

ritonavir

Medicamento genérico, Lei nº 9.787, de 1999

**Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
Governador Miguel Arraes S/A - LAFEPE**

COMPRIMIDOS REVESTIDOS

100 mg

BULA PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE

I - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

ritonavir

Medicamento genérico, Lei nº 9.787, de 1999

APRESENTAÇÃO:

Embalagens contendo 01 frasco com 30 comprimidos revestidos de 100mg.

USO ORAL

USO ADULTO E PEDIÁTRICO (ACIMA DE 1 MÊS DE IDADE

COMPOSIÇÃO:

Cada comprimido revestido contém:

Ritonavir.....100 mg

excipientes q.s.p.....1 comprimido revestido

Excipientes: copovidona, dióxido de silício, laurato de sorbitana, fosfato de cálcio dibásico, estearilfumarato de sódio, hipromelose, dióxido de titânio, macrogol, polissorbato 80.

II - INFORMAÇÕES TÉCNICAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. INDICAÇÕES

O ritonavir é destinado, em combinação com outros antirretrovirais, ao tratamento de pacientes adultos e pediátricos infectados pelo HIV, quando uma terapia antirretroviral for indicada com base em evidência clínica ou imunológica de progressão da doença.

2. RESULTADOS DE EFICÁCIA

Danner et al. demonstraram a potência, segurança e eficácia do ritonavir em um estudo que avaliou regimes contendo diferentes doses de ritonavir, comparando-os com placebo. Após 32 semanas, o grupo que recebeu 600 mg a cada 12 horas, em combinação com outros agentes ARV (inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo) apresentaram um ganho de CD4 de 230 células por mm³ e uma queda na carga viral de 0,81 log. Os eventos adversos mais comuns foram náuseas, aumento dos triglicérides e das enzimas hepáticas. Assim, o ritonavir mostrou-se seguro, eficaz e bem tolerado.¹

Contemporaneamente, Markowitz et al. mostraram resultados similares, demonstrando uma resposta imunológica satisfatória, com um ganho de CD4 de 74 e 83 células por mm³ após 4 e 12 semanas, respectivamente. Na semana 12, a queda da carga viral foi de 1,1 log².

Referências Bibliográficas

1. Danner S, Carr A, Leonard J, Leahman L, Gudiol F, Gonzalez J. A short term Study of the Safety, Pharmacokinetics and Efficacy of Ritonavir, an Inhibitor of HIV-1 Protease. *N Engl J Med* 1995; 333:1528-33.
2. Markowitz M, Saag M, Powderly W, Hurley A, Hsu A, Valdes J. A Preliminary Study of Ritonavir, an Inhibitor of HIV-1 Protease, to Treat HIV Infection. *N Engl J Med* 1995; 333:1534-9.

3. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

O ritonavir é um inibidor da protease do HIV, apresentando atividade contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O ritonavir é um pó branco a levemente amarelado. É facilmente solúvel em metanol e em diclorometano, muito pouco solúvel em acetonitrila, praticamente insolúvel em água.

O ritonavir é chamado quimicamente de éster 5-tiazolilmetílico, [5S-(5R*,8R*,10R*,11R*)] do ácido 10-hidroxi-2-metil-5-(1-metiletil)-1-[2-(1-metiletil)-4-tiazolil]-3,6-dioxo-8,11-bis(fenilmetil)-2,4,7,12-tetraazatridecan-13-óico. Sua fórmula molecular é C₃₇H₄₈N₆O₅S₂ e seu peso molecular é 720,95.

Farmacologia clínica

Mecanismo de ação: ritonavir é um inibidor peptidomimético oral ativo das aspartil-proteases do HIV-1 e HIV-2. A inibição da protease do HIV torna a enzima incapaz de processar o precursor da poliproteína *gag-pol*, fazendo com que as partículas virais produzidas se tornem imaturas e, portanto, incapazes de iniciar um novo ciclo de infecção. O ritonavir tem afinidade seletiva pela protease do HIV e pouca atividade inibitória diante da aspartil-protease humana. Pode ser utilizado também em conjunto com outros antirretrovirais da mesma classe com a finalidade de reduzir sua metabolização, diminuindo a dose necessária a cada tomada ou aumentando o intervalo entre as tomadas.

