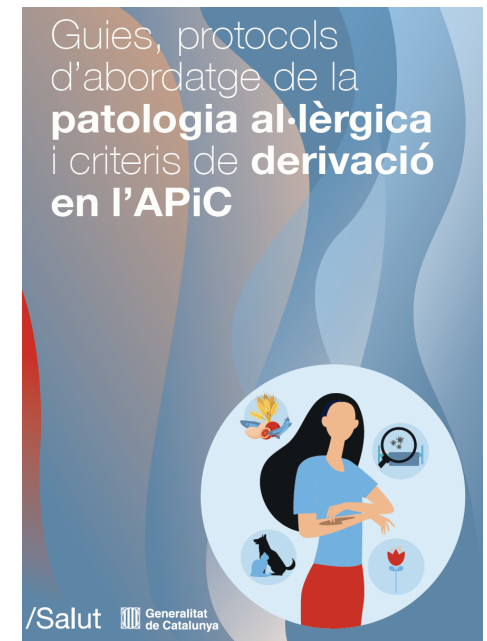


Alergia a medicaments, ¿derivar o no derivar?

Gustavo Jorge Molina Molina
Facultativo Especialista en Alergología
Hospital Universitari de Bellvitge



REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS



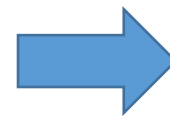
RAM: Cualquier efecto perjudicial o no deseado que aparece coincidiendo con la administración de un fármaco utilizado normalmente para profilaxis, el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad.

Tipo A (Predicibles)

- Las más frecuentes (80-90%) de las RAM.
- Dosis-dependientes.
- Consecuencia de efectos farmacológicos directos e indirectes.
- Pueden afectar a cualquier individuo.

Tipo B (Impredicibles)

- No relacionadas con el efecto farmacológico
- Dosis-independientes
- Infrecuentes
- A veces mortales para el individuo predispuesto



Reacciones alérgicas

- Respuesta anormal del sistema inmunitario, humoral o celular
- Son distintas de las acciones farmacológicas conocidas
- Contacto previo con el fármaco implicado
- Manifestaciones clínicas propias de las reacciones alérgicas conocidas
- Se repiten con las nuevas exposiciones
- La reacción mejora al retirar el fármaco
- La reacción se produce con dosis mínimas
- Es posible la reactividad cruzada entre fármacos de estructura similar

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS



Reacciones de hipersensibilidad son en torno 6-10% de todas las RAM



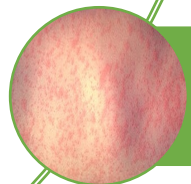
Las RAM afectan en torno a un 10-20% de los pacientes hospitalizados y hasta un 7% de los ambulatorios.



En *Alergológica 2015*, sobre un total de 2.914 pacientes, las consultas por alergia a medicamentos representan el 18,7 % del total de las primeras visitas atendidas en las consultas de alergia.



El % final de pacientes diagnosticados de alergia a fármacos una vez finalizados los estudios oscila entre el 15-20%.



En los niños, la mayor parte de los exantemas que aparecen durante el tratamiento con antibióticos son producidos por la propia infección. En el caso de los betalactámicos, sólo se confirma una alergia al fármaco en un < 10% de los casos.

CASO CLÍNICO-1

Dona de 58 anys, obesa, amb dolors varis i hipertensa.

Etiquetada com A l.lèrgica a l'ibuprofen però tolera naproxen. Entra el dilema quan hem de tractar la febre o el dolor, pq l'ibuprofen sempre és el d'entrada i sempre ha de recordar que és al.lèrgica. també en aquest cas, com que va tenir mala experiència amb l'ibuprofen no vol provar altres aINEs.

També va presentar rxó al.lèrgica a la primera dosi de COVID. no té altres al.lèrgies alimentàries.

