Caso Clínico Diciembre: Reactivación VHB

Paciente mujer de 53 años diagnosticado de Linfoma folicular grado 3A en el año 2013. No hábitos tóxicos. Vida activa sin tratamiento.

Seguimiento en nuestro centro desde su diagnóstico. Inicia tratamiento con R-CHOP ajustado a Superficie corporal (SC: 1,55).

Una semana antes del primer ciclo se solicita la serología frente al virus B y por problemas en el laboratorio se inicia el primer ciclo antes de obtener los resultados. Tras dos ciclos la paciente presenta los siguientes parámetros: Anti Hbs -, AntiHbc +, AntiHbe + y ADN viral: 166.000 UI/mL. Elevación leve de las transaminasas: AST: 32U/L y ALT: 45U/L. El filtrado glomerular es 60mL/min.

Por todo ello se deriva a la unidad de digestivo donde se decide suspender los ciclos programados hasta reducir la carga viral, comenzar tratamiento frente al virus B y un estrecho control de la carga viral.

El tratamiento elegido es Tenofovir 245mg/24h. En la consulta de atención farmacéutica se facilita la información necesaria sobre la toma del fármaco, posibles interacciones o reacciones adversas y la importancia de la adherencia al tratamiento. La paciente expresa sus dudas acerca del nuevo tratamiento ya que no entiende porque debe tomarlo si no tiene ninguna molestia relacionada con ello. Posteriormente se le da cita potenciando el acto único simultáneamente con sus visitas a Hematología y Digestivo.

1.- ¿Debería haberse puesto el fármaco sin los resultados analíticos? ¿Cree que esta práctica es frecuente?

2.- ¿Qué fármacos pueden producir reactivación del virus B?

3.- ¿Cuál es la misión del farmacéutico? ¿Donde puede obtener información sobre la reactivación del virus B?

4.- ¿Qué recomendaciones sobre la medicación serían más importantes en esta paciente?

1.- Antes de iniciar cualquier tratamiento con fármacos potencialmente inmunosupresores es obligatorio investigar la presencia de una infección por VHB mediante la determinación de HBsAg, anti-HBs y anti-HBc. En los casos con HBsAg positivo o anti-HBc positivo se debe determinar el ADN-VHB (A1).

Creo que a raiz de las recomendaciones realizadas por la Agencia Española Del Medicamento está práctica es cada vez menos frecuente. En la mayoría de Hospitales existe un protocolo de inicio de estos fármacos y se realizan las determinaciones biológicas y en caso de pacientes con HBsAg positivo o anti-HBc positivo, candidatos a recibir tratamiento, sean evaluados y preferentemente controlados por el hepatólogo.

2.- Se han descrito reactivaciones de este virus en tres grupos de pacientes: aquellos que son sometidos a quimioterapia para tumores sólidos y hematológicos, aquellos que son tratados con inmunomoduladores o tratamientos biológicos y aquellos que son sometidos a inmunosupresión por trasplante de órganos sólidos.

Entre los medicamentos que se han asociado a la reactivación del VHB se encuentran las siguientes:

•Quimioterapia tradicional: ciclofosfamida, metotrexato, mercaptopurina, fluorouracilo, gemcitabina, vinblastina, vincristina, etopósido, docetaxel, bleomicina, mitomicina, doxorubicina, epirubicina.

•Anticuerpos monoclonales: rituximab, ofatumumab, tocilizumab, ustekinumab, alemtuzumab.

•Anti-TNF: adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab.

•Corticosteroides: dexametasona, prednisona, prednisolona, metilprednisolona. Los datos disponibles actualmente sugieren que la frecuencia observada de la reactivación del VHB asociada a rituximab es superior que con la quimioterapia antineoplásica.

3.- El farmacéutico en primer lugar debe confirmar que se ha realizado la serología frente al VHB antes del inicio del fármaco. Según el resultado el paciente será derivado al servio de Digestivo donde el hepatólogo analizará si el paciente necesita profilaxis o tratamiento.

A lo largo del tratamiento debemos revisar los parámetros hepáticos.

SI el paciente es candidato a profilaxis debe iniciarse al menos una semana antes que el tratamiento y debe mantenerse al menos durante 6 o 12 meses tras la finalización del mismo.

Será misión del farmacéutico informar sobre posibles reacciones adversas, posología e interacciones farmacológicas así como fomentar la adherencia al tratamiento global.

Los documentos de consulta, a parte de la hoja informativa facilitada por la AEMPS en 2012, serán las diferentes guías de práctica clínica emitida por las asociaciones del estudio del Hígado:

-Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2012).

- EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology 57 (2012) 167–185.

-AASLD Guidelines for Treatment of Chronic Hepatitis B (2015).

4.- En este caso lo fundamental será explicar a la paciente la importancia del tratamiento frente a la Hepatitis B, la afectación hepática que puede tener este virus y la necesidad de tomar la medicación sin olvidos. Le recomendamos un sistema de alarmas en el dispositivo móvil o apps como Recuerdamed® ya que la paciente no está familiarizada con la toma de medicación diaria.

Así mismo revisar si la paciente no toma otros fármacos (incluidos productos naturales y medicina alternativa) y recomendar a la paciente que nos llame si empezara algún tratamiento nuevo.

Por otro lado, comentar la pauta posológica, informar a la paciente de las posibles reacciones adversas (alteraciones renales u óseas) aunque es un fármaco bien tolerado y recomendar fuentes de información fiable en Internet.