Atividade antiviral *in vitro*: dados *in vitro* indicam que ritonavir é ativo contra todas as cepas de HIV testadas em uma variedade de linhagens celulares humanas primárias e transformadas. A concentração da droga que inibe 50% e 90% da replicação viral *in vitro* é aproximadamente 0,02 mcM e 0,11 mcM, respectivamente. Potências similares foram observadas com cepas de HIV sensíveis e resistentes ao AZT. Estudos que avaliaram a citotoxicidade direta de ritonavir em diversas linhagens celulares não mostraram toxicidade direta em concentrações de até 25 mcM, com um índice terapêutico resultante *in vitro* de pelo menos 1000.

Resistência: isolados de HIV-1 resistentes ao ritonavir foram selecionados *in vitro*. Os isolados resistentes demonstraram reduzir a susceptibilidade de ritonavir e a análise genotípica desses isolados mostrou que a resistência foi primariamente atribuída a substituições específicas de aminoácidos na protease do HIV-1 nas posições 84 (Ile por Val), 82 (Val por Phe), 71 (Ala por Val) e 46 (Met por Ile). Alterações fenotípicas e genotípicas nos isolados de HIV de pacientes selecionados tratados com ritonavir foram monitoradas em ensaios clínicos de Fase I/II. A análise genotípica e fenotípica em série indicou que a sensibilidade ao ritonavir caiu de forma ordenada e gradual. As mutações iniciais ocorreram nas posições 82 (Val por Ala/Phe), 54 (Ile por Val), 71 (Ala por Val/Thr) e 36 (Ile por Leu), seguidas pelas combinações de mutações em cinco posições adicionais específicas de aminoácidos. Cepas virais isoladas *in vivo* sem alteração na posição 82 não têm sensibilidade diminuída ao ritonavir. A mutação na posição 82 parece ser necessária, mas não suficiente para conferir resistência fenotípica. A resistência fenotípica foi definida como uma diminuição ≥ 5 vezes na sensibilidade viral *in vitro* em relação ao basal. A relevância clínica das alterações genotípicas e fenotípicas associadas ao ritonavir ainda não foi estabelecida.

Resistência cruzada com outros antirretrovirais: o potencial para resistência cruzada ao HIV entre inibidores de protease não foi completamente explorado. Portanto, não se conhece o efeito que ritonavir terá na atividade de outros inibidores da protease administrados subsequentemente. Isolados de HIV obtidos em série de seis pacientes tratados com ritonavir mostraram sensibilidade reduzida *in vitro* a este medicamento, mas não demonstraram redução correspondente da sensibilidade *in vitro* ao saquinavir quando comparada aos isolados basais. Entretanto, isolados de dois desses pacientes mostraram uma redução (8 vezes) na sensibilidade *in vitro* ao indinavir. Isolados de cinco pacientes também foram testados quanto à resistência cruzada ao amprenavir e nelfinavir; isolados de dois pacientes apresentaram diminuição da sensibilidade ao nelfinavir (12–14 vezes) e nenhuma ao amprenavir. A resistência cruzada entre ritonavir e inibidores da transcriptase reversa é improvável, já que os alvos enzimáticos envolvidos são diferentes. Um isolado de HIV resistente à zidovudina (ZDV) testado *in vitro* manteve total sensibilidade ao ritonavir.

Farmacocinética

Em um estudo de farmacocinética de dose única em indivíduos infectados pelo HIV do sexo masculino, em jejum, altos níveis do fármaco foram encontrados e mantidos por várias horas após administração oral de 100 mg, 200 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg ou 1000 mg de ritonavir. A área sob a curva (AUC) da concentração *versus* tempo variou de 3,92 a 123 mcg.h/mL, respectivamente e a $C_{\text{máx}}$ variou de 0,416 a 12,7 mcg/mL. A farmacocinética do ritonavir foi dose-dependente e aumentos maiores do que o proporcional na AUC e $C_{\text{máx}}$ com aumento de dose foram relatados.

