

Continuamos acercándoles a los lectores un breve comentario de varios artículos de publicación reciente para su lectura de acuerdo al interés individual.

Reactividad cruzada y tolerabilidad de las cefalosporinas en pacientes con hipersensibilidad inmediata a penicilinas

(Ann Intern Med. 2004;141:16-22). Las penicilinas constituyen la principal causa de hipersensibilidad por drogas mediada por IgE. Usualmente se evita el uso de cefalosporinas en estos pacientes por el temor a reacciones cruzadas, dado que ambos antibióticos presentan un anillo betalactámico. Al no estar claramente definida la utilidad de las pruebas cutáneas para cefalosporinas en este contexto, se decidió realizar este estudio prospectivo para evaluar el uso de cefalosporinas en pacientes con alergia documentada a la penicilina (antecedentes de shock anafiláctico o urticaria y prueba cutánea positiva para penicilina). Un total de 128 sujetos fueron evaluados con prueba cutánea para cefalotina, cefamandole, cefuroxima, ceftazidima, ceftriaxona y cefotaxime. Los pacientes con pruebas negativas para las últimas cuatro fueron sometidos a una prueba de desafío con cefuroxima y ceftriaxona. En 14 pacientes (10,9%; IC 95% 6,1% a 17,7%) se observó reactividad cruzada (prueba cutánea positiva). Los sujetos con pruebas cutáneas negativas presentaron buena tolerancia a la prueba de desafío con cefalosporinas sin reacciones alérgicas (tolerabilidad 100%). Algunas limitaciones de este último enunciado radica en que 22 pacientes se negaron a realizar la prueba de desafío y que estas pruebas no se efectuaron con dosis plena de antibiótico. Estos resultados avalan el consejo de no usar cefalosporinas en pacientes con alergia mayor a penicilina, dada la posibilidad de presentar reacción cruzada. En aquellos sujetos que especialmente requieran una cefalosporina, se aconseja realizar la prueba cutánea seguida de un desafío graduado.

Prevención de nefropatía inducida por contraste con bicarbonato de sodio

(JAMA 2004;291:2328-2334). La nefropatía inducida por contraste sigue siendo una complicación frecuente de los estudios por imágenes que utilizan contraste endovenoso. Múltiples estrategias fueron utilizadas para prevenirla. Se observaron beneficios con el uso de N-acetilcisteína y la hemofiltración, siendo esta última una alternativa muy costosa. El daño provocado por la formación de radicales libres en la médula renal podría prevenirse alcalinizando la orina con soluciones de bicarbonato. Con esta hipótesis se realizó un estudio aleatorizado y controlado en pacientes sometidos a estudios ambulatorios programados con contraste endovenoso, comparando la infusión de 154 meq/L de solución de cloruro de sodio con la infusión de 154 meq/L de bicarbonato de sodio (3 ml/kg desde 1 hora antes del contraste y 1 ml/kg hasta 6 horas después). Se definió nefropatía como el aumento de la creatinina en un 25% en los dos días posteriores al estudio. Se incluyeron un total de 119 pacientes y el estudio más frecuente fue el cateterismo cardíaco. Se observó nefropatía en el 13,6 % de los pacientes del grupo de cloruro de sodio y en el 1,7% de aquellos que recibieron bicarbonato, mostrando una diferencia significativa ($P = 0,02$), lo que obligó a suspender el estudio precozmente. Como conclusión se demostró la utilidad en la prevención de nefropatía por contraste utilizando bicarbonato de sodio, aunque dado el bajo número de pacientes sería apropiado confirmarlo con un estudio multicéntrico de mayor tamaño.

