
- 26 Vadas P, Sinilaite A, Chaim M. Cholinergic urticaria with anaphylaxis: an underrecognized clinical entity. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016;4:284-91.
- 27 Silvestre Salvador JF, Giménez Arnau AM, Gómez de la Fuente E, González del Castillo J, Martínez Virto AM, Miguens Blanco I, et al. Guía clínica para el manejo de la urticaria en urgencias. Barcelona: Ediciones Mayo; 2018.
- 28 Ferrer Puga M, García Abujeta JL LSMM. Recomendaciones y algoritmos de práctica clínica de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Guía urticaria y angioedema 2010, SEAC (Consultado 26-4-2020). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/361827066/Seaic-Guia-Urticaria>
- 29 Launay D. Angioedème: diagnostics différentiels. *Presse Med*. 2015;44:30-6.
- 30 Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133:1270-1277.
- 31 Nzeako UC. Hereditary Angioedema. *Arch Intern Med*. 2001;161:2417.
- 32 Braire-Bourrel M, Augey F, Bérard F, Nicolas J. Atopic Diathesis and Contact Urticaria Syndrome. *Contact Urticaria Syndr*. 2014;51-6.
- 33 LoVerde D, Files DC, Krishnaswamy G. Angioedema. *Crit Care Med*. 2017;45:725-35.
- 34 Zuraw BL. Hereditary angioedema. *N Engl J Med*. 2008;359:1027-36.
- 35 Ohsawa I, Honda D, Nagamachi S, Hisada A, Shimamoto M, Inoshita H, et al. Clinical and Laboratory Characteristics That Differentiate Hereditary Angioedema in 72 Patients with Angioedema. *Allergol Int*. 2014;63:595-602.
- 36 Gompels MM, Lock RJ, Abinun M, Bethune CA, Davies G, Grattan C, et al. C1 inhibitor deficiency: consensus document. *Clin Exp Immunol*. 2005;139:379-94.
- 37 Dávila I, del Cuvillo A, Mullo J, Jáuregui I, Bartra J, Ferrer M, et al. Use of second generation H1 antihistamines in special situations. *J Investing Allergol Clin Immunol*. 2013;23(Supl 1):1-16.
- 38 Barniol C, Dehours E, Mallet J, Houze-Cerfon C-H, Lauque D, Charpentier S. Levocetirizine and Prednisone Are Not Superior to Levocetirizine Alone for the Treatment of Acute Urticaria: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Ann Emerg Med*. 2018;71:125-31.
- 39 Caballero T, Baeza ML, Cabañas R, Campos A, Cimbollek S, Gómez-Traseira C, et al. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by Bradykinin. Part. II: treatment, follow-up, and special situations. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011;21:422-41.
- 40 Kaplan AP. Bradykinin-Mediated Diseases. *Chem Immunol Allergy*. 2014;100:140-7.
- 41 Pedrosa M, Prieto-García A, Sala-Cunill A, Caballero T, Baeza ML, Cabañas R, et al. Management of angioedema without urticaria in the emergency department. *Ann Med*. 2014;46:607-18.