

Interacciones entre psicofármacos y TARV



Dr. Juan Pablo Álvarez Mendoza
Medicina Interna / Infectología

Contenido

1. Introducción e importancia del tema
2. Generalidades en interacciones farmacológicas
3. Principales fármacos y comorbilidades mentales en VIH y uso de psicofármacos
4. Detección y manejo de interacciones con la TARV
5. Conclusiones

Introducción

- Desde que se establecieron los conceptos farmacológicos en VIH, se ha tenido interés especial con las interacciones farmacológica.
- El conocer y tratar una posible interacción deletérea, asegura un éxito en el tratamiento del VIH y las enfermedades neuropsiquiátricas.
- El conocimiento de estas interacciones data de los primeros estudios que usaron un IP/r como parte del esquema de TARV a partir del año 1996.
- Muy al inicio de este estudio (AIDS 1998, 12:2365-2367), los puntos centrales a dilucidar iban dirigidos a:
 - 1.- La combinación de ARV tendrían la capacidad de pasar la BHE y ser efectivas en las manifestaciones neuro oportunistas asociadas al VIH/SIDA
 - 2.- Las interacciones con la medicación psicotrópica usada en esas fechas.
 - 3.- Conocer el perfil de EA neuropsiquiátricos de las drogas del TARV
- A lo largo de los siguientes años, se exploraron:
 - 1.- La capacidad de penetración en la BHE de los ARV innovadores
 - 2.- El aclaramiento a lo largo de su uso del reservorio del SNC
 - 3.- Si la penetración inefectiva de ciertas drogas y la perpetuación del reservorio constituían un factor de riesgo a cepas potencialmente resistentes

El conocimiento actual de las interacciones entre ARV y psicofármacos, incluyen junto a lo anterior:

1. El estudio detallado del metabolismo de la vía de los citocromos.
2. La investigación de polimorfismos genéticos que influyen las concentraciones de medicamentos.
3. La creación de fármacos y esquemas ARV libres de interacciones.
4. El refinamiento farmacológico de los psicofármacos con mejores perfiles de seguridad dirigidos a población VIH+.

Pero aun pendiente el escenario ideal de uso de ambas medicaciones, así como la creaciones de lineamientos internacionales del uso de estos fármacos en paciente con VIH tomando TARV.

Las estrategias futuras van encaminadas a precisar los cambios neuroquímicos y su relación del VIH y el entorno social de manera integral que promuevan el desarrollo de patologías mentales.

- Entendimiento del eje neurohumoral - eje neuroendocrino con especial énfasis al sistema hipofisiario/adrenal.
- Mayor actividad de región insular.
- Incremento de los niveles de oxitocina con trastornos depresivos.
- Sobreregulación de genes asociados a expresión de receptores de glucocorticoides.
- Relación de estresores tempranos en la vida, incluidos de índole de sexual como proceso que aceleran envejecimiento neuronal.
- Rol de implantación temprana de reservorio en SNC durante primoinfección por el VIH (activación CD8 y depleción en CD4).
- Mecanismos psiconeuroinmunológicos y relación eje microbioma-Intestino-cerebro.
- etc...

Las familias de medicaciones ARV tiene un potencial de metabolismo que implique el sistema de citocromos.

Históricamente se han catalogado como inductores o inhibidores de este sistema.

La medicación neuropsiquiátrica comparte este mismo proceso, por lo que la revisión de interacciones es fundamental para asegurar el éxito de ambas comorbilidades y evitar fallos de cada una.

El sistema de citocromos más relacionado con la TARV es el CYP3A4 y el CYP2 (B6, C9, C19).

El sistema de citocromos más relacionados a fármacos neuropsiquiátricos va sobre CYP 3A4, CYP2 (B6, D6) y el CYP1A2.

Generalidades

ARV drugs by drug class	CYP substrate	CYP inhibitor	CYP inducer
Protease inhibitors			
Atazanavir (ATV)	3A4	3A4, 2C8 (weak)	
Darunavir (DRV)	3A4	3A4	2C9
Fosamprenavir (FPV)	3A4	3A4	3A4 (weak)
Lopinavir (LPV)	3A4	3A4 (weak)	
Saquinavir (SQV)	3A4	3A4	
Tipranavir (TPV)	3A4	3A4, 2D6 (weak)	3A4, 1A2, 2C19
Indinavir (IDV)	3A4	3A4	
Nelfinavir (NFV)	3A4, 2C19	3A4	
Non-nucleoside reverse-transcriptase inhibitors (NNRTIs)			
Efavirenz (EFV)	2B6 (primary), 2A6, 3A4	3A4	3A4, 2B6, 2C19
Etravirine (ETR)	3A4, 2C9, 2C19	2C9, 2C19	3A4
Delavirdine (DLV)	3A4		3A4, 2D6, 2C9, 2C19

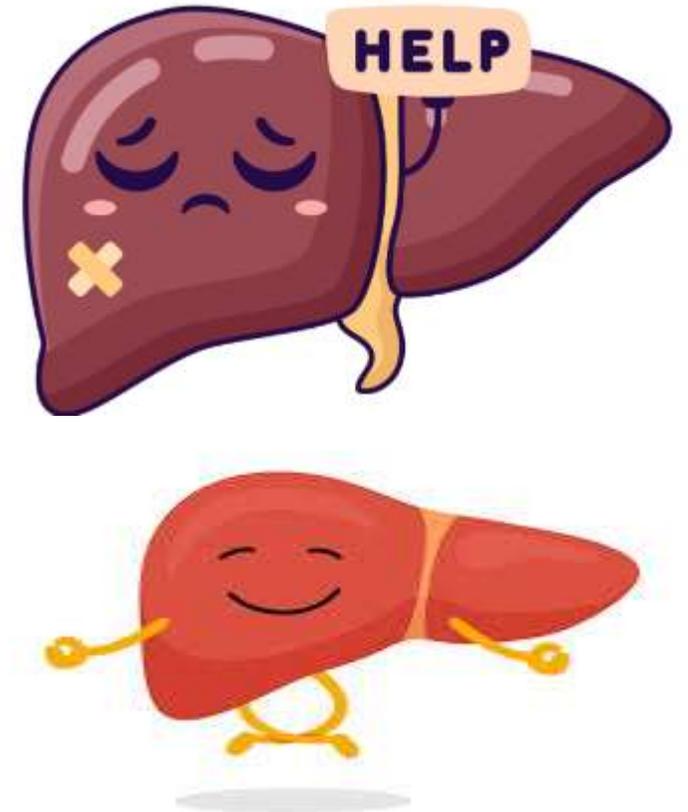
Algunas familias y componentes de TARV pueden comportarse más como inductores, inhibidores o ambos procesos, aunque casi siempre predomina uno sobre otro.

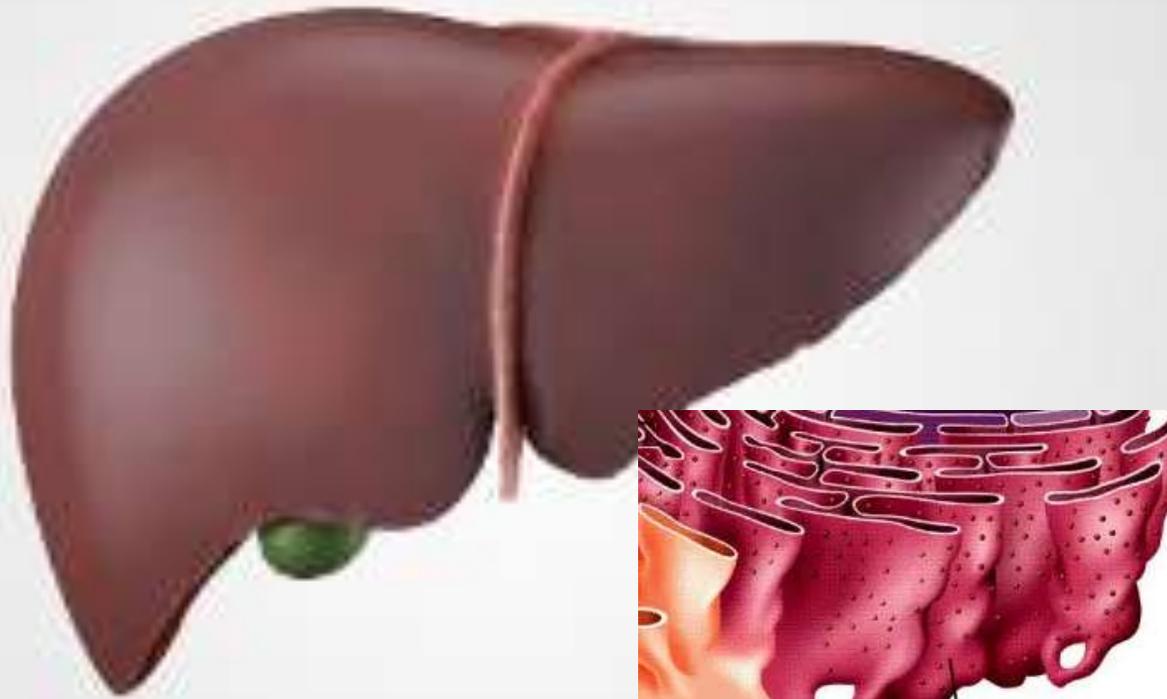
Delavirdine (DLV)	3A4		3A4, 2D6, 2C9, 2C19
Nevirapine (NVP)	3A4, 2B6		3A4, 2B6
Rilpivirine (RPV)	3A4		
Integrase strand transfer inhibitors (INSTIs)			
Bictegravir (BIC)	3A4		
Dolutegravir (DTG)	3A4 (minor)		
Elvitegravir (EVG)	3A4		2C9
CCR5 Antagonist			
Maraviroc	3A4		
PK Enhancers (Boosters)			
Cobicistat (COBI)	3A4	3A4, 2D6	
Ritonavir (RTV)	3A4, 2D6	3A4, 2D6	1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19

