

**CURSO**  
actualización de  
urgencias

*Para residentes*

**ANTIBIÓTICOS:  
¿QUÉ DAR  
SI HAY  
ALERGIAS?**

*Formato sesiones*

Residente:  
**Borja Camacho Montes**

Tutor:  
**Rubén López González**

**SERVICIO DE URGENCIAS  
CAULE**



# REACCIONES ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS



10%  
POBLACIÓN  
GENERAL



CUALQUIER  
EDAD  
Más frecuente: 40 años



MUJERES  
2:1



DATOS  
VARIABLES  
Escasez de estudios,  
diferencias entre países,  
confusión con RAM A

## Reacción alérgica medicamentosa

*cualquier efecto perjudicial y no intencionado causado por un fármaco a dosis normalmente empleadas (profilaxis, diagnóstico o tratamiento).*

## RAM tipo A (augmented)

- **70-80%**
- Relacionadas con la **actividad farmacológica** del fármaco. Son dosis dependientes, predecibles y cualquiera puede presentarlas: interacciones, efectos 2º...

## RAM tipo B (bizarre):

- **20-30%**
- Independientes de la dosis del fármaco, son impredecibles y afectan a individuos predispuestos. Incluyen intolerancia y las **reacciones de hipersensibilidad (RHS)**.

## ANTIBIÓTICOS: ¿QUÉ DAR SI HAY ALERGIAS?

### CLASIFICACIÓN

#### RAM TIPO B

Se clasifican en:

#### RHS MEDIADAS POR MECANISMOS INMUNOLÓGICOS

Reacciones alérgicas: aparecen si el paciente se expone de nuevo al fármaco.

#### RHS MEDIADAS POR MECANISMOS **NO** INMUNOLÓGICOS

Actividad farmacológica off-target de ciertos medicamentos sobre receptores y enzimas de las células efectoras (pseudoalergia).



Mecanismo Inmunológico	Tipo I (Ac)	Tipo II (Ac)	Tipo III (Ac)	Tipo IV a (célula T)	Tipo IV b (célula T)	Tipo IV c (célula T)	Tipo IV d (célula T)
TIEMPO Y REACTIVO INMUNE	<b>Inmediata IgE</b>	Retardada IgG o IgM	Retardada IgM o IgG	Retardada TH1, CD4+, macrófagos	Retardada TH2, CD4 + y citocinas	Retardada linfocitos CD8+	Retardada CD4+, CD8+, neutrófilos y citocinas
ANTIBIÓTICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penicilina</b></li> <li>• Cefalosporinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penicilinas</b></li> <li>• Cefalosporinas</li> <li>• Sulfamidas</li> <li>• Rifampicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penicilina</b> (amoxicilina)</li> <li>• Cefalosporinas (Cefaclor)</li> <li>• Sulfamidas (TMP/SMX)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacitracina</li> <li>• Neomicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amoxicilina</b></li> <li>• Sulfamidas</li> <li>• Vancomicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfamidas</li> <li>• <b>Penicilinas</b></li> <li>• Macrólidos</li> <li>• Quinolonas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penicilinas</b></li> <li>• Quinolonas</li> <li>• Sulfamidas</li> <li>• Macrólidos</li> <li>• Tetraciclinas</li> </ul>
CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urticaria</li> <li>• Angioedema</li> <li>• Anafilaxia</li> <li>• Broncoespasmo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citopenias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad del suero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis contacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Exantema maculopapular</li> <li>• S. DRESS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S. Stevens Johnson</li> <li>• Necrólisis epidérmica tóxica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG)</li> </ul>

