



RECOMENDACIONES PARA
EL DESETIQUETADO DE
ALERGIA A
Betalactámicos

Mayo 2024



Autores

José Eduardo Calle Urra. Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

María del Mar Alcalde Encinas. Especialista en Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Coordinadora regional IRAS-PROA SMS. Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Amaya Jimeno Almazán. Especialista en Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Coordinación IRAS-PROA SMS. Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Revisión externa

CARE de Alergología del SMS: 10 octubre 2023

Elisa García Vázquez. Especialista en Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Coordinadora IRAS-PROA Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud.

Apoyo Administrativo

Isabel Bermejo Ruiz. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Índice

Autores	2
Introducción	4
Recomendaciones antes de “etiquetar” a un paciente como alérgico.	5
Pasos imprescindibles para la evaluación del paciente con una sospecha de alergia a betalactámicos y posterior “desetiquetado” en el entorno hospitalario.....	6
A. Anamnesis dirigida sobre el proceso alérgico.....	6
B. Clasificación del paciente en función del riesgo alérgico real.	7
Indicaciones para la realización de test de confirmación de alergia.....	10
Identificación inequívoca sobre el estatus alérgico en la historia clínica electrónica (HCE).....	11
Papel del uso de antibióticos alternativos y de la desensibilización durante la hospitalización.	11
A. Uso de antibióticos alternativos	11
B. Desensibilización.....	12
Anexos	13
1. Como añadir una Alerta de Alergia en Selene	13
2. Listado de preguntas imprescindibles en la anamnesis de un proceso de “desetiquetado” ...	16
3. Estrategias recomendadas para el uso de betalactámicos en pacientes hospitalizados con alergia a la penicilina..	17
Poster informativo para pacientes.....	18
Bibliografía	19

Introducción

La alergia a los antibióticos bien sea sospechada o confirmada, determina los tratamientos posteriores, provocando el uso de fármacos de segunda línea que, con frecuencia, son menos efectivos, más tóxicos y más costosos desde el punto de vista económico y ecológico, que los antibióticos de primera elección. Además, la selección de fármacos de segunda línea se relaciona con un mayor riesgo para desarrollar infección por *Clostridioides difficile* y con la selección o inducción de mecanismos de resistencia.

El problema reside en que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de alergia a los antibióticos no han presentado verdaderas reacciones de hipersensibilidad inmunomediadas a los fármacos y que, con frecuencia, para poder realizar un diagnóstico preciso de la alergia, es necesario realizar test diagnósticos que indiquen de forma precisa cuales son los medicamentos que se pueden administrar de forma segura, lo que retrasa la posibilidad de su uso.

Dentro de las acciones de los PROA (Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos) hospitalarios, una de las más ambiciosas consiste en aplicar un adecuado proceso para la retirada segura de las “etiquetas de alergias” en aquellos pacientes que no son verdaderamente alérgicos a los betalactámicos. Este proceso de retirada de alergias inapropiadas es de carácter necesariamente multidisciplinar y, en el que se ven implicados todos los médicos prescriptores de antibióticos, el Equipo PROA, los farmacéuticos y los alergólogos.

Este documento pretende proporcionar unas recomendaciones básicas para el adecuado “desetiquetado” de los pacientes erróneamente marcados como alérgicos a penicilina. Con ello, un elevado porcentaje de enfermos podrán usar la que es, habitualmente, la mejor alternativa de tratamiento en las infecciones graves, los antibióticos betalactámicos.

Recomendaciones antes de “etiquetar” a un paciente como alérgico.

Una mayor precisión y especificidad a la hora de informar y etiquetar a un paciente como alérgico puede permitir la utilización de un régimen farmacológico que, de otro modo, se habría evitado. En última instancia, una mejor notificación de las alergias puede ayudar a optimizar la terapia, disminuir la incidencia de reacciones adversas y a mejorar la atención general del paciente.

Es importante que, si sospecha una reacción alérgica a un medicamento, se haga constar esta en la historia clínica electrónica (HCE) y se le proporcione al paciente información por escrito del acontecimiento. En el informe se recomienda incluir la siguiente información:

- La fecha en la que se produjo,
- el tipo de fármaco o fármacos que se administraron y sus marcas comerciales,
- la dosis y vía de administración,
- las características y la gravedad de la reacción observada,
- la indicación para la que se administró el antibiótico,
- el tiempo que tardó en aparecer (minutos-horas-días),
- si es posible o no volver a administrar este fármaco en el futuro,
- que otros fármacos deben ser evitados hasta completar el estudio y,
- toda aquella información que permita, pasado el tiempo, una correcta evaluación por parte de otros prescriptores o los servicios de Alergología.

