

Actualització de VIH. Aspectes rellevants per A.P.

IV Jornada

Maneig comorbiditats :

- **Afectació renal**
- **Salut mental**



Juanjo Mascort Roca

Metge de Família

ABS Florida Sud. Hospitalet Llobregat.ICS

- En Guillem en una analítica de control presenta un FG de 50 mL/min
- Que hem de tenir present davant aquesta troballa

Afectació renal en pacients amb VIH



Més freqüent per l'envelliment i patologies associades

- ✓ Pel propi VIH
- ✓ Comorbiditats: HTA, DM
- ✓ Tractaments: ARV, AINEs,
- ✓ Interaccions: ARV amb altres fàrmacs

Afectació renal

- 1.- Glomerulonefritis associades al VIH
- 2.- Glomerulonefritis no associades directament al VIH
 - Hepatitis relacionades amb els virus de la hepatitis B i C
 - Glomerulonefritis per immunocomplexes
 - Nefropatia IgA
 - Glomerulonefritis membrano proliferativa
- 3.- Microangiopatia trombòtica.
- 4.- Fracas renal agut: Infeccions; Deplecció de volumen; Hipotensió; Sepsi.
Secundària a fàrmacs en el 33% dels casos.
- 5.- **Nefropatia per fàrmacs**
 - **Nefrotoxicitat per antiretrovirals** (tenofovir, atazanavir, indinavir)
- 6.- Obstrucció intratubular per precipitació de cristalls
- 7.- Toxicitat tubular (Síndrome de Fanconi complet o incomplet)
- 8.- **Factors de risc cardiovascular: Hipertensió arterial, Diabetes mellitus**

- Abans del TARV la nefropatia associada al VIH (NAVIH) i les nefropaties relacionades amb el VHB i el VHC eran les causes més freqüents.
- Actualment hi ha un augment de casos relacionats amb l'us de fàrmacs i amb una major comorbiditat associada sobre tot en relació a la DM o la HTA

■ Els fàrmacs implicats en la toxicitat renal són els inhibidors de la transcriptasa inversa anàlegs a nucleòsids (ITIAN) i en particular la TDF i els inhibidors de la proteasa (IP)

■ La toxicitat per TDF pot produir disfunció tubular proximal i necrosi tubular aguda, amb possibilitat de progressió a MRC

■ Els signes més precoços són la fosfaturia, acidosi metabòlica i glucosuria (importància del fer tira d'orina)

- Nefrotoxicitat per altres **fàrmacs no antiretrovirals**: amb tota seguretat en algun moment de la seva evolució es rebran tractaments amb fàrmacs potencialment nefrotòxics.
- Nefrotoxicitat directa (contrastos iodats, aminoglucòsids, amfotericina B, vancomicina, pentamidina, foscarnet) havent d'evitar en pacients amb insuficiència renal
- Requereix ajustament de dosi (aciclovir, ganciclovir)
- **AINEs**
- **IECA / ARA II**

- Quines proves haurem de demanar
- Quins controls cal fer

L'avaluació de l'afectació renal en individus amb infecció pel VIH inclourà:

- La determinació de la concentració de creatinina en sèrum i l'estimació del filtrat glomerular
- El cocient proteïna/creatinina en orina, preferentment de la primera micció.
- En pacients amb DM i/o HTA es realitzarà també el cocient albúmina/creatinina.
- Valoració bàsica de la disfunció tubular afegint la concentració sèrica de fòsfat, i la detecció de glucosúria mitjançant una tira reactiva d'orina preferentment en la primera orina del matí.
- Proves de imatge: ECO

■ **Sediment urinari:** la presència de cèl·lules tubulars renals, eritròcits dismòrfics, cilindres eritrocitaris i cilindres ceris, són patognomònics de lesió renal i pot orientar el diagnòstic d'algunes malalties

■ **La tira reactiva** d'orina pot ser útil per detectar la presència d'infecció urinària (esterasa i nitrits), d'alteració tubular (glucosuria no hiperglucèmica) o d'alteracions com una hematúria i **NO** ha de ser utilitzada per la valoració de proteïnúria

- En absència d'alteracions el cribratge serà anual.
- Es recomana una valoració més freqüent en els pacients tractats amb tenofovir o amb factors de risc per al desenvolupament de la malaltia renal crònica (MRC).
- Evitar l'ús d'antiretrovirals potencialment nefrotòxics en pacients amb MRC o amb factors de risc per evitar la progressió
- Cal valorar la funció renal sense excepció a tots els pacients amb VIH, sempre abans d'iniciar el TARV i s'ha de monitoritzar en les visites de seguiment.