(SERIA IMPORTANT SABER QUINA CLÍNICA DESCRIBIA LA PACIENT O SI BÉ ES UNA ETIQUETA SENSE MÉS DADES)

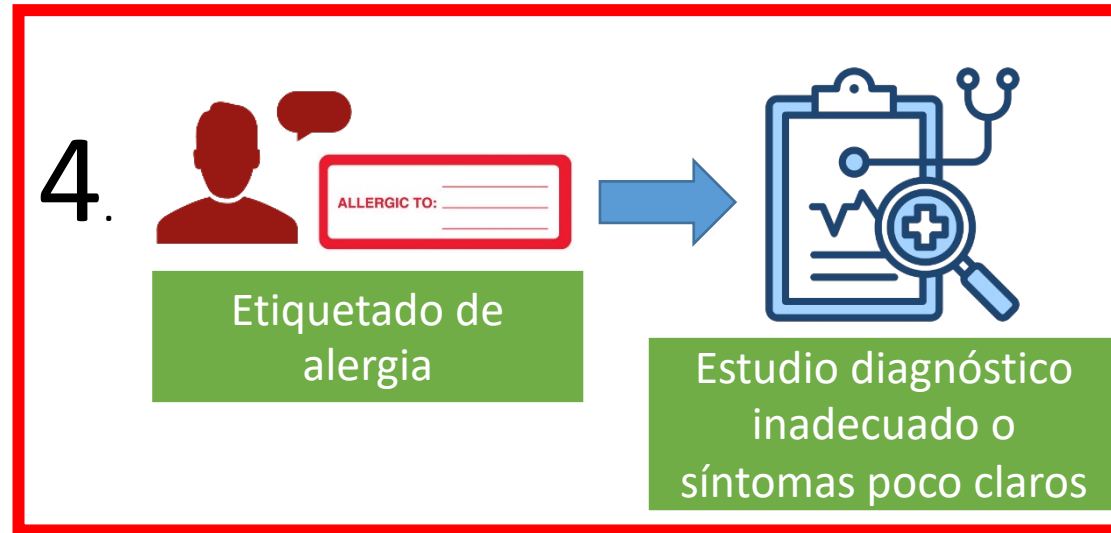
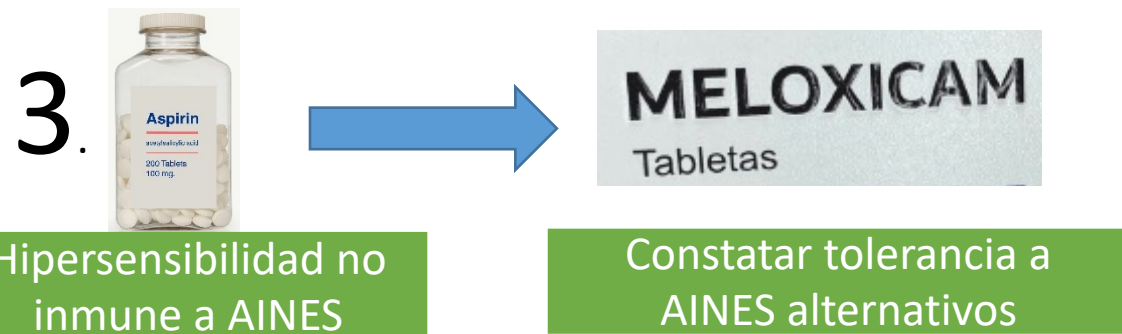
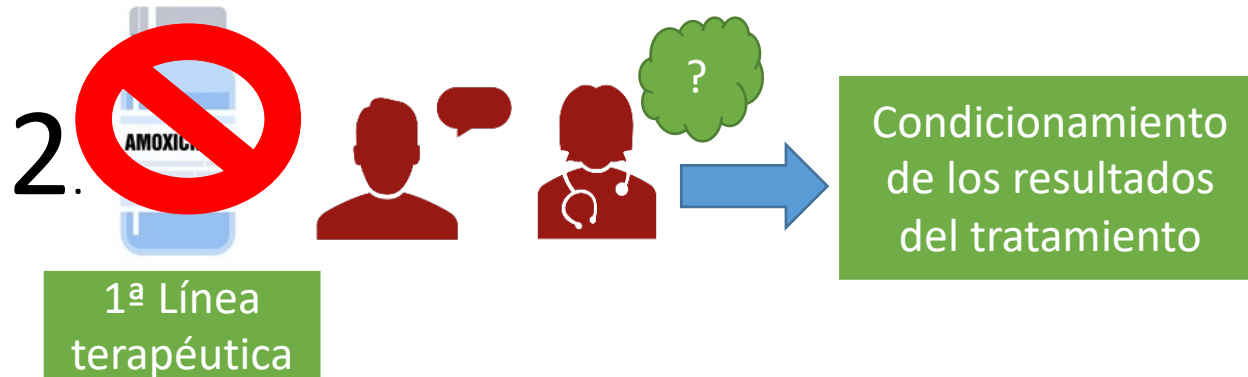
NO DERIVAR



