Caso Clínico Octubre: Atención Farmacéutica al paciente en tratamiento frente a VHC

Paciente mujer de 56 años diagnosticada de VHC en el año 2012. Probable infección por transfusión de derivados plasmáticos durante el parto en 1982. Hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con Levotiroxina. Cifras tensionales correctas, colesterol controlado con dieta baja en grasas e hipolipemiante. Tiene tratamiento prescrito para la osteoporosis En los últimos meses presenta problemas de insomnio y ánimo depresivo por problemas económicos en su entorno.

Seguimiento en nuestro centro desde su diagnostico donde hay signos de hepatopatía crónica e hipertensión portal. Genotipo 1a ILB28 TC, estadio F4 (Fibroscan 26.3Kpa). En mayo de 2014 realizó tratamiento con triple terapia basada en PegInterferon2a, Ribavirina y Boceprevir. La paciente sufrió anemia y plaquetopenia durante el tratamiento y la carga viral mostró una dinámica de resistencia en la semana 8 de tratamiento con boceprevir (12 con el Lead-in) por tanto se paró el tratamiento, siendo NO respondedora a triple terapia con Boceprevir.

Se propone inicio con Sofosbuvir/Ledispavir + Ribavirina 1200mg durante 12 semanas.

La paciente presenta temor al nuevo tratamiento afirmando que durante el anterior lo pasó realmente mal ya que presentaba intolerancia a mínimos esfuerzos.

Tratamiento completo, incluyendo fármacos anti-VHC y comorbilidades: Levotiroxina 75mg/24h, Simvastatina 20mg/cena, Vit D3/Calcio /24h, Lorazepam 1mg/SP, Citalopram 10 mg/24h y ocasionalmente omeprazol 20mg/24h si dispepsia. Re-interrogamos a la paciente y nos confirma que en ocasiones toma unas hierbas

que le han recomendado en el pueblo para mejorar el estado de ánimo que se denominan “corazoncillos”

Excelente adherencia al tratamiento hipolipemiante ya que su marido sufrió un evento cardiovascular el año pasado. También al tratamiento ansiolítico que la mantiene mucho más animada y mejora su descanso. Destacar que hay varios fallos en la recogida de la levotiroxina y la paciente no toma el tratamiento preventivo de la osteoporosis porque no cree necesitarlo.

1.- ¿Qué fármaco del tratamiento frente a la Hepatitis C necesita de una mayor vigilancia? ¿Por qué? ¿Qué parámetro de laboratorio revisaremos en las visitas de seguimiento?

2.- ¿Existe alguna interacción reseñable entre la medicación nueva y la previa del paciente? En caso afirmativo, propondría alguna intervención.

3.- En ocasiones no tenemos mucha información sobre terapias alternativas y plantas medicinales. ¿Qué actitud tomaría ante esta paciente en esta primera consulta?

4.- ¿Qué aspectos fundamentales deben trabajarse con el paciente ante los temores que presenta? ¿Y el problema de adherencia selectiva?

1.- ¿Qué fármaco del tratamiento frente a la Hepatitis C necesita de una mayor vigilancia? ¿Por qué? ¿Qué parámetro de laboratorio revisaremos en las visitas de seguimiento?

El fármaco que necesita mayor vigilancia es la Ribavirina.

En los ensayos clínicos, se observó una disminución de los niveles de hemoglobina hasta < 10 g/dl en el 14 % de los pacientes adultos y en el 7 % de los niños y adolescentes tratados con ribavirina en

asociación con peginterferón alfa-2b o interferón alfa-2b. Aunque la ribavirina no ejerce efectos cardiovasculares directos, la anemia asociada al ribavirina podría resultar en un deterioro de la función cardiaca o una exacerbación de los síntomas de enfermedad coronaria, o en ambos efectos.

Ya que la paciente desarrolló anemia severa y plaquetopenia en un tratamiento previo con el mismo fármaco será necesario revisar la Hemoglobina y el recuento plaquetario.

2.- ¿Existe alguna interacción reseñable entre la medicación nueva y la previa del paciente? En caso afirmativo, propondría alguna intervención.