- Davant la presència d'alteracions confirmades en un estudi bàsic per sospita de nefrotoxicitat per TARV caldrà ampliar l' estudi
- Valoració en Unitat VIH referència i/o nefrologia

FGe⁽ⁱ⁾**≥ 60 mL/min****30-59 mL/min****< 30 mL/min**

Seguimiento regular

- Comprobar factores de riesgo para ERC^(x) y tratamiento nefrotóxico, incluidos los TAR^(iv, x)
- Interrumpir o ajustar dosis de fármacos en caso necesario^(v)
- Realizar ecografía renal
- Si existe hematuria con proteinuria, remitir a nefrólogo.
- Remitir a nefrólogo si aparece ERC nueva o un deterioro progresivo del FGe

- Comprobar factores de riesgo para ERC y tratamiento nefrotóxico, incluidos el TAR^(iv)
- Interrumpir o ajustar dosis de fármacos en caso necesario
- Realizar ecografía renal
- Remitir urgentemente a nefrólogo

Alguns ARV poden ocasionar MRC

- Cobicistat (COBI), Dolutebravir (DTG), Rilpivirina (RPV) i los IP ocasionen \uparrow creatinina sèrica i \downarrow FG per inhibició de transportadors de creatinina del túbul proximal sense afectar la filtració glomerular real.
- Considerar una nova determinació en 1-2 meses
- Els fàrmacs més implicats en nefrotoxicitat son Tenofovir (TDF), Inhibidors Proteasa , Indinavir (IDV), Atazanavir (ATV) i Darunavir (DRV)...

Tenofovir TDF	<p><u>Tubulopatía proximal:</u> Pensar con cualquier combinación de</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria: Proteína tira >1 o Proteína/Cr* >30mgr/dl • Descenso progresivo del FG <90mL/min • Fosfaturia
Indinavir IDV Atazanavir ATV Darunavir DRV	<p><u>Nefrolitiasis</u></p>
Indinavir IDV Atazanavir ATV	<p>Nefritis intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descenso progresivo del FG • Proteinuria tubular/hematuria • Eosinofilia (si aguda) • Cilindros de leucocitos
Tenofovir TDF IP/r	<p>Descenso progresivo de FG sin ninguna de las causas anteriores</p> <p>Considerar suspender tratamiento nefrotóxico</p>

Prevenció de enfermedad renal progresiva	Comentario
1. TAR	Comenzar TAR inmediatamente cuando exista nefropatía asociada al VIH (NAVIH) ^(vii) o se sospeche enfermedad por inmunocomplejos VIH. Un tratamiento inmunodepresor puede influir en enfermedades inmunitarias complejas. Se recomienda biopsia renal para confirmar el diagnóstico histológico.
2. Iniciar IECAS o antagonistas de los receptores de la angiotensina-II si: a. Hipertensión y/o b. Proteinuria	Controlar la FGe y el nivel de K+ estrechamente al iniciar el tratamiento o al incrementar la dosis a. Presión arterial deseada: < 130/80 mmHg
3. Medidas generales: a. Evitar fármacos nefrotóxicos b. Medidas de estilo de vida (tabaquismo, peso, dieta) c. Tratar dislipemia ^(viii) y diabetes ^(ix) d. Ajustar dosis de fármacos en caso necesario ^(v)	ERC y proteinuria son factores de riesgo independientes para ECV.