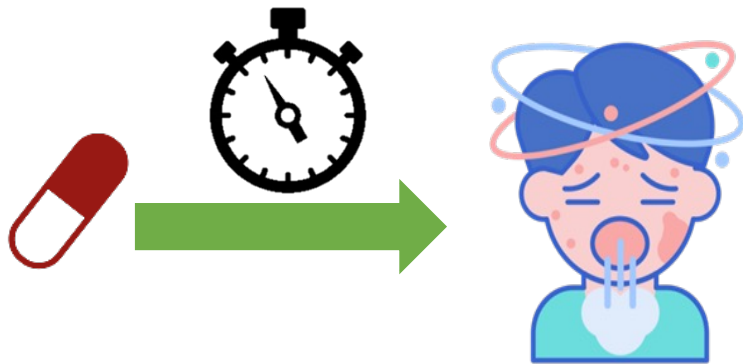
DERIVAR



INDICACIONES DE UN ESTUDIO DE ALERGIA A FÁRMACOS



MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ALERGIA A MEDICAMENTOS



La patocronia de la reacción es clave para clasificar la reacción



Reacciones inmediatas



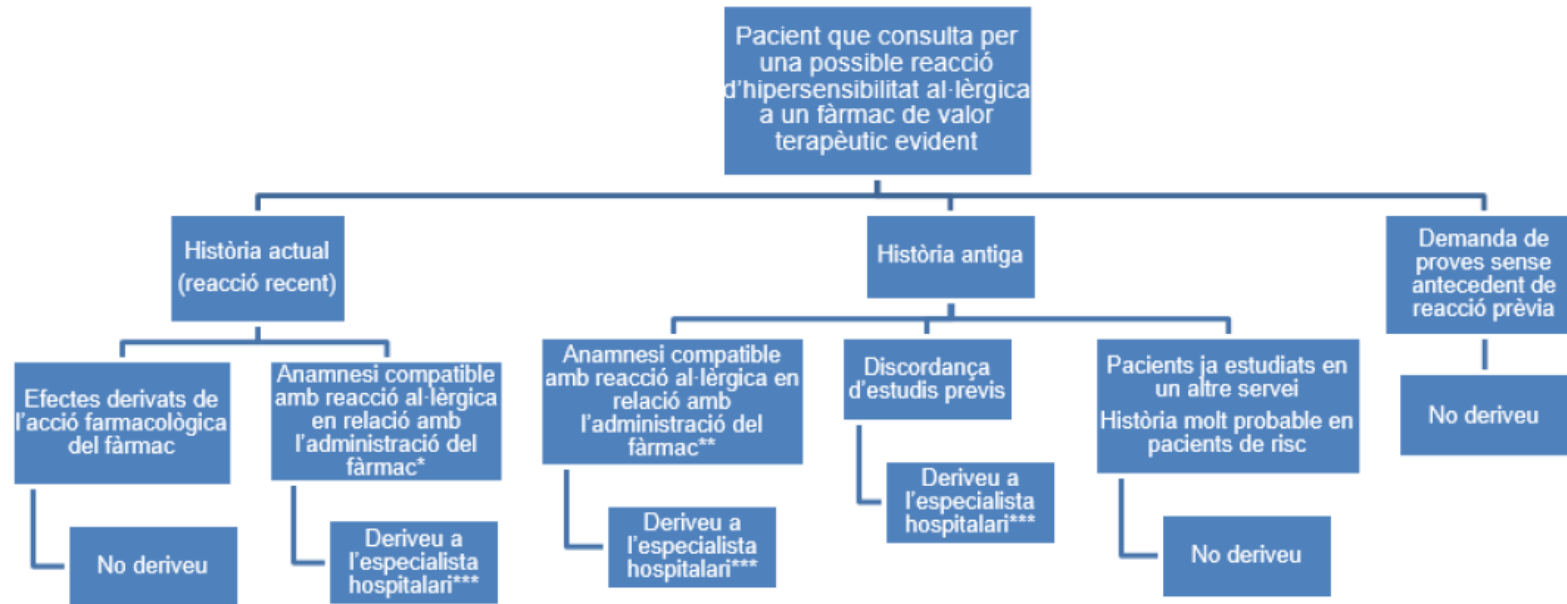
Reacciones NO-inmediatas

- Inicio en <1 h desde la última toma del fármaco
- Pueden manifestarse como urticaria tras la toma del fármaco con o sin angioedema asociado.
- Anafilaxia: cuadro agudo de instauración rápida en el que se ven afectados dos o más órganos o sistemas distintos
- **Signos de alarma:** prurito palmoplantar o genital, ronquera, estridor, tos, disnea, sibilancias, rinorrea, inyección conjuntival, dolor abdominal, hemorragia genital, hipotensión, cianosis, disminución de conciencia.
- Inicio >1h desde la última toma del fármaco.
- En la mayoría de casos de produce afectación cutánea, siendo el exantema maculopapular el tipo de reacción más frecuente (30-50%).
- Otros tipos de reacción: *serum-like sickness*, vasculitis, exantema fijo medicamentoso...
- Tener en cuenta las reacciones adversas cutáneas graves (SCAR): Sd. Steven-Johnson/NET, Sd de Dress, AGEP ya que tienen afectación multisistémica
- **Signos de alarma:** piel dolorosa, púrpuras, ampollas, lesiones en diana atípicas; signo de Nikolski +...