Históricamente los INNRT se les puede atribuir propiedades inductoras, mientras que a los IP (ritonavir y cobicistat) propiedades inhibitorias sobre el citocromo, los INSTI generalmente tienen un comportamiento neutro pero pueden llegar a tener capacidades inductoras.

Los INRTI tienen un metabolismo de eliminación por el riñón, lo que conlleva menor riesgo de interacciones.

- El primer paso hepático siempre incluye al sistema de citocromos, este proceso es necesario para poder transformar los agentes en moléculas que eventualmente puedan ser inocuas, más solubles y mejor excretadas en el organismo.
 - El sistema de citocromos se encuentra en retículo endoplásmico rugoso de los hepatocitos y enterocitos principalmente.
 - El sistema que predomina en porcentaje es el 3A4 y luego el 2.
1. Un inductor del sistema tiene la propiedad de aumentar la actividad catalítica de la enzimas y acelerar su metabolismo (disminuir su concentración sérica más rápido).
 2. Un inhibidor disminuye la actividad catalítica del sistema, retrasando el metabolismo de un fármaco (aumentar su concentración sérica por más tiempo).





Puntos clave:

- 1.- El hígado nunca descansa.
- 2.- La TARV es una estrategia crónica.
- 3.- Las medicaciones concomitantes casi siempre se dan en contexto del uso ya crónico de TARV.
- 4.- Conocer el substrato de la medicación no ARV.
- 4.- Conocer el perfil básico del medicamento ARV (3er componente) inductor o inhibidor.
- 5.- Conocer el perfil del evento adverso de la medicación no ARV

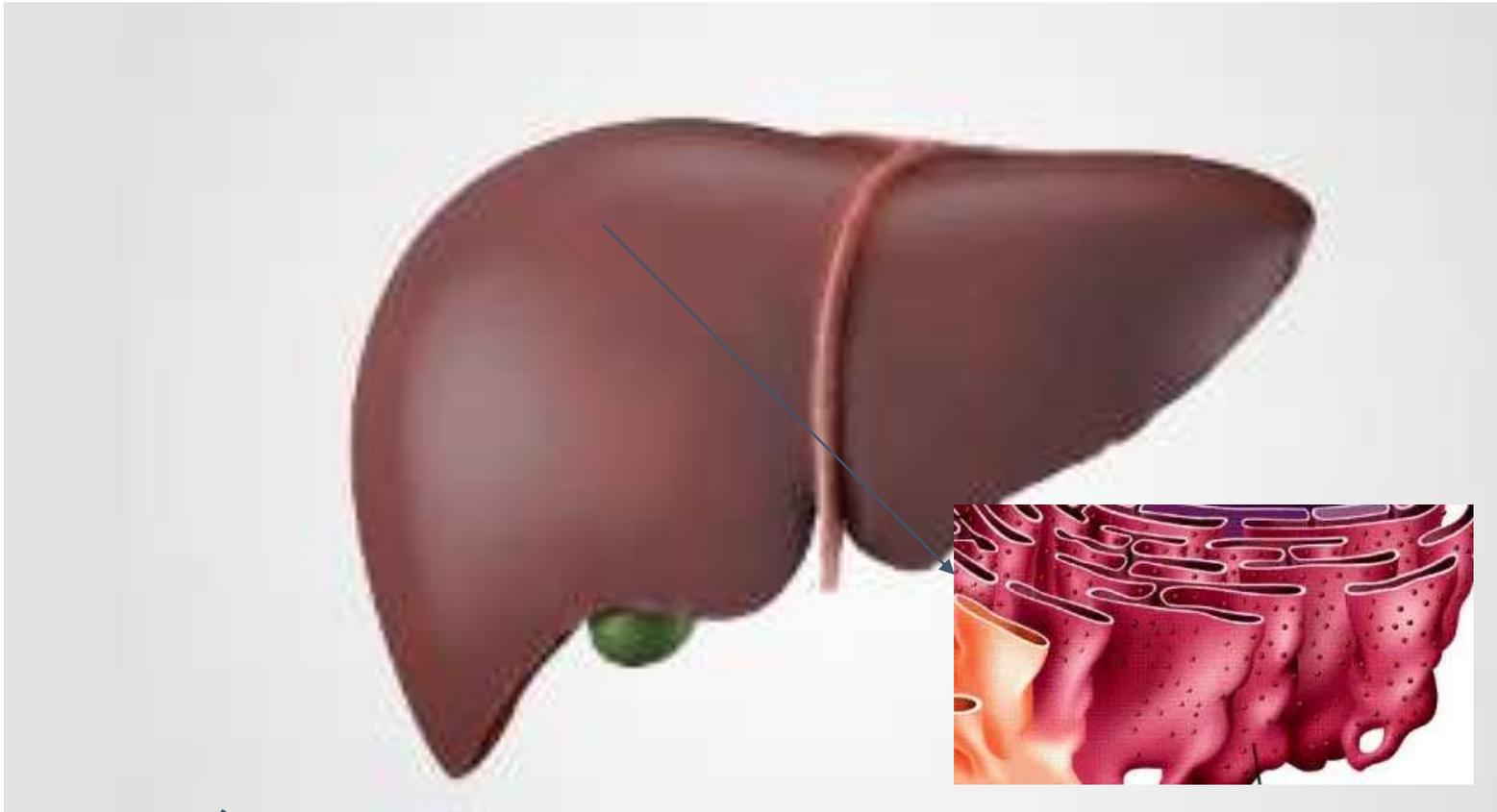
INRTI: Eliminación renal.... ojo con agentes que tengan glucuronidación secundaria ... Ej. **AZT**.

IP: Inhibidor por naturaleza **LPV** en más inhibidor que **DRV** y si agrego rtv se convierte en **más** inhibidor que comparado a cobicistat (inductor/inhibidor).

INNRTI: **EFV** es un inductor/inhibidor, al igual que **ETV**, NVP y RPV.

INSTI: **BIC y DTG** efecto neutro, solo EVT tiene efecto inductor.

CYP Isoforms	Substrates		Inhibitors	Inducers
1A2	Clomipramine Clozapine Fluvoxamine Haloperidol Imipramine Mirtazapine Olanzapine Zotepine		Fluvoxamine Paroxetine Olanzapine	<i>Ritonavir</i>
2B6	Bupropion <i>Efavirenz</i> <i>Nevirapine</i>		<i>Ritonavir</i>	<i>Nevirapine</i>
2C9	Diazepam		<i>Efavirenz</i> <i>Ritonavir</i>	
2C19	Diazepam <i>Nelfinavir</i>		<i>Efavirenz</i> Fluoxetine <i>Ritonavir</i>	
2D6	Amitriptyline Chlorpromazine Clomipramine Clozapine Desipramine Fluoxetine Fluvoxamine Haloperidol Imipramine Methylphenidate Mirtazapine	Olanzapine Paroxetine Perphenazine Risperidone Thioridazine Trazodone Trimipramine Venlafaxine Zotepine	Fluoxetine Fluvoxamine <i>Nelfinavir</i> Norfluoxetine Olanzapine Paroxetine Perphenazine <i>Ritonavir</i> Sertraline Venlafaxine Ziprasidone	
3A4	Alprazolam <i>Amprenavir</i> Buspirone Carbamazepine Citalopram Clomipramine Clonazepam <i>Delavirdine</i> <i>Efanirenz</i> Imipramine <i>Indinavir</i> <i>Lopinavir</i> Lorazepam	Midazolam Nefazodone <i>Nelfinavir</i> <i>Nevirapine</i> Pimozide Quetiapine <i>Ritonavir</i> <i>Saquinavir</i> Temazepam Trazodone Ziprasidone Zotepine	<i>Amprenavir</i> <i>Delvirdine</i> <i>Efavirenz</i> Fluvoxamine <i>Indinavir</i> <i>Lopinavir</i> Nefazodone <i>Nelfinavir</i> Norfluoxetine <i>Ritonavir</i> <i>Saquinavir</i> Thioridazine	Carbamazepine <i>Efavirenz</i> <i>Nevirapine</i> <i>Ritonavir</i> St. John's wort



TARV establecida

1.- Estímulo
persistentemente crónico.