Alteración renal*	ARV	Abordaje ^(vi)
<p>Tubulopatía proximal con cualquier combinación de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proteinuria: tiras reactivas ≥ 1 o confirmado aumento significativo en P/C > 30 mg/mmol⁽ⁱ⁾ 2. Descenso paulatino de FGe y FGe < 90 mL/min⁽ⁱⁱ⁾ 3. Fosfaturia⁽ⁱⁱⁱ⁾: hipofosfatemia confirmada asociada a un aumento de la fuga tubular de fosfatos 	TDF	<p>• Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de tubulopatía renal proximal/síndrome de Fanconi⁽ⁱⁱⁱ⁾ • Considerar enfermedad renal ósea si la hipofosfatemia es de origen renal: determinar 25(OH) vitamina D, PTH, DEXA <p>Considerar interrumpir TDF si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de FGe sin otra causa. • Hipofosfatemia de origen renal confirmada y sin otra causa • Osteopenia/osteoporosis en presencia de un aumento de la fuga tubular de fosfatos
<p>Nefrolitiasis:</p> <p>Cristaluria Hematuria^(iv) Leucocituria Dolor lumbar Insuficiencia renal aguda</p>	IDV ATV (DRV)	<p>Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de orina para detectar cristaluria/litiasis • Excluir otras causas de nefrolitiasis • Imagen del tubo renal, incluido TAC <p>Considerar interrumpir IDV/ATV si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se confirma nefrolitiasis • Dolor lumbar recidivante +/- hematuria
<p>Nefritis intersticial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descenso gradual del FGe⁽ⁱⁱ⁾ 2. Proteinuria tubular⁽ⁱⁱⁱ⁾/hematuria 3. Eosinofilia (si aguda) 	IDV ATV ^(v)	<p>Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografía renal • Remitir a nefrólogo <p>Considerar interrumpir IDV/ATV si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de FGe sin otra causa.
<p>Disminución progresiva de la FGe, pero ninguna de las anteriores^(v)</p>	TDF IP/r	<p>Realizar una evaluación completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo para ERC^(v) (véase Enfermedad renal: Definición, Diagnóstico y Manejo) • TPR, A/C, P/C (véase Enfermedad renal: Definición, Diagnóstico y Manejo e Indicaciones y Indicaciones y tests para el estudio de la tubulopatía proximal renal (TRP)) • Ecografía renal <p>Considerar discontinuar ARV con potencial nefrotoxicidad si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de la FGe sin otra causa^(v)

- En Guillem be a la consulta per informar de la visita amb nefrologia:
- No li han donat bones notícies...
- Sembla que te afectat el ronyó i li han de fer més proves
- Està neguitós i ens demana alguna medicació per descansar millor. Durant el dia està més actiu i hi pensa menys però per la nit...no deixa de donar-li voltes
Un amic li ha dit que prengui un diazepam però no vol fer-ho sense consultar-ho primer.
Pregunta també si pot pendre alguna infusió per estar més tranquil ?

Avaluació del pacient amb VIH cal una anamnesi i exploració física ben estructurada i sistematitzada...

**Però sense oblidar la esfera psicosocial
doncs es especialment rellevant**

- Persones amb trastorns mentals poden tenir amb més freqüència conductes de risc
- Amb freqüència pot haver associat un abús de substàncies
- Hi ha un increment de les complicacions psiquiàtriques no només pel propi virus VIH sino també per la cronicitat

- Càrrega emocional molt important doncs te que veure amb comportaments íntims i de relació amb altres persones.
- Doble estigmatització: VIH + trastorn mental.
- Vulnerabilitat
- (La prevalència de depressió pot ser del 20-40%)

En la HC

Recollir informació sobre antecedents familiars i personals

- Antecedents familiars de patologia psiquiàtrica
- Antecedents personals d'events com ansietat, distímia, depressió, altre patologia psiquiàtrica (psicòsi, mania...)
- Tractaments prèvis: psicoteràpia, farmacològics, "alternatius"
- Antecedents de consum/abús de substàncies adictives

Segons el document de consens de GESIDA

Tasques d'AP

- Intentar mejorar la **adherencia** al tratamiento.
- **Seguimiento** de la respuesta a los diferentes tratamientos instaurados.
- Indicar la **derivación** a los diferentes recursos o especialistas, urgentes u ordinarios, ambulatorios u hospitalarios.
- **Aconsejar** por parte de personal cualificado y entrenado: para ayudar al sujeto adaptarse a los **acontecimientos estresantes**, en este caso asociados a su condición de seropositivo.

Documento de Consenso sobre las alteraciones Psiquiátricas y Psicológicas en adultos y niños con infección por el vih.
GESIDA 2015. Disponible a:

[http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-
AlteracionesPsiquiatricasPsicologicasAdultosNinosVIH.pdf](http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-AlteracionesPsiquiatricasPsicologicasAdultosNinosVIH.pdf)

- Hem d'estar atents a diferents moments de l'evolució:

ALERTA

- Abans del diagnòstic (al fer l'anamnesi, en el moment d'oferir la prova: pot condicionar la resta. Comencem a establir vincle/pacte terapèutic).
- En el moment de donar el resultat de seropositivitat
- Els dies immediats al diagnòstic: conductes de més risc, idees autolisi...
- Després de la visita amb AE (aconsellar que vingui. No perdem els pacients. No ens en desentenem. Compartim).