Consultamos las interacciones en la web http://www.hep-druginteractions.org/ y en Micromedex. En relación a las interacciones fármaco-fármaco que involucran al tratamiento frente a la hepatitis C destacamos:

-Ledipasvir/Sofosbuvir y Omeprazol: La administración conjunta puede provocar una disminución de las concentraciones de Ledipasvir con una bajada de la Cmax y el AUC de un 11% a un 4%. La concentración de sofosbuvir también puede verse afectada pero no repercute en el AUC. No se recomienda su administración antes de la toma de Ledipasvir/Sofosbuvir.

-Ledipasvir/Sofosbuvir y Simvastatina: No hay muchos estudios de esta interacción pero puede incrementar la concentración debido a la inhibición del P-gp y BCRP debido al ledipasvir. Es necesario usarlo con precaución y la menor dosis de simvastatina necesaria.

-CItalopram-Omeprazol: La administración conjunta puede provocar un incremento del riesgo del intervalo QT. Será necesario un mayor control o el cambio si la paciente necesita el uso de protectores gástricos, a ranitidina que no presenta interacciones destacables.

-Calcio/VIT D-Levotiroxina: No se debe administrar conjuntamente ya que reduce la absorción de Levotiroxina. La paciente no se toma los fármacos al mismo tiempo. La levotiroxina en el desayuno y el Calcio /Vit D al medio día.

-Citalopram-Levotiroxina: Su toma conjunta puede provocar un incremento en las necesidades de Levotiroxina. La dosis ya ha sido ajustada y la paciente presenta control de las hormonas tiroideas.

-Simvastatina-Levotiroxina: Al igual que en el anterior caso puede afectar a la eficacia de la levotiroxina. En nuestro caso la paciente está perfectamente controlada. Aunque es importante realizar un seguimiento periódico de dichos parámetros.

-Finalmente son múltiples las interacciones entre los fármacos prescritos y la hierba de San Juan ya que afecta tanto al Ledipasvir/Sofosbuvir como al citalopram, la simvastatina, el lorazepam y el omeprazol. La recomendación es contraindicación absoluta.

3.- En ocasiones no tenemos mucha información sobre terapias alternativas y plantas medicinales. ¿Qué actitud tomaría ante esta paciente en esta primera consulta?

Las plantas medicinales y las nuevas terapias alternativas pueden ser poco conocidas por los profesionales sanitarios. En nuestro caso la actitud a tomar es aconsejarle a la paciente que no tome la planta medicinal y emplazarla a la próxima consulta con Farmacia para hacer una búsqueda exhaustiva de las posibles interacciones con este tipo de terapia.

Frecuentemente existe poca información sobre ellas. En el apartado de interacciones de Liverpool tanto de VIH como de Hepatitis C vienen indicadas algunas interacciones con plantas medicinales.

Además Micromedex también ofrece esta posibilidad aunque no hay muchas plantas o terapias estudiadas.

En la página web “about Herbs” (también se puede descargar un aplicación móvil) vienen características más detalladas de algunas plantas y su interacción con fármacos citostáticos y con otros grupos de fármacos.

En nuestro caso tras una búsqueda sobre los denominados “Corazoncillos” comprobamos que en realidad se conoce como Hierba de San Juan o Hypéricum. Afortunadamente las interacciones con esta planta están muy bien descritas en la bibliografía y por tanto esta contraindicado su uso.

4.- ¿Qué aspectos fundamentales deben trabajarse con el paciente ante los temores que presenta? ¿Y el problema de adherencia selectiva?

Es bastante frecuente que los pacientes pre-tratados tanto con la biterapia Peg-interferon Ribavirina, como con los Agentes antivirales de primera generación tengan temores y dudas ya que estos tratamientos eran muy agresivos y producían gran cantidad de efectos adversos.

La actitud ante estos pacientes debe ser tranquilizadora aunque es necesario advertirle de los posibles efectos adversos de los fármacos actuales.

Sabemos que los efectos de los nuevos AAD son mínimos pero no podemos olvidar que la paciente será tratada con Ribavirina por tanto puede aparecer cansancio y la temida anemia.

En cuanto a la adherencia selectiva será importante reforzar la importancia de toda la medicación explicándole de forma asequible los efectos del fármaco que no toma adecuadamente en su organismo.