

ABC de la Alergología en Atención Primaria: alergia a medicamentos

Siguiendo con la serie de artículos dedicados a las patologías alérgicas más frecuentes en Atención Primaria orientados a una gestión clínica de los procesos en su totalidad y que gire, por tanto, en torno al paciente, presentamos ahora el manejo de una paciente que acude a la consulta por una reacción adversa a medicamentos (RAM).

La OMS define una RAM, como cualquier efecto perjudicial o no deseado que ocurre tras la administración de una dosis normalmente utilizada en la especie humana como profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, o para la modificación de una función biológica.

Supuesto clínico

Mujer de 52 años, que acude a la consulta por presentar desde hace 2 días odinofagia y fiebre alta termometrada (39,2 °C). A la exploración presenta placas purulentas en ambas amígdalas y adenopatías en cadenas laterales de cuello. Como antecedentes, cabe destacar que hace 10 años, inmediatamente después de tomar un antibiótico y un analgésico por un proceso infeccioso, cuyos nombres no recuerda, presentó a los 20 minutos una urticaria aguda, por lo que llamó al 061. El cuadro cedió tras suprimir el antibiótico y después de una semana de tratamiento con antihistamínicos. Desde entonces no ha tomado antibióticos por tener miedo a que se vuelva a repetir el cuadro clínico, y como analgésico utiliza Gelocatil® (paracetamol), que en numerosas ocasiones no es eficaz. Dado que desde hace un mes presenta dolores articulares y éstos no responden al tratamiento con paracetamol, quiere conocer qué analgésicos podría utilizar además del actual.

Preguntas que debemos incluir al realizar la historia clínica

Existe la opinión bastante generalizada de que el diagnóstico de alergia a medicamentos se basa siempre en la realización de unas pruebas cutáneas. Sin embargo, esto es un gran error, ya que la realización de las mismas puede tener consecuencias imprevisibles.

Al actuar la mayoría de fármacos como haptenos o antígenos incompletos, debiendo unirse a proteínas del paciente para producir un antígeno completo, es fácil comprender que al hacer las pruebas cutáneas obtendremos, generalmente, resultados negativos, sin que por ello se pueda afirmar que el paciente no sea alérgico a esa droga; además la reacción puede estar causada por un metabolito del fármaco en cuestión, con lo cual las pruebas cutáneas también darían un resultado negativo. Por todo esto, en la mayoría de las ocasiones hay que recurrir a las pruebas de provocación controlada por un **Alergólogo** para poder diagnosticar la alergia a fármacos.

En alergia a medicamentos la historia clínica es fundamental, y nos debe de orientar en los siguientes puntos:

A) Identificación de la reacción como presuntamente alérgica, descartando aquellas que se deban a otros mecanismos (Tablas I y II).

Tabla I. Clasificación de las reacciones adversas a medicamentos (RAM)

ADVERSAS PREVISIBLES, QUE PUEDEN OCURRIR EN SUJETOS NORMALES.
· Sobredosis : Ej. hipotensión por sobredosis de antihipertensivos.
· Efectos colaterales . Ej.: somnolencia de algunos antihistamínicos.
· Efectos secundarios o indirectos . Ej.: candidiasis orales en pacientes tratados con esteroides inhalados.
· Interacciones entre drogas . Ej.: teofilinas asociadas a macrólidos.
2. REACCIONES ADVERSAS IMPREVISIBLES.
· Intolerancia . Ej: una pequeña dosis del fármaco produce un excesivo efecto farmacológico.
· Idiosincrasia . Ej.: anemia hemolítica por primaquina.
· Alergia o hipersensibilidad . Sólo el 5-10% de las RAM son por este mecanismo.

Tabla II. Criterios clínicos para establecer la naturaleza alérgica de una reacción a medicamentos

1. Que ocurra solamente en una minoría de los pacientes que reciben la droga.
2. Que las manifestaciones observadas no se parezcan en nada a su acción propiamente farmacológica.
3. Que la reacción sea semejante a cualquier otro cuadro aceptado generalmente como alérgico.
4. Que exista un período de inducción, comúnmente entre 7 y 10 días, después de la primera exposición.
5. Que se pueda reproducir al volver a administrar pequeñas dosis del mismo medicamento.
6. Que también pueda reproducirse con otros fármacos de similar estructura química, y que poseen reacción cruzada con la droga.
7. Puede observarse, en ocasiones, eosinofilia sanguínea y/o tisular acompañante.
8. La reacción debe de resolverse una vez suspendida la administración del medicamento responsable.