TENIENDO EN CUENTA NUESTRO CASO...

La meva idea es assenyalar en aquesta diapo els aspectes del cas que complirien amb el tipus de reacció presentada o l'absència d'informació.

ALGORITMO DE DERIVACIÓN



* Si la reacció és suggestiva, les proves diagnòstiques considerades de menys risc (laboratori, proves cutànies) són de gran utilitat si l'estudi es fa entre sis setmanes i sis mesos després de la reacció.

** Si la reacció és antiga, cal considerar l'existència o no de fàrmacs alternatius, els antecedents personals i la necessitat terapèutica futura d'aquell fàrmac per a aquell pacient en concret.

*** Vegeu "Criteris de derivació".

NO DERIVAR



DERIVAR



CASO CLÍNICO-2

és la que vam parlar, dona de 87 anys DM2 i Cardiopatia isquèmica, amb ITUs de repetició. presenta al·lèrgia a l'AAS i Penicil.lina, per antecedent de cardiopatia isquèmica (personal i familiar) no pot prendre AAS pel que fa prevenció secundària amb clopidogrel. Mai s'ha volgut fer proves d'al·lèrgia, i per les ITUs es tracta amb fosfomicina o quinolones. no ens hem arriscat a prescriure cefuroxima. tot i els 87 anys, està molt bé, viu sola, surt a caminar a diari, fa el dinar pels nets encara....no es vol arriscar a fer les proves (també podria donar joc per l'edat...no se)

(SERIA IMPORTANT SABER QUINA CLÍNICA DESCRIBIA LA PACIENT O SI BÉ ES UNA ETIQUETA SENSE MÉS DADES)

