

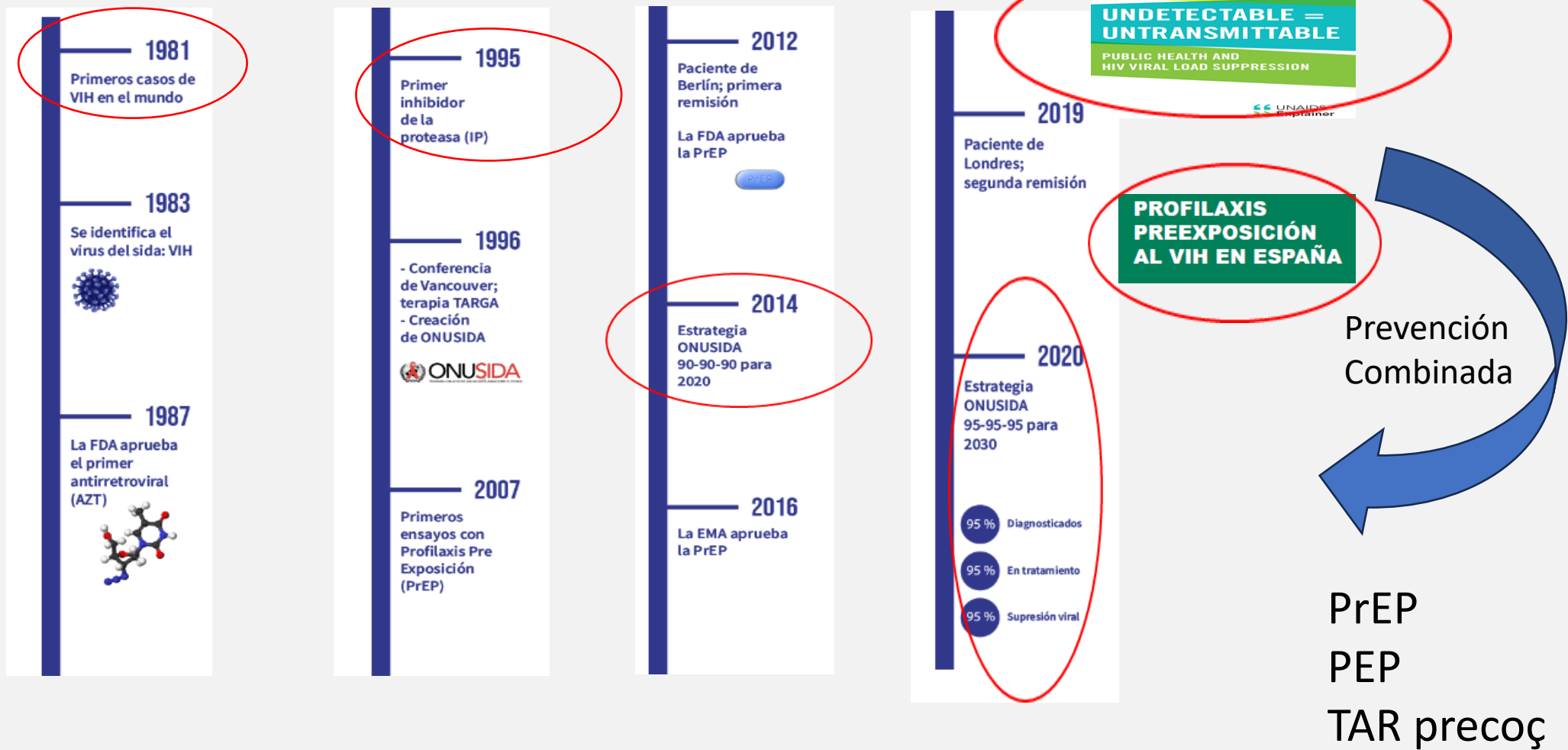


VIII Jornada sobre Aspectes Rellevants de la Infecció del VIH. Maneig a l'Atenció Primària i a l'Hospital

Prescripció segura en PVIH

Juanjo Mascort Roca
Grup de treball sobre VIH de la CAMFiC

Barcelona, 4 de desembre de 2025



Modificado de <https://cesida.org/blog/notas-de-prensa/manifiesto-dia-mundial-del-sida-2021-40-anos-vih/>

UNDETECTABLE = UNTRANSMITTABLE

PUBLIC HEALTH AND
HIV VIRAL LOAD SUPPRESSION



«**ONUSIDA** respalda el concepto de indetectable = no transmisible»¹
 Habría suficiente consenso para poder afirmar que las personas con VIH
 que consiguen una carga viral indetectable por el TAR no transmitirían el
 VIH vía sexual

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf



Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study



Alison J Rodger, Valentina Cambiano, Tina Bruun, Pietro Vernazza, Simon Collins, Olaf Degen, Giulio Maria Corbelli, Vicente Estrada, Anna Maria Geretti, Apostolos Beloukas, Dorthe Raben, Pep Coll, Andrea Antinori, Nneka Nwokolo, Armin Rieger, Jan M Prins, Anders Blaxhult, Rainer Weber, Arne Van Eeden, Norbert H Brockmeyer, Amanda Clarke, Jorge del Romero Guerrero, Francois Raffi, Johannes R Bogner, Gilles Wandeler, Jan Gerstoft, Felix Gutierrez, Kees Brinkman, Maria Kitchen, Lars Ostergaard, Agathe Leon, Matti Ristola, Heiko Jensen, Hans-Jürgen Stellbrink, Andrew N Phillips, Jens Lundgren, for the PARTNER Study Group*

Summary

Background The level of evidence for HIV transmission risk through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking virally suppressive antiretroviral therapy (ART) is limited compared with the evidence available for transmission risk in heterosexual couples. The aim of the second phase of the PARTNER study (PARTNER2) was to provide precise estimates of transmission risk in gay serodifferent partnerships.

Methods The PARTNER study was a prospective observational study done at 75 sites in 14 European countries. The first phase of the study (PARTNER1; Sept 15, 2010, to May 31, 2014) recruited and followed up both heterosexual and gay serodifferent couples (HIV-positive partner taking suppressive ART) who reported condomless sex, whereas the PARTNER2 extension (to April 30, 2018) recruited and followed up gay couples only. At study visits, data collection included sexual behaviour questionnaires, HIV testing (HIV-negative partner), and HIV-1 viral load testing (HIV-positive partner). If a seroconversion occurred in the HIV-negative partner, anonymised phylogenetic analysis was done to compare HIV-1 *pol* and *env* sequences in both partners to identify linked transmissions. Couple-years of follow-up were eligible for inclusion if condomless sex was reported, use of pre-exposure prophylaxis or post-exposure prophylaxis was not reported by the HIV-negative partner, and the HIV-positive partner was virally suppressed (plasma HIV-1 RNA <200 copies per mL) at the most recent visit (within the past year). Incidence rate of HIV transmission was calculated as the number of phylogenetically linked HIV infections that occurred during eligible couple-years of follow-up divided by eligible couple-years of follow-up. Two-sided 95% CIs for the incidence rate of transmission were calculated using exact Poisson methods.

Findings Between Sept 15, 2010, and July 31, 2017, 972 gay couples were enrolled, of which 782 provided 1593 eligible couple-years of follow-up with a median follow-up of 2.0 years (IQR 1.1–3.5). At baseline, median age for HIV-positive partners was 40 years (IQR 33–46) and couples reported condomless sex for a median of 1.0 years (IQR 0.4–2.9). During eligible couple-years of follow-up, couples reported condomless anal sex a total of 76088 times. 288 (37%) of 777 HIV-negative men reported condomless sex with other partners. 15 new HIV infections occurred during eligible couple-years of follow-up, but none were phylogenetically linked within-couple transmissions, resulting in an HIV transmission rate of zero (upper 95% CI 0.23 per 100 couple-years of follow-up).

Interpretation Our results provide a similar level of evidence on viral suppression and HIV transmission risk for gay men to that previously generated for heterosexual couples and suggest that the risk of HIV transmission in gay couples through condomless sex when HIV viral load is suppressed is effectively zero. Our findings support the message of the U=U (undetectable equals untransmittable) campaign, and the benefits of early testing and treatment for HIV.

Funding National Institute for Health Research.

Copyright © 2019 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Introduction

Early evidence of a strong link between the HIV viral load of an HIV-positive partner and the risk of transmission to an HIV-negative partner came from

observational studies in serodifferent heterosexual couples.^{1,2} Evidence from a randomised study of risk of HIV transmission in the context of virally suppressive antiretroviral therapy (ART) in heterosexual couples was

- Els resultats de l'estudi Partner-2, un estudi observacional, multicèntric i prospectiu que va avaluar el risc de transmissió del VIH en parelles d'homes que tenen relacions sexuals amb homes (HSH) serodiscordants que no van utilitzar preservatiu durant les relacions sexuals i en què la parella seropositiva al VIH estava rebent tractament antirretroviral (TAR), indiquen que **quan el TAR suprimeix amb èxit la càrrega viral del VIH, el risc de transmissió és zero** (com ja s'ha vist en el cas de les relacions heterosexuales).