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>FARINGOAMIGDALITIS</b>			
* Mayoría de los casos * Asociación con síntomas catarrales	VIRICA (mayoría de casos)	NO INDICADOS	
Criterios Centor	<i>S. pyogenes</i>	Penicilina V: 500 mg/12h VO Amoxicilina 500mg/12h VO <b>7-10 días</b>	<b>Azitromicina 500mg/24h 3-5 días</b>
<b>SINUSITIS</b>	VÍRICA (90%)	NO INDICADOS	
AGUDA La mayoría son autolimitadas.  CRÓNICAS (>12 semanas o >4 episodios/año).	Bacterias: <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina 500-1000mg/8h VO Si no mejoría tras 48-72h: Amoxicilina-clavulánico 875-125/8h <b>5-7 días</b>	<b>Claritromicina: 250-500 mg/12h 5-7 días</b>  <b>Levofloxacino 500mg/24h 5-7 días.</b>

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	Vírica  <i>H. influenzae,</i> <i>S. pneumoniae,</i> <i>M. catarrhalis,</i> <i>S. Pyogenes</i>	Amoxicilina 750-1000mg/8h VO  *Si no mejoría tras 48h de Amoxicilina o fiebre >39°C: Amoxicilina-clavulánico 875/125mg/ cada 8 h.  <b>5-7 días</b>	<b>Azitromicina 500mg/24h VO</b>  <b>3 días</b>
<b>OTITIS EXTERNA</b>	<i>P. Aeruginosa</i>  <i>S. aureus</i>	Ciprofloxacino ótico 0.3% 2-4gotas/12h <b>7-10 días</b>	<b>Synalar ótico® 2 gotas cada 12h</b> <b>7 -10 días</b> <b>Ciprofloxacino 750mg/12h VO</b> <b>7-10 días</b>
DIFUSA		Mupirocina tópica 2%/8h	
CIRCUNSCRITA		Amoxicilina-clavulanico 875mg/8h VO <b>7días</b>	<b>Clindamicina 300mg/8h VO</b> <b>10 días</b>
CIRCUNSCRITA con celulitis			

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>BRONQUITIS</b>			
AGUDA	Virica (>90%) Bacteriana	NO INDICADOS Amoxicilina 0-5 – 1g/ 8 h 5 días	
EXACERBACIÓN EPOC COMORBILIDAD CRÓNICA	Virica  <i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina-clavulánico 500 ó 875-125 mg/8h <b>5 días</b>	<b>Levofloxacino 500 mg/24h</b> <b>Moxifloxacino 400mg/24h</b> <b>5 días</b>
	Con riesgo de <i>P. aeruginosa</i> *	Levofloxacino 500 mg/12h Ciprofloxacino 750mg/12h  <b>5-7 días</b>	



## ANTIBIÓTICOS: ¿QUÉ DAR SI HAY ALERGIAS?

## PATOLOGÍA RESPIRATORIA

9/14

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>NAC</b>			
<65 años sin enfermedad subyacente	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> (>65 años o comorbilidad) <i>S. Aureus</i>	Amoxicilina 1g / 8h <b>5 días</b>	<b>Levofloxacino</b> <b>500 mg/24h</b> <b>Moxifloxacino</b> <b>400 mg/24h</b>
>65 años con enfermedad subyacente crónica		Amoxicilina-clavulánico 875mg/8 h <b>5 días</b>	
Sospecha de gérmenes atípicos	<i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>C. Burnettii</i>	Azitromicina 500mg/24h <b>3 días.</b>	<b>Levofloxacino</b> <b>500 mg/24h</b> <b>5 días</b>