La ausencia de esta información puede inducir erróneamente a concluir que esta reacción nunca existió o no fue relevante. Así mismo, la falta de detalle puede conllevar la realización de pruebas innecesarias en el futuro.

Antes de introducir una alerta en la HCE y sobre todo si se tienen dudas de la naturaleza de la misma, se recomienda realizar una Interconsulta No Presencial (INP) con los Servicios de Alergología, los cuales, de forma rápida, pueden ayudarle con la decisión y el procedimiento más adecuado para el paciente.

Si finalmente se decide introducir una alerta de alergia en el sistema informático, las entradas codificadas que diferencian las reacciones alérgicas de las reacciones adversas a los medicamentos o las intolerancias, clasificadas por principio activo, son la opción más adecuada para el registro.

En caso de utilizar las etiquetas de ALERTA en Selene (ver **Anexo 1. Cómo activar una alerta de Alergia**), recomendamos se utilicen los siguientes descriptores:

- Si la alergia es confirmada (es decir, se presume un mecanismo inmunoalérgico como causa de la reacción): ALÉRGICO A ...
- Si la alergia no se puede precisar, añada en la descripción el siguiente comentario: NO SE PUEDE DETERMINAR, POSIBLE ALERGIA A ...
- Si es un evento adverso de la medicación: REACCIÓN ADVERSA A...

Si la alergia está confirmada, debe ser indicado en el formulario, así como la fecha del acontecimiento.

En caso de que en un mismo paciente coexista una alergia medicamentosa y alguna intolerancia o evento adverso, debe asegurarse que la naturaleza de las mismas queda perfectamente separada, visible e identificable para los profesionales, con el fin de evitar confusiones.

En Atención Primaria (AP) existen códigos CIAP-2 para el diagnóstico de reacciones alérgicas no específicas, en concreto, el A-92 y también para especificar reacciones adversas a la vacunación (A87.01) o efecto adverso por medicamentos (A85) o sus complicaciones (A87).

Se recomienda incluir en todos los informes emitidos a partir de ese momento, tanto en los de AP como en los hospitalarios (incluyendo las solicitudes de interconsultas a otros especialistas), la información referente a la alergia-intolerancia-evento adverso.

La capacidad de cambiar estas etiquetas, una vez establecidas es limitada, ya que habitualmente queda restringida a los médicos con conocimiento directo del paciente y a los alergólogos, quienes tienen capacidad de discutir cualquier cambio potencial en la asignación (alergia *versus* reacción adversa al medicamento) directamente con el paciente antes de tomar dicha acción. Por ello, se recomienda que la asignación de las mismas sea lo más adecuada y juiciosa posible.

Pasos imprescindibles para la evaluación del paciente con una sospecha de alergia a betalactámicos y posterior “desetiquetado” en el entorno hospitalario.

Para evitar la sobrecarga asistencial y facilitar el proceso de “desetiquetado” es preciso identificar a los pacientes de alto riesgo que se beneficiarían de una derivación a un Servicio de Alergología, así como el grado de urgencia con el que se precisa la evaluación por dicho servicio.

Es preciso reseñar que el patrón oro para “desetiquetar” a un paciente de una alergia es realizar un estudio completo alergológico pero la aproximación diagnóstica se puede individualizar en función de las características del paciente.

A. Anamnesis dirigida sobre el proceso alérgico.

La primera actuación la debe realizar el profesional responsable del paciente. Es posible que no se disponga de suficiente información en la historia clínica o, si la hay, puede ser inconsistente y el paciente puede no recordar el carácter del incidente. Por ello se recomienda seguir un cuestionario o test validado y contar con la asistencia del alergólogo para su adaptación local (se muestra un ejemplo en el **Anexo 2**).

El médico responsable debe recabar toda la información necesaria para **identificar el tipo de reacción alérgica** del paciente. Existen dos tipos principales de reacciones alérgicas en función del mecanismo inmunológico implicado (**Tabla 1**):

- **Reacción de hipersensibilidad inmediata tipo I o inmunomediada (IgE dependiente):** como, por ejemplo: la anafilaxia, la urticaria, el broncoespasmo, etc.
- **Reacción alérgica no inmediata o no mediada por IgE (tipos II a tipo IV):** a su vez se puede clasificar en acelerada (entre 1 y 72 horas desde la administración del antibiótico) y retardada (las que aparecen tras 72 horas desde la administración). Las manifestaciones más frecuentes son las cutáneas no graves, aunque en ocasiones pueden aparecer cuadros

sistémicos como el Síndrome de Steven-Johnson (SSJ), la necrolisis epidérmica toxica (NET) o la reacción de hipersensibilidad a fármacos asociado a eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS).