- Quan ha d'explicar-ho a la parella, família, amics (explorar xarxa de suport). Culpabilitat
- Quan es vol començar relació de parella: dificultats per explicar-ho, pors, perdua (tendència a tenir relacions amb altres persones amb VIH)
- Quan es reben resultats d'analítiques i si han empitjorat
- Quan es requereix canvis de tractament per resposta no adequada
- Quan persones properes o del seu ambient de relació enmalalteixen o moren

Diferents emocions: ansietat, soledat, DOL i dols...

Incertesa, perdua d'autonomia, el que ve per endavant

Suport en la cronicitat

Amb els tractaments actuals la supervivència de molts seropositius ha millorat radicalment.

Causa dificultats com ara el **cansament emocional** que comporta **haver d'estar constantment pendent de la seropositivitat** (horaris de la medicació, visites mèdiques, observació i seguiment de símptomes, aspectes psicosocials, etc.).

Trastorns de l'estat d'ànim

- S'ha de interrogar sempre la presència de simptomatologia depressiva i iniciar el tractament correcte en cas d'episodi depressiu.
- Es recomana l'ús d'antidepressius i psicoteràpia per al tractament de la depressió i distímia. Es recomana l'ús d'ISRS com a antidepressius de primera elecció.
- En cas d'associació d'ansietat o insomni, es recomana afegir una benzodiazepina o optar per un antidepressiu sedatiu.
- En cas de presentació de simptomatologia maníforme / bipolar, i després de descartar el seu possible origen orgànic, es recomana remetre al pacient al psiquiatre de referència amb caràcter urgent

Trastorns d'ansietat

- Es recomana el tractament farmacològic quan hi ha comorbiditat amb depressió moderada o severa
- Els ISRS són els fàrmacs de primera línia en el tractament per a trastorns d'ansietat generalitzada, fòbia social, trastorns obsessiu-compulsius i per estrès posttraumàtic.
- Per valorar l'eficàcia dels ISRS cal que el tractament farmacològic amb aquests es mantingui almenys 12 setmanes i si hi ha hagut resposta a les 12 setmanes, s'ha de continuar durant 6 mesos més. (probablement més)

Trastorns de la personalitat

- En relació al tractament, en els trastorns de personalitat es recomana un tractament que combini psicoteràpia i farmacoteràpia, reservant aquesta última per al maneig simptomàtic.
- En pacients VIH cal considerar especialment l'hospitalització si hi ha risc suïcida o autolesiu.

Trastorns psicòtics

- Es recomana tenir present el possible **origen orgànic** dels símptomes psicòtics. Si no hi ha patologia orgànica s'ha de pensar en **origen farmacològic** o per tòxics. Un cop descartats els anteriors es pensarà en **patologia psiquiàtrica**.
- En un pacient que presenta per **primera vegada un episodi psicòtic** és aconsellable la realització d'una **prova d'imatge cerebral** (TC cranial o RM cerebral). Davant la presència de simptomatologia psicòtica és necessari iniciar immediatament tractament amb fàrmacs antipsicòtics.
- També és **aconsellable ingressar** al pacient per realitzar un correcte diagnòstic diferencial i ajustar bé el tractament.

Trastorns de la son

- Són molt prevalents en les persones amb infecció per VIH En pacients en tractament amb efavirenz, l'insomni pot ser una causa justificada de retirada d'aquest fàrmac.
- En el tractament donarem consells habituals
- Si considerem que cal tractament farmacològic podem valorar donar Lorazepam

Derivació a Salut Mental

- Comorbiditat psiquiàtrica (Esquizofrènia, Tr. Bipolar, Abús de substàncies, etc ...).
- Ideació i verbalització suïcida.
- Alteracions anímiques i afectives recurrents.
- Sentiments d'indefensió i desesperança.
- Conductes desadaptatives amb escassa capacitat d'afrontament.
- Simptomatologia d'ansietat o depressiva persistent compatible amb Trastorn Adaptatiu de curs crònic.
- Trets patològics i desadaptatius de personalitat.
- No resposta al tractament o dubtes en el tractament o maneig
- La síndrome confusional o delirium es considera una urgència mèdica

