

ALERGIA A MEDICAMENTOS

Carlos D. Serrano Reyes, M.D. - Alergólogo

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas por medicamentos constituyen un motivo de consulta muy común. Se sabe que los fármacos causan reacciones hasta en 17% de las personas tratadas ambulatoriamente. Según un estudio reciente, estas reacciones son la causa de 4.7% del total de hospitalizaciones.

Una reacción adversa medicamentosa es un evento no deseado que ocurre tras la administración de un fármaco. Las reacciones adversas a medicamentos pueden ser de cuatro tipos: inespecíficas, dependientes de sus mecanismos de acción farmacológicos, idiosincrásicos y alérgicos. Las reacciones inespecíficas son las que se presentan con síntomas poco claros como mareo, dolor de cabeza, malestar, etc. Una causa ordinaria de ellas sucede en las consultas odontológicas y es el mareo y posterior desmayo que se produce al aplicar una inyección en la boca. Muchas veces, este síntoma no corresponde a una alergia sino a una reacción del sistema nervioso conocida como síncope vasovagal, y que se explica por la angustia, el nerviosismo y el dolor que causa este procedimiento en el paciente.

Las reacciones que dependen del mecanismo de acción de los fármacos son aquellas en las cuales los signos o síntomas adversos son esperables y están bien definidos. Ejemplos importantes son la gastritis inducida por los antiinflamatorios o la somnolencia inducida por algunos antihistamínicos.

En otras ocasiones, las reacciones no se explican ni por el mecanismo de acción del fármaco ni por la presencia de alergia. Estas reacciones se denominan “idiosincrasias”, término que se refiere a una reacción inesperada y exagerada.

De todas las reacciones que producen los fármacos sólo 10% corresponden a hipersensibilidad (alergia), mientras que 90% se pueden explicar por los otros mecanismos. En este sentido, es muy importante diferenciar cuándo una reacción es alérgica y cuándo no lo es. Para esto es fundamental hacer una buena historia clínica y un correcto protocolo diagnóstico.

El objetivo de este artículo es explicar cuando se sospecha, cómo se puede hacer un diagnóstico correcto, cuáles son los fármacos más frecuentemente implicados, los factores de riesgo, y qué se debe hacer con un individuo a quien se le ha diagnosticado una alergia a medicamentos.

¿CUÁNDO SOSPECHAR UNA ALERGIA A MEDICAMENTOS?

Las alergias inducidas por fármacos pueden ser de dos tipos: inmediatas o retardadas. Las primeras corresponden al desarrollo de urticaria (ronchas y picazón), angioedema (hinchazón), broncoespasmo (dificultad respiratoria), o incluso choque o colapso cardiovascular, que suceden dentro de la primera hora de haber ingerido un medicamento (Figura 1). Las retardadas son las que ocurren después de una hora. No obstante, es frecuente que estas últimas se presenten entre pocos días y 8 semanas de iniciado éste. Las reacciones retardadas son producidas por un mecanismo distinto al de la alergia clásica y generalmente se manifiestan como brotes o salpullidos que pueden rascar o no (Figura 2).

En los casos más graves puede haber además fiebre y compromiso de órganos internos como el hígado, el riñón o el pulmón. Cualquiera de las manifestaciones anteriores, deben hacer sospechar la presencia de una reacción alérgica inmediata o retardada según sea el caso.

Al igual que en cualquier condición médica, la historia clínica es la herramienta más importante para hacer un diagnóstico certero de alergia a medicamentos. Un individuo que consulte por sospecha de una reacción adversa a un medicamento se debe interrogar sobre antecedentes de reacciones previas, el motivo por el cual se le prescribió el fármaco implicado, la dosis prescrita, el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo del fármaco y la aparición de la reacción, el tiempo transcurrido entre la reacción y la consulta a su médico, el tratamiento administrado para el manejo de la reacción, y la tolerancia posterior a otros medicamentos o incluso al fármaco implicado.