Tabla 1. Clasificación de las reacciones de hipersensibilidad en función de los mecanismos inmunológicos implicados. (Tomado de Zambenardi A y Label M. *Actas Dermosifilográficas*. 2018; 109 (8): 699-707):

	A	B	C	D			
Tipo	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IVA	Tipo IVB	Tipo IVC	Tipo IVD
Mec	Ac IgE	Ac IgG-c	Ag-Ac IgG-IgM-c	Th1 Monocitos	Th2 Eosinófilos	T CD8 Linfocitos	T (CXCL8) Neutrófilos
Tiempo esperado de aparición	30 min-6 h	5-15 d	Enf. del suero : 7-8 d	1-21 d	1-7 d (EMP) 2-6 sm (DRESS)	EMP: 1-2 d SSJ/NET:4-28 d	1-2 d Puede ser mayor
Clínica	-Leves: prurito, urticaria -Graves: angioedema, espasmo bronquial, anafilaxia , shock anafiláctico	Citopenias	Enf. del suero Urticaria Vasculitis	Eczema Dermatitis alérgica de contacto	EMP DRESS	EMP SSJ NET PEGA	PEGA

Clasificación de las reacciones de hipersensibilidad en relación con la fisiopatogenia de las reacciones adversas a medicamentos. Mec: mecanismo inmune y células mediadoras. d: días, h: horas. Sm: semanas. A: reacciones de hipersensibilidad tipo I; B: reacciones de hipersensibilidad tipo II; C: reacciones de hipersensibilidad tipo III; D: reacciones de hipersensibilidad IVA, IVB, IVC y IVD; Síndrome de Steven Johnson (SSJ), la necrólisis epidérmica tóxica (NET), el síndrome de reacción por fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DREES). EMP: exantema maculopapular, PEGA: pustulosis exantemática generalizada aguda.

B. Clasificación del paciente en función del riesgo alérgico real.

De forma general, se deben considerar como pacientes de alto riesgo aquellos que hayan presentado (Tabla 2):

- Reacciones de hipersensibilidad inmediata tipo I o inmunomediadas (IgE dependientes): anafilaxia, urticaria, broncoespasmo, angioedema, edema laríngeo o hipotensión secundaria a la exposición a antibióticos.
- Reacciones graves no inmediatas tipo II a IV con manifestaciones graves como, por ejemplo, el Síndrome de Steven-Johnson (SSJ), necrolisis epidérmica tóxica (NET), nefritis intersticial aguda, Síndrome DRESS (*Drug Rash Eosinophilia Systemic Symptoms*) o síndrome de reacción por fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos, enfermedad del suero y la anemia hemolítica.
- Haber recibido epinefrina/adrenalina por una reacción alérgica.
- Necesidad de ingreso hospitalario relacionado con la reacción alérgica.

Tabla 2. Estratificación del riesgo de los pacientes con reacciones alérgicas a fármacos. (Tomado de Paño-Pardo JR. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2023; Vol. 33(2): 95-101)