TRACTAMENT

- Es recomana buscar l'etiologia del trastorn neuropsiquiàtric abans d'usar psicofàrmacs en els pacients VIH.
- ✓ Administració de dosis inicials més baixes i increment més lent.
- ✓ Programació de la posologia el menys complexa possible.
- ✓ Tenir en compte el perfil d'efectes secundaris per evitar successos adversos innecessaris.
- ✓ Considerar vies metabòliques i d'eliminació del fàrmac per reduir a mínims tant les interaccions entre medicaments com les lesions en l'òrgan diana.
- ✓ S'ha de valorar la retirada de l'efavirenz en pacients amb idees o intents previs de suïcidi. (Caldrà preguntar per idees d'autolisi)
- Els tractaments psicològics també són d'utilitat com a tractament únic o complementari.
- Recursos comunitaris de suport

ANTIDEPRESIUS

El tractament d'elecció per a la depressió són els antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina

- Preferiblement citalopram i escitalopram (A causa de la seva feble acció sobre el sistema del citocrom P450).
- En general, bona tolerància.
- Mirtazapina: Sedació i hiperorexia (poden ser beneficiosos en alguns pacients). Té molta menor afectació sobre la funció sexual.

- En general els inhibidors de la recaptació de serotonina, són més segurs que els antidepressius tricíclics des del punt de vista de les interaccions.
- No obstant això, s'han descrit reduccions de les concentracions plasmàtiques de paroxetina i sertralina en presència de DRV / r i de les de sertralina en presència d'EFV.
- Precaució síndrome serotoninèrgica, especialment amb fluoxetina i fluvoxamina en combinació amb inhibidors de la proteasa.
- Abans de començar un tractament en algunes combinacions pot ser recomanable fer un ECG per descartar alteracions del QT

ANTIPSIÒTICS

- El tractament antipsicòtic d'elecció és la paliperidona, donat el seu menor risc d'efectes secundaris extrapiramidals, baix risc d'interaccions farmacocinètiques i menor risc de produir síndrome metabòlica respecte a altres antipsicòtics
- En els estats d'agitació i delirium que precisin sedació es recomana l'ús inicial d'antipsicòtics com haloperidol o risperidona.

BENZODIAZEPINES

- Les benzodiazepines són l'elecció en quadres aguts, ansietat greu i durant períodes curts de temps (entre 2 i 6 setmanes)
- S'han d'utilitzar amb precaució i fins i tot evitar-se en alguns pacients per les interaccions farmacològiques i el risc d'habitució.
- Cal evitar la utilització de benzodiazepines en pacients amb antecedents de trastorn per consum d'alcohol i de substàncies
- No s'ha d'administrar midazolam i triazolam a pacients tractats amb IP, EFV o EVG / cobiv.
- En general, la majoria de benzodiazepines així com buspirona, zolpidem, zopiclona, zaleplon veuran augmentades les seves concentracions plasmàtiques en presència d'IP i reduïdes en presència dels INNTI, EFV, NVP i, en menor mesura, ETR.
- En pacients amb VIH en general es prefereix l'ús de lorazepam.

- Al Gulliem li explicarem mesures no farmacològiques que poden ser d'ajuda
- i podem aconsellar que prengui un lorazepam si li cal, per la nit
- Informarem sobre el risc associat d'alguns tractaments d'herbolari
- Preguntarem per ideació d'autolisi
- Citarem posteriorment per fer seguiment i estarem atents a possible simptomatologia depressiva
- En cas de indicar antidepressius escollirem un ISRS

- Alerta amb el consum de medicacions alternatives o fitoteràpies.
- Està ben descrit interaccions amb la herba de San Juan i inhibidors de la proteasa o inhibidors no nucleósidos de la transcriptasa inversa.
- També amb maraviroc i elvitegravir/cobicistat.

Importancia

- En personas infectadas por el VIH se ha registrado una mayor prevalencia de depresión (20-40% frente al 7% en la población general)
- La depresión viene acompañada de una importante discapacidad y peores resultados en el tratamiento