Inductor=
inductor

Inhibidor=
intermedio y débil,
fuerte

Medicación concomitante (psicofármacos)

1.- Estímulo nuevo, generalmente temporal.

Bupropion
Substrato 2B6

LPV/Ritonavir
Inh3A4/Inh2D.

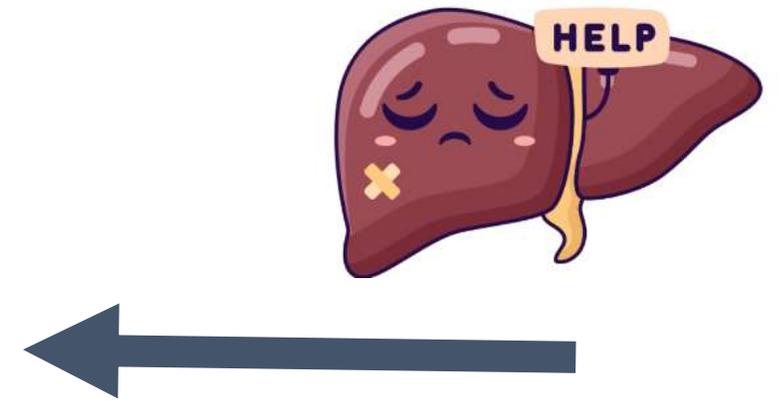
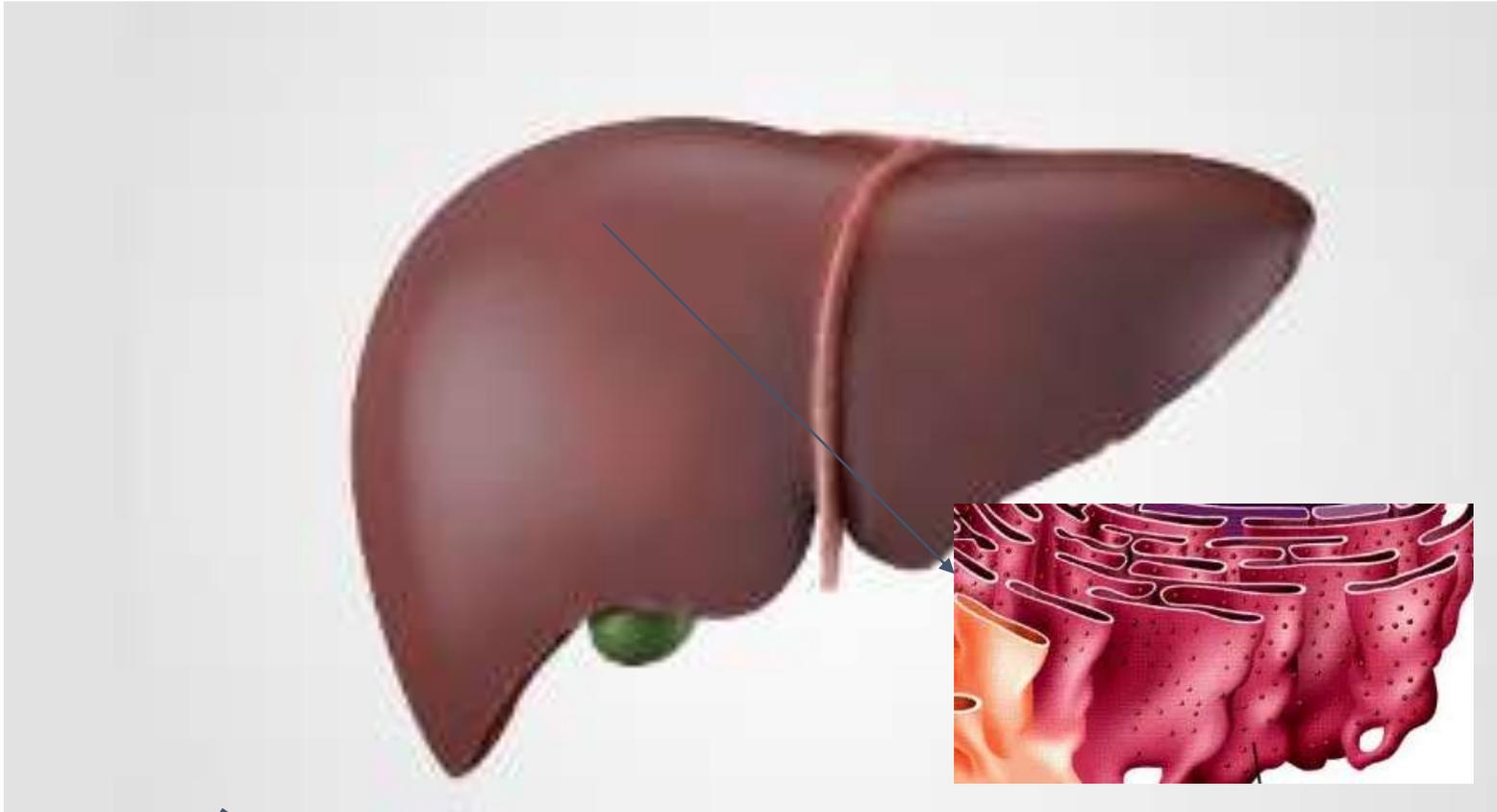
Nevirapina
Inductor 2B6



Imipramina
Substrato 3A4 y 2D6

LPV/Ritonavir
Inh3A4/Inh2D6





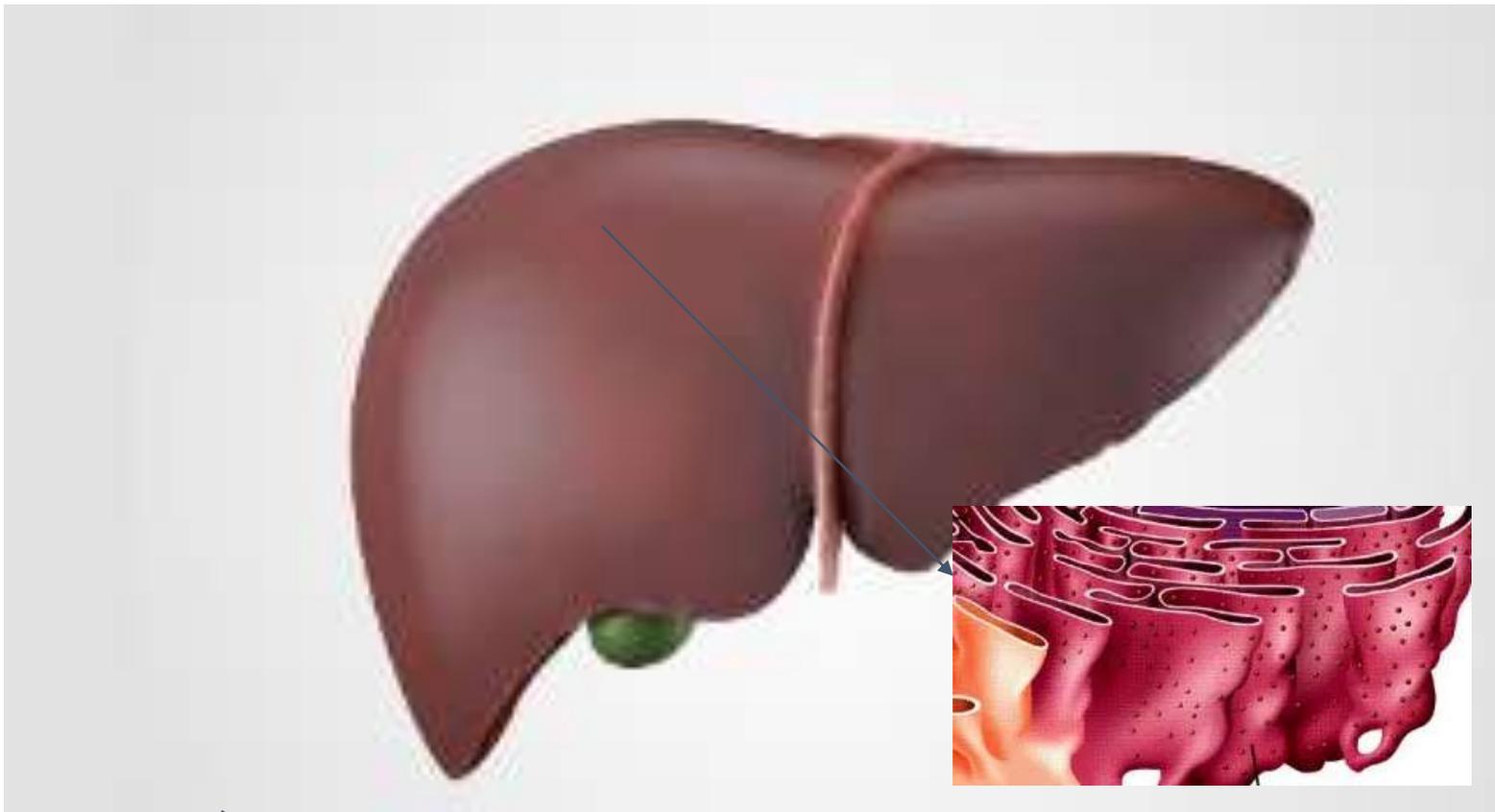
TARV

1.- Nevirapina

Hígado trabajando de más, aumenta la actividad enzimática.

