Caso Clínico Noviembre: Adherencia al tratamiento

Paciente varón de 52 años diagnosticado de VIH en el año 1991. Ex−ADVP, consumo ocasional de cocaina y heroina inhalada. Consumo de alcohol de forma habitual. Fumador de un paquete y medio de tabaco diario. Cifras tensionales elevadas a pesar del tratamiento antihipertensivo, dislipemia en tratamiento hipolipemiante.

Seguimiento en nuestro centro desde 1996. Inicialmente tratamientos subóptimos debidos a problemas de adherencia y consumo de drogas. En los últimos años controlado adecuadamente con el TAR a pesar de periodos de abandono del tratamiento coincidiendo con abuso de sustancias.

En tratamiento desde 2014 con FTC/TDF/RIL con supresión de la carga viral y adherencias en torno al 95-100%.

El paciente sufre un síndrome coronario agudo sin elevación (SCASEST) que lo mantiene ingresado durante 10 días en nuestro centro. Al alta el tratamiento completo, incluyendo su tratamiento para el VIH es: AAS 100mg/24h, Clopidogrel 75mg/24h, Atorvastatina 40mg, Ramipril 5mg, Ranitidina 300mg/24h y metadona 100mg. El paciente acude a su medico del centro de salud y este le modifica la dosis de estatina (Atorvastatina 80mg)

El paciente acude a nuestra consulta. En la aplicación de recetas observamos que el paciente ha estado recogiendo la medicación hipolipemiante y antihipertensiva regularmente en la farmacia (No está afectado por el copago debido a su baja renta). El paciente nos confirma que no tomaba el tratamiento con la atorvastatina 40mg que tenía prescrito ni el tratamiento de la tensión previamente al

accidente cardiovascular. El paciente parece no ser consciente de la gravedad de la situación que ha vivido.

1.- ¿Se podría optimizar el tratamiento antirretroviral del paciente para adaptarlo a su nueva situación?
2.- ¿Habría que realizar alguna actuación sobre la medicación concomitante al alta? ¿Y al cambio del medico de familia?
3.- ¿Qué herramientas disponemos en la consulta para mejorar la adherencia a toda la medicación prescrita?
4.- ¿Qué recomendaciones sobre el estilo de vida del paciente podemos hacer?

1.- ¿Se podría optimizar el tratamiento antirretroviral del paciente para adaptarlo a su nueva situación?

A pesar de que el paciente toma el tratamiento antirretroviral correctamente y que se trata de un régimen en un solo comprimido diario quizás podría cambiarse a un combo con un inhibidor de la integrasa como ABC/3TC/DOL ya que disminuye el perfil de interacciones y tiene una acción beneficiosa sobre el perfil lipídico que puede ayudar al tratamiento hipolipemiante.

2.- ¿Habría que realizar alguna actuación sobre la medicación concomitante al alta? ¿Y al cambio del medico de familia?

Tras la revisión de interacciones en alguna de las herramientas disponibles comprobamos que nos aparecen dos interacciones:

AAS-Tenofovir: Ya que AAS en el caso de tratamiento antiinflamatorio puede aumentar el riego de nefrotoxicidad al tomarse con tenofovir. Como el paciente tiene una dosis de 100mg antiagregante no implica este aumento de riesgo. Podemos aconsejar al paciente que no tome AINE y tome otro analgésico aunque la función renal del paciente es correcta

Ranitidina-Rilpivirina: Los anti-H2 pueden disminuir las concentraciones plasmáticas de Rilpivirina por ello se recomienda administrarlo 12h antes de esta o 4h después. Acordamos con el paciente la toma de Eviplera en la comida y la toma de Ranitidina en la cena. Insistimos en la importancia de la toma de Eviplera con alimentos.

Por último indagar si el paciente toma productos de herbolisteria, gimnasio, etc y recomendar al paciente que cualquier producto o medicamentos que tome nos lo debe consultar previamente.

3.- ¿Qué herramientas disponemos en la consulta para mejorar la adherencia a toda la medicación prescrita?

A parte de las herramientas físicas como pueden ser facilitar un planning de administración o un pastillero, es muy importante utilizar la entrevista con el paciente para generar un cambio de actitud en este y hacerle entender que igual de importante es el control del VIH del que está muy concienciado como la nueva medicación prescrita. Es necesario que el paciente reflexione sobre cómo quiere verse en un futuro para que él también quiera cambiar.

4.- ¿Qué recomendaciones sobre el estilo de vida del paciente podemos hacer?

Este paciente tiene unos hábitos de vida muy poco saludables. Presenta varias adicciones, consumo de alcohol habitual y una alimentación basada en comida rápida y productos pre-cocinados ya que con su nivel económico no puede acceder a productos frescos. Además tiene una vida sedentaria ya que está desempleado y no realiza ninguna actividad física.

Evidentemente no podemos abordar todos los problemas a la vez.

Respecto al punto de las adicciones parece que hace tiempo que no consume por tanto debemos felicitar al paciente por ello y reforzar los aspectos positivo como una mejor relación familiar.

En cuanto al consumo tabáquico se puede ofertar la consulta de deshabituación pero si conseguimos que el paciente fume progresivamente menos (pasar de 1 cajetilla y media a 1) tendremos mucho ganado. El paciente debe estar convencido de querer dejarlo y ahora parece un buen momento para recomendárselo. Lo mismo ocurre con el alcohol ya que aunque el

paciente no consume grandes cantidades para su patología cardiaca no está recomendado.

Finalmente en relación a la alimentación recomendar dieta mediterránea adaptada al nivel adquisitivo del paciente y realizar ejercicio físico suave tres veces por semana.