Detección y diagnóstico

Quién?	Cómo detectar?	Cómo diagnosticar?
<p>Se recomienda cribado de todas las personas VIH positivas dada la alta prevalencia de depresión</p> <p>Población de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de depresión.• Antecedentes de episodio depresivo.• Edad avanzada• Adolescencia• Personas con antecedentes de dependencia a drogas, antecedentes psiquiátricos, neurológicos o comorbilidad grave.• Uso de EFV• Uso de fármacos neurotrópicos y drogas recreacionales• Como parte de la investigación del deterioro neurocognitivo, ver la página 64	<ul style="list-style-type: none">• Control cada 1-2 años.• Dos preguntas importantes:<ol style="list-style-type: none">1. ¿Te has sentido con frecuencia deprimido, triste o sin esperanza en los últimos meses?2. ¿Ha perdido interés en actividades con las que antes solía disfrutar?• Síntomas específicos en hombres:<ul style="list-style-type: none">– Estresado, agobiado, irritable, desahogo con el trabajo o el alcohol.• Descartar causas orgánicas (como hipotiroidismo, hipogonadismo, enfermedad de Addison, fármacos no VIH, déficit de vitamina B12).	<p>Síntomas – evaluar regularmente</p> <p>A. Al menos 2 semanas con estado anímico deprimido</p> <p>o</p> <p>B. pérdida de interés</p> <p>o</p> <p>C. disminución de la capacidad para sentir placer</p> <p>MÁS de 4 de 7 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cambio de peso de $\geq 5\%$ en un mes o un cambio persistente de apetito.2. Insomnio o hipersomnia la mayoría de días3. Cambios en la velocidad para pensar y moverse4. Cansancio5. Sentimiento de culpa o desesperanza6. Disminución de la capacidad de concentración y decisión7. Ideas suicidas o intento de suicidio⁽ⁱ⁾

ⁱ EFV se ha asociado con un mayor riesgo de ideación suicida

Clasificación, dosis, seguridad y reacciones adversas de los antidepresivos

Mecanismos y clasificación	Dosis inicial	Dosis estándar	Toxicidad en sobredosis	Insomnio y agitación	Sedación	Náuseas o reacciones digestivas	Disfunción sexual	Aumento de peso
	mg/día							
Inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina (ISRS)⁽ⁱ⁾								
Paroxetina	10-20	20-40	Baja	+	- / +	+	++	++
Sertralina	25-50	50-150	Baja	+	- / +	+	+	+
Citalopram	10-20	20-40	Baja	+	- / +	+	+	+
Escitalopram	5-10	10-20	Baja	+	- / +	+	+	+
Inhibidores de la recaptación mixtos o duales								
Venlafaxina	37.5-75	75-225	Moderada	++	- / +	+	+	- / +
Nuevos fármacos de acción mixta								
Mirtazapina	30	30-60	Baja	- / +	++	- / +	- / +	++

- nada
- + moderado
- ++ grave

Antidepresivos		ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL
ISRS	citalopram	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	escitalopram	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	fluvoxamina	↑	↑	↑	↑	↔	↔	E	↔	↔	↔	↑	↔
	fluoxetina	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	paroxetina	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔
	sertralina	↓	↑	↓49%	↓	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
IRSN	duloxetina	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	venlafaxina	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	D	↔	↑	↔
ATC	amitriptilina	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	clomipramina	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	desipramina	↑ ^a	↑	↑	↑5% ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	doxepina	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	imipramina	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	nortriptilina	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	trimipramina	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
ATeC	maprotilina	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	mianserina	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
	mirtazapina	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔
Otros	bupropión	↓	↔	↓	↓57%	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↑?	↔
	lamotrigina	↓32%	↔	↓	↓50%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nefazodona	↑	↑	↑	↑	↓E	↓E	↓E	E	E	↔	↑	↔
	Hipérico (hierba de San Juan)	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D ^b	D	↔
	trazodona	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔

- ↑ posible aumento de la exposición al antidepresivo
- ↓ posible disminución de la exposición al antidepresivo
- ↔ no hay un efecto significativo
- D posible disminución de la exposición al ARV
- E posible aumento de la exposición al ARV
- ^a Se recomienda controlar el ECG.

Interaccions farmacològiques

- <http://www.hiv-druginteractions.org/>
- http://www.hivclinic.ca/main/drugs_interact.html
- <http://www.interaccionesvih.com/>

Documents de consulta

Documento de Consenso sobre las alteraciones Psiquiátricas y Psicológicas en adultos y niños con infección por el vih. GESIDA 2015.

<http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-AlteracionesPsiquiatricasPsicologicasAdultosNinosVIH.pdf>

Documento de consenso sobre la evaluación y manejo de la afectación renal en pacientes con infección por el VIH. Julio 2014

http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-Manejo_y_Evaluacion_Renal_y_VIH_versionJulio2014.pdf

Guías clínicas European AIDS Clinical Society (EACS). Octubre 2015

<http://www.eacsociety.org/files/guidlines-8.0-spanish.pdf>

Tres clics HIVi Sida

<http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=761&idEsp=9>