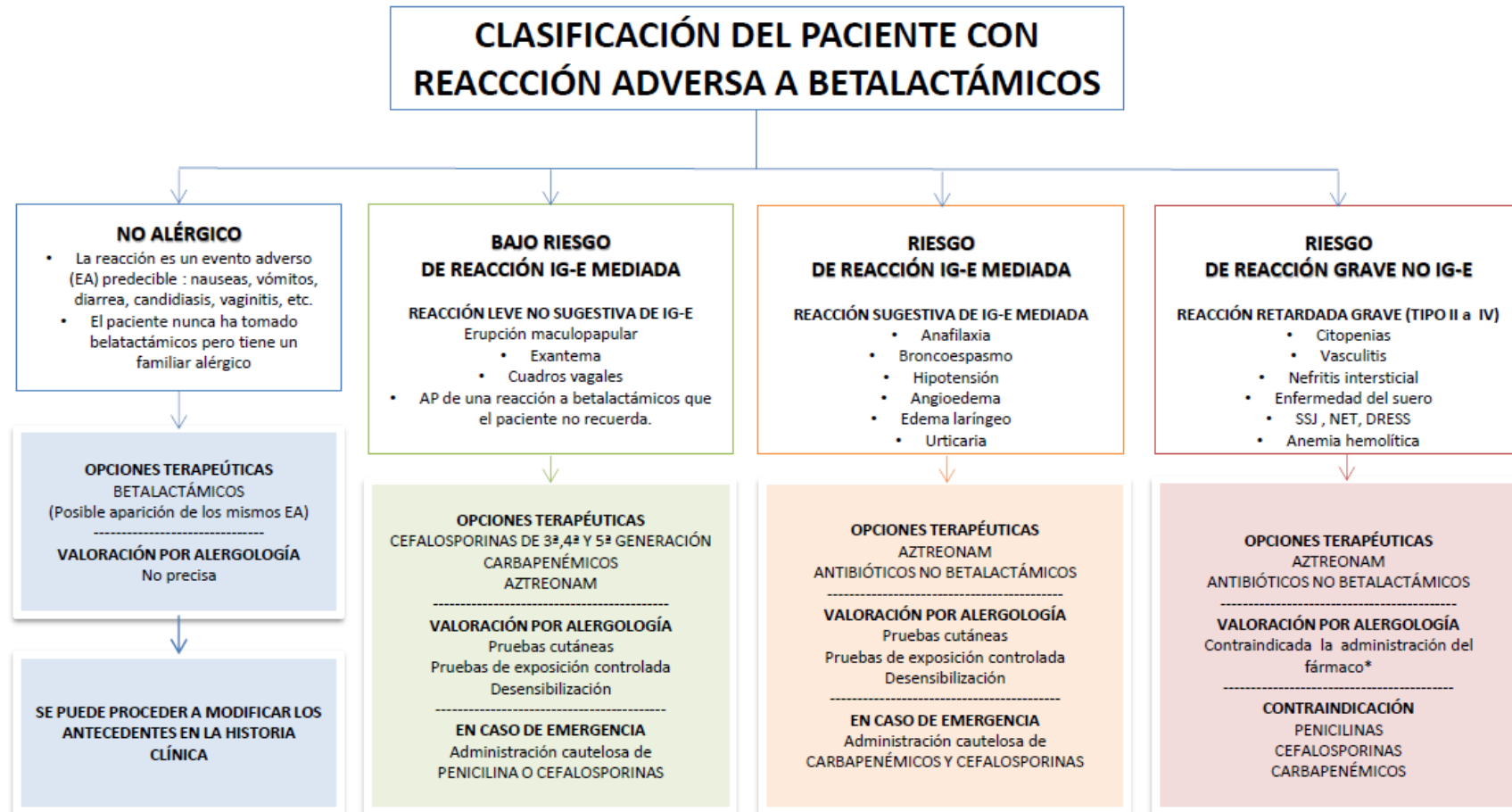
Reacción no inmunomediada	Pacientes de bajo riesgo	Pacientes de alto riesgo
Síntomas gastrointestinales aislados	Rash maculopapular moderado o leve en niños	Por reacciones inmediatas tipo I: <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas respiratorios de vía aérea superior o inferior - Urticaria - Broncoespasmo - Angioedema - Síncope - Síntomas inespecíficos, no graves, en pacientes comorbidos - Administración epinefrina - Necesidad de ingreso
Alta sospecha de candidiasis mucocutánea como único síntoma	Rash leve en adultos	
Cefalea como único síntoma	Otros tipos de rash: exantema fijo medicamentoso, dermatitis de contacto, exantema palmar exfoliativo	
Rash aparecido previamente a la exposición al fármaco	Prurito generalizado	Por reacciones retardadas tipo II a IV: <ul style="list-style-type: none"> - Rash maculopapular moderado-grave en adultos - Rash maculopapular descamativo con o sin afectación de mucosas (SSJ) - DRESS - Vasculitis sistémica - Enfermedad del suero - Nefritis intersticial aguda - Anemia hemolítica - Necesidad de atención hospitalaria.
Historia familiar de alergia a antibióticos en ausencia de exposición o con síntomas tras exposición	Reacción local de infiltración tras la administración de medicación intramuscular en ausencia de hematoma	
Demostración de tolerancia al fármaco tras la aparición de la reacción	Reacción de causa desconocida sin afectación mucosa, descamación cutánea o afectación sistémica, acontecida en la infancia	
	Pre-síncope	

Los pacientes que, tras una anamnesis detallada, refieren de forma inequívoca un evento adverso de carácter no inmunomediado como náuseas, vómitos, diarrea, cefalea o parestesias, podrían “desetiquetarse” sin una evaluación posterior por un especialista en Alergia.

Las reacciones cutáneas no pruriginosas y no urticariales, en pacientes que están siendo tratados con penicilinas no deben ser consideradas alérgicas ni representar una contraindicación para el uso de betalactámicos.

También podrían “desetiquetarse” aquellos pacientes en los que se puede probar que ha habido tolerancia posterior al antibiótico seleccionado.

En el resto de pacientes, es precisa la solicitud de una valoración por parte del servicio de Alergología para completar el estudio y el adecuado “desetiquetado”. En el **Algoritmo 1** se pueden comprobar las diferentes alternativas de diagnóstico y de tratamiento según la clasificación obtenida en base a estos dos criterios.



*Debe valorarse cada caso de forma individualizada y conjuntamente con Alergología. Si está claramente indicado, se podría testar de forma cautelosa un betalactámico que no comparta cadenas laterales con el implicado en la reacción previa.