O $T_{\text{máx}}$ permaneceu constante por aproximadamente 3 horas com o aumento de dose. A depuração renal foi, em média, inferior a 0,1 L/h e relativamente constante na faixa de dosagem. Como não há formulação parenteral de ritonavir, a biodisponibilidade absoluta não foi determinada.

Após uma dose única de 600 mg sob condições de plenitude gástrica, a formulação em cápsula gelatinosa mole de 100 mg (n=57) produziu AUCs de $121,7 \pm 53,8$ mcg.h/mL (média \pm desvio padrão). A concentração plasmática de ritonavir após a administração de uma dose simples de 100 mg de comprimidos revestidos é similar à administração de 100 mg de ritonavir em cápsulas de gelatina mole sob condição alimentada. Em comparação à ingestão em jejum, a extensão de absorção da cápsula gelatinosa mole foi 12% maior quando administrada com uma refeição.

A alimentação reduz ligeiramente a biodisponibilidade de ritonavir comprimidos. A administração de uma dose única de 100 mg de ritonavir comprimidos com uma alimentação moderada em gordura (857 Kcal, 31% calorias em gordura) ou uma alimentação rica em gordura (907 Kcal, 52% calorias em gordura) foi associado com uma diminuição de 20–23% na AUC e na $C_{\text{máx}}$ de ritonavir.

A farmacocinética do ritonavir durante regimes de múltiplas doses foram estudadas em voluntários adultos HIV-positivos em condições de plenitude gástrica. Sob condições de múltiplas doses, o acúmulo de ritonavir é ligeiramente menor do que o previsto a partir da dose única devido a um aumento relacionado ao tempo e à dose na depuração aparente (Cl/F). Foi observado que concentrações mínimas de ritonavir diminuem com o tempo, possivelmente devido à indução enzimática, atingindo níveis estáveis após 2 semanas. No estado de equilíbrio, com uma dose de 600 mg duas vezes ao dia, foram observados valores de $C_{\text{máx}}$ e $C_{\text{mín}}$ de 11,2 e 3,7 mcg/mL, respectivamente. O $t_{\frac{1}{2}}$ de ritonavir foi de aproximadamente 3 a 5 horas. A depuração aparente no estado de equilíbrio em pacientes tratados com 600 mg duas vezes ao dia foi em média $8,8 \pm 3,2$ L/h.

Não foram observadas diferenças clinicamente significantes na AUC ou $C_{\text{máx}}$ entre homens e mulheres. Os parâmetros farmacocinéticos do ritonavir não foram significativamente associados à perda de peso ou massa corpórea magra.

O volume aparente de distribuição (V_B/F) do ritonavir é de aproximadamente $0,41 \pm 0,25$ L/kg após uma dose única de 600 mg. A ligação do ritonavir a proteínas no plasma humano foi de aproximadamente 98 a 99%. O ritonavir se liga à alfa-1 glicoproteína ácida (AAG) e à albumina sérica humana (HSA) com afinidades comparáveis. A ligação a proteínas plasmáticas total é constante na faixa de concentração de 1 a 100 mcg/mL.

Estudos de distribuição tecidual em ratos com ritonavir marcado com ^{14}C demonstraram que o figado, as supra-renais, o pâncreas, os rins e a tireoide tinham as maiores concentrações de ritonavir. Uma relação tecido- plasma de aproximadamente 1, medido nos gânglios linfáticos de ratos, sugere que o ritonavir é distribuído no tecido linfático. O ritonavir penetra de maneira mínima no cérebro.

