

Libros  
Virtuales  
IntraMed



## Capítulo XVIII

## CONCLUSIONES Y MANEJO DEL PACIENTE CON REACCIONES ADVERSAS A LOS FÁRMACOS

Dra. Alicia De Falco  
Dr. Edgardo Jares

Como hemos visto en el curso de estas páginas, con frecuencia, existen pocas herramientas

para la evaluación y el manejo de pacientes con reacciones inducidas por drogas. El diagnóstico de alergia a medicamentos se sigue basando en una exhaustiva historia clínica, que se enfoca en particular en las drogas que recibió el paciente, su cronología y su relación con la aparición de los síntomas. Las pruebas de laboratorio tienen, hasta la actualidad, escaso papel en el diagnóstico, con la excepción del dosaje de IgE específica para penicilina y otros antibióticos  $\beta$ -lactámicos y unas pocas moléculas más. Es posible que en los próximos años asistamos al desarrollo y el uso clínico de pruebas más confiables. Las pruebas cutáneas tienen aplicación en numerosas drogas, como hemos visto a lo largo del texto, pero debe considerarse su potencial riesgo y su posibilidad de falsos positivos y negativos, razón por la cual deben ser efectuadas por médicos entrenados. Esto sirve, asimismo, para las pruebas de provocación y de desensibilización, que deben contar con personal y material adecuado para enfrentar potenciales reacciones sistémicas.

### Debemos ser metódicos en el manejo

Se debe ser metódico en el manejo de los siguientes procedimientos:

- 1) Debe confirmarse que exista una relación directa entre la droga y la reacción presentada.
- 2) Si se llega a la conclusión de que el paciente tuvo una reacción de tipo B ( impredecible) podemos decir que:
  - ❖ Si fue por intolerancia y ésta es leve, puede readministrarse la droga a dosis inferiores
  - ❖ Si fue por indiosincrasia, se debe tener más cuidado, ya que la reacción puede repetirse, aunque haya sido leve.
  - ❖ En el caso en que la reacción anterior fuera grave o se comprometiera la vida del paciente, no debe readministrarse dicha droga.
- 3) Para reacciones de Tipo B mediadas por mecanismos inmunológicos, la opción de manejo por seguir depende del mecanismo involucrado:
  - ❖ Si existieran test confirmatorios disponibles y fueran validados, podrían utilizarse ( ej: IgE específica para penicilina).
  - ❖ Cuando no existan test disponibles y deban tomarse algunos recaudos: deberá evitarse la droga si existiera otra opción. De no ser así, y si fuera imprescindible administrar

el medicamento, debería efectuarse el desafío o prueba de provocación progresiva cuando la reacción anterior haya sido leve. Si la reacción anterior ha sido grave, debería considerarse realizar la desensibilización.

### PREVENCIÓN DE LAS REACCIONES A LOS MEDICAMENTOS

Deberían incluirse las siguientes medidas de prevención más eficaces:

- ❖ Evitarse la administración simultánea de múltiples fármacos.
- ❖ Impulsar campañas educativas donde se evite la automedicación (en contraste con la situación actual que la estimula con publicidad en diversos medios de comunicación).
- ❖ Insertar en los prospectos de los medicamentos advertencias sobre la posibilidad de reacciones alérgicas donde se detallan los medicamentos con potencial reactividad cruzada.
- ❖ Evitar la medicación innecesaria (por ejemplo: antibióticos en afecciones virales).
- ❖ Antes de su prescripción interrogar sobre reacciones anteriores a medicamentos.
- ❖ Tratar de evitar la vía parenteral, ya que es potencialmente más peligrosa.
- ❖ Advertir a los pacientes, que han presentado una reacción, sobre los riesgos de la readministración del medicamento y suministrarles una lista por escrito de las drogas del mismo grupo químico. Instruirlos para que lean la composición de los medicamentos que se les indican.

### PARA CONCLUIR

En estos casos lo más importante es la educación. Los especialistas alergólogos deben instruir

