Caso Clínico Septiembre: El paciente VIH y el deterioro renal.

Paciente varón de 47 años diagnosticado de VIH en el año 1996. Ex−ADVP, actualmente no consume drogas ni alcohol. Fumador de un paquete de tabaco diario. HTA en tratamiento con IECA (Ramipril 5mg/24h) con mal control de cifras tensionales, cifras de colesterol elevadas en tratamiento con atorvastatina 20mg. Sobrepeso.

Seguimiento en nuestro centro desde el año 2003. Inicialmente tratamientos subóptimos debidos a problemas de adherencia y consumo de drogas. Actualmente buen cumplidor.

Co-infectado con VHC, genotipo 1a, estadio F3 (Fibroscan 12,2 Kpa). No datos de Cirrosis Hepática.

Tratamiento Actual VIH: Emtricitabina/Tenofovir + Atazanavir /Ritonavir desde abril de 2013. Desde entonces carga viral indetectable (cv <50 copias/mL) y buen estado inmunológico CD4 457 cel/mcl. No efectos adversos destacables salvo episodios de ictericia conjuntival en relación con el Atazanavir.

Se propone inicio con tratamiento frente a la Hepatitis C con Sofosbuvir/Ledispavir durante 12 semanas.

Tratamiento completo, incluyendo fármacos TAR y anti-VHC, Ramipril 5mg/24h, Atorvastatina 20mg/24h y ocasionalmente toma Naproxeno como analgésico para el dolor en una rodilla.

Excelente adherencia al tratamiento antirretroviral, no así a la medicación concomitante para la hipertensión y la dislipemia (frecuentes olvidos en la recogida de la medicación en la farmacia). El paciente afirma que no nota tener la tensión alta y que el colesterol lo va a controlar comiendo menos y no considerar importante la toma de estos fármacos.

En la analítica de control a las 4 semanas, el paciente presenta disminución del filtrado glomerular y proteinuria leve.

1.- ¿Qué factores de riesgo presenta el paciente para sufrir una alteración renal?

Los factores de riesgo para desarrollo de nefropatia en pacientes VIH se recogen en el siguiente cuadro:

-Factores Demográficos

Edad avanzada

Raza negra

Peso corporal bajo

- Factores asociados con la infección por el VIH

Replicación vírica

Cifra nadir de linfocitos CD4+ <200 células/µL

Diagnóstico previo de sida por eventos clínicos de categoría C

- Enfermedades concomitantes

Hipertensión arterial

Diabetes mellitus

Hepatitis crónica por VHC o VHB

- Uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos

Antirretrovirales: **tenofovir,** indinavir

Otros: anti-inflamatorios no esteroideos, aminoglucósidos, anfotericina B, cidofovir, cotrimoxazol, sulfadiazina, aciclovir, foscarnet

Se han identificado diversos factores de riesgo para desarrollar nefrotoxicidad con el uso de Tenofovir (TDF), entre ellos la presencia de enfermedad renal previa, la administración conjunta con otros fármacos nefrotóxicos, un peso corporal bajo, una mayor edad y un recuento bajo de linfocitos CD4 . En algunos estudios el antecedente de infecciones oportunistas, la presencia de “comorbilidad”, la HTA, la administración de AINEs , el dolor crónico

(un marcador de uso de AINEs), el uso simultáneo de ddi y la co-administración de IP potenciados se han asociado también con un mayor riesgo de nefrotoxicidad con el uso de TDF.
Los IP potenciados pueden disminuir el aclaramiento renal de TDF y favorecer su acumulación en las células del epitelio tubular
Este paciente no presenta una edad especialmente elevada y está bien controlado en lo referente al VIH. Aun así, presenta hipertensión arterial y coinfección por el virus de la Hepatitis C.
El TAR del paciente compuesto por Tenofovir y un Inhibidor de la Proteasa (IP) potenciado está incluido entre las combinaciones que pueden provocar nefrotoxicidad.
Además puede producirse una interacción con el tratamiento para la Hepatitis C ya que con esta combinación se aumenta la concentración de tenofovir. Por tanto esta combinación se debe emplear con precaución y monitorización frecuente de la función renal, si no se dispone de otras alternativas.

2.- ¿Qué parámetros no están recogidos en la historia clínica que sería imprescindible incorporar para el correcto seguimiento farmacoterapéutico?

En el caso clínico presentado no se da información sobre las resistencias y los tratamientos previos. Tampoco conocemos el estatus HLA-B 5721 del paciente. Estos apartados son muy importantes para la optimización del tratamiento antirretroviral y su ajuste al tratamiento de la Hepatitis C.

3.- ¿Qué actuaciones serían recomendables en este paciente?

Sugerir la posibilidad del cambio del TAR durante el tto de la Hepatitis C (preferentemente sustitución de TDF y empleo de inhibidores de la integrasa que no interaccionan con los fármacos prescritos para la Hepatitis C) **ABC/3TC/DOL** o ABC/3TC + RAL

Si optamos por uno de estos dos regimenes disminuiremos la complejidad del tratamiento del paciente reforzando la adherencia al tratamiento antirretroviral.

4.- ¿Qué aspectos fundamentales deben trabajarse con el paciente y el resto del equipo multidisciplinar?

Recomendar abandono del hábito tabaquito.

Incidir sobre la importancia de la adherencia a toda su terapia (medicación concomitante + recogida en el Hospital) y consecuencias de mal cumplimiento.

Señalar la importancia de informar antes de empezar a tomar nuevos fármacos u otras sustancias con potencial interacción.