Algoritmo 1. “Desetiquetado” de alergias a betalactámicos. (Tomado y modificado de [Guía de Antibioterapia - Desetiquetado Alergia Betalactámicos \(hospitalmacarena.es\)](http://hospitalmacarena.es))

Indicaciones para la realización de test de confirmación de alergia.

El alergólogo es el especialista capacitado para poder descartar o confirmar la existencia de una alergia a un antibiótico y debe colaborar en la elección del fármaco más seguro como alternativa terapéutica en los casos de alergia confirmada en el paciente hospitalizado. Esto es especialmente relevante en los pacientes ingresados con procesos infecciosos agudos graves, donde se debe valorar la realización de interconsulta (IC) durante el ingreso. Así mismo, serán evaluados durante su ingreso, todos los pacientes con reacción inmunomediada o inmediata tipo I y, especialmente, aquellos que sufran durante el ingreso una reacción alérgica retardada grave tipo II-IV.

Es competencia de los servicios de Alergología la mejor selección del test diagnóstico preciso en cada caso para proceder al “desetiquetado”. De forma general, el patrón oro para considerar la administración de un betalactámico en pacientes con sospecha de alergia inmunomediada a penicilinas o a cefalosporinas es la realización de test cutáneos y/o test de provocación previos a la administración y el “desetiquetado” de la alergia.

Será decisión del alergólogo decidir el ámbito en el que se deben realizar los test (con el enfermo hospitalizado o no), así como el escenario más seguro para ello (Servicio de Alergología, unidades de cuidados intensivos, reanimación avanzada, consulta-hospital de día, etc.). De forma general se considera más adecuado realizar el estudio de forma ambulatoria, cuando el paciente esté estable y sin un proceso agudo intercurrente.

En caso de no haberse realizado interconsulta durante el ingreso, se recomienda derivar a consultas de alergología a:

- Todo paciente con identificación de una reacción inmunomediada o inmediata tipo I o de una reacción alérgica no inmediata graves tipo II-IV conocida.
- Los pacientes con las siguientes condiciones (IC preferente-urgente):
 - Inmunocomprometidos graves.
 - Pacientes que van a ser sometidos a cirugías de alto riesgo desde el punto de vista infecciosos (por ejemplo, cirugías de tipo oncológico).
 - Pacientes con infecciones de repetición y frecuente necesidad de hospitalización.
 - Pacientes con etiqueta de alergia a múltiples familias de fármacos, especialmente si además de las penicilinas, existen alergias a uno o más antibióticos.
- Los pacientes con procesos infecciosos que hayan precisado ingreso una vez y en los que se haya finalizado el tratamiento antibiótico (IC no preferente).

Identificación inequívoca sobre el estatus alérgico en la historia clínica electrónica (HCE).

Una vez se haya confirmado la ausencia o presencia de la alergia a betalactámicos es preciso que se realicen los cambios que sean precisos en los registros de HCE. Es tarea del médico responsable actualizar el estado de las alertas en SELENE e informar a los farmacéuticos hospitalarios para la actualización en MIRA (programa de prescripción electrónica). En caso de haber precisado un estudio específico ambulatorio por parte del Servicio de Alergología, el cambio del estado de la alerta corresponderá a este servicio.

Se debe proporcionar al paciente información comprensible por escrito sobre su condición, se debe actualizar el informe de alta con el diagnóstico y es recomendable entregar un informe adicional para el médico de Atención Primaria. Será este último el encargado de actualizar el estado de las alertas en OMI.

Papel del uso de antibióticos alternativos y de la desensibilización durante la hospitalización.

En algunos casos, como el tratamiento de un paciente con una infección aguda potencialmente mortal, la eliminación directa de la etiqueta de la alergia a la penicilina puede no ser factible y la realización de los test diagnósticos, imposible. En estos casos se podría optar por otras estrategias como la utilización de un medicamento que no sea una penicilina, ya sean otros betalactámicos, un antibiótico no betalactámico o bien la realización de una desensibilización.

En cualquier caso, una vez finalizado el proceso agudo, el paciente debe ser remitido a la consulta externa de Alergología, especialmente en los casos en los que se anticipa el uso futuro de antimicrobianos.

A. Uso de antibióticos alternativos

Para decidir qué betalactámico elegir en pacientes con alergia, es fundamental considerar la estructura química del betalactámico responsable de la reacción y la de la alternativa, así como el tipo de reacción, ya que la tolerancia puede diferir entre reacciones inmediatas y reacciones no inmediatas.