Observou-se que o ritonavir é extensamente metabolizado pelo sistema do citocromo hepático P₄₅₀, principalmente pela isoenzima CYP3A e em menor extensão pela CYP2D6. Estudos em animais, assim como experimentos *in vitro* com microssomos hepáticos humanos, indicam que o ritonavir sofre principalmente metabolismo oxidativo. Cinco metabólitos de ritonavir foram identificados no homem. O metabólito da oxidação isopropiltiazólico (M-2) é o principal metabólito e tem atividade antiviral similar à da substância precursora. Entretanto, a AUC do metabólito M-2 foi aproximadamente 3% da AUC da substância precursora.

Estudos em humanos com ritonavir marcado radioativamente demonstraram que sua eliminação se faz principalmente pela via hepatobiliar; aproximadamente 86% da substância marcada foi recuperada nas fezes. Nestes estudos, a via renal de eliminação não foi observada como via de eliminação importante do ritonavir.

Efeitos no Eletrocardiograma

O intervalo QTcF foi avaliado em um estudo controlado cruzado, randomizado, placebo e ativo (moxifloxacina 400 mg/uma vez ao dia), com 45 adultos sadios, com 10 medidas durante 12 horas no Dia 3. A média de diferença máxima (limite de confiança superior a 95%) no QTcF do placebo foi de 5,5 (7,6) msec para ritonavir 400 mg duas vezes ao dia. A exposição ao ritonavir no Dia 3 foi aproximadamente 1,5 vezes maior que a observada com a dose de 600 mg duas vezes ao dia no estado de equilíbrio. Nenhum voluntário teve um aumento na QTcF ≥ 60 msec da baseline ou um intervalo QTcF que excedesse o limite clinicamente relevante de 500 msec.

Um discreto prolongamento no intervalo PR também foi verificado em voluntários recebendo ritonavir durante o mesmo estudo no Dia 3. O intervalo PR máximo foi de 252 msec e não houve bloqueio cardíaco de segundo ou terceiro graus.

Populações Especiais

Insuficiência renal: atualmente não há dados específicos sobre esta população de pacientes. Entretanto, devido à alta ligação protéica de ritonavir é pouco provável que o ritonavir seja significativamente removido por hemodiálise ou diálise peritoneal.

Insuficiência hepática: em seis indivíduos adultos, com doença hepática leve, infectados pelo HIV, recebendo 400 mg de ritonavir duas vezes ao dia, a exposição ao ritonavir foi semelhante em comparação com os indivíduos controles recebendo 500 mg de ritonavir duas vezes ao dia. Os resultados indicam que não é necessário ajuste de dose em pacientes com doença hepática leve. Dados adequados de farmacocinética não estão disponíveis para pacientes com doença hepática moderada. A ligação protéica do ritonavir não foi afetada de modo estatisticamente significativo pela doença hepática leve e moderada.

Pacientes pediátricos: a farmacocinética no estado de equilíbrio foi avaliada em 37 pacientes com idades entre 2 e 14 anos infectados por HIV, que recebiam doses variando entre 250 mg/m^2 de superfície corporal e 400 mg/m^2 de superfície corporal duas vezes ao dia, no Grupo de Estudo de Pacientes Pediátricos com AIDS do estudo 310 (PACTG), e em 41 pacientes com idades entre 01 mês e 2 anos, infectados por HIV, em doses de 350 e 450 mg/m^2 duas vezes ao dia, no estudo 345 em PACTG.

A depuração de ritonavir oral no estado de equilíbrio foi aproximadamente 1,5 a 1,7 vezes mais rápida em pacientes pediátricos do que em adultos. As concentrações de ritonavir em pacientes pediátricos, maiores de 2 anos, obtidas após 350 a 400 mg/m^2 duas vezes ao dia, foram comparáveis àquelas obtidas em adultos recebendo 600 mg (aproximadamente 330 mg/m^2) duas vezes ao dia. As seguintes observações foram feitas a respeito das concentrações do ritonavir após a administração de 350 ou 450 mg/m^2 , duas vezes ao dia, em crianças menores de 2 anos de idade. Exposições mais elevadas do ritonavir não foram evidentes com 450 mg/m^2 duas vezes ao dia comparado a 350 mg/m^2 duas vezes ao dia. As concentrações mais baixas de ritonavir eram um pouco menores do que aquelas obtidas nos adultos que receberam 600 mg duas vezes ao dia.