Psicofármacos

1.- Bupropion, el CYP lo afecta, cataliza más rápido y disminuye su concentración.



TARV

1.- LPV/rtv

Hígado más relajado,
disminuye su actividad
enzimática.

Psicofármaco

1.- Bupropion el hígado y el CYP lo afecta
mínimamente y aumenta su concentración.

Bupropion

Substrato 2B6

LPV/Ritonavir

Inh3A4/Inh2D6

Nevirapina

Inductor 2B6



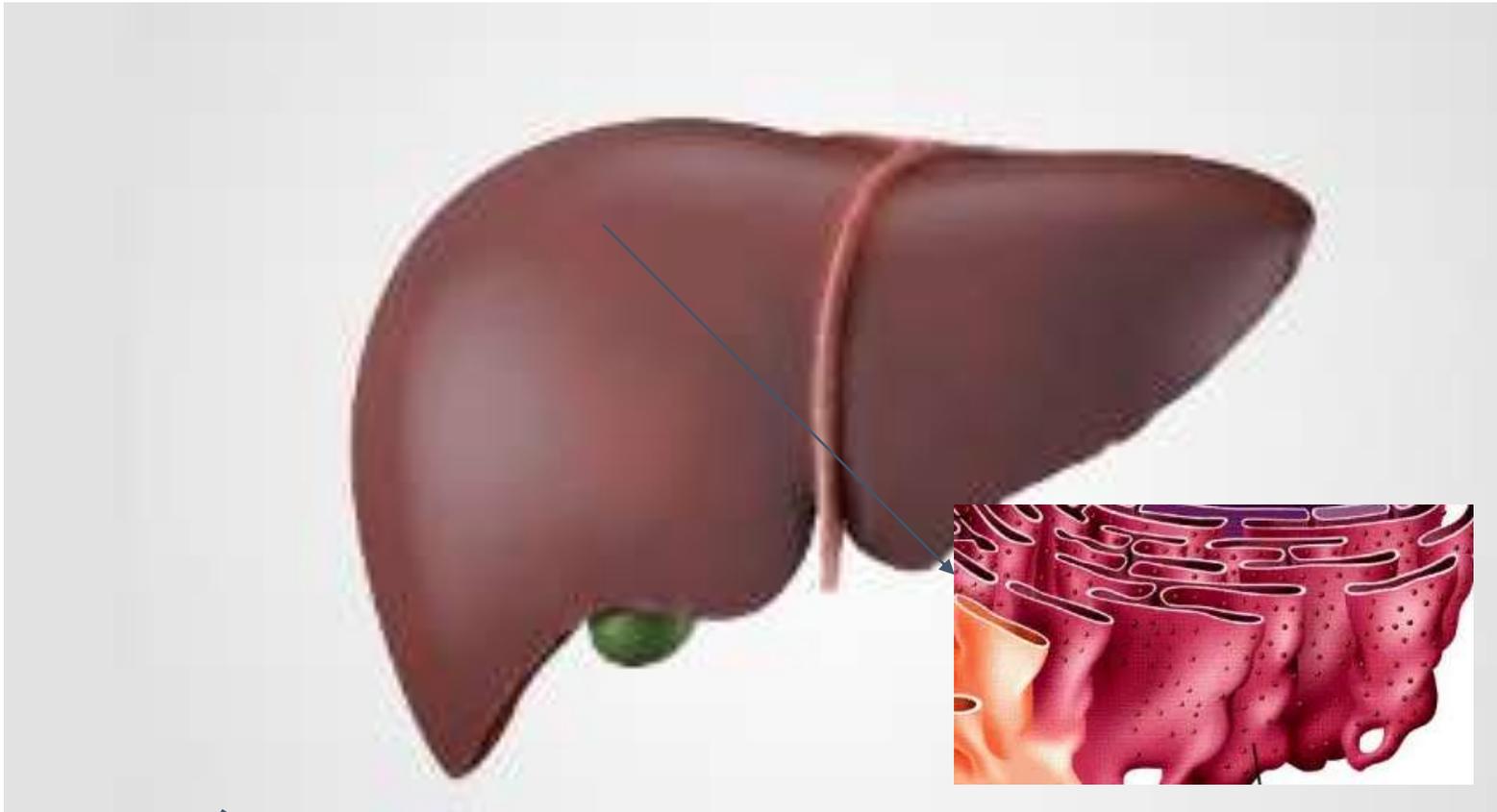
Imipramina

Substrato 3A4 y 2D6

LPV/Ritonavir

Inh3A4/Inh2D6





TARV

1.- LPV/rvt

Hígado más relajado,
disminuye su actividad
enzimática.

Psicofármaco

1.- Imipramina el hígado y el CYP lo afecta pero
cataliza mas lento y aumenta su concentración.

Quetiapina

Substrato 3A4

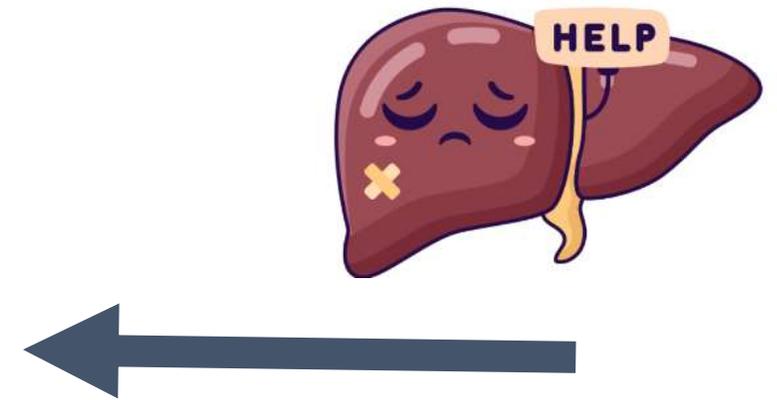
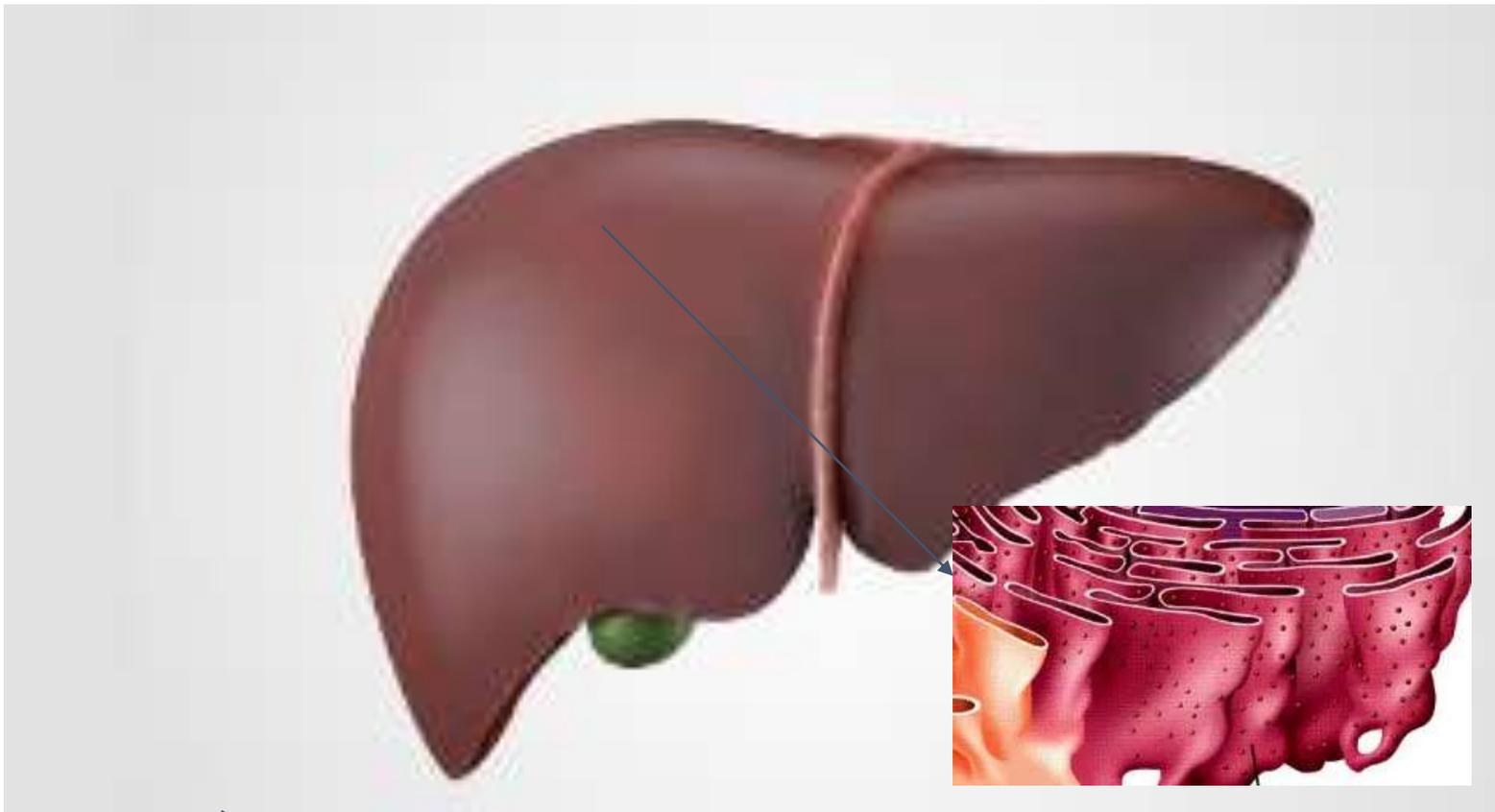
LPV/Ritonavir