- Reforça encara més la importància del diagnòstic precoç (DP).
- **Identificar (H^a sexual, riscos, ITS...) → DP → Tractament precoç**
- La importància del diagnòstic precoç es posa de manifest en permetre iniciar un tractament precoç i prevenció precoç.



- Cap enfocament del VIH no pot acabar amb l'epidèmia per si sol

PREVENCIÓ COMBINADA

- Aquestes dades posen de manifest que calen noves estratègies de prevenció més enllà de les clàssiques centrades en l'ús del preservatiu i pràctiques de menor risc. Sense deixar de promocionar-les. Sobretot en col·lectius de més incidència.
- Es necessiten paquets combinats específics que ofereixin diverses intervencions de prevenció d'alt impacte del VIH amb eficàcia demostrada.
- Com recomana ONUSIDA¹:
«No existe ningún enfoque de prevención que tenga la capacidad de poner fin a la epidemia por sí solo. Es preciso combinar varias intervenciones para la prevención».

1. Acción acelerada para la prevención combinada. ONUSIDA 2015
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fasttracking_combination_prevention_es.pdf

- Estrategias de **prevenció combinada** :
 - Promoure l'ús de preservatius
 - Programes de reducció de danys a PID (intercanvi de material d'injecció, teràpia de substitució d'opiacis...).
 - **Tractament com a prevenció:**
 - Inici del TAR el més aviat possible
 - Profilaxi pre-exposició (PrEP)
 - Profilaxi post-exposició (PEP).

Caldria afegir:
Prevenció, diagnòstic, tractament i seguiment de COMORBIDITATS

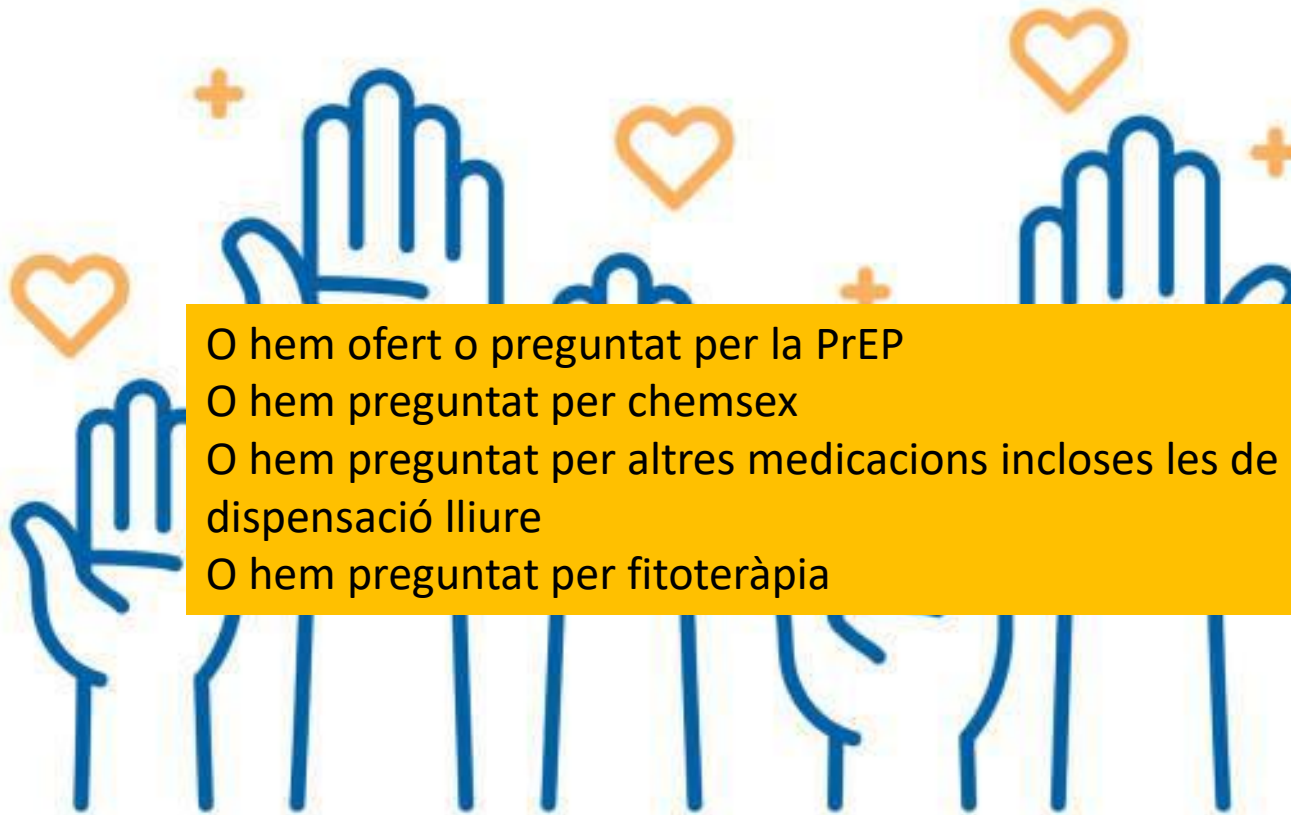


<https://www.gtt-vih.org/aprende/prevencion/que-es-la-prevencion-sexual-combinada>

PRESCRIPCIÓ SEGURA EN PERSONAS AMB VIH (PVIH)

- Tractament antiretroviral (TAR)
- Tractaments relacionats amb la prevenció.
 - Profilaxi pre-exposició
 - Profilaxi post-exposició
- Tractaments “long acting”
- Tractaments relacionats amb les comorbiditats i cronicitat
 - HTA, DM-II, Dislipèmia, MPOC/asma, ACO, ansietat/depressió
- Fàrmacs d'ús habitual: analgèsics, AINEs, antiàcids/IBP...
- Altres tractaments: antibiòtics, disfunció erèctil, tabaquisme...
- Fitoteràpia i altres productes
- Chemsex/slamsex
- Importància de l'adherència
- Desprescripció
- Recursos

- Tractaments simplificats
- Millor tolerats
- Amb menys efectes secundaris
- Possibles (però menys) interaccions amb molts altres fàrmacs
- Genera dubtes de maneig a l'AP
- Derivacions/consultes evitables
- Conèixer les alternatives més segures
- Crear circuits de consulta ràpids amb la unitat de VIH hospitalària de referència



O hem ofert o preguntat per la PrEP
O hem preguntat per chemsex
O hem preguntat per altres medicacions incloses les de dispensació lliure
O hem preguntat per fitoteràpia

“Aixequin la mà els qui hagin preguntat pel TAR i per l’adherència a les PVIH en la consulta”

"Pregunta lo que no sepas
y pasarás por tonto unos
minutos. No lo preguntes,
y serás tonto la vida
entera."
-Proverbio chino.

- No cal ser expert. Cal preguntar.
- Cada consulta, una oportunitat
- Si no preguntes, no detectes. Si no detectes, no ajudes

TRACTAMENT ANTIRETROVIRAL (TAR)

EACS produces Guidelines for the management of people living with HIV in Europe. The English version is regularly updated by the guidelines panels with major revision every other year and minor revisions in the years in between. Guidelines are published in the autumn and translated into additional languages.*

The EACS Guidelines are available on the interactive website and in the app.



Interactive website!

Visit the website to see the update v13.0:

→ <https://eacs.sanfordguide.com>



Actualización enero 2025

Documento de consenso de GeSIDA - Panel de expertos de GeSIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus... de la inmunodeficiencia humana.

[Abrir Guía](#)

<https://guiasclinicas.gesidaseimc.org/version/?do=show&pk=24>



**Tabla de fármacos
antirretrovirales**



**¿Qué debo saber sobre el
tratamiento del VIH? (Segunda
edición 2019)**



**Opciones de tratamiento de la
dependencia de opiáceos para
personas que viven con VIH**

<https://www.gtt-vih.org/publicaciones/tratamientos/>

Principales familias de fármacos

Abreviatura	Nombre completo
ITIN/ITINt	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/ nucleótido (análogos de nucleósido)
ITINN	Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (no análogos de nucleósido)
IP	Inhibidores de la proteasa
INI	Inhibidores de la integrasa
	Inhibidores del CCR5 o antagonistas del correceptor CCR5
	Inhibidores de la fusión
AbmM	Anticuerpo monoclonal

- **El TAR ha d'iniciar-se tan aviat com sigui possible** en totes les persones que viuen amb VIH, amb simptomatologia o sense, i amb independència del nombre de limfòcits T CD4+.
- Les pautes recomanades per al TAR inicial en el moment actual consisteixen en una **combinació de dos o tres fàrmacs basats en un inhibidor de la integrasa (INI) de segona generació (DTG o BIC)**.
- L'única pauta doble recomanada en el moment actual com a TAR d'inici consisteix a DTG/3TC.
- Aquestes combinacions han demostrat en assaigs clínics obtenir una CVP <50 cops/ml a les 48 setmanes de tractament en més del 85% dels casos.

