

LA GESTIONE E LA PRESA IN CARICO DELLE REAZIONI ALLERGICHE

ALESSIA ZARDINI
INFERMIERA U.O. ONCOLOGIA
OSPEDALE S. CUORE DON CALABRIA NEGRAR

Le reazioni allergiche vengono classificate in:

- ❖ REAZIONI INFUSIONALI
- ❖ REAZIONI ALLERGICHE DA IPERSENSIBILITA'
- ❖ REAZIONI ANAFILATTICHE

GESTIONE DELLE REAZIONI INFUSIONALI

I sintomi includono:

- ❖ VAMPATE DI CALORE;
- ❖ ERUZIONI CUTANEE;
- ❖ FEBBRE;
- ❖ MANCANZA DI RESPIRO;
- ❖ VARIAZIONI DELLA TA;
- ❖ MAL DI SCHIENA;
- ❖ BRIVIDI.

GESTIONE DELLE REAZIONI INFUSIONALI

- ❖ ISTRUZIONE DEL PAZIENTE: POSSIBILITA' CHE SI PRESENTI LA REAZIONE E SEGNI E SINTOMI;
- ❖ STOP INFUSIONE E RISOLUZIONE DEI SINTOMI;
- ❖ FARMACO TOLLERATO AD UNA VELOCITA' PIU' BASSA;
- ❖ TERAPIA CON CORTICOSTEROIDEI E ANTISTAMINICI.

GESTIONE DELLE REAZIONI ALLERGICHE DA IPERSENSIBILITA'

I sintomi includono:

- ❖ ERUZIONI CUTANEE;
- ❖ EDEMA;
- ❖ DISPNEA;
- ❖ SINCOPE;
- ❖ DOLORE TORACICO;
- ❖ TACHICARDIA;
- ❖ ORTICARIA/PRURITO;
- ❖ VARIAZIONI TA;
- ❖ NAUSEA/VOMITO;
- ❖ BRIVIDI;
- ❖ CAMBIAMENTI DELLA FUNZIONALITA' INTESTINALE.

GESTIONE DELLE REAZIONI ALLERGICHE DA IPERSENSIBILITA'

Sono più a rischio:

- ❖ REINTRODUZIONE DEL FARMACO;
- ❖ FARMACO SOMMINISTRATO PER VIA ENDOVENOSA;
- ❖ PAZIENTI ALLERGICI O CON PRECEDENTI REAZIONI;

GESTIONE DELLE REAZIONI ALLERGICHE DA IPERSENSIBILITA'

- ❖ ISTRUZIONE DEL PAZIENTE: POSSIBILITA' CHE SI PRESENTI LA REAZIONE E SEGNI E SINTOMI;
- ❖ STOP INFUSIONE E MONITORAGGIO DEI SINTOMI;
- ❖ RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI – VALUTAZIONE OSSIGENO TERAPIA;
- ❖ SU PRESCRIZIONE MEDICA: ANTISTAMINICI E CORTICOSTEROIDEI;
- ❖ VALUTAZIONE ESPERTO ALLERGOLOGO PRIMA DI SOMMINISTRARE NUOVAMENTE IL FARMACO;
- ❖ DESENSIBILIZZAZIONE.

GESTIONE DELLE REAZIONI ANAFILATTICHE

- ❖ E' RARA;
- ❖ COLLASSO CARDIOVASCOLARE E PERICOLO PER LA VITA;
- ❖ STOP INFUSIONE – PROCEDURE DI RIANIMAZIONE
- ❖ DESENSIBILIZZAZIONE

FARMACI CHE CAUSANO PIU' FREQUENTEMENTE REAZIONI AVVERSE

- ❖ I DERIVATI DEL PLATINO (oxaliplatino, cisplatino, carboplatino ...);
- ❖ I TAXANICI (docetaxel, paclitaxel ...);
- ❖ DOXORUBICINA LIPOSOMIALE.