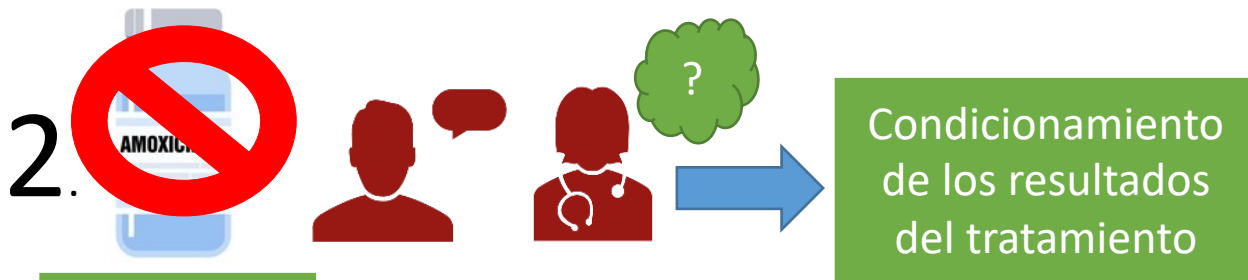
NO DERIVAR



DERIVAR

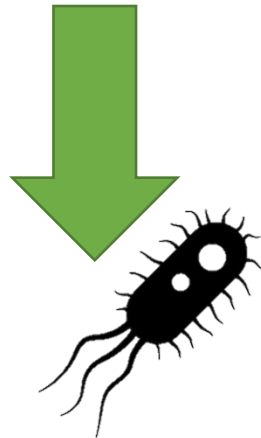


INDICACIONES DE UN ESTUDIO DE ALERGIA A FÁRMACOS

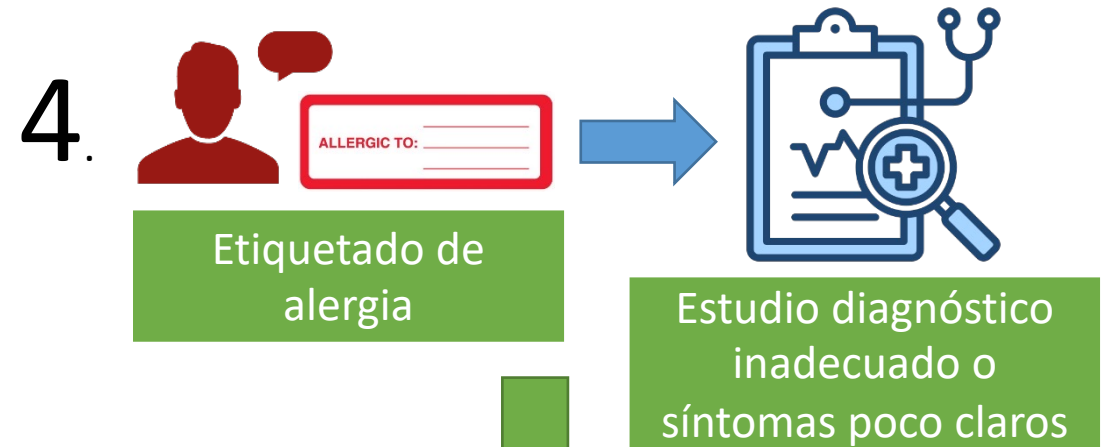


1ª Línea
terapéutica

Condicionamiento
de los resultados
del tratamiento

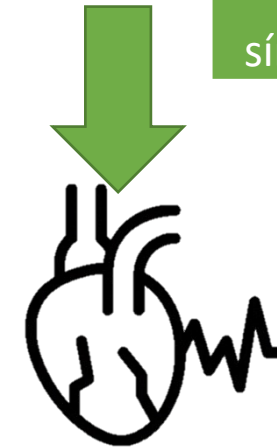


- Betalactámicos son primera línea en muchas infecciones
- Aumento de riesgo de resistencias microbianas.
- Alternativas terapéuticas con más efectos adversos.
- Antibióticos más caros.