De acuerdo con todos estos datos se decidirá el protocolo diagnóstico por seguir.

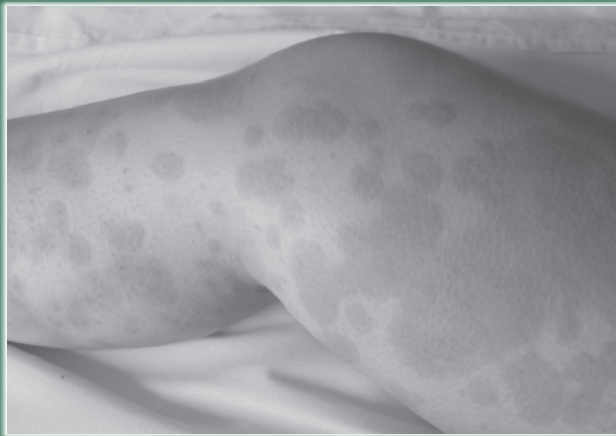


Figura 1
Urticaria aguda tras la ingesta de amoxicilina

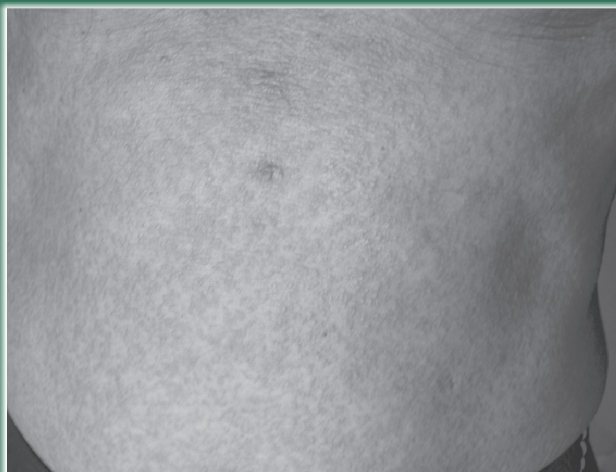


Figura 2
Brote (salpullido) en el tronco, de aparición tardía relacionado con el uso de carbamazepina

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA ALERGIA A MEDICAMENTOS?

Aparte de obtener una información precisa, existen una serie de procedimientos que se deben realizar ordenada y metódicamente con el fin de confirmar o descartar con certeza la presencia de alergia. El proceso diagnóstico no se debe efectuar antes de cuatro semanas de presentada la reacción debido a que existiría una alta posibilidad de obtener un resultado poco fiable. A continuación se describen en secuencia los diversos métodos utilizados para llegar a la confirmación o el descarte definitivo de la alergia a medicamentos.

Pruebas cutáneas de alergia

Las únicas pruebas para el estudio de la alergia a medicamentos que están totalmente estandarizadas son las de la penicilina y algunos de sus derivados. No obstante, las pruebas cutáneas se pueden aplicar a casi todos los fármacos, con unas diluciones pre-establecidas y una metodología correcta.

Es muy importante mencionar que no se indican las pruebas en un individuo que no tenga una historia clínica sugestiva de reacción porque no pueden predecir la presencia de una reacción futura. Por ello, la prueba de penicilina que se hace de rutina en los servicios de urgencias no tiene ninguna utilidad debido a que casi todos los sujetos a quienes se les practica no tienen historia de reacciones previas. Además, esta prueba no está estandarizada, ni se hace siguiendo los pasos establecidos en los consensos internacionales. De este modo, ante la presunción de alergia, al paciente lo debe valorar un médico especialista en alergología.

Pruebas en sangre

Para algunos fármacos hoy en día se dispone de pruebas para detectar anticuerpos específicos en una muestra de sangre del paciente. Cuando están disponibles, estas pruebas sirven como complemento a las pruebas cutáneas.