Aspirina (AAS) y clopidogrel comparado con clopidogrel solo luego del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico reciente o el ataque isquémico transitorio (AIT) en pacientes de alto riesgo (MATCH): estu-

dio aleatorizado, doble ciego, controlado contra placebo

(The Lancet 2004;364:331-337). La terapia antiplaquetaria forma parte de la prevención secundaria de eventos isquémicos cerebrales. Se realizó este estudio para evaluar si brinda mayor beneficio el agregado de AAS al clopidogrel en la prevención de estos eventos en pacientes de alto riesgo. Se incluyeron 7599 sujetos con antecedente de ACV o AIT en los 3 meses previos, y uno o más de los siguientes factores de riesgo: angina de pecho, diabetes, enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio previo o ACV previo. Los pacientes recibieron 75 mg de clopidogrel más 75 mg de AAS o 75 mg de clopidogrel y placebo. El objetivo primario estaba compuesto por los siguientes eventos: infarto agudo de miocardio, ACV, muerte de origen vascular, y reinternación de causa isquémica (angina de pecho, AIT, desmejoría en la enfermedad arterial periférica). En el grupo que recibió AAS el 15,7% alcanzó el objetivo primario, mientras que en el grupo que recibió placebo lo hizo el 16,7% (reducción del riesgo relativo 6,4%; IC95% -4,6 a 16,3 y reducción del riesgo absoluto 1%, -0,6 a 2,7, p NS). El número de sangrados con amenaza de vida fue superior en el grupo con AAS (2,6% contra 1,3%, incremento del riesgo absoluto 1,3%, IC95% 0,6 a 1,9). El número de sangrados mayores fue también mayor en el grupo con AAS, sin registrarse un aumento en la mortalidad. En conclusión, el agregado de AAS al clopidogrel en la prevención secundaria en pacientes con eventos isquémicos cerebrales recientes no se asocia a una reducción significativa en la aparición de nuevos eventos, pero sí aumenta el número de sangrados mayores y sangrados con amenaza de vida. El estudio no resuelve el problema en la elección del fármaco adecuado en la prevención secundaria, ya que no se evaluó la AAS sola ni el dipiridamol.

Tasa de hiperkalemia luego del Estudio Aleatorizado para la Evaluación de Aldactone (RALES)

(NEJM 2004;351:543-551). El giro en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) comenzó con el manejo neurohormonal con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), beta bloqueantes y antagonistas de la aldosterona (espironolactona). El estudio RALES demostró en 1999 una disminución en la morbimortalidad en los pacientes con IC severa al incluir a la espironolactona en el tratamiento. Dado que quienes presentan IC están habitualmente medicados con IECA y suplementos de potasio, puede existir hiperkalemia cuando se utilizan las drogas conjuntamente. Para evaluar la incidencia de hiperkalemia luego de la publicación del RALES, se realizó un análisis poblacional del sistema de salud de Ontario, Canadá. Se tomaron las prescripciones de espironolactona e IECA, y las internaciones por IC e hiperkalemia en más de 1,3 millones de adultos mayores de 66 años entre 1994 y 2001. Se observó un aumento en la prescripción de espironolactona de 34/1000 (1994) a 149/1000 (2001), ($P < 0,001$), y un aumento en las internaciones por hiperkalemia de 11/1000 a 24/1000 ($P < 0,001$). La mortalidad asociada a hiperkalemia aumentó de 0,3/1000 a 2/1000 ($P < 0,001$). Muchos de estos casos probablemente hayan sido relacionados al uso concomitante de fármacos que aumentan la kalemia, el inadecuado seguimiento clínico y de laboratorio, al uso de estas drogas en pacientes con mayor predisposición a estas complicaciones (diabéticos, insuficientes renales) y al uso de dosis elevadas en forma poco juiciosa. Un seguimiento más estricto y un uso más racional de la espironolactona probablemente permitirán reducir estas complicaciones.

Dr. Matías Maskin [Residente Medicina Interna, Instituto Universitario CEMIC]

Dr. Alejandro Abbate [Profesor Asistente y Coordinador de la Carrera de Especialización y Residencia de Medicina Interna - Instituto Universitario CEMIC]