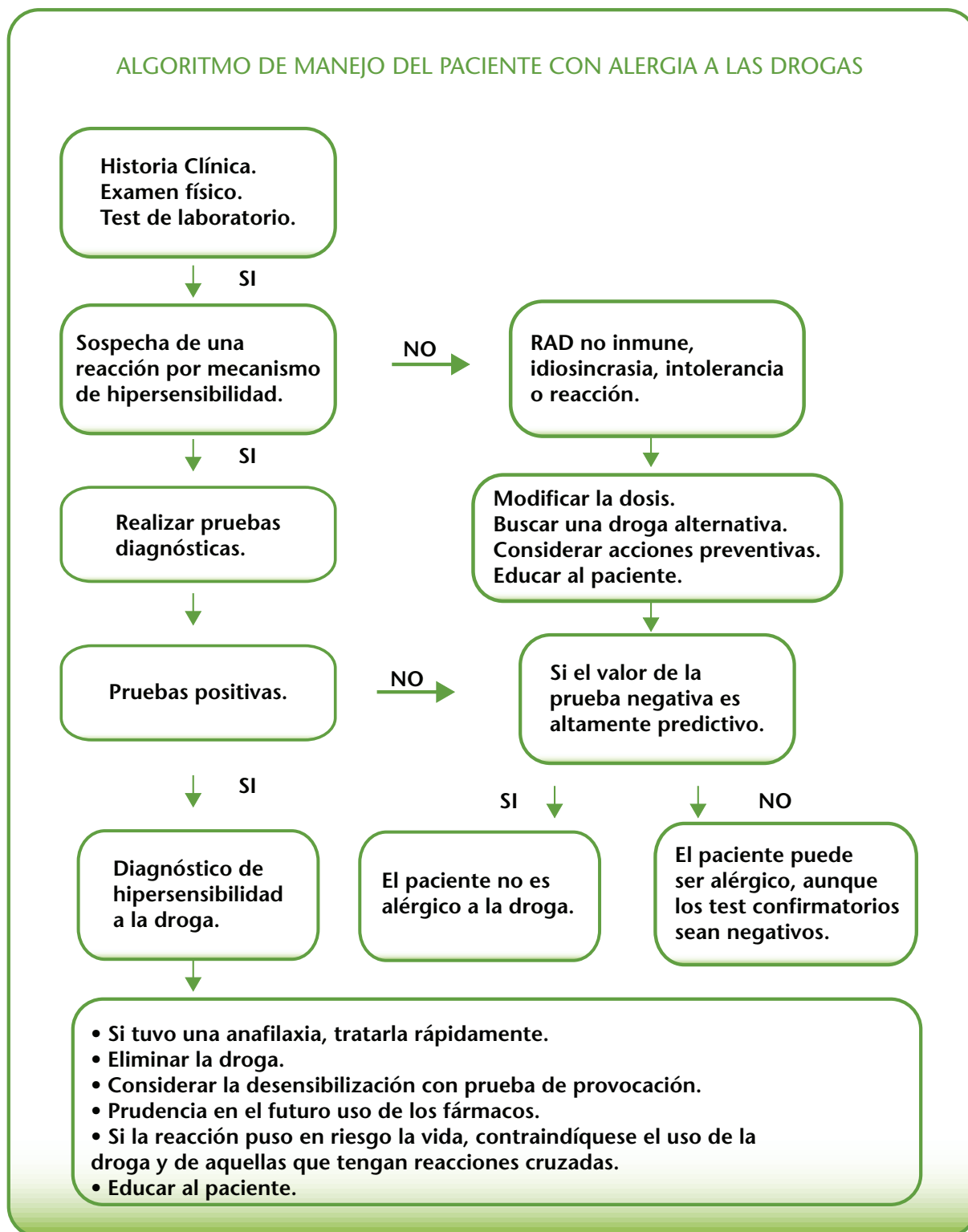
a los médicos generalistas o de atención primaria sobre las reacciones adversas a las drogas, aun cuando los pacientes no sean alérgicos. Los profesionales tratantes no deben atemorizar a los pacientes con las múltiples alergias a las drogas, sobre todo, los antibióticos, ya que cuando es necesaria su utilización aparecen sensaciones de inquietud que perjudican el tratamiento. El médico debe conocer la posibilidad de reac-

ciones cruzadas entre distintos fármacos, por ejemplo, entre antibióticos del grupo  $\beta$ -lactámicos, moléculas con el grupo para-amino, aminoglucósidos, quinolonas, antiinflamatorios no esteroideos, como así también alternativas terapéuticas sin reactividad cruzada, que casi siempre existen.

También debemos tener en claro que es necesario tiempo y paciencia para alcanzar el tratamiento óptimo esperado.

Es imprescindible recordar como síntesis de lo expuesto:

- ❖ No toda reacción adversa es alérgica.
- ❖ Toda reacción alérgica se refiere a un grupo químico con formación de anticuerpos específicos.
- ❖ No existe reacción alérgica sin contacto previo (que puede ser inadvertido) con dicho grupo químico.



---

---

Sabemos que existen múltiples tratados y trabajos que abordan el tema. Nuestro objetivo fue hacer una obra breve y concreta, de fácil consulta para tener en nuestra mesa de trabajo junto al libro de farmacología y al vademécum.

## Bibliografía

- R.Gruchalla Journal of All and Cl Immunol , vol 111; No2, 20003 pag S 557
- A.Olivé Pérez. Manual de Alergia medicamentosa Editorial JIMS Brcelona España 1994
- National Academy Press;2000.2 JAMA 1998;279:1200-1205.3 Am J Med 2000;109(2):87-94.
- P. Demoly J.Bousquet. University Hospital of Montpellier France. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2001.1: 305-310
- J. Lazarou et al..JAMA 1998;279:1200-1205
- Bates DW et al "Incidence of adverse drug events and potential adverse drugs events" JAMA 1995;274:29-34
- Pouyane P et als "Admissions to hospital caused by drug reactions:Cross sectional incidence study.BMJ.2000;320:1036
- Berbard Yu-Hor Thong et als. "Drug allergy in a general hospital: results of a novel prospective inpatient reporting system". Ann Allergy Asthma Immunol 2003;90:342
- Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the WAO . J Allergy Clin Immun:113, No5 ;may 2004
- W.Picher, J Tilch " The lynfocyte transformation test in the diagnosis of drug hypersensitivity" Allergy 2004;59:809-920
- Laxenaire M "Epidemiology of anesthetic anaphilactoid reactions: fourth multicenter survey (july 1994-december 1996). Ann Fr Anesth Reanim 1999;18:796-809 • Vervloet D, Pradal M, Birnbaum J, Koeppl M. Drug Allergy. Editions de Condè, Paris France, 2008