Prueba de provocación farmacológica

Constituye la “prueba de oro” para descartar o confirmar la presencia de alergia. Se ordena en aquellos individuos con historia sugestiva de reacción alérgica y en quienes las pruebas cutáneas y en sangre (si estaba indicada su realización), hayan sido negativas. Otra indicación importante es verificar la tolerancia a fármacos alternativos cuando se confirme la presencia de alergia a un determinado medicamento, o cuando existan reacciones con varios fármacos del mismo grupo. Este último caso ocurre frecuentemente con la

aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno, el diclofenaco, la dipirona, etc.

La provocación farmacológica consiste en administrar dosis crecientes de un fármaco a intervalos determinados. La vía más utilizada es la oral, pero para ciertos fármacos que no tienen presentación de tabletas, cápsulas o jarabes, se puede usar otra vía (por ejemplo, subcutánea o intramuscular). Luego de administrar la última dosis, el paciente debe permanecer en observación por un tiempo prudencial hasta que se verifique la ausencia de reacciones. Antes de cada dosis se deben monitorizar los signos vitales, la capacidad pulmonar por medio de una espirometría, y se debe examinar de modo minucioso al paciente en busca de brotes, ronchas (urticaria) o hinchazón. Las dosis por administrar ya están preestablecidas para la mayoría de los fármacos.

La provocación farmacológica está contraindicada en los individuos con historia de reacciones graves, en los que tengan pruebas cutáneas o en sangre positivas al fármaco implicado, o en aquellos con edad avanzada o que tomen de rutina fármacos que puedan interferir con la respuesta a los medicamentos que se usan para el tratamiento de las reacciones alérgicas (por ejemplo, betabloqueadores como el metoprolol o el propranolol).

La provocación se considerará positiva siempre que se reproduzca la reacción original y negativa en caso que no se presente ninguna reacción. Es muy importante saber diferenciar entre síntomas sugestivos de reacción alérgica y síntomas de otro tipo.

¿CUÁLES SON LOS FÁRMACOS QUE MÁS PROVOCAN ALERGIA?

Reacciones inmediatas

Aunque los antibióticos y los AINES son los medicamentos más frecuentemente implicados en las reacciones inmediatas, y por ende ameritan una mayor atención, se debe enfatizar que cualquier fármaco puede producir una reacción de este tipo.

Un grupo de agentes especialmente importante debido a la rápida instauración y a la gravedad de las reacciones que producen son los medios de contraste yodados, los cuales se utilizan en diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Reacciones retardadas

Los fármacos más comunes en este tipo de reacciones son los anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina,

fenobarbital), las sulfas (trimetropinsulfa, dapsone), la minociclina, la penicilina y derivados, y algunos fármacos específicos para el tratamiento del SIDA. No obstante, hay que resaltar que al igual que en las reacciones inmediatas, cualquier fármaco puede potencialmente causar cualquier tipo de reacción.

¿QUÉ FACTORES DE RIESGO EXISTEN PARA DESARROLLAR REACCIONES A MEDICAMENTOS?

Los factores de riesgo para el desarrollo de alergia a fármacos no se han establecido claramente. No obstante hay algunas condiciones que merecen ser comentadas:

Historia familiar

Hasta el momento no existen estudios que demuestren que la alergia a fármacos se puede heredar. No obstante, algunos enfermos con alergia específica a un determinado fármaco, refieren que uno de sus ascendientes también la padece.

Alergia a otros fármacos

Un individuo alérgico a un medicamento no tiene un riesgo mayor de presentar reacciones a fármacos de otros grupos químicos diferentes. Sin embargo, sí tiene un riesgo más alto de presentar alergia a fármacos relacionados. Una anotación especial debe hacerse con los medios de contraste donde la historia de reacciones a otros fármacos sí constituye un factor de riesgo para reacciones con ellos.

Alergias de otros tipos

Aunque la presencia de sensibilización a alérgenos ambientales y/o alimentarios se ha propuesto como factor de riesgo para reacciones a medicamentos, no existe una evidencia demostrativa de esto.