<https://guiasclinicas.gesidaseimc.org/version/?do=show&pk=24>

3er Fármaco	Pautat†	Comentarios
Preferentes. Pautas aplicables a la mayoría de los pacientes, que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia no inferior o superior a otras pautas también consideradas actualmente como preferentes y presentan ventajas adicionales por número de comprimidos, barrera de resistencia, tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas.		
INI	BIC/FTC/TAF	
	DTG+FTC/TAF*	
	DTG/3TC	- No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica - No recomendada tras fracaso de PrEP sin disponer del resultado de estudio de resistencias.
Alternativas. Pautas eficaces, pero que no se consideran preferentes bien porque su eficacia ha resultado inferior a las pautas preferentes en ensayos clínicos o no se han comparado con pautas preferentes, o porque tienen desventajas potenciales o restricciones en su indicación. Pueden ser, sin embargo, de elección en subgrupos de pacientes o en casos especiales		

BIC: Bictegravir / FTC: Emtricitabina/ TAF: Tenofovir alafenamida/ DTG: Dolutegravir/ 3TC: Lamivudina/ TFV: Tenofovir (cualquier presentación)
 TDF: Tenofovir disoproxil fumarato/ TDx: Tenofovir disoproxil

* La utilización de TFV como TDx (fundamentalmente TDF) puede considerarse una alternativa a TAF cuando no se asocie a un fármaco potenciado y siempre que se excluya la presencia de alteración renal o de osteopenia/osteoporosis, y no existan otros factores de riesgo para desarrollarlas. Por otra parte, TDF puede administrarse coformulado con FTC o con 3TC.

<https://guiasclinicas.gesidaseimc.org/version/?do=show&pk=24>

Alternativas. Pautas eficaces, pero que no se consideran preferentes bien porque su eficacia ha resultado inferior a las pautas preferentes en ensayos clínicos o no se han comparado con pautas preferentes, o porque tienen desventajas potenciales o restricciones en su indicación. Pueden ser, sin embargo, de elección en subgrupos de pacientes o en casos especiales		
INI	DTG/ABC/3TC	- ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo, y puede asociarse a un incremento en el riesgo cardiovascular. - No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	RAL+FTC/TAF*	- RAL debe administrarse como 1 comprimido de 400 mg cada 12 horas. - Esta pauta se considera actualmente alternativa debido a su peor barrera frente a las resistencias respecto a las pautas preferentes, y a que no puede administrarse con un comprimido único.
IP potenciado	DRV/c/FTC/TAF	- Es imprescindible evaluar posibles interacciones.
ITINN	DOR+FTC/TAF*	- Existe la combinación de DOR/3TC/TDF, en comprimido único, aprobada por la EMA, pero no comercializada en España (ver Notas sobre TDF).
	RPV/FTC/TAF*	- No indicado en pacientes con CVP >100.000 cop/mL. - Realizar previamente un estudio genotípico que descarte mutaciones de resistencia a ITINN. - Contraindicado si se utilizan inhibidores de la bomba de protones. - Se debe tomar siempre con una comida.

<https://guiasclinicas.gesidaseimc.org/version/?do=show&pk=24>

Consumo farmacéutico a través de recetas médicas

Tabla 5-11 Diez primeros subgrupos terapéuticos de mayor consumo en envases, según la clasificación ATC2. España, 2022^{158, 159}

	Subgrupo Terapéutico ATC2	Nº envases (miles)	% envases s/total	% envases 2020/2019	Importe PVP-IVA (miles de euros)
N02	Analgésicos	141.516,9	12,9	11,4	932.243,0
N05	Psicolépticos	93.356,9	8,5	0,4	759.970,3
C09	Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina	88.840,8	8,1	2,1	937.967,2
C10	Agentes modificadores de los lípidos	81.697,6	7,4	5,1	938.611,3
A02	Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos	73.603,9	6,7	1,7	507.109,4
N06	Psicoanalépticos	58.275,4	5,3	5,7	988.154,9
A10	Fármacos usados en diabetes	53.872,0	4,9	5,9	2.162.588,8
M01	Productos antiinflamatorios y antirreumáticos	48.815,1	4,4	15,1	261.101,3
B01	Agentes antitrombóticos	46.624,7	4,3	0,0	1.113.288,5
R03	Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	35.911,8	3,3	11,3	1.025.886,6
	% s/total		65,8		

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

TAR en diferents combinacions recomanats en TAR, PrEP o PEP

➤ Les interaccions que es comenten en la presentació tenen relació amb els tractaments indicats com preferents:

EACS Guidelines

- BIC: BICTEGRAVIR
- FTC: EMTRICITABINA
- TAF: TENOFOVIR ALAFENAMIDA
- DTG: DOLUTEGRAVIR
- 3TC: LAMIVUDINA
- TXF: TENOFOVIR
- TDF: TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO
- XTC: 3TC o FTC
- CAB/RLP: CABOTEGRAVIR/RILPIVIRINA (long acting)

Colour legend

-  No clinically significant interaction expected
-  These drugs should not be co-administered
-  Potential clinically significant interaction that is likely to require additional monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration
-  Potential interaction likely to be of weak intensity. Additional action/monitoring or dosage adjustment is unlikely to be required

Legend

- ↑ Potential elevated exposure of the bronchodilator
- ↓ Potential decreased exposure of the bronchodilator
- ↔ No significant effect
- D Potential decreased exposure of ARV drug
- E Potential elevated exposure of ARV drug

Els fàrmacs recomanats per al tractament d'inici de la hipertensió són:

- **inhibidors del sistema renina angiotensina, tant inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina (IECA), com els antagonistes del receptor de l'angiotensina (ARAII) però mai de forma simultània.**
- **Antagonistes de canals del calci dihidropiridinics (ACA)**
- **Diürètics tiazídics (Hidroclorotiazida, clortalidona o Indapamida).**
- **Betabloquejadors**

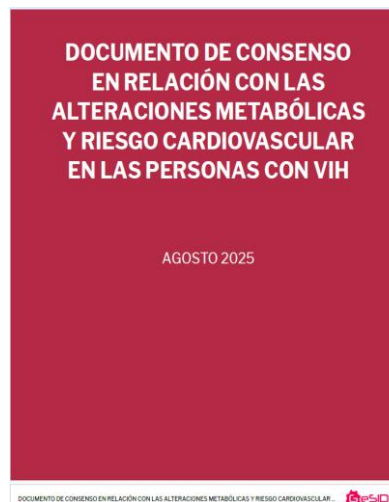
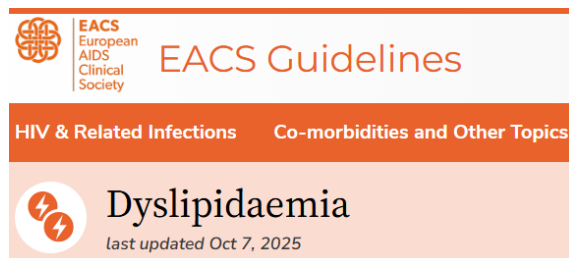
Drug-drug Interactions between Antihypertensives and ARVs

Antihypertensives		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
ACE inhibitors	captopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	cilazapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	enalapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	fosinopril	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	lisinopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	perindopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	quinapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ramipril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	trandolapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Angiotensin antagonists	candesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	eprosartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	irbesartan	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔
	losartan	↔	↓a	↔	↓a	↓a	↔	↑b	↑b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓a	↔	↔	↔
	olmesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	telmisartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	valsartan	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Antihypertensives		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
Calcium channel blockers	amlodipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	diltiazem	↑d	↑d	↑	↑	↑e	E	↓69%	↓E	↓	E	E	E	↑	E	E	↔	↑	↔	↔	↔
	felodipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Δ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	lacidipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	↔	↓	↓	↓	↔f	↔f	↔	↑ ^Δ	↔	↔f	↔	↑	↔	↔	↔
	lercanidipine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Δ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	nicardipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	E	↓	↓E	↓	Ef	Ef	E	↑	↔	Ef	↔	↑	↔	↔	↔
	nifedipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Δ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	nisoldipine	↑d	↑d	↑	↑	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Δ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	verapamil	↑d	↑d	↑	↑	↑e	E	↓	↓E	↓	E	E	E	↑	E	E	↔	↑	↔	E	E
Diuretics	amiloride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔
	bendroflu- methiazide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	chlortalidone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	eplerenone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Δ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	furosemide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E
	hydrochloro- thiazide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	indapamide	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	torasemide	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↑	↑	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔
	xipamide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Antihypertensives		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
β blockers	atenolol	↑c	↔c	↑	↔	↔c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔
	bisoprolol	↑c	↑c	↑	↑	↑c	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	carvedilol	↑c	↑↓c	↑	↑↓	↑↓c	↔	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	labetalol	↑c	↓c	↔	↓	↓c	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	metoprolol	↑c	↑c	↑	↑	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	nebivolol	↑c	↑c	↑	↑	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	oxprenolol	↑c	↓c	↔	↓	↓c	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	pindolol	↑c	↑c	↑	↑	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	propranolol	↑c	↑c	↑	↑	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	spironolactone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Dislipèmia



DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO SOBRE EL USO DE ESTATINAS EN LA PREVENCIÓN
 PRIMARIA CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON VIH

- Les **estatines són la primera opció** per la seva capacitat per reduir la morbimortalitat cardiovascular
- Si no s'aconsegueix els objectius terapèutics amb les estatines, podeu afegir-hi **ezetimiba**
- La **pitavastatina té menys interaccions farmacològiques i pot tenir els avantatges d'un major augment de les HDL i menys efectes adversos sobre la glucosa que altres estatines (EACS 25)**
- L'estatina de potència moderada recomanada seria pitavastatina 4 mg com a primera elecció i com a alternatives atorvastatina 20 mg (tot i que a dosi de 40mg no sol donar problemes) o rosuvastatina 10 mg (GeSIDA 24).
- Simvastatina pot tenir interaccions amb alguns antirretrovirals tot i que no amb els nous inhibidors de la integrasa (bictegravir, dolutegravir). Si tenim dubtes sobre quin es el tractament que rep el pacient, millor no donar-la per precaució.

	Atorvastatina	Rosuvastatina	Pitavastatina	Pravastatina	Simvastatina
RAL	=	=	=	=	=
EVG	↑	↑?	↑?	↑?	X
DTG	=	=	=	=	=
BIC	=	=	=	=	=
CAB	=	=	=	=	=
ATV	↑	↑	↑	↑	X
COBI	↑	↑	↑	↑	X
DRV	↑	↑	=	↑	X
RTV	↑	↑	=	=	X
NVP	↓	=	=	=	↓
EFV	↓	=	=	↓	↓
ETR	=	=	=	=	↓
RPV	=	=	=	=	=
DOR	=	=	=	=	=
FPV	↑?	↑	↑?	=	↑?
LEN	↑?	=*	=	=	↑?
MVC	=	=	=	=	=

ATV: Atazanavir; BIC:bictegravir; CAB: cabotegravir; DOR: doravirina; DTG: dolutegravir; DRV: darunavir; Cobi: cobicistat; RTV: ritonavir; EFV:efavirenz; FPV: fostemsavir; LEN: lenacapavir; NVP: nevirapina; ETR: etravirina; RPV: rilpivirina; RAL: raltegravir; RPV: rilpivirina; DTG: dolutegravir; MVC: maraviroc.

METFORMINA:

- Bictegravir/FTC/TAF: per a pacients amb IR moderada, s'ha de considerar un monitoratge estret en començar l'administració conjunta, a causa del risc d'acidosi làctic més gran i s'ha de considerar un ajust en la dosi de metformina si és necessari.

- Dolutegravir (DTG) y Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC): controlar la funció renal durant la coadministració i controlar la glucosa en sang en iniciar i interrompre la coadministració. Els pacients amb IR moderada poden tenir un risc més elevat d'acidosi làctica a causa de l'augment de les concentracions de metformina.

Fàrmaco	Acción hipoglucemiante	Riesgo de hipoglucemias	Efecto en peso	Beneficio ECV	Beneficio ICC	Beneficio ERC	Interacciones potenciales
BIGUANIDAS Metformina	Alta	No	Neutral	Beneficio	Neutral	Neutral	DTG, BIC, EVG/C, ATV/C, DRV/C
SULFONILUREAS Glimeperide Gliburide Glipizida	Alta	Si	Ganancia	Neutral	Neutral	Neutral	DRV/C, ATV/C, EVG/C, FTR, EFV; NVP; ETR
INHIBIDORES SGLT2 Canaglifozina Dapaglifozina Empaglifozina	Intermedia-Alta	No	Neutral	Beneficio	Beneficio	Beneficio	IP/R
INHIBIDORES DDP4 Alogliptina Saxagliptina Lanagliptina Sitagliptina Vildagliptina	Intermedia	No	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral	LEN, EVG/C
AR GLP-1 Semaglutide Dulaglutide Liraglutide	Muy alto	No	Pérdida	Beneficio	Neutral	Beneficio	No
AR Dual GIP/GLP-1 RA Tirzepatide	Muy alto	No	Pérdida				No
IAZOLIDINDIONAS Pioglitazona	Alto	No	Ganancia	Beneficio	Riesgo ICC	Neutral	No
INSULINA	Alto	Si	Ganancia	Neutral	Neutral	Neutral	

NO interaccions rellevants amb
Paracetamol, Ibuprofe, Naproxen o
Diclofenac

3TC, FTC No s'esperen interaccions
clínicament rellevants

Ús concomitant d'AINE i TDF justifica la
monitorització de la funció renal.

TDF utilitzat en la PrEP

Alerta metadona amb CAB/RPV: ambdós
fàrmacs poden allargar potencialment
l'interval QT, es recomana monitorització
d'ECG

Analgesics		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
Non-opioid analgesics	aspirin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	celecoxib	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	dexketoprofen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	diclofenac	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E b
	ibuprofen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	mefenamic acid	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	naproxen	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	nimesulide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
	paracetamol	↔	↓3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	piroxicam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑a	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔b
Opioid analgesics	alfentanil	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑^	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	buprenorphine	↑	↑67% ^c	↑	↓11% ^c	↑~2%	↔	↓50% [♥]	↓25%	↓9%	↔	↑30%	↔	↑	↔	↔	↔	↑35%	↔	↔	↑~5%
	codeine	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑ ^d	↔	↔	↔
	diamorphine	↔ ^e	↓ ^{e,f}	↔ ^e	↓ ^{e,f}	↓ ^{e,f}	↔	↑	↔ ^e	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔ ^e	↔	↔	↔
	dihydrocodeine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	fentanyl	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑^	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	hydrocodone	↓↑ ^g	↓↑ ^g	↓↑ ^g	↓↑ ^g	↓↑ ^g	↔	↓↑ ^h	↓↑ ^h	↓↑ ^h	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↓↑ ^g	↔	↔	↔
	hydromorphone	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↑ [♥]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	methadone	↑? ⁱ	↔ ⁱ	↑?	↓16%	↓53% ⁱ	↓5%	↓52% [♥]	↑6%	↓~50%	↓16% ⁱ	↑14% ⁱ	↔	↑	↔	↔ ⁱ	↓2%	↑7%	↔	↔	↑~5%
	morphine	↔ ^e	↓ ^{e,f}	↔ ^e	↓ ^{e,f}	↓ ^{e,f}	↔	↑	↔ ^e	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔ ^e	↔	↔	↔
	oxycodone	↑	↑	↑	↑	↑160%	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	pethidine	↑	↓	↑	↓	↓	↔	↓ ^j	↓ ^j	↓ ^j	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	sufentanil	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	tapentadol	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	tramadol	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↑ ^d	↔	↓ ^k ♥	↔	↓ ^k	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑ ^d	↔	↔	↔

Antidepressius

- Desvenlafaxina, Duloxetina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina..
- Escitalopram, citalopram precaució amb CAB/RPV ja que ambdós fàrmacs poden induir una prolongació de l'interval QT.; també els ADT
- 3TC, FTC No s'esperen interaccions clínicament rellevants

Antidepressants		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
NaSSA	mirtazapine	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	citalopram	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
SSRI	escitalopram	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	fluoxetine	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	fluvoxamine	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔♥	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	paroxetine	↑↓?	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔♥	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔
	sertraline	↑	↓	↑	↓49%	↓a	↔	↓39%♥	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓7%	↔	↑9%	↔
	vortioxetine	↑c	↑c	↑c	↑c	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑c	↔	↔	↔
SNRI	desvenlafaxine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	duloxetine	↑	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	milnacipran	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	venlafaxine	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	D	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
TCA	amitriptyline	↑	↑	↑	↑	↑a,b	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	clomipramine	↑a,b	↑a,b	↑b	↑b	↑a,b	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑b	↔	↔	↔
	desipramine	↑a	↑a	↑	↑	↑5%a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	doxepin	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔♥	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	imipramine	↑a,b	↑a,b	↑b	↑b	↑a,b	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑b	↔	↔	↔
	nortriptyline	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	trimipramine	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
TeCA	maprotiline	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	mianserin	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓♥	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
Others	agomelatine	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bupropion	↔	↓	↔	↓	↓57%	↔	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔
	esketamine (nasal)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	moclobemide	↔a	↔a	↔	↔	↔a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↔	↔	↔	↔
	nefazodone	↑	↑	↑	↑	↑	E	↓E	↓E	↓E	E	E	E	E	E	E	↔	↑	↔	↔	↔
	phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	reboxetine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	St John's wort	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd	Dd #	Dd	Dd	De	Dd	D	Dd	↔
	tranylcypromine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	trazodone	↑a,b	↑a,b	↑	↑	↑a,b	↔	↓♥	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

Drug-drug Interactions between Anxiolytics and ARVs

Anxiolytics		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
BZD	alprazolam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Λ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	chlor-diazepoxide	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Λ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	clonazepam	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	lorazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	oxazepam	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
SSRI	escitalopram	↑ ^a	↑ ^a	↑	↑	↑ ^a	↔	↓	↓	↓	↔ ^b	↔ ^b	↔	↔	↔	↔ ^b	↔	↑	↔	↔	↔
	paroxetine	↑↓?	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔
SNRI	duloxetine	↑	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	venlafaxine	↑ ^b	↑ ^b	↑	↑	↑ ^b	↔	↓	↓	↓	↔ ^b	↔ ^b	D	↔	↔	↔ ^b	↔	↑	↔	↔	↔
Others	buspirone	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^Λ	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	hydroxyzine	↑ ^{a,b}	↑ ^{a,b}	↑ ^{a,b}	↑ ^{a,b}	↑ ^{a,b}	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

- 3TC, FTC No se esperan interacciones clínicamente relevantes
- De elección: Lorazepam
- Paroxetina, Duloxetina...