B) ¿Cuanto tiempo ha transcurrido y cual es el número de dosis administradas hasta que ha aparecido la reacción? Suele haber una relación de temporalidad entre la administración del medicamento y la reacción, las de Tipo I aparecen en pocos minutos y las Tipo IV lo hacen más tardíamente. Las reacciones más frecuentes, urticaria aguda y/o angioedema y shock anafiláctico, ocurren generalmente en unos minutos tras la administración del fármaco, en pacientes previamente sensibilizados.

C) ¿ Cual fue el proceso por el que se prescribió el fármaco? Nos va a orientar hacia el grupo farmacológico supuestamente responsable del cuadro clínico.

D) Relación detallada de todas las drogas que tomaba el paciente en el momento de iniciarse el cuadro clínico.

E) ¿Tipo de cuadro clínico? Deberán de ser manifestaciones clínicas compatibles con patología alérgica (Tabla III).

Tabla III. Manifestaciones clínicas de la alergia a medicamentos

MANIFESTACIONES CLINICAS	
* De Tipo I:	<ul style="list-style-type: none"> - Shock anafiláctico. - Urticaria y/o angioedema.
* De Tipo II:	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia hemolítica.
* De Tipo III:	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad del suero. - Artritis. - Vasculitis alérgicas. - Fiebre.
* De Tipo IV:	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis alérgica.
* Mecanismo no bien esclarecido:	<ul style="list-style-type: none"> - Rash. - Erupciones exantemáticas. - Dermatitis exfoliativa, - Síndrome de Stevens-Johnson, etc.

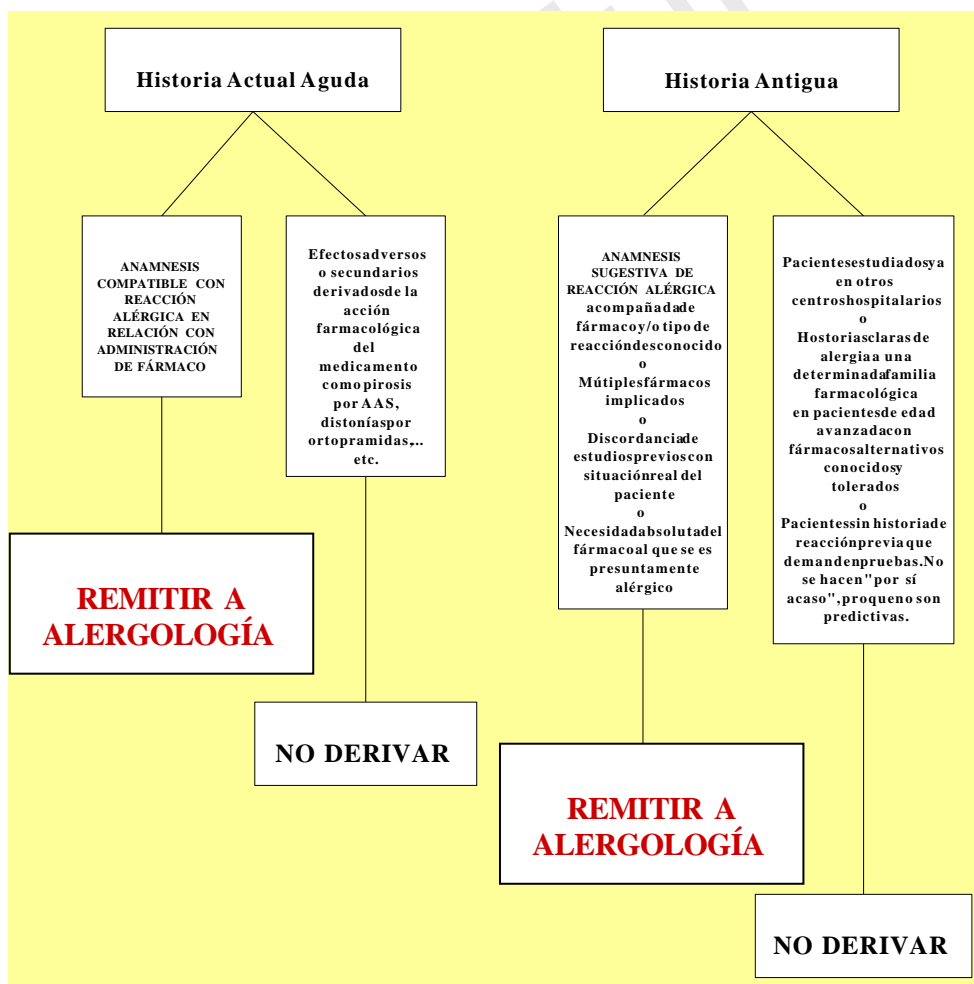
F) ¿Desaparecieron los síntomas una vez suspendida la administración del fármaco? La persistencia de una urticaria tras varias semanas de suspender la administración del fármaco sospechoso, nos debe hacer pensar en otras posibles etiologías.