Historia de asma

Constituye un factor de riesgo mayor para la presencia de reacciones a medios de contraste. Del mismo modo, es un factor de riesgo para presentar reacciones con AINES, aunque la predisposición a reaccionar con estos fármacos depende más de la severidad del asma (entre más severa, más riesgo), de la presencia concomitante de rino-sinusitis crónica y pólipos nasales y de la edad del paciente (más común en asmáticos adultos). En este sentido, no todo asmático debe evitar el consumo de AINES, pero sí se debe evaluar el riesgo antes de prescribirlos.

Uso concomitante de otros fármacos

Los betabloqueadores (propranolol, metoprolol) o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

(IECAS), no predisponen más a reacciones alérgicas, pero el tratamiento de una reacción puede ser más difícil en su presencia, especialmente si es severa.

Marcadores genéticos

Recientemente se han identificado algunos marcadores genéticos que pueden representar un aumento en el riesgo de presentar alergias a fármacos específicos. Esto se ha definido bien para el alopurinol (que se emplea en el manejo del ácido úrico elevado), la carbamazepina (anticonvulsivante) y el abacavir (para el tratamiento de la infección por el VIH). Es muy posible que en el futuro se tengan marcadores genéticos específicos para múltiples medicamentos y éstos estén disponibles en cualquier laboratorio.

¿QUÉ SE DEBE HACER CON UN INDIVIDUO ALÉRGICO A MEDICAMENTOS?

Una vez hecho el diagnóstico de alergia a un determinado fármaco, éste se debe evitar de forma estricta. Si dicho fármaco es de uso crónico o frecuente

se le debe proporcionar una opción terapéutica alternativa con efecto similar.

Es recomendable que los fármacos del mismo grupo farmacológico o con estructura química similar, se eviten hasta que su tolerancia no sea comprobada por el alergólogo o hasta que no haya un concepto favorable a su uso por parte del mismo. Muchas veces se debe recurrir a la provocación farmacológica para comprobar la tolerancia a un fármaco alternativo.

En caso que el fármaco al cual se es alérgico sea necesario para tratar alguna condición y no se disponga de alternativas viables, se debe proceder a un protocolo de desensibilización, que consiste en inducir la tolerancia a un medicamento mediante la administración progresiva y muy fraccionada de la dosis convencional.

Este protocolo, al igual que la provocación, se debe realizar siempre en ambiente hospitalario, nunca en el hogar.

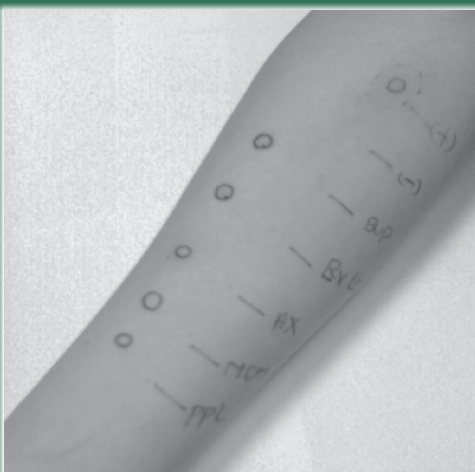


Figura 3
Ejemplo de pruebas cutáneas con medicamentos.
En este caso, positividad a la amoxicilina (AX)

Comité Editorial:

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg | • Dr. Paulo José Llinás | • Dra. Marisol Badiel | • Dra. Sonia Jiménez Suárez |
| • Dra. Yuri Takeuchi | • Dr. Jaime Orrego | • Dr. Carlos Alberto Cañas | • Dra. Karen Feríz |
| • Dra. Diana Prieto | • Dr. Jorge Madrián | • Dr. Carlos Serrano Reyes | • Enfermera Ma. Elena Mosquera |
| • Dr. Pablo Barreto | | | |

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fevl.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAÍS
El Diario de nuestra gente

**FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

**FUNDACION AYUDEMOS**
ALICE ECHAVARRIA DE GARCÉS