- Salbutamol i bromur d'ipratropi no interaccions
- Budesonida i Fluticasona risc de dosi elevada de corticoids, S.Cushing i supressió adrenal
- Beclometasona d'elecció
- Aquest risc està present per a l'administració oral i injectada de corticosteroides, però també per a l'administració tòpica, inhalada o de col·liris.
- LAMA no problemes.
- Alerta amb els LABA

Bronchodilators		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
LAMA	acclidinium bromide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	glycopyrronium bromide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	tiotropium bromide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	umeclidinium bromide	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
SAMA	ipratropium bromide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
LABA	formoterol	↔a	↔a	↔	↔	↔a	↔	↔♥	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↔	↔	↔	↔
	indacaterol	↑b	↑b	↑b	↑b	↑b	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑b	↔	↔	↔
	olodaterol	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	salmeterol	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	vilanterol	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
SABA	salbutamol (albuterol)	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	terbutaline	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
MX	aminophylline	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	theophylline	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
PDE4	roflumilast	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
ICS	beclometasone	↑c	↑c	↑?c	↓11% ^d	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑c	↔	↔	↔
	budesonide	↑e	↑e	↑e	↑e	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔
	ciclesonide	↑f	↑f	↑f	↑f	↑f	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑f	↔	↔	↔	↑f	↔	↔	↔
	fluticasone	↑e	↑e	↑e	↑e	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔
	mometasone	↑e	↑e	↑e	↑e	↑e	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔
Other	zafirlukast	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	zileuton	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↑↓?	↑↓?	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

Anticoagulants & Antiplatelets		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
Anticoagulants	acenocoumarol	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↑or↓	↑	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔
	apixaban	↑a	↑a	↑a	↑a	↑a	↔	↓	↓	↓	↔	↑?	↔	↑	↔	↔	↔	↑a	↔	↔	↔
	argatroban	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	betrixaban	↑b,d	↑b,d	↑d	↑d	↑b,d	↔	↔♥	↑	↔	↔b	↔b	↔	↔c	↔	↔b	↔	↑d	↔	↔	↔
	dabigatran	↑e	↑f	↑e	↑f	↑?	↔	↔	↑	↔	↑?	↔	↔	↔c	↔	↔	↔	↑e	↔	↔	↔
	dalteparin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	edoxaban	↑g	↑g	↑g	↑g	↑g	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔c	↔	↔	↔	↑g	↔	↔	↔
	enoxaparin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	fondaparinux	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	heparin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nadroparin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	phenprocoumon	↑	↑or↓h	↑	↑or↓	↑or↓	↔	↓	↑or↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑or↓	↔	↔	↔
	rivaroxaban	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↑?	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	warfarin	↑	↑or↓h	↑	↓	↓	↔	↑or↓	↑	↑or↓	↔	↔	↔	↑^	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔
Antiplatelet agents	aspirin	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	clopidogrel	↓i	↓i	↓i	↓i	↓i	↔	↓i E	↓i	↑j E	↔	↔	↔	↓i	↔	↔	↔	↓i	↔	↔	↔
	dipyridamole	↑	↓k	↔	↓	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	prasugrel	↓l	↓l	↓l	↓l	↓l	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓l	↔	↔	↔	↓l	↔	↔	↔
	ticagrelor	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

No interaccions amb Aspirina ni Heparina

3TC, FTC No s'esperen interaccions clínicament rellevants

Acenocoumarol, Clopidogrel, Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban no interaccions rellevants amb tractaments de primera elecció

CAB/RPV (Long Acting)

- L'administració i.m. de CAB i RPV presenta l'avantatge d'eliminar les interaccions que es produeixen a nivell gastrointestinal.
- El ric subministrament vascular del múscul afavoreix l'alliberament del fàrmac del dipòsit, per tant, la tècnica d'injecció és fonamental per garantir que el cabotegravir i la rilpivirina no es dipositin al teixit adipós subcutani (on el flux sanguini i l'alliberament del dipòsit es redueixen, cosa que pot conduir a concentracions inicials de fàrmac més baixes).
- Per tant, es recomana una agulla més llarga quan s'administra cabotegravir/rilpivirina a individus amb un IMC ≥ 30 kg/m².
- Un altre factor que podria augmentar potencialment l'alliberament del fàrmac del dipòsit inclou l'activitat física elevada, ja que augmenta el flux sanguini al múscul.
- Efectes secundaris freqüents: dolor, calor, tumefacció en lloc d'injecció (generalment lleus/moderades i transitòries), cefalea.
- Recomanacions de dosificació en cas d'injeccions perdudes: les dosis es poden administrar entre 7 dies abans i 7 dies després de la dosi prevista però la recomanació ha de ser consultar amb la Unitat VIH que faci el control

The EACS Guidelines are available on the interactive website and in the app.



Interactive website!

Visit the website to see the update v13.0:

→ <https://eacs.sanfordguide.com>

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL AL VIH, VHB Y VHC EN ADULTOS Y NIÑOS.

ACTUALIZACIÓN 2025

<https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/>



RECOMENDACIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA

ACTUALIZACIÓN ENERO 2023

<https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>

PrEP: Formació. Participació. Implicació.

En definitiva podemos considerar la PrEP como una herramienta más de prevención dentro de una estrategia de prevención global que debería incluir a los profesionales de AP en su gestación y desarrollo. La atención primaria se caracteriza por su accesibilidad, proximidad, continuidad asistencial y experiencia en prevención, cualidades importantes para identificar aquellas personas que se pueden beneficiar de la PrEP, informar sobre la PrEP, realizar consejo asistido, promover la adherencia al tratamiento y valorar sus posibles interacciones, así como realizar cribado de ITS.

Aunque en algunos países se contemple la dispensación de la PrEP en AP, en España el escenario actual probablemente no lo permita (algo que se podrá valorar en el futuro), pero si hay que promover la implicación de AP, garantizar una formación adecuada y su participación en los modelos de implementación de la PrEP en las diferentes CCAA, para seguir ofreciendo, también en este tema, una asistencia de calidad.

Aten Primaria. 2020;52(3):137-139



ELSEVIER

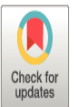
Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

Profilaxis pre-exposición de la infección por el VIH y Atención Primaria (AP)



Grupo de Trabajo sobre VIH-Sida de la semFYC

- S'ha d'haver descartat infecció pel VIH
- L'únic fàrmac autoritzat fins al moment com a PrEP és la combinació de 200 mg d'emtricitabina (FTC) i 300 mg de tenofovir disoproxil fumarat (TDF) coformulats en un únic comprimit.
- No donar en malaltia renal crònica amb filtrat glomerular estimat inferior a 60ml/min.
- Es podria considerar la teràpia oral amb TAF/FTC, si està disponible, quan la depuració de creatinina o la densitat mineral òssia impedeixen la teràpia amb TDF/FTC.
- El cabotegravir injectable d'acció prolongada i el lenacapavir d'acció prolongada es poden considerar, si estan disponibles, com a alternativa a TXF/FTC quan la depuració de creatinina o la densitat mineral òssia impedeixen TXF/FTC, o quan l'adherència a la PrEP oral és baixa.

- La PEP s'ha d'iniciar idealment < 4 hores després de l'exposició, i no més tard de 72 hores
- Durada de la PEP: 4 setmanes (tret que es suspengui per manca d'indicació)
- Règims de PEP:
 - TAF/FTC/BIC (preferable segons EACS)
 - Raltegravir más tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina (RAL + TDF/FTC)
 - Dolutegravir más tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina (DTG + TDF/FTC)

Els tractaments i interaccions tenen un procés dinàmic que va canviant segons les noves evidències disponibles, per la qual cosa es recomana consultar els documents i eines disponibles per assegurar una prescripció correcta. En aquest sentit, la web de la Universitat de Liverpool és de referència per la seva actualització i simplicitat de consulta.