G) ¿Qué medicamentos ha tolerado el enfermo con posterioridad a la reacción presuntamente alérgica? Sobre todo los de estructura química similar, o que presentan sensibilidad cruzada con el fármaco sospechoso. Es importante que el paciente guarde el envase del medicamento presunto responsable de la reacción.

Conducta a seguir ante estos pacientes

1º Resolver el problema clínico actual de la paciente con fármacos que raramente producen reacciones alérgicas, al desconocer cual fue el medicamento presuntamente implicado

2º Derivar el paciente hacia la consulta de Alergología del área de sanitaria para completar el estudio. En 1997 se firmó en la Dirección General del INSALUD el Consenso de actuación entre Atención Primaria y Atención Especializada en Alergología por el que se establecían las pautas de derivación en las enfermedades de etiología alérgica. Dicho acuerdo fue rubricado por los representantes de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria. El algoritmo de derivación correspondiente a la alergia a medicamentos se detalla en la siguiente figura 1



Puede consultar las **Unidades Asistenciales de Alergología** de la Región de Murcia en: www.alergomurcia.com

Para facilitar el estudio alergológico, es conveniente recoger en la Hoja de Interconsulta una serie de datos:

- * Identificación de la reacción como presuntamente alérgica.
- * Relación detallada de todas las drogas prescritas al paciente en el momento de iniciarse las manifestaciones clínicas.
- * Concienciar al paciente de la importancia que tiene el que conserve celosamente los cartones/prospectos con los nombres comerciales de los fármacos implicados.
- * Relación de fármacos que el paciente ha tolerado con posterioridad a la reacción, sobre todo, los de estructura química similar o que puedan presentar reactividad cruzada con el sospechoso.

Bibliografía recomendada

1. Hernández García J. Manual práctico de alergia a medicamentos. Madrid: Grupo Jarpyo, 1988.
2. Evidence-Based Commentary (Disease Management of drug hypersensitivity: a practice parameter: Articles). Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83: 1-39.
3. Vervloet D, Durham S. ABC of allergies. Adverse reactions to drugs. BMJ 1998; 316: 1511-4.
4. Negro Alvarez JM, Miralles López JC, Félix Toledo R, Navarro Garrido C, de Lara Chacón E, Hurtado T. ABC de la Alergología en Atención Primaria. SEMERGEN 2002; 28: 9: 489-95.

José M^a Negro Alvarez

Sección de Alergología. H.U. "Virgen de la Arrixaca". Murcia (España).
Profesor Asociado de Alergología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia (España).

Juan Carlos Miralles López

Unidad de Alergología del Hospital general Universitario. Murcia (España).
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Alergología.

Fecha última actualización: marzo 2004

© 2004 AlergoMurcia

Este folleto proporciona una visión general de este problema y puede no ser aplicable a todo el mundo.

Tiene permiso para reproducir este material cuando sea con un objetivo educativo y sin ánimo de lucro. Solicite permiso por escrito si lo requiere para otros usos, incluidos usos electrónicos.