En el caso las cefalosporinas y la penicilina, existen diferencias significativas en la frecuencia de reactividad cruzada entre ambas. Estas diferencias se deben a variaciones en la estructura química, principalmente en las cadenas laterales R1 y a veces R2, de la penicilina y cefalosporina involucradas.

De entre todos los betalactámicos, el aztreonam (*riesgo de reacción cruzada estimado del 0%, con la excepción de los pacientes alérgicos a la ceftazidima que pueden experimentar reactividad cruzada con este* debido sus similitudes estructurales) y los carbapenémicos (*riesgo de reacción cruzada estimada del 0,87%*) son los que menos reaccionan de forma cruzada con la penicilina y pueden administrarse de forma segura a la mayoría de los pacientes etiquetados como alérgicos.

El procedimiento estándar de oro para administrar un betalactámico en pacientes con sospecha de reacciones inmunomediadas previas, es realizar pruebas cutáneas y de provocación farmacológica antes de la administración y de proceder al “desetiquetado”. Sin embargo, en ausencia de pruebas cutáneas, en algunos pacientes hospitalizados con infecciones moderadas y graves y una “etiqueta” de alergia a penicilina o a cefalosporinas, la provocación controlada con un betalactámico alternativo con baja probabilidad de reactividad cruzada, se considera que tiene una relación riesgo/beneficio favorable.

Es importante señalar que, en los pacientes en los en los que la reacción alérgica haya sido del tipo **no inmediata de tipo II-IV grave, habría que evitar el betalactámico implicado, valorando en caso de necesidad el uso de uno de estructura diferente y consultando en caso de duda con Alergología.**

Se puede consultar el **Anexo 2** con recomendaciones sobre el uso de betalactámicos en pacientes con “etiqueta” de alergia a penicilina (no aplicable a aquellos con sospecha de reacción inmunomediada a cefalosporinas).

Si hay una etiqueta de alergia y hay un antimicrobiano alternativo disponible sin que disminuya la eficacia del tratamiento, el uso de ese agente alternativo puede ser una práctica aceptable, pero siempre hay que considerar que este precepto no suele ser cierto en la mayoría de las infecciones.

B. Desensibilización

La desensibilización es una estrategia temporal para inducir tolerancia y no una prueba diagnóstica; por lo tanto, no se puede esperar que proporcione ninguna información sobre si el paciente tiene una verdadera reacción adversa al medicamento mediada inmunológicamente o si el paciente podría tolerar el medicamento en el futuro.

Anexos

1. Como añadir una Alerta de Alergia en Selene

Esta ventana muestra, en la parte superior, los campos necesarios para añadir una nueva alerta en un paciente. A continuación, se describe cada uno de los campos que es preciso incorporar para la adecuada creación de una alerta confirmada de alergia.

Tipo Alerta

Mediante este campo se indica el tipo de alerta a añadir, en este caso nos centraremos en las Alergias.

Subtipo

Una vez seleccionado el tipo, en el campo Subtipo se deberá indicar a qué familia de elementos presenta alergia el paciente entre los que se muestran en el desplegable. En el caso de alergia a antibióticos, se seleccionará "Principio activo".

Añadir Alerta	
Tipo Alerta	ALERGIA
Subtipo	Principio activo
Cód. Alerta	[Empty field with search and delete icons]
Descripción	[Empty field]
Confirmada	<input type="checkbox"/>
Fecha de Aparición	20/03/2024
Observaciones	[Empty field]

Cód. Alerta

Este campo se usará si se desea registrar una alerta codificada. Para ello, se tendrá que buscar mediante alguno de los botones que aparecen al lado del campo donde se visualizará el código.

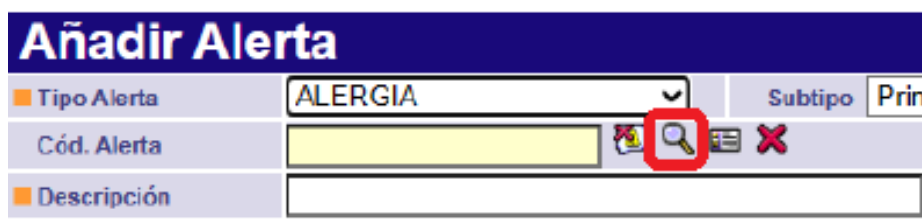
- En caso de querer especificar que no existen alergias (Alergia No Conocida)

Mediante este primer botón se registra el código definido para indicar que no hay alergias conocidas.

Añadir Alerta	
Tipo Alerta	ALERGIA
Subtipo	Prin
Cód. Alerta	[Empty field with icons]
Descripción	[Empty field]

Tipo Alerta	ALERGIA
Cód. Alerta	AL0
Descripción	Alergias NO CONOCIDAS

- En caso de querer realizar una búsqueda por descripción (lupa).