**INTERACCIONES ENTRE
DROGAS PARA EL VIH**

**FUNDACIÓN
HUÉSPED**
PREVENCIÓN-CIENCIA-DERECHOS

**UNIVERSITY OF
LIVERPOOL**

Sobre la base de **HIV**
Drug Interactions
www.hiv-druginteractions.org

[INICIO](#) [NOVEDADES](#) [INSTITUCIONAL](#) [CONTACTO](#)

[FRANÇAIS](#) [PORTUGUÊS](#)

➤ Antibiótics/antivírics:

- Ac. Clavulàmic; Amoxicil·lina, Penicil·lina, sense interacció esperada (Tenofovir-DF possible Interacció feble.No obstant això, no es recomana un ajust de dosi a priori)
- Cefixima, Cefotaxima, Cefuroxima, Ceftriaxona: sense interacció esperada
- Fosfomicina: sense interacció esperada; Doxiciclina: sense interacció esperada
- Quinolones: atès el risc conegut de prolongació del QT associat a la ciprofloxacina i levofloxacina, es recomana precaució.
- Alguna alerta en macròlids amb :
 - ✓ CAB/RPV LA: és poc probable que es produeixi una interacció farmacocinètica. No obstant això, atès el risc de prolongació del QT associat a l'azitromicina, es recomana precaució.
 - ✓ CAB/RPV LA: atès el risc conegut de prolongació del QT associat a la claritromicina i eritromicina es recomana precaució. Considereu alternatives com l'azitromicina.
 - ✓ Tenofovir: un efecte clínicament significatiu sobre la claritromicina és poc probable. Es recomana el monitoratge de les reaccions adverses associades , inclòs el monitoratge renal freqüent.
- Aciclovir, Famciclovir, Valaciclovir: sense interacció esperada; excepte amb Tenofovir possible interacció a causa de la competència per la secreció tubular activa

➤ Antiàcids

- Bictegravir s'ha de prendre almenys 2 hores abans o 6 hores després dels antiàcids que contenen alumini/magnesi. No es recomana l'administració simultània de bictegravir amb antiàcids que continguin alumini/magnesi. Bictegravir es pot prendre en dejú 2 hores abans dels antiàcids que contenen alumini, magnesi o calci.
- No problemes amb TAF ni FTC ni amb 3TC ni amb CAB/RPV LA
- Dolutegravir s'ha d'administrar 2 hores abans o 6 hores després dels medicaments que contenen cations polivalents, com ara els antiàcids.
- Si es poden evitar millor
- No s'ha estudiat l'administració conjunta amb antiàcids que continguin carbonat de calci
- IBP i Anti-H2: sense interacció esperada
- Polietinglicol: No prendre macrogol dins de les dues hores de prendre un altre medicament oral.
- Loperamida, closca d'ispàgula, closca de psyllium: sense interacció esperada

- Antimigranyosos (Sumatriptan, Almotriptan, Zolmitriptan, Rizatriptan): sense interacció esperada
- Tamsulosina, Finasterida, Dutasterida: sense interacció esperada
- Alopurinol, colchicina: sense interacció esperada
- Prednisona, metilprednisolona, deflazacort (cortis tòpics): sense interacció esperada. Dexametasona (dosis > 16mg): no és recomana amb BIC i RPV; Dexametasona (dosi < 16mg): possible interacció amb RPV
- Alendronato, risedronato: sense interacció esperada
- Levotiroxina: sense interacció esperada
- Disfunció erectil (sildenafil, tadalafil, vardenafil): sense interacció esperada
- Testosterona: sense interacció esperada
- Vareniclina: sense interacció esperada
- Acamprosato, disulfiram: sense interacció esperada
- Naloxona, naltrexona: sense interacció esperada

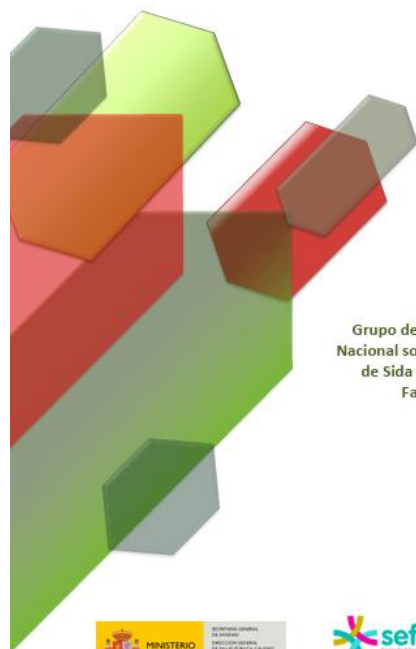
- Cal advertir els pacients contra l'ús de suplementos d'all.
- Eucalyptus, Aloe Vera: Sense interacció esperada
- Ginseng, Cardo mariano: Sense interacció esperada
- Gengibre, Extracte de te verd, Cúrcuma longa: possible interacció feble. En principi no cal ajustar dosis
- Equinacea: podria reduir l'exposició a la rilpivirina encara que en una mesura limitada. Possible interacció feble amb BIC
- Ginkgo biloba: Es contraindica la coadministració degut a la possibilitat de pèrdua de l'efecte terapèutic i desenvolupament de resistència amb Rilpivirina
- Suc de taronja sevillana: Sense interacció esperada
- Llúpol: podria disminuir l'absorció del tenofovir alafenamida
- Glucosamina, hidrosilat de col·lagen: Sense interacció esperada però en ocasions els preparats poden portar magnesi per la qual cosa caldrà seguir les recomanacions d'administració recomanades.
- Papa africana: és recomana la monitorització terapèutica per a dolutegravir ja que podria disminuir les concentracions
- Suc aranja: Sense interacció esperada. Però contraindicat amb altres ARV

- Herba de Sant Joan: no coadministrar
- Valeriana: Sense interacció esperada
- Remeis homeopàtics: Sense interacció esperada
- Sulfat ferrós: es recomana administrar bictegravir i sulfat ferrós simultàniament amb els aliments.
- Suplements de calci: es recomana administrar bictegravir i suplements de calci simultàniament amb el menjar
- Zinc: Bictegravir s'ha d'administrar almenys 2 hores abans del zinc, o bé s'ha de prendre amb menjar.
- Suplements de Magnesi: Es recomana administrar bictegravir i suplements minerals que continguin magnesi simultàniament amb els aliments. Alternativament, si no és possible la coadministració amb aliments, bictegravir i els suplements de magnesi es poden administrar sense aliments si l'administració està separada per 2 hores.

➤ Multivitamines:

- Possible interacció: es recomana administrar bictegravir i multivitamines que continguin cations divalents simultàniament amb els aliments.
 - El dolutegravir s'ha d'administrar 2 hores abans o 6 hores després dels medicaments que contenen cations polivalents, com ara les preparacions multivitamíniques.
 - Quan es pren amb aliments, Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC) i les multivitamines es poden prendre alhora. En condicions de dejuni, cal prendre 2 hores abans o 6 hores després de prendre suplementes que contenen calci o ferro.
- Les vitamines com VIT C, àcid Fòlic, VIT B12, Colecalciferol, administrades soles (no en composicions multivitamínics) no solen presentar interaccions

PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES
CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (Actualización febrero de 2020)



Grupo de expertos de la Secretaría del Plan
Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio
de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de
Farmacia Hospitalaria (SEFH)



Tabla 7. Resumen de intervenciones en adherencia

	Causas potenciales de adherencia inadecuada	Posibles intervenciones
Factores relacionados con el paciente	No aceptación. Rechazo del diagnóstico. Rechazo del tratamiento (creencias y actitudes). Olvidos y barreras. Insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. Insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio. Motivos de dosificación y cumplimiento. Comorbilidad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas.	Analizar relación paciente – profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación. Negociar y consensuar el plan terapéutico. Fomentar la percepción de indicadores de la necesidad de tratamiento. Informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento. Asociar tomas de medicación con actividades cotidianas. Técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (alarmas, teléfonos, etc.). Mejorar la comunicación paciente – profesional sanitario. Información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento. Información oral y escrita. Verificar comprensión. Derivar para intervención psicológica en áreas disfuncionales o intervención psiquiátrica si se detecta patología psiquiátrica.
Factores sociales, económicos, educativos	Falta de apoyo social y/o familiar. Escasos recursos. Bajo nivel educativo.	Buscar alianza con familia y allegados. Conocer necesidades sociales. Reclutar organizaciones comunitarias. Educación intensiva, explicaciones claras y comprensibles y adaptadas.
Factores relacionados con el tratamiento	Efectos adversos, número de dosis diarias. Intrusismo en la vida del paciente. Falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente.	Simplificar el régimen terapéutico. Individualizar tratamiento. Comorbilidad, preferencias, interacciones. Ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p.e. anticipación y manejo de efectos adversos)
Factores del equipo asistencial	Falta de recursos. Atención masificada e impersonal. Ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Insuficiente formación en terapia antirretroviral. Falta de accesibilidad. Deficiente formación en relación personal sanitario-paciente.	Accesibilidad y continuidad de la asistencia. Equipo multidisciplinar. Recursos materiales y humanos suficientes y coordinados. Formación sólida en terapia antirretroviral y en atención al paciente. Plantear terapia directamente observada en determinados ámbitos asistenciales.

www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docAdherencia_actualizacionFeb20.pdf

DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES

Revisar la medicación periódicamente. Discutir y acordar los cambios conjuntamente con los pacientes. Informar a los pacientes de los objetivos con relación a su farmacoterapia.

