clinical cases DDIs

Fecha del informe 07 Sep 2020

Interacción del caso reportado entre **Nevirapine** y **Desogestrel**

Fármacos implicados

Causante
Nevirapine

Dosis Diaria
400 (mg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
Desconocido

Fecha de finalización
En curso

Víctima
Desogestrel

Dosis Diaria
75 (mcg)

Ajuste de dosis realizado
No

Vía de administración del fármaco
Oral

Fecha de inicio
1 de diciembre de 2019

Fecha de finalización
1 de febrero de 2020

Lista completa de los medicamentos que toma el paciente

Tratamiento antirretroviral

Nevirapine
Emtricitabine/Tenofovir-DF

Lista completa de todos los medicamentos que toma el paciente, incluidos los implicados en la interacción

Desogestrel

Descripción del caso clínico

Sexo al nacer

Femenino

Edad

35

eGFR (mL/min)

>60

Deterioro de la función hepática

No

Descripción

Mujer de 35 años con infección por VIH en TAR de largo plazo con nevirapina (400 mg una vez al día) más FTC/TDF. Carga viral plasmática <20 copias/mL, recuento de células T CD4+ 442/mm3. Después de su segundo embarazo (parto de un bebé sano en diciembre de 2019), decidió comenzar a tomar desogestrel (75 mcg una vez al día) como anticonceptivo oral. A pesar de la anticoncepción, la paciente quedó embarazada nuevamente en febrero de 2020.

Resultado clínico

Pérdida de eficacia

Escala de Probabilidad de Interacción con Medicamentos (DIPS)

Puntuación

5 - Probable

Comentario del comité editorial

El desogestrel se activa a etonogestrel, este último se metaboliza por CYP3A4. La nevirapina es un inductor débil-moderado de CYP3A4. Los estudios de interacciones medicamentosas han mostrado un efecto limitado de la nevirapina en la exposición al etonogestrel. Se determinaron las concentraciones de etonogestrel en 18 mujeres VIH+ que recibieron desogestrel/etinilestradiol (0,15/0,03 mg/día) y nevirapina (200 mg dos veces al día), y en 14 mujeres VIH negativas que recibieron solo desogestrel/etinilestradiol (0,15/0,03 mg/día). Las concentraciones mínimas de etonogestrel disminuyeron un 22% en presencia de nevirapina; sin embargo, este pequeño cambio farmacocinético no afectó la eficacia anticonceptiva, ya que la progesterona sérica fue inferior a 1,0 ng/ml en todos los sujetos (Landolt NK et al. JAIDS 2014; Landolt NK et al. JAIDS 2013). Además, se demostró que la nevirapina no tiene un efecto significativo en la farmacocinética del etonogestrel liberado de un implante anticonceptivo en mujeres ugandesas que viven con VIH (Chappell CA et al. AIDS 2017). El fracaso anticonceptivo en el caso reportado ocurrió en las

primeras semanas después del parto. Se sabe que el metabolismo de los medicamentos se induce durante el embarazo por hormonas femeninas como la progesterona, cuyos niveles aumentan significativamente. Es importante destacar que los niveles de hormonas femeninas no regresan a los niveles preembarazo inmediatamente después del parto, lo que resulta en una inducción persistente del metabolismo de los medicamentos relacionada con las hormonas durante el período postparto (Pennell KD et al. Steroids 2015; Marzolini C et al. Br J Clin Pharmacol 2017). Por lo tanto, el fracaso anticonceptivo observado podría explicarse por el efecto combinado de la progesterona y la inducción de la nevirapina. Se debe agregar un método anticonceptivo de barrera durante la fase postparto.

Recomendación Universidad de Liverpool

⚠ Potencial interacción no clínicamente relevante – no es no es necesario una monitorización adicional o un ajuste de la dosis

Para más información clic aquí