Se abre la ventana para poder buscar. En esta ventana aparecerá seleccionado el subtipo de alergia seleccionado (principio activo). En la ventana se tendrá que indicar un texto en base al cual hacer la búsqueda en el campo “Descripción” y se podrá indicar el tipo de búsqueda a realizar:



Código	Descripción	Tipo Alerta
J01CA04	AMOXICILINA	Principios Activos
J01CR02	AMOXICILINA + INHIBIDOR BETALA...	Principios Activos
J01CA54	AMOXICILINA EN ASOCIACION	Principios Activos
R05ZA91	AMOXICILINA+MUCOLITICO/EXPEC...	Principios Activos
J01CA92	AMOXICILINA+PROBENECID	Principios Activos
A02BD06	ESOMEPRAZOL+AMOXICILINA+CLA...	Principios Activos
A02BD07	LANSOPRAZOL+AMOXICILINA+CLA...	Principios Activos
A02BD10	LANSOPRAZOL+AMOXICILINA+LEV...	Principios Activos

A la derecha se puede indicar el tipo de búsqueda:

- Inicio: Búsqueda de principios activos que empiecen por el texto indicado.
 - Exacta: Búsqueda que sea exactamente igual al texto indicado.
 - Contenido: Busca que contenga el texto indicado
- **En caso de querer realizar búsqueda por código**

Existe la posibilidad de realizar una búsqueda por código ATC si este es conocido.

Eliminar código

En el caso de que hayamos registrado un código que no sea correcto, mediante este botón se puede eliminar.

Descripción

Aquí se deberá indicar la descripción de la alergia que presenta el paciente. Si se ha realizado una búsqueda por código en este campo se cargará la descripción del registro buscado de forma automática. Si no se ha hecho una búsqueda por código, se podrá registrar cualquier texto que se desee.

Confirmación

Check para indicar que la alergia está confirmada.

Fecha de Aparición

Fecha en la que apareció la alergia.

Observaciones

Campo de texto para incluir observaciones sobre la alergia:

- Si la alergia es confirmada (es decir, se presume un mecanismo inmunoalérgico como causa de la reacción): ALÉRGICO A ...
- Si la alergia no se puede precisar, añade en la descripción el siguiente comentario: NO SE PUEDE DETERMINAR, POSIBLE ALERGIA A ...
- Si es un evento adverso de la medicación: REACCIÓN ADVERSA A...

2. Listado de preguntas imprescindibles en la anamnesis de un proceso de “desetiquetado”

Consideraciones generales	
¿Hace cuántos años fue la reacción?	<ul style="list-style-type: none"> • < 1 año • 1-4 años • 5-10 años • >10 años
¿Fue la primera vez que tuvo la reacción?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • Desconocido
¿Fue una reacción inmediata (minutos a horas*) o retardada (días*)? * Tiempo desde administración del fármaco a la aparición de la reacción	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata • Retardada • Desconocido
¿Cómo fue tratada?	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Urgencias • Epinefrina • Otros
¿Con qué fármaco experimentó la reacción el paciente?	Anotar
¿Cuál fue la dosis y la vía de administración?	Anotar
¿Ha tolerado el paciente medicamentos similares posteriormente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
En caso afirmativo, especifique cuál o cuáles:	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina • Ampicilina • Cefuroxima • Otro:
Síntomas de la reacción adversa	
Erupción pruriginosa eritematosa elevada que dura <24h	Si/No
Otro tipo de erupción: de aparición leve o tardía, no parecida a la urticaria.	Si/No
Hinchazón de la lengua, la boca, los labios o los ojos	Si/No
Alteraciones respiratorias (Sibilancias/broncoespasmo)	Si/No
Inestabilidad hemodinámica, hipotensión o síncope	Si/No
Lesiones o úlceras que involucran la boca, los labios o los ojos; descamación de la piel (Stevens Síndrome de Johnson (SJS), necrólisis epidérmica tóxica (TEN) y otros tipos de reacción tipo IV grave)	Si/No
Compromiso de órganos como riñones o hígado (Nefritis intersticial aguda (NIA), Síndrome de erupción, eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), y otros tipos de reacción tipo IV grave)	Si/No
Dolores en las articulaciones (reacción similar a la enfermedad del suero)	Si/No
Náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, parestesias o reacciones locales a la inyección	Si/No