LINEE GUIDA NCCN

- ❖ LE PRESCRIZIONI DA METTERE IN ATTO IN CASO DI REAZIONE GRAVE DEVONO ESSERE SCRITTE PER GARANTIRE UN INTERVENTO IMMEDIATO NEL CASO IN CUI SI VERIFICHINO LA REAZIONE AVVERSA.
- ❖ CONSIGLIATO È L'UTILIZZO DELL'ADRENALINA PER VIA INTRAMUSCOLARE IN PAZIENTI IPOTESI (SISTOLICA < 90 MMHG) CON O SENZA SINTOMI DA REAZIONE ALLERGICA SUBITO DOPO QUALSIASI FARMACO CHEMIOTERAPICO.

NELLA NOSTRA
UNITA' OPERATIVA



NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

- ❖ IL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO È PREPARATO A GESTIRE LA REAZIONE AVVERSA;
- ❖ IL PAZIENTE VIENE INFORMATO DELLA POSSIBILITÀ D'INSORGENZA DELLA REAZIONE E DEI SEGNI E SINTOMI.

NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

IN CASO SI VERIFICHI LA REAZIONE:

- ❖ IL TRATTAMENTO VIENE SOSPESO IMMEDIATAMENTE DALL'INFERMIERE;
- ❖ VIENE AVVISATO L'ONCOLOGO DI RIFERIMENTO IL QUALE VIENE A VISITARE IL PAZIENTE E PRESCRIVE AL MOMENTO LA TERAPIA DA METTERE IN ATTO.
- ❖ L'INFERMIERE RILEVA I PARAMETRI VITALI E MONITORIZZA IL PAZIENTE E I SEGNI E SINTOMI.

NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

- ❖ SE SI TRATTA DI UNA REAZIONE INFUSIONALE IL FARMACO VIENE RIPRESO ALLA REGRESSIONE DEI SINTOMI AD UNA VELOCITÀ PIÙ LENTA.
- ❖ SE SI TRATTA DI UNA REAZIONE ALLERGICA DA IPERSENSIBILITÀ O DI UNA REAZIONE ANAFILATTICA VIENE INVIATA UNA SEGNALAZIONE ALLA FARMACIA CENTRALE DELL'OSPEDALE.

NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

- ❖ NEL CASO SI SHOCK ANAFILATTICO VENGONO ATTIVATE LE PROCEDURE D'EMERGENZA, SI RECUPERA IL CARRELLO DELLE URGENZE, SI AVVERTE L'ANESTESISTA E IL MEDICO ONCOLOGO DI RIFERIMENTO.

NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

OSPEDALE S.CUORE-DON CALABRIA (Negrar - VR) FARMACIA INTERNA		Scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa		Pag 1 di 1	
(Mcom4 4 Rev.1 del 11-03-2004)					
SCHEDA UNICA DI SEGNALAZIONE DI SOSPETTA REAZIONE AVVERSA (ADR) (Da compilarsi a cura dei medici o degli altri operatori sanitari e da inviare al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza)					
1. Iniziali del paziente	2. Data di nascita	3. Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Data insorgenza reazione	5. Origine etnica	Cod. Ministero Sanità
6. Descrizione delle reazioni ed eventuale diagnosi*			7. Gravità della reazione <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Ospedalizzazione o prolungamento ospedatiz. <input type="checkbox"/> Invalidità grave o permanente <input type="checkbox"/> Ha messo in pericolo la vita <input type="checkbox"/> Anomalie congenite/deficit nel neonato <input type="checkbox"/> NON GRAVE		
8. Eventuali esami di laboratorio rilevanti per ADR: riportare risultati e date in cui gli accertamenti sono stati eseguiti			9. Esito <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE COMPLETA ADR IL _____ <input type="checkbox"/> RISOLUZIONE CON POSTUMI <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO <input type="checkbox"/> REAZIONE INVARIATA O PEGGIORATA <input type="checkbox"/> DECESSO AVVENUTO IL _____ <input type="checkbox"/> Dovuto alla reazione avversa <input type="checkbox"/> Il farmaco può aver contribuito <input type="checkbox"/> Non dovuto al farmaco <input type="checkbox"/> Causa sconosciuta <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE		
10. Azioni intraprese: specificare			In caso di sospensione compilare i campi da 16 a 19		
Informazioni sul farmaco					
11. Farmaco(i) sospetto(i) (Nome specialità medicinale)*		12. Lotto		16. Il farmaco è stato sospeso? A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
A) _____		_____		17. La reazione è migliorata dopo la sospensione? A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
B) _____		_____		18. Il farmaco è stato ripreso? A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C) _____		_____		19. Sono ricomparsi i sintomi dopo la risomministrazione? A) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO B) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO C) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
* nel caso di vaccini specificare anche il numero di dosi e/o di richiami e l'ora di somministrazione					
13. Dosaggio(i) giornaliero(i)		14. Via di somministrazione		15. Durata della terapia	
A) _____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____	
B) _____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____	
C) _____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____		_____ dal _____ al _____	
20. Indicazioni o altro motivo per cui il farmaco è stato usato					
A) _____		B) _____		C) _____	
21. Farmaco(i) concomitante(i), dosaggio, via di somministrazione, durata del trattamento					
22. Uso concomitante di altri prodotti a base di piante officinali, omeopatici, integratori alimentari, ecc. (specificare)					
23. Condizioni concomitanti e/o predisponenti (se il farmaco sospetto è un vaccino riportare l'anamnesi ed eventuali vaccini somministrati nelle 4 settimane precedenti la somministrazione)					
Informazioni sul segnalatore					
24. Qualifica del segnalatore <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale <input type="checkbox"/> Specialista <input type="checkbox"/> Pediatra di Libera Scelta <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero <input type="checkbox"/> Altro			25. Dati del segnalatore (Nome e cognome, indirizzo, telefono e fax, e-mail)		
26. Data di compilazione			27. Firma		
28. Codice USL			29. Firma del responsabile di Farmacovigilanza		

NELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

- ❖ SE UN PAZIENTE È IN TRATTAMENTO CON UN TAXANO, ALLA PRIMA E SECONDA SOMMINISTRAZIONE L'INFERMIERE NON SI ALLONTANA DAL PAZIENTE NEI PRIMI 15 MINUTI DALL'INIZIO DEL FARMACO, PER GARANTIRE UN INTERVENTO IMMEDIATO IN CASO DI REAZIONE AVVERSA;
- ❖ PER PREVENIRE LE REAZIONI PRIMA DI SOMMINISTRARE IL CHEMIOTERAPICO SI ESEGUE UNA PREMEDICAZIONE CON ANTISTAMINICO E STEROIDEO;
- ❖ UTILIZZIAMO L'ADRENALINA SOLO COME FARMACO D'EMERGENZA E SU PRESCRIZIONE MEDICA;
- ❖ PER ALCUNI PAZIENTI È PREVISTA LA DESENSIBILIZZAZIONE.

DESENSIBILIZZAZIONE

- ❖ E UN'OPZIONE PER PAZIENTI CHE HANNO GIA' AVUTO REAZIONI ALLERGICHE;
- ❖ SI TRATTA DI UN PROCESSO CHE CONSENTE AL PAZIENTE DI RISPONDERE CON MINOR PROBABILITA' AD UN ALLERGENE.

DESENSIBILIZZAZIONE

- ❖ PROTOCOLLO DI DESENSIBILIZZAZIONE PER PAZIENTI CON TUMORE DELL'OVAIO E DELLA MAMMELLA IN TRATTAMENTO CON:
 - CARBOPLATINO;
 - PACLITAXEL;
- ❖ PROCEDURA IN AMBIENTE PROTETTO (T.I.);
- ❖ PAZIENTE E INFERMIERE ESPERTO (RAPPORTO 1/1).

DESENSIBILIZZAZIONE

- ❖ VIENE ESEGUITA UNA PREMEDICAZIONE CON TERAPIA STEROIDEA;
- ❖ IL FARMACO VIENE SOMMINISTRATO IN 5 STEP E SU 5 DILUZIONI DEL FARMACO IN RAPPORTO:

✓	STEP A	1/100000	in 1 ora
✓	STEP B	1/1000	in 1 ora
✓	STEP C	1/100	in 1 ora
✓	STEP D	1/10	in 1 ora
✓	STEP E	1/1	in 1 ora

DESENSIBILIZZAZIONE

- ❖ IN TOTALE SONO STATE DESENSIBILIZZATE 11 PAZIENTI;
- ❖ NELL'ULTIMO ANNO 6 PAZIENTI; NESSUNA HA SVILUPPATO UNA REAZIONE ALLERGICA.



GRAZIE PER
L'ATTENZIONE