Etiquetado de
alergia

Estudio diagnóstico
inadecuado o
síntomas poco claros

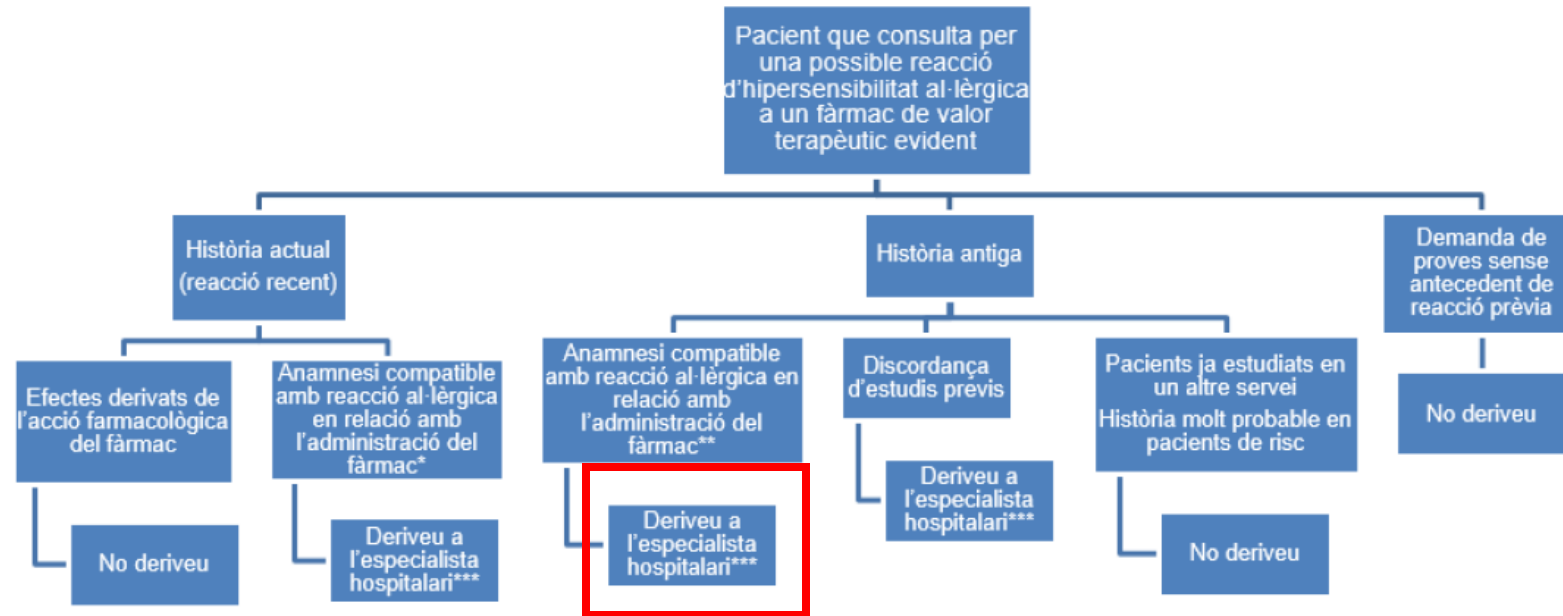


- Aspirina continua siendo primera elección como antiagregante en prevención cardiovascular secundaria
- Mejor coste-eficacia respecto al uso de clopidogrel, ticagrelor
- Aumento de riesgo de sangrado GI respecto a clopidogrel.

Teniendo en cuenta CASO CLÍNICO-2

és la que vam parlar dona de 87 anys DM2 i Cardiopatia isquèmica amb ITIs de repetició presenta al·lèrgia a l'AAS i a Penicil·lina, per a prevenció secundària amb no ens hem arriat tot i els 87 anys proves (també

(SERIA IMPOR



* Si la reacció és suggestiva, les proves diagnòstiques considerades de menys risc (laboratori, proves cutànies) són de gran utilitat si l'estudi es fa entre sis setmanes i sis mesos després de la reacció.