3. Estrategias recomendadas para el uso de betalactámicos en pacientes hospitalizados con alergia a la penicilina. Estas recomendaciones no son aplicables a pacientes con sospecha de reacciones inmunomediadas a las cefalosporinas.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE ALERGIA				
ANTIBIÓTICO CANDIDATO	NO ES ALERGIA	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO (IgE)	ALTO RIESGO (RETARDADA)
Penicilinas <u>Benzilpenicilina</u> <u>Amoxicilina</u> <u>Cloxacilina/Flucoxacilina/Nafcilina</u> <u>Piperacilina</u>	SIN RESTRICCIÓN	Estudio completo de alergia	Estudio completo de alergia	EVITAR BETALACTÁMICOS. Si es estrictamente necesaria la administración, realizar IC a Alergia
Cefalosporinas <u>Cefalexina</u> <u>Cefazolina</u> <u>Cefuroxima</u> <u>Ceftriaxona</u> <u>Cefotaxima</u> <u>Ceftazidima</u> <u>Cefixima</u> <u>Cefditoren</u> <u>Cefepime</u> <u>Ceftozolano</u> <u>Ceftarolina</u>	SIN RESTRICCIÓN	Estudio completo de alergia Exposición controlada	Estudio completo de alergia Valorar provocación controlada después de una evaluación individualizada del riesgo-beneficio. Estudio completo de alergia	EVITAR BETALACTÁMICOS. Si es estrictamente necesario la administración, realizar IC a Alergia
Carbapenémicos <u>Meropenem</u> <u>Imipenem</u> <u>Ertapenem</u>	SIN RESTRICCIÓN	Exposición controlada	Valorar provocación controlada después de una evaluación individualizada del riesgo-beneficio	EVITAR BETALACTÁMICOS. Si es estrictamente necesario la administración, realizar IC a Alergia
Monobactámicos <u>Aztreonam</u>	SIN RESTRICCIÓN	SIN RESTRICCIÓN	SIN RESTRICCIÓN	SIN RESTRICCIÓN

Poster informativo para pacientes.

3 Mitos sobre la alergia a PENICILINA



1. Si tengo una erupción después de tomar amoxicilina, eso significa que soy alérgico.

FALSO

La mayoría de las erupciones después de tomar un antibiótico se deben a respuestas de la propia infección y no a la toma del medicamento.

2. Si soy alérgico a penicilinas, no es un problema. ¡Hay muchos otros antibióticos para elegir!

FALSO

Los antibióticos alternativos a las penicilinas pueden ser más tóxicos, menos eficaces y pueden contribuir a la aparición de resistencias.

3. Si soy alérgico, es obligatorio que me realicen un test cutáneo o análisis de sangre

FALSO

Muchas veces se puede llegar a un diagnóstico hablando con tu médico y revisando la historia clínica.

Bibliografía

1. National Clinical Guideline Centre (UK). Drug Allergy: Diagnosis and Management of Drug Allergy in Adults, Children and Young People. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 Sep. (NICE Clinical Guidelines, No. 183.) 9, Documenting and sharing information with other healthcare professionals. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK274135/>
2. Paño-Pardo JR, Moreno Rodilla E, Cobo Sacristan S, Cubero Saldaña JL, Periañez Párraga L, Del Pozo León JL, Retamar-Gentil P, Rodríguez Oviedo A, Torres Jaén MJ, Vidal-Cortes P, Colás Sanz C. Management of Patients with Suspected or Confirmed Antibiotic Allergy: Executive Summary of Guidelines from the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC), the Spanish Society of Allergy and Clinical Immunology (SEAC), the Spanish Society of Hospital Pharmacy (SEFH) and the Spanish Society of Intensive Medicine and Coronary Care Units (SEMICYUC). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2023 Apr 18;33(2):95-101. doi: 10.18176/jiaci.0859. Epub 2022 Sep 7. PMID: 36069440.
3. Guía de Antibioterapia Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Protocolo de desetiquetado de alergias. Consultado 10 de octubre 2023. Disponible en <https://antibioterapia.hospitalmacarena.es/antimicrobianos/desetiquetado-alergia-a-betalactamicos/>
4. Cooper L, Harbour J, Sneddon J, Seaton RA. Safety and efficacy of de-labelling penicillin allergy in adults using direct oral challenge: a systematic review. *JAC Antimicrob Resist*. 2021 Jan 27;3(1):dlaa123. doi: 10.1093/jacamr/dlaa123. PMID: 34223072; PMCID: PMC8210118.
5. Stone CA Jr, Trubiano J, Coleman DT, Rukasin CRF, Phillips EJ. The challenge of de-labeling penicillin allergy. *Allergy*. 2020 Feb;75(2):273-288. doi: 10.1111/all.13848. Epub 2019 May 26. PMID: 31049971; PMCID: PMC6824919.
6. Scottish Antimicrobial Prescribing Group. Penicilin Allergy De-labelling. Consultado 10 octubre 2023. Disponible en: <https://www.sapg.scot/guidance-qi-tools/quality-improvement-tools/penicillin-allergy-de-labelling/>