Inh3A4/Inh2D6

Nevirapina

Inductor 3A4





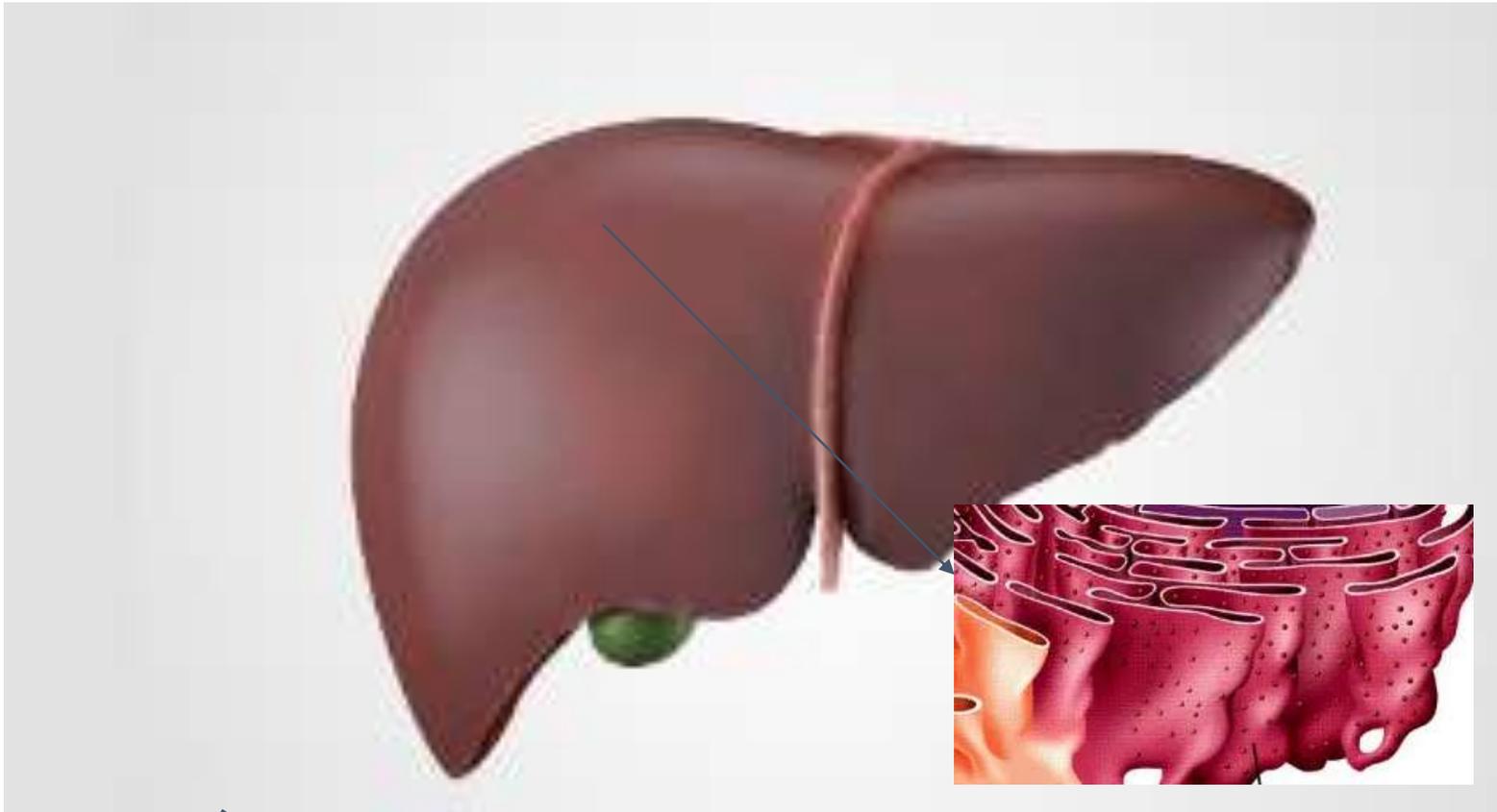
TARV

1.- Nevirapina

Hígado trabajando de más, aumenta la actividad enzimática.

Psicofármacos

1.- Quetiapina, el CYP lo afecta, cataliza más rápido y disminuye su concentración.



TARV

1.- LPV/rvt

Hígado más relajado,
disminuye su actividad
enzimática.

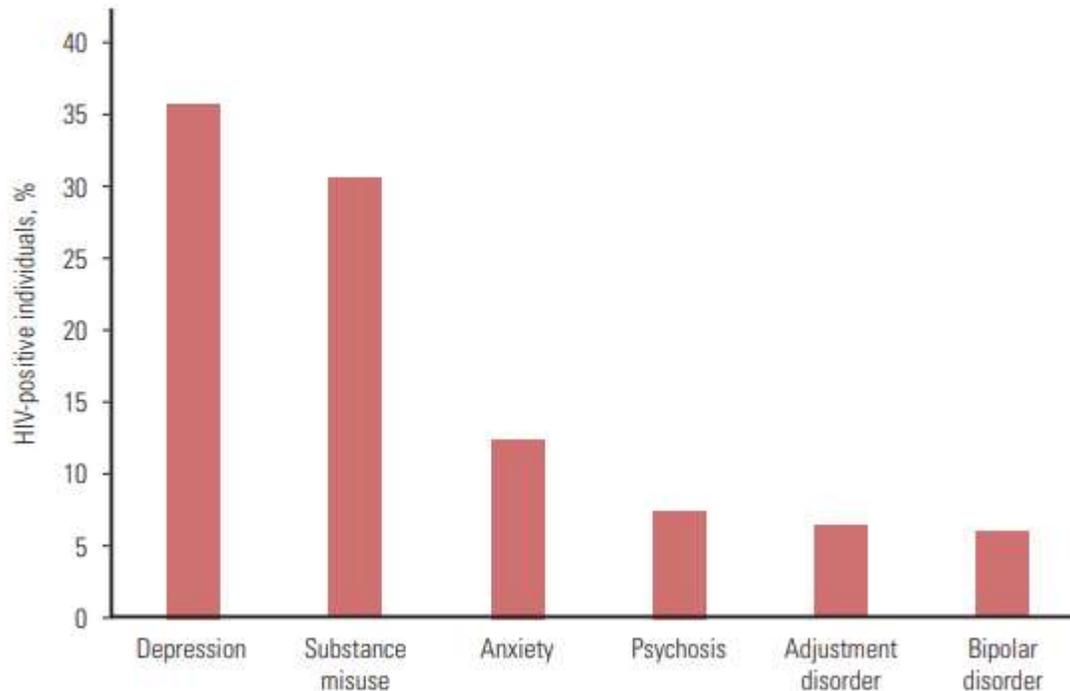
Psicofármaco

1.- Quetiapina el hígado y el CYP lo afecta pero
cataliza mas lento y aumenta su concentración.