** Si la reacció és antiga, cal considerar l'existència o no de fàrmacs alternatius, els antecedents personals i la necessitat terapèutica futura d'aquell fàrmac per a aquell pacient en concret.

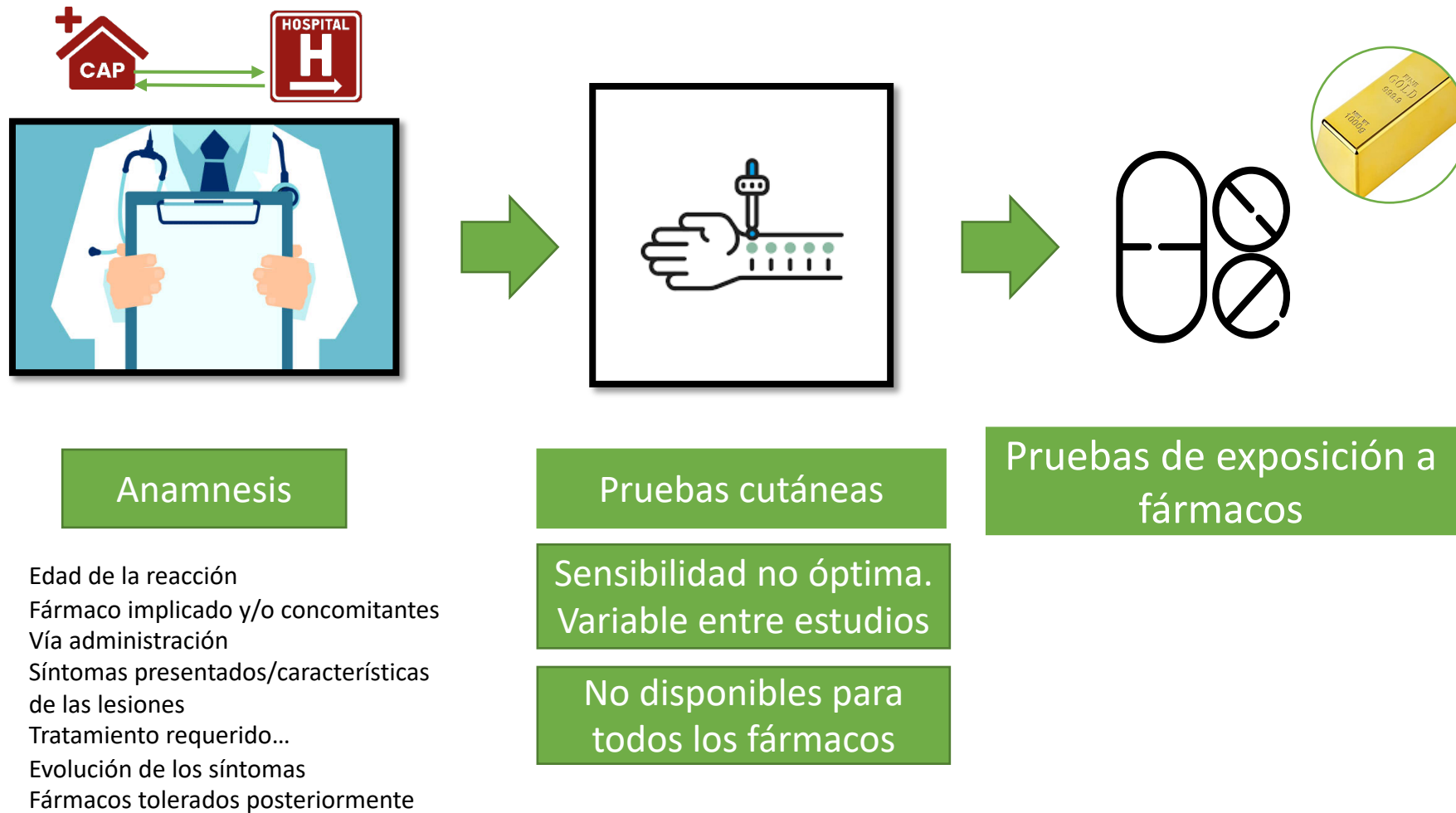
*** Vegeu "Criteris de derivació".

na o quinolones.