Suspender aquellos medicamentos no indicados

Prescribir fármacos solo si hay una indicación clara

Evitar fármacos potencialmente peligrosos en aquellos pacientes de edad más avanzada

Revisar y ajustar las dosis recomendadas según función hepática y renal

Simplificar el régimen terapéutico y disminuir la complejidad farmacoterapéutica

Evitar o eliminar los tratamientos no farmacológicos innecesarios

Limitar, en la medida de lo posible, el número de prescriptores

Identificar, prevenir y manejar las reacciones adversas

Evitar la prescripción “en cascada”



**DESPRESCRIPCIÓN
FARMACOLÓGICA DE LA TERAPIA NO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
CON INFECCIÓN POR VIH**

(ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2018)

Desprescripció. Recomanacions

- Cal implantar la valoració sistemàtica de la complexitat del tractament per facilitar intervencions individualitzades de desprescripció, educació sanitària i seguiment per a la millora dels resultats de salut dels pacients. (AI)
- És fonamental establir estratègies per reduir la complexitat farmacoterapèutica en pacients grans, evitant en la mesura que sigui possible la polifarmàcia. (AII)
- L'elecció del TAR en els pacients grans i el seguiment ha d'incloure la revisió del perfil d'efectes adversos i les interaccions no només dels fàrmacs prescrits, sinó també dels fàrmacs OTC, els suplementos i les plantes medicinals. (AIII)
- Cal identificar i adaptar eines per detectar i evitar fàrmacs potencialment inapropiats a la població amb infecció pel VIH d'edat avançada. (AIII)
- El procés de confirmació de la polifarmàcia s'ha de fer de forma sistematitzada i amb una metodologia seqüencial i estructurada. (AI)
- La confirmació de la polifarmàcia i l'avaluació de la complexitat terapèutica s'han de fer a cada contacte que el pacient tingui amb el sistema sanitari: a cada consulta, a cada visita a urgències i a cada hospitalització. (AII)
- L'avaluació de la complexitat terapèutica ha de ser una feina multidisciplinària. (AIII)
- És recomanable valorar fragilitat en el pacient gran per fer una adequada avaluació de la polifarmàcia i la complexitat terapèutica perquè condicionarà les decisions que prenguem en relació amb els fàrmacs. (BII)

El procés de desprescripció compartida entre professionals i pacients en pacients grans comprèn quatre passos:

- Conscienciar que es poden retirar certs medicaments de manera gradual o completa prenent decisions compartides. Per això caldrà establir una relació de confiança entre el professional sanitari i el pacient, i explorar les actituds dels pacients cap als medicaments i la desprescripció. En aquest pas és molt important valorar l'opinió de l'acompanyant o el cuidador i acordar el paper d'altres professionals de la salut.
- Discutir cada opció amb els seus riscos i beneficis potencials. Cal explicar la diferència entre medicaments utilitzats per a la prevenció i els utilitzats per tractar símptomes concrets, així com la diferència entre salut i qualitat de vida.
- Analitzar les preferències per a les diferents opcions amb certa freqüència.
- Prendre una decisió. En aquesta etapa s'ha d'emfatitzar que el pacient és l'expert en la seva pròpia experiència i benestar, incrementar l'autonomia, així com informar detingudament el fàrmac que es retira en primer lloc i la freqüència i seguiment que se li realitzarà.

Desprescripció

Els medicaments candidats a desprescripció pel seu major risc (caigudes, fractures, confusió, demència, hospitalització, mortalitat) usats de manera crònica sobretot en persones grans serien:

- AINES.
- Antipsicòtics usats com a hipnòtics o per a la demència.
- Antidepressius tricíclics.
- Antidiabètics de llarga durada (gliburida, glicazida, glimepirida).
- Antihistamínics 1a generació usats com a antial·lèrgics/ antipruriginosos.
- Anticol·linèrgics.
- Opioides per al dolor crònic (oxicodona).
- Hipnòtics o ansiolítics (zolpidem, alprazolam).
- Inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina.
- IBP. El seu ús crònic incrementa la probabilitat d'infeccions per *Clostridium difficile*, pneumònia adquirida a la comunitat, hipomagnesèmia, fractures i insuficiència renal.
- Inhibidors de la colinesterasa (donepezil, rivastigmina, galantamina).
- Bifosfonats.

Críteris de prioritizació a la població VIH per realitzar la desprescripció segons els medicaments prescrits. Basat en: Deprescribing Guidelines and Algorithms. Desprescripció al pacient polimedicat.



**DESPRESCRIPCIÓN
FARMACOLÓGICA DE LA TERAPIA NO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
CON INFECCIÓN POR VIH**

(ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2018)

GRUPO DE FÁRMACOS	INDICACIÓN CLÍNICA	CONDICIÓN SUSCEPTIBLE A DESPRESCRIPCIÓN
Estatinas	Prevención secundaria	Demencia avanzada
	Hipercolesterolemia en prevención primaria	Mayores 80 años
Antiagregantes	Prevención primaria	Dosis AAS 300 mg no indicada
	Prevención secundaria	Terapia doble antiagregante >1 año tras evento
Antihipertensivos	HTA	>80 años con TA <160/90 y >2 antihipertensivos
	Cualquiera	≥2 antihipertensivos de la misma clase
Antipsicóticos	Demencia	Tratamientos >6-12 semanas
	Psicosis, agresión o agitación	Tratamientos ≥3 meses con síntomas controlados o sin respuesta al tratamiento
	Insomnio	Cualquiera
Antidepresivos	Depresión mayor	Tratamiento >6 meses tras remisión de primer episodio
Benzodiacepinas	Insomnio/ansiedad	- ≥65 años
		- 18-64 años: uso de BZD >4-12 semanas
Antidiabéticos v.o.	Diabetes	> 80 años con DM de 10 años de evolución y en tratamiento con insulina
IBP	Esófagitis leve-moderada, reflujo gastroesofágico y úlcera péptica sin riesgo de sangrado	Tratamiento >8 semanas
	Protección gástrica sin riesgo de sangrado	No riesgo teniendo en cuenta características del paciente y medicación concomitante (medicación gastrolesiva: corticoide, AINE, COXIBs, antiagregantes y anticoagulante)