Farmacoterapia en enfermedades mentales

La prevalencia de enfermedades mentales en paciente VIH+, varía acorde la publicación analizada.

Es un hecho que esta prevalencia es mayor que en la población general, partiendo de patologías más comunes



En pacientes con enfermedades mentales moderadas o severas, la seroprevalencia del VIH alcanza el 4-23%.

En personas VIH+ las enfermedades mentales están presentes hasta en un 50%.

CID 2006: 42(1)May; 1305-1310

Las enfermedades más comunes son en orden las siguientes, entre otras:

- Depresión mayor: 36 %
- Distimia: 26%
- Trastorno de ansiedad generalizado: 16%
- Ataques de pánico: 11%
- Trastorno bipolar: 8%
- Esquizofrenia: 5%
- Uso y abuso de alcohol y de sustancias ilegales recreativas

- Las familias farmacológicas más usadas en la terapia de enfermedades mentales, pueden ser englobadas en estos grupos, pero algunos grupos pueden tener más de un uso, sobre las enfermedades mencionadas con anterioridad.
- Importante conocer sus usos principales y los eventos adversos más comunes que pueden ser afectados por la interacción farmacológica.
- Siempre apoyarnos en el seguimiento psicoterapéutico por un especialista que precise ajustes de medicación, el apoyo de estrategias psicoconductuales para asegurar el éxito en el tratamiento de la enfermedad mental.

Antidepresivos:

“algunos de sus integrantes pueden ser usados solos o en combinación para manejo de depresión, ansiedad, ataques de pánico, desorden obsesivo compulsivo, desorden postraumático y ansiedad generalizada”

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina

Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Vortioxetine, Vilazodone.

- Inhibidores en la recaptura serotonina-norepinefrina

Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina, Milnacipran, Levomilnacipran

- Moduladores de la serotonina

Trazodona, Nefazodona

- Moduladores de la serotonina-norepinefrina

Mirtazapina

- Inhibidores de la recaptura serotonina-dopamina

Bupropion

- Antidepresivos tricíclicos

Imipramina, Desimipramina, Amitriptilina, Nortriptilina

- Inhibidores de la monoaminoxidasa

Fenelzina

- *Hypericum perforatum* o hierba de San Juan

Depresión y VIH ...

HIV Cost and Services Utilization Study (HCSUS): 36% positivas a depresión

- 22% prevalencia de la enfermedad (vs 7% población general)

Bing et al, Arch Gen Psychiatry, 2001

Orlando et al, . Int J Methods Psychiatr Res, 2002

Depresión mayor: 12.4%

- Mayor en mujeres, hombres transgénero , relacionado a factores ambientales como bajo ingreso económico, nivel de educación

Do et al, Plos One, 2014

Prevalencia puntual de depresión mayor: 28%

- 43% llegan a tener al menos un episodio de recurrencia

Choi et al, PLoS One, 2016

- Impacto negativo de la presencia de depresión/VIH
 1. Baja adherencia a la estrategia de TARV
 2. Baja afluencia a citas de seguimiento
 3. Mal seguimiento de condiciones comorbidas
 4. Riesgo incrementado de contraer y transmitir la infección HIV y otras ETS
 5. Mayor riesgo de abuso de drogas ilícitas/recreacionales

- Carga substancial en pacientes adultos mayores

Milanini B, AIDS Care, 2017

- Depresión es asociada una mayor mortalidad en hombres gay: RR 1.67; 95% CI, 1.01-2.78

Mayne et al, Arch Intern Med, 1996

- Se ha correlacionado con mayor mortalidad en mujeres: RR 2.0 (95% CI, 1.0-3.8)

Ickovics et al, JAMA, 2001

- Correlación con mayor progresión de la enfermedad

Lesserman et al, Psychosom Med, 1999

- Depresión es asociada negativamente con una menor calidad de vida en adultos mayores VIH+

Millar et al, AIDS Behav, 2016

- Tratar la depresión es una estrategia óptima y efectiva , manteniendo la salud mental de los pacientes.
- Sertralina, citalopram, escitalopram, mirtazapina, venlafaxina, y duloxetina son fármacos seguros y efectivos, con bajo riesgo de interacciones y eventos adversos, siendo la primera línea de manejo.
- Testosterona (en hombres), estimulantes, y modafinilo en casos seleccionados donde solo predomine fatiga y no alteración de estado de ánimo.
- Psicoterapia en un pilar fundamental que complementa a la terapia farmacológica.

Pyne et al, Arch Intern Med, 2011

Pence BW et al, AIDS, 2015

Estimulantes:

“algunos de sus integrantes pueden ser usados solos o en combinación para manejo de deficit de atencion, narcolepsia, fatiga cronica, sindrome de atracón a la comida, y adyuvantes en depresión y obesidad”

- Metilfenidato
- Derivados anfetaminicos

Antipsicóticos (neurolepticos):

“Usados en riesgo a esquizofrenia, mania aguda, psicosis y trastornos delirantes”

- Aripiprazole
- Clorpromazina
- Haloperidol
- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina
- Risperidona
- Lurasidona

Ansiolíticos:

“usualmente acompañan al inicio de la terapia con antidepresivos, por su potencial de generar dependencia y abstinencia, su uso debe ser juicioso, con dosis bajas y por temporadas no largas”

- Buspirona
- Benzodiacepinas
 - Tiempo largo de vida media (>20 hrs): Diazepam y Lorazepam
 - Tiempo intermedio de vida media (12-24 hrs): Alprazolam
 - Tiempo corto de vida media (6-12hrs): Oxazepam
 - Tiempo ultracorto de vida media (<6hr): Midazolam y Triazolam

Estabilizadores del ánimo:

“Usados como adyuvantes de síndromes maníacos, trastorno bipolar y abuso de sustancias ilícitas”

- Carbamazepina
- Valproato de magnesio
- Lamotrigina
- Litio
- Gabapentina
- Topiramato

Fármacos para abuso de opiáceos:

- Metadona
- Buprenorfina

Fármacos para abuso de alcohol:

- Disulfiram
- Naltrexona

Cada uno de estos fármacos, tienen perfil de EA distintos, su características más común es que la mayoría son inhibidores del sistema enzimáticos de los citocromos, dando riesgo de interacción farmacológica.

Su principal vigilancia data cuando están acompañados de componente que incluya IP/r o INNRTI, de manera global los INSTI tienen pocas interacciones con la mayoría de estos, con excepción de alguno que se consideran francamente contraindicados.

	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV oral	FTR	LEN	MVC	BIC/F/TAF	CAB oral	CAB/RPV	DTG	EVG/c/F/TAF	EVG/c/F/TDF	RAL	FTC/TAF	FTC/TDF
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors																						
Citalopram	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Escitalopram	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Fluoxetine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Fluvoxamine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔♥	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Paroxetine	↑↓?	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔♥	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↑↓?	↔	↔	↔
Sertraline	↑	↓?	↑	↓49%	↓	↔	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓7%	↔	↔	↔	↔
Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors																						
Desvenlafaxine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Duloxetine	↑	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔
Milnacipran	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Venlafaxine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↓	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Tricyclic Antidepressants																						
Amitriptyline	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔
Clomipramine	↑♥	↑♥	↑a	↑a	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔
Desipramine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑5%♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Doxepin	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Imipramine	↑♥	↑♥	↑b	↑b	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑b	↑b	↔	↔	↔
Nortriptyline	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Trimipramine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Tetracyclic Antidepressants																						
Maprotiline	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Mianserin	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Other																						
Agomelatine	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Bupropion	↔	↓	↔	↓	↓57%	↔	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↑?	↔	↔	↔
Lamotrigine	↔c	↓32%	↔	↓	↓50%	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓1%	↔	↔
Mirtazapine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Nefazodone	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑d	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Reboxetine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
St John's wort	↓e	↓e	↓e	↓e	↓a	↓e	↓e	↓e	↓e	↓e	↓e	↓e	↓e	↓e,f	↔	↓e	↓g	↓e	↓e	↓?	↓e,h	↔
Tranylcypromine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Trazodone	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Vortioxetine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔