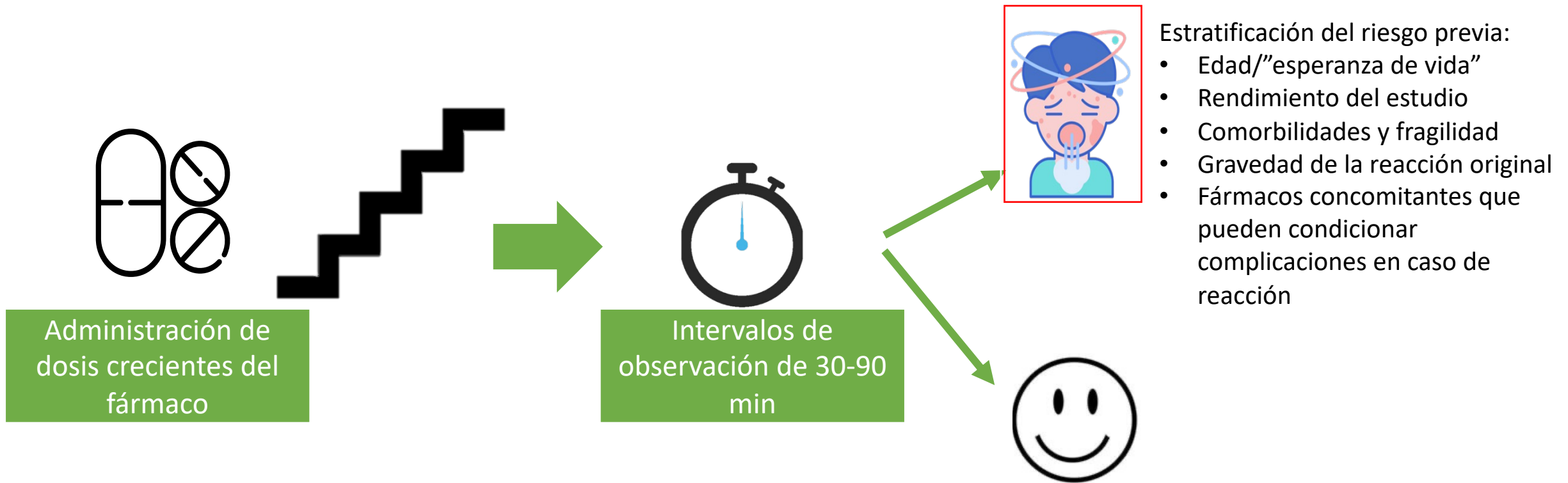
iscar a fer les

ÉS DADES)

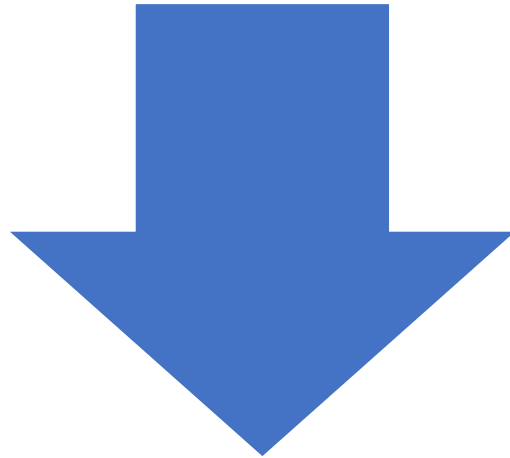
Abordaje MFiC-Alergología



Prueba de exposición a fármacos



Volviendo a nuestro caso...



- 87 años (Reserva funcional)
- Cardiopatía isquémica
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Esperanza de vida relativa
- "Gravedad" de los síntomas de la "reacción"
- ¿Alternativas?



- Buena situación socio-funcional
- ITUs de repetición
- Prevención cardiovascular secundaria no "óptima"



NO DERIVAR



DERIVAR