## ANTIBIÓTICOS: ¿QUÉ DAR SI HAY ALERGIAS?

## PATOLOGÍA URINARIA

10/14

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>CISTITIS AGUDA</b>  Cistitis no complicada, mujer no embarazada.	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), Menos frecuentes: <i>E. faecalis</i> , <i>proteus</i> , <i>staphylococos</i> ,	Fosfomicina trometamol 3 g VO <b>DU.*</b> Puede repetirse a las 72 h si persiste la clínica.**	<b>Nitrofurantoina VO 100 mg/12 h 5 días***</b>  <b>Cefuroxima VO 250-500 mg/12 h 5 días</b>
<b>CISTITIS EN MUJER EMBARAZADA</b>	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), Menos frecuentes: <i>E. faecalis</i> , <i>proteus</i> , <i>staphylococos</i> ,	Fosfomicina trometamol 3 g VO <b>DU.</b>  Puede repetirse a las 72 h si persiste la clínica.	<b>Cefuroxima VO 250-500mg/12 h 5 días</b>
<b>CISTITIS COMPLICADA</b>  Varón, infección reciente, insuficiencia renal, diabetes, inmunodepresión, anomalía vías urinarias.	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), .	Fosfomicina trometamol 3 g VO y <b>repetir a las 48-72 h</b>	<b>Cefuroxima VO 250-500 mg/12 h 7-10 días</b>

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>PIELONEFRITIS AGUDA</b>	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), <i>S. saprophyticus</i> .	Cefuroxima 500 mg/12 h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO  <b>7 días</b>	<b>Tobramicina 200mg IM /24 h 7 días</b>  <b>Ciprofloxacino 500 mg/12h 7-14 días</b>
<b>PROSTATIS AGUDA</b>	<i>E. coli</i> (la más frecuente) OTROS: <i>Proteus Klebsiella</i> Otras enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterococcus Faecalis</i>	Cefuroxima 500 mg/12h VO Cefixima 200 mg/12 h VO  <b>2 -4 semanas</b>  Valorar la administración de una dosis de inicio de: Ceftriaxona 1 g IM DU	<b>Si gérmenes sensibles :</b>  <b>Ciprofloxacino 500 mg/12 h o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h</b>  <b>2-4 semanas</b>

## ANTIBIÓTICOS: ¿QUÉ DAR SI HAY ALERGIAS?

## PATOLOGÍA URINARIA

PROCESO	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>EPIDIDIMIDITIS / ORQUITIS</b>			
Sin sospecha de infección por ITS (origen entérico)	Bacilos G- ( <i>E. coli</i> , otras enterobacterias)	Cefuroxima 500 mg/12 h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO <b>10 días</b>	<b>Tobramicina 200mg IM /24h 7 días</b>
Con sospecha de ITS	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>  Etiología no conocida.	Ceftriaxona 500 mg IM DU + Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7-10 días  Si sospecha de bacterias de origen entérico (sexo anal): Levofloxacino 500 mg/24 h VO <b>10 días</b>	<b>Azitromicina 2 g DU VO + Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7 días</b>

PROCESO	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>CELULITIS</b>			
Simple	<i>Streptococcus beta hemolíticos,</i> <i>Staphylococcus aureus.</i>	<b>Cefadroxilo</b> 1g/12 VO 5 días <b>Cefalexina*</b> 500mg -1g/8-12h VO 5 días  Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prolongar el tratamiento a 10 días.	<b>Clindamicina 300-600mg/8h VO, 5 días</b>  <b>Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prolongar el tratamiento a 10 días</b>
Con factores de riesgo para SARM	En celulitis facial: <i>H. influenzae</i> tipo B y neumococo	TMP/SMX▼160/800 cada 12h VO, 10 días	<b>Clindamicina 300-450mg/8h VO 7-10 días</b>
Facial		Amoxicilina/clavulánico▼ 500/125mg cada 8h, 7 días	<b>Cefuroxima-axetilo 500 mg/12h VO 5-10 días</b>

PROCESO	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<b>FOLICULITIS</b>			
Lesiones leves localizadas		<b>Acido fusídico tópico</b> al 2%, 1 aplicación/8-12h, 5 días	<b>Mupirocina tópica</b> al 2%, 1 aplicación/8-12 h, 5 días
Extensa  Localización en tercio medio facial o presencia de fiebre	<i>Staphylococcus aureus</i> y, más raramente, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (se asocia a aguas de piscinas) y <i>Candida albicans</i>	<b>Cefadroxilo</b> 1g/12h VO 5 días ó <b>Cefalexina</b> 500mg/8h VO 5 días	<b>Clindamicina</b> 300-600mg/8h VO 7 días