	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV oral	FTR	LEN	MVC	BIC/F/TAF	CAB oral	CAB/RPV	DTG	EVG/c/F/TAF	EVG/c/F/TDF	RAL	FTC/TAF	FTC/TDF
Atypical Antipsychotics																						
Amisulpride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Aripiprazole	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Asenapine	↑♥	↓♥	↑	↓♥	↓♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Clozapine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Olanzapine	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↓♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Paliperidone	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Quetiapine	↑a♥	↑a♥	↑a	↑a	↑a♥	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔
Risperidone	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Zotepine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Phenothiazines																						
Chlorpromazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Fluphenazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Levomepromazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Perazine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Periciazine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Perphenazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Pimozide	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥b	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Prochlorperazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Thioridazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↓	↓♥	↓	↓	↓♥	↔♥	↑↓	↓	↓c	↔	↓	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Others																						
Haloperidol	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↑	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Iloperidone	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Pipotiazine	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Sulpride	↔♥	↔♥	↔	↔	↔♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Tiapride	↔♥	↔♥	↔	↔	↔♥	↔	↔♥	↔	↔	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Ziprasidone	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Zuclopenthixol	↑♥	↑♥	↑	↑	↑♥	↔	↓♥	↓	↓	↔♥	↔♥	↑	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑	↑	↔	↔	↔

	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV oral	FTR	LEN	MVC	BIC/F/TAF	CAB oral	CAB/RPV	DTG	EVG/c/F/TAF	EVG/c/F/TDF	RAL	FTC/TAF	FTC/TDF
Anxiolytics																						
Alprazolam	↑	↑ ^a	↑	↑ ^a	↑ ^a	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Bromazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Buspirone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Clorazepate	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Diazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↑	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Lorazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Oxazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Hypnotics																						
Chlordiazepoxide	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Estazolam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Flunitrazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Flurazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Lormetazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Midazolam (oral)	↑	↑	↑	↑	↑	↓18%	↓ ^b	↓	↓	↔	↔	↑259%	↑18%	↑15%	↑10%	↔	↔	↑	↑	↓8%	↔	↔
Temazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Triazolam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓ ^b	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Valerian	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Zaleplon	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Zolpidem	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Zopiclone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔

	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV oral	FTR	LEN	MVC	BIC/ F/TAF	CAB oral	CAB/ RPV	DTG	EVG/c/ F/TAF	EVG/c/ F/TDF	RAL	FTC/ TAF	FTC/ TDF
Stimulants																						
Cocaine	↑a♥	↑a♥	↑a	↑a	↑a♥	↔	↑b♥	↑b	↑b	↔♥	↔♥	↑a	↔	↔	↔	↔♥	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔
Ecstasy (MDMA)	↑c	↑c	↑c	↑c	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑c	↑c	↔	↔	↔
Mephedrone	↑d	↑d	↑d	↑d	↑d	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑d	↑d	↔	↔	↔
Methamphetamine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Poppers (Amyl nitrate)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Depressants																						
Alcohol	↔	↔	↔	↔	↔e	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Alprazolam	↑	↑f	↑	↑f	↑f	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Codeine	↑g	↑g	↑g	↑g	↑g	↔	↓g	↓g	↓g	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑g	↑g	↔	↔	↔
Diazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↑	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
GHB (gamma hydroxybutyrate)	↔	↑h	↔	↑h	↑h	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑h	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Heroin (Diamorphine)	↔i	↓i	↔i	↓i	↓i	↔	↑	↔i	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔i	↔i	↔	↔	↔
Hydrocodone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Hydromorphone	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Ketamine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Methadone	↔♥	↔♥	↑	↓16%	↓53%♥	↓5% ↓26%	↓52%♥	↑6%	↓-50%	↓16%♥	↑14%♥	↑	↔	↔	↔	↓♥	↓2%	↑7%	↑7%	↔	↔	↔
Midazolam (oral)	↑j	↑j	↑j	↑j	↑j	↓18%	↓k	↓	↓	↔	↔	↑259%	↔	↔	↑10%	↔	↔	↑j	↑j	↔	↔	↔
Morphine	↔i	↓i	↔i	↓i	↓i	↔	↑	↔i	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔i	↔i	↔	↔	↔
Oxycodone	↑	↑	↑	↑	↑160%	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Pethidine (Meperidine)	↑	↓m	↑	↓m	↓m	↔	↓m	↓m	↓m	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔
Temazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Triazolam	↑j	↑j	↑j	↑j	↑j	↔	↓k	↓	↓	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑j	↑j	↔	↔	↔
Hallucinogens																						
Cannabis	↑n↓	↓o↓	↑n	↑o	↑o	↔	↑n	↑n	↔	↔	↔	↑n	↔	↔	↔	↔	↔	↓o	↓o	↔	↔	↔
LSD (Lysergic acid diethylamide)	↑p	↑p	↑p	↑p	↑p	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑p	↑p	↔	↔	↔
Phencyclidine (PCP, angel dust)	↑q	↑q	↑q	↑q	↑q	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↑q	↔	↔	↔	↔	↔	↑q	↑q	↔	↔	↔

Interacciones

Clase	Medicación	PK	Interacción
Inhibidor de proteasa	Atazanavir Darunavir Fosamprenavir Indinavir Lopinavir/r Nelfinavir Saquinavir Tipranavir	Metabolizado por CYP3A4; Inductor/inhibidor CYP3A4 y glicoproteína - P	Incrementa niveles séricos de antipsicóticos dependientes de CYP3A4*, triazolobenzodiazepinas**, Anticonceptivos orales, Hierba de San Juan, metadona, carbamazepina, oxcarbazepina, Buspirona, trazadona, vilazodona, hipnóticos***

* aripiprazole, iloperidona, lurasidona, quetiapina, ziprasidona

F

** alprazolam, midazolam, triazolam

*** zaleplon, zolpidem, eszopiclona

Clase	Medicación	PK	Interacción
Inhibidor de proteasa	Ritonavir	<p>Metabolizado por CYP3A4;</p> <p>Inductor/inhibidor CYP3A4 y glicoproteína P</p> <p>Inhibidos CYP 2D6 y 1A2</p>	<p>Ritonavir incrementa niveles de fluoxetina, paroxetina, antidepresivos tricíclicos, aripiprazole, asenapina, risperidona, clozapina, iloperidona</p> <p>De manera reversa Fluoxetina y paroxetina incrementan los niveles séricos de ritonavir</p> <p>Ritonavir reduce los niveles de olanzapina</p>

Clase	Medicación	PK	Interacción
INNRT	Etravirina	<p>Metabolizado por CYP 3A4, 2D6, 2C9, 2C19</p> <p>Inhibidor CYP 3A4, 2D6, 2C9, 2C19</p> <p>Etravirina también induce CYP3A4</p>	<p>Incrementa niveles de antipsicóticos dependientes de 3A4*, triazolobenzodiazepinas**, Anticonceptivos orales, Hierba de san Juan, metadona</p> <p>carbamazepina</p> <p>paroxetina</p> <p>fluoxetina</p> <p>fluvoxamina</p> <p>buspirona</p> <p>trazadona</p> <p>vilazodona,</p> <p>hipnóticos***</p>

* aripiprazole, iloperidone, lurasidona, quetiapina, ziprasidona

** alprazolam, midazolam, triazolam

*** zaleplon, zolpidem, eszopiclona

Clase	Medicación	PK	Interacción
INNRT	Nevirapina	Nevirapina Metabolizado por CYP3A4, 2B6 Inductor CYP3A4 y 2B6	Nevirapina Metabolizada por CYP3A4, 2B6 Inductor CYP3A4 y 2B6, disminuye niveles de bupropion, carbamazepina, anticonceptivos orales, triazalobenzodiazepines***
	Rilpivirina	Rilpivirina Metabolizado por CYP3A4	Rilpivirina disminuye sus niveles con carbamazepina, oxcarbazepina, y hierba de san juan

*** zalpelson, zolpidem, zopiclona

Clase	Medicación	PK	Interacción
INNRT	Efavirenz	<p>Metabolizado por CYP 3A4, 2B6</p> <p>Inhibidor por CYP3A4, 2C9, 2C19, 2D6, 1A2</p> <p>Inductor CYP3A4, 2B6, UGTs</p>	<p>Al tener un efecto dual (inductor/inhibidor del CYP) , hay un incremento y luego descenso de los niveles de antipsicóticos dependientes de 3A4*, triazolobenzodiazepinas**</p> <p>Anticonceptivos orales, hierba de san juan, metadona, carbamazepina, buspirona, trazadona vilazodona hipnoticos***</p>

* aripiprazole, iloperidone, lurasidone, quetiapine, ziprasidone

** alprazolam, midazolam, triazolam

*** zaleplon, zolpidem, eszopiclone

Algunas interacciones han sido documentadas por medio de experiencia sobre pacientes, pero muchas estas son solo teóricas, por lo que aún está por dilucidar el espectro de seguridad de las combinaciones y sus interacciones.

Los lineamientos actualizados en VIH, con cada revisión, incrementaran la información respecto a estas y serán plasmadas en respectivas guías de VIH.

Las recomendaciones sugieren la revisión periódica de estas guías y el uso de aplicaciones para detectar la interacción y los posibles ajustes terapéuticos.