Recursos

**INTERACCIONES ENTRE
DROGAS PARA EL VIH**

**FUNDACIÓN
HUÉSPED**
PREVENCIÓN • CIENCIA • DERECHOS

**UNIVERSITY OF
LIVERPOOL**

Sobre la base de  **HIV**
Drug Interactions
www.hiv-druginteractions.org

INICIO

NOVEDADES

INSTITUCIONAL

CONTACTO

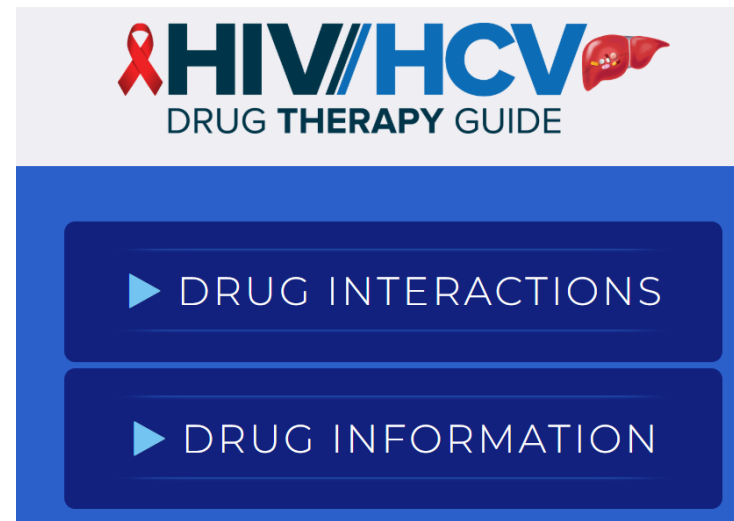
FRANÇAIS

PORTUGUÊS

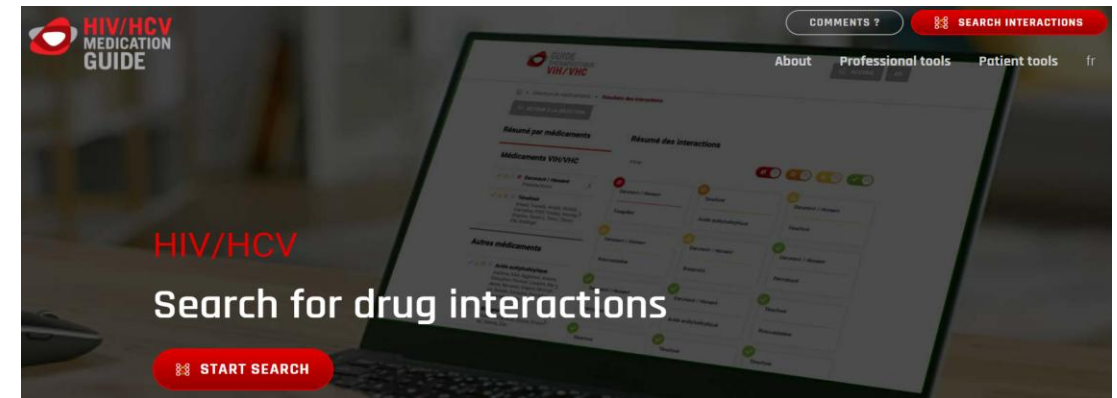
Si una droga no aparece en el siguiente listado, no se puede asumir automáticamente que la coadministración es segura

Fármacos VIH	Comedicaciones	Interacciones Farmacológicas
Buscar fármacos VIH... 	Buscar comedificaciones... 	☐ Verificar interacciones entre fármacos VIH/VIH
☒ A-Z ☐ Clase	☒ A-Z ☐ Clase	Las interacciones farmacológicas se visualizarán aquí
Los fármacos VIH seleccionados se visualizarán aquí. 	Los comedificaciones seleccionadas se visualizarán 	

<http://app.hivclinic.ca>



<http://www.hivmedicationguide.com>



<http://www.clinicalcasesddis.com/>



Recursos

Interaction Checker

Access our free, comprehensive and user-friendly drug interaction charts

Español

Traducciones proporcionadas por Fundación Huésped

English

Traductions fournies par Actions Traitements

Français

Traduções fornecidas pela Fundação Huésped

Português

Traduções fornecidas pela Fundação Huésped

Educational Videos

A series of mini-lectures on topics including pharmacology, HIV and drug-drug interactions

Prescribing Resources

Interaction tables, treatment selectors, clinical prescribing resources, and pharmacokinetic fact sheets

 **Bluesky**
@hivinteractions

Follow us on Bluesky for interaction news and for the latest additions and changes to the website

COVID-19 Website

 **COVID-19**
Drug Interactions

Hepatitis Website

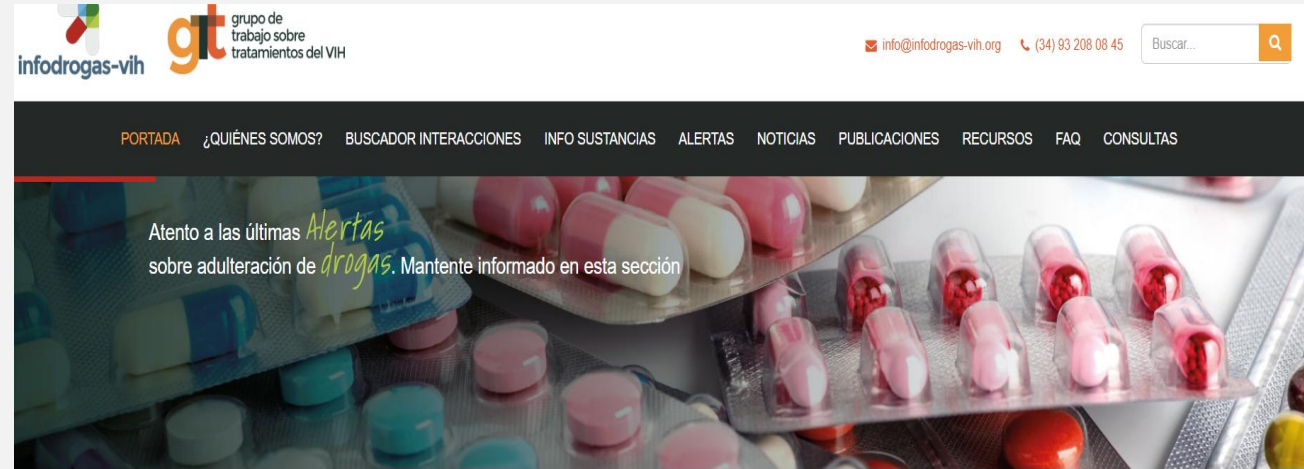
 **HEP**
Drug Interactions

Risk Calculator

Liverpool Combined Comorbidities Calculator

Chemsex

<https://infodrogas-vih.org/>



Buscador de INTERACCIONES

www.infodrogas-vih.org

Primer buscador en español de interacciones entre la PrEP o medicamentos del VIH y drogas recreativas u otras sustancias



CON EL APOYO DE:

AMB EL SUPORT DE:

infodrogas-vih

gt grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH
ENTIDAD DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA
ONG DE DESARROLLO

MINISTERIO DE SANIDAD

Generalitat de Catalunya

Buscador de Interacciones

Consulta las posibles interacciones entre los medicamentos del VIH que tomas y drogas recreativas y/u otras sustancias.

1) Primer paso

Selecciona primero si estás tomando **PrEP** para prevenir la transmisión del VIH o **Tratamiento** si tienes VIH y estás tomando medicación para controlar el virus

PrEP

Tratamiento



Consejos sobre cómo interpretar la tabla

Si la combinación que vas a tomar aparece en la tabla identificada como "roja", te recomendamos que no lo hagas: podría entrañar riesgos importantes para tu salud.

En el caso de que vayas a tomar una combinación clasificada en la tabla como "ámbar", te recomendamos que antes de hacerlo trates de obtener consejo de tu médico del VIH o el farmacéutico de tu hospital o bien consultes a gTt-VIH a través de los canales que encontrarás al final de este folleto.

Que una combinación esté clasificada como "verde" no significa que no exista interacción, sino que con los datos disponibles no cabe esperarla. Por ello, te recomendamos que incluso en ese caso consumas la sustancia con precaución e –idealmente– comiences con dosis inferiores a las habituales por si existiera una interacción no esperada.



ANTE UNA EMERGENCIA

El teléfono 112 de emergencias trata de ser la asistencia más inmediata posible a las demandas de los ciudadanos de todo el país que se encuentran en una situación de riesgo personal o colectivo. Marca el 112 en tu teléfono para poder contactar con este servicio y describe de la manera más clara y rápida posible la situación.



infodrogas-vih

Programa de reducción de riesgos
y daños asociados al consumo de drogas
en personas con el VIH o en riesgo de adquirirlo



grupo de
trabajo sobre
tratamientos del VIH
ENTIDAD DECLARADA DE
UTILIDAD PÚBLICA
ONG DE DESARROLLO

Si necesitas más información,
puedes contactar con nuestro
servicio de atención:

Barcelona: 93 208 08 45 / 667 662 551

Madrid: 619 887 694

consultas@gtt-vih.org

Twitter: @gTtVIH

Facebook: gtt.vih

Skype: gttvih

WhatsApp y Telegram: 667 662 551

www.infodrogas-vih.org

www.gtt-vih.org

Subvencionado por:



infodrogas-vih

EDICIÓN 2020



Interacciones
entre los fármacos
frente al VIH
y drogas
u otras sustancias

aidsmap**HIV treatment**

<https://www.aidsmap.com/topic/hiv-treatment>

Basic information

- How treatment works *Illustrated*
 - Taking drugs on time *Illustrated*
 - Drug resistance *Illustrated*
 - Side effects *Illustrated*
 - HIV and the immune system *Illustrated*
 - Myths and facts *Illustrated*
 - Life expectancy *Illustrated*
 - What is the difference between HIV and AIDS?
 - Is HIV a death sentence?
 - What should I do if I throw up after taking my HIV meds?
 - If I change HIV treatment and find that I don't like my new meds, can I go back to the old ones?
 - How long will it take for HIV to develop resistance to my medications?
 - My HIV is undetectable, can I stop my medication?
 - What is an elite controller?
-
- A to Z of antiretroviral medications
 - Antiretroviral drug chart

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIÓ

“La crisis de financiación de 2025 ha sumido la respuesta al sida en el caos, con interrupciones masivas en la prevención del VIH y en los servicios liderados por la comunidad, particularmente para los más vulnerables”.

“Sin embargo, el nuevo informe de ONUSIDA muestra evidencia de que la resiliencia, la inversión y la innovación, combinadas con la solidaridad mundial, aún ofrecen un camino para poner fin al sida”.