Clase	Medicación	PK	Interacción
Inhibidores de integrasa	Dolutegravir Elvitegravir Bictegravir	Metabolizado por UGT1A1 y CYP3A4	Niveles disminuidos por carbamazepina, oxcarbazepina, y hierba de San Juan

Classification, Doses, Safety and Adverse Effects of Antidepressants

Mechanisms & classification	Start dose	Standard dose	Lethality in overdose	Insomnia and agitation ²³	Sedation	Nausea or GI effects	Sexual dysfunction	Weight gain
mg/day								
Selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs)²³								
paroxetine	10-20	20-40	No (unless if combined with other CNS drugs)	++	++	+++	+++	++
sertraline	25-50	50-150	Low	+	- / +	+	+	+(N)
citalopram	10-20	20-40	No	+++	+++	+++	++	+(N)
escitalopram	5-10	10-20	No (unless if combined with other CNS drugs)	++	++	+++	++	+(N)
Mixed or dual-action reuptake inhibitors								
duloxetine	30	30-60	Yes (at > 1000 mg)	++	+++	+++	++	+
venlafaxine	37.5-75	75-225	Yes	+++	+++	+++	++	++
Mixed-action newer agents								
mirtazapine	30	30-60	Low	- / +	++	- / +	- / +	++

- none / + moderate / ++ severe / +++ very severe

Classification, Doses and Adverse Effects of Anxiolytics and Other Medications used to Treat Anxiety

Mechanisms & classification	Starting dose	Usual therapeutic daily dose	Lethality in overdose	Insomnia and/or agitation	Sedation	Nausea or GI effects	Sexual dysfunction	Weight gain
Benzodiazepines								
alprazolam	0.25-0.5 mg tid	1-4 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	++	+++	++	++	++
chlordiazepoxide	5 mg qd	10-100 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	frequency unknown	++	rare	rare	frequency unknown
clonazepam	0.25 mg bid	1-2 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	+	++	rare	+	+
oxazepam	10 mg tid	30-60 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	frequency unknown	++	rare	rare	no
Selective serotonin reuptake inhibitors								
citalopram	10 mg qd	10-20 mg	no	+++	+++	+++	++	+
escitalopram	10 mg qd	10-20 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	++	++	+++	++	+
paroxetine	20 mg qd	20-60 mg	no (unless if combined with other CNS drugs)	++	++	+++	+++	++
Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors								
duloxetine	30 mg qd	30-60 mg	yes (at > 1000 mg)	++	+++	+++	++	+
venlafaxine	75 mg qd	75-225 mg	yes	+++	+++	+++	++	++
Others								
buspirone	5 mg bid or tid	15-60 mg (60 mg)	no	++	+++	++	no	frequency unknown
hydroxyzine	12.5-25 mg	25-100 mg (100 mg)	no	frequency unknown	+++	frequency unknown	no	no

- Respecto a los INSTI las interacciones son mínimas, siendo respecto a su perfil de seguridad lo siguiente:

RTG < DTG < BIC (nefazodona y tioridazina).

- Respecto a IP las interacciones siempre deben precisarse, y si bien cobicistat ofrece menor riesgo de interacciones, la sugerencia es checar de manera individual cada interacción, siendo su perfil lo siguiente:

DRV/cobicistat (bupropion, lamotrigina, olanzapina y menos impacto sobre paroxetina) < DRV/ritonavir.

- Todos los ARV aun los considerados seguros (INSTI de 2a generación), mantiene interacción con hierba de San Juan, fenitoína y carbamazepina.

DETECCIÓN DE INTERACCIONES



<https://www.hiv-druginteractions.org/>



<https://pro.uptodatefree.ir/Drugs-interactions/>



<https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>



https://www.drugs.com/drug_interactions.html

<input checked="" type="checkbox"/>	Darunavir/cobicistate (DRV/c)	
<input type="checkbox"/>	Darunavir/Cobicistate/ Emtricitabina/Tenofovir alafenamida (DRV/c/FTC/TAF)	
<input type="checkbox"/>	Darunavir + ritonavir (DRV/r)	

Fluoxetina



<https://www.hiv-druginteractions.org/>

Possível Interação Fraca

Darunavir/cobicistate (DRV/c)

Fluoxetina

Mais informações 

Qualidade da evidência: Muito Baixo 

Resumo:

Coadministration has not been studied. Fluoxetine is metabolized by CYP2D6 and CYP2C9 and to a lesser extent by CYPs 2C19 and 3A4 to form norfluoxetine. Darunavir/cobicistat could potentially increase fluoxetine concentrations although to a limited extent. No a priori dosage adjustment is recommended.

Descrição:

fluo

2 Interactions Found

Patient Regimen

Clear All 

darunavir/cobicistat 

fluoxetine 

Monitor Closely

darunavir + fluoxetine

darunavir will increase the level or effect of fluoxetine by affecting hepatic/intestinal enzyme CYP3A4 metabolism. Use Caution/Monitor. Coadministration with SSRIs, TCAs, or trazodone may require dose titration of antidepressant to desired effect (eg, using the lowest feasible initial or maintenance dose). Monitor for antidepressant response.

cobicistat + fluoxetine

cobicistat will increase the level or effect of fluoxetine by Other (see comment). Use Caution/Monitor. Carefully titrate dose of the antidepressant to the desired effect, including using the lowest feasible initial or maintenance dose, and monitor its response during coadministration with SSRIs and cobicistat.

<https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>

< Back

Drug Interactions

Print

Item(s)

Enter Item Name

Add

X Darunavir and Cobicistat

X FLUoxetine

Clear

Analyze

X Avoid combination	C Monitor therapy	A No known interaction
D Consider therapy modification	B No action needed	<i>More about Risk Ratings</i> ▼

Feedback

View interaction detail by clicking on link(s) below.

Filter Results by Item ▼

No interactions of Risk Level A or greater identified.

<https://pro.uptodatefree.ir/Drugs-interactions/>

Drug Interaction Report

3 potential interactions and/or warnings found for the following 2 drugs:

- **cobicistat / darunavir**
- **fluoxetine**

[Add another drug](#)

Consumer

Professional

Major (0) Moderate (1) Minor (0) Food (2) Therapeutic duplication (0)

Interactions between your drugs

https://www.drugs.com/drug_interactions.html

Moderate

FLUoxetine ⇄ **cobicistat**

Applies to: fluoxetine, cobicistat / darunavir

Cobicistat may increase the blood levels and effects of **FLUoxetine**. You may need a dose adjustment or more frequent monitoring by your doctor to safely use both medications. Contact your doctor if your condition changes or you experience increased side effects. It is important to tell your doctor about all other medications you use, including **vitamins** and herbs. Do not stop using any medications without first talking to your doctor.

Puntos clave en interacción con psicofármacos

1. Todos los medicamentos sufren interacción enzimática con la familia de citocromos, actualmente las familias de INSTI y en general los INRTI (a excepción de TAF) están libres de interacciones significativas, cuando se use AZT checar también la interacción ya que por su proceso de glucuronidación también puede potenciar interacción.
2. Cuidado al usar esta medicación con INNRTI (posible disminución en la concentración) y con IP ya sea con rlv o cobv (posible aumento de concentración que amerite ajuste de dosis del psicofármaco).
3. Entender el sustrato de la medicación y su comportamiento inductor o inhibidor nos da una aproximación general a entender las interacciones.
4. Algunas de estas interacciones tienen evidencia ya con pacientes, algunas son solo teóricas, pero siempre es necesario la búsqueda intencionada de las mismas.
5. La revisión rutinario de los cambios en las guías, y el uso de APP de búsqueda rápida son una herramienta de gran utilidad en la consulta diaria.

CONCLUSIONES

- La búsqueda previa de una posible interacción nos ayudará a escoger el psicofármaco de mayor seguridad en el tratamiento de la enfermedad mental, sin poner en riesgo de fracaso al TARV y llevando a el mejor control de la enfermedad mental.
- Como tratantes de VIH podemos identificar la patología y sugerir los medicamentos conocidos como más seguros, pero el involucro de un especialista en el área es fundamental para el manejo integral.
- Los esquemas vigentes, tiene posibilidad de menor interacciones, pero siempre se deberá tener mayor cuidado con el uso de IP/r, así como nuevas combinaciones a estudiarse e inclusive terapia de larga acción puede tener riesgo de estas.
- El ejercicio de búsqueda y manejo de interacciones, ha sido simplificado en la consulta diaria, con la ayuda de herramientas en línea de rápida búsqueda y con datos confiables a nuestras decisiones.
- El futuro nos promete mayores datos a lo largo del tiempo, creación de esquemas de TARV y no ARV con interacciones mínimas que no necesiten ajustes de dosis de sus componentes.
- Mayor información sobre estos temas es fundamental, por la carga comórbida que implica una enfermedad mental en nuestros pacientes VIH+.