A área sob a curva de concentração plasmática de ritonavir/tempo e menores concentrações obtidas após a administração de 350 ou 450 mg/m^2 , duas vezes ao dia, em crianças menores de 2 anos, foram aproximadamente 16% e 60% mais baixas, respectivamente, do que aquelas obtidas em adultos que receberam 600 mg duas vezes ao dia.

Dados de segurança pré-clínica Toxicidade Aguda, Subaguda e Crônica

O ritonavir apresenta baixos índices de toxicidade aguda quando administrado oralmente. A DL50 foi determinada como sendo maior do que 2500 mg/kg, tanto em ratos quanto em camundongos. Os sinais de toxicidade com altas doses nas duas espécies incluíram diminuição da atividade, ataxia, dispnéia e tremores. Em geral, os sinais de toxicidade foram aparentes de 1 a 3 dias após a administração. Nenhuma mudança morfológica bruta foi vista em necropsia de ratos depois de um período de 2 semanas de observação.

Os estudos de toxicidade com doses repetidas nos animais identificaram como principais órgãos-alvo: o fígado, a glândula tireoide, retina e o rim. Alterações hepáticas envolveram elementos hepatocelular, biliar e fagocíticos e foram acompanhados de aumentos nas enzimas hepáticas. Hipertrofia no epitélio pigmentado da retina (RPE) e degeneração da retina foram observados nos roedores nos estudos conduzidos com ritonavir, mas não foram observados em cachorros. Evidências ultraestruturais sugeriram que essas alterações na retina em roedores podem ser secundárias a fosfolipidose. Entretanto, três experiências clínicas de fase II não revelaram evidências claras de alterações na retina por indução do fármaco em humanos. Alterações relacionadas à glândula tireoide incluíram hipertrofia das células foliculares, diminuição dos níveis séricos de tiroxina (T4) e/ou aumento dos níveis séricos de TSH. Todas as alterações tireoidianas foram reversíveis após a descontinuação do fármaco. Investigações clínicas em humanos não revelaram alterações clínicas significantes nos testes das funções da tireoide. Alterações renais, incluindo degeneração tubular, inflamação crônica e proteinúria, foram observadas em ratos e foram atribuídas a doenças espécie-específicas espontâneas. Além disso, não foram observadas alterações renais clinicamente significantes nas experiências clínicas.

4. CONTRAINDICAÇÕES

O ritonavir é contraindicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade ao ritonavir ou a quaisquer componentes da fórmula.

Quando ritonavir for coadministrado com outro inibidor de protease, o médico deve verificar as informações completas de prescrição destes inibidores de protease, inclusive suas contraindicações.

Estudos *in vitro* demonstraram que ritonavir é um potente inibidor de várias biotransformações mediadas pelo citocromo P₄₅₀. Baseado principalmente em revisões da literatura presume-se que ritonavir produza importantes aumentos nas concentrações séricas das substâncias metabolizadas pelo citocromo P₄₅₀. A coadministração do ritonavir é contraindicada com as substâncias listadas na Tabela 1:

Tabela 1: Substâncias que são contraindicadas com ritonavir

| Classe da substância | Substâncias dentro da classe que são contraindicadas com ritonavir | Comentários clínicos |
|-------------------------------------|--|---|
| Antagonista alfa1-adrenorreceptores | cloridrato de alfuzosina | Potencial de hipotensão. |
| Antiangular | ranolazina | Potencial para reações sérias e/ou de ameaça à vida. |
| Antiarrítmicos | amiodarona, bepridil, dronedarona, flecainida, propafenona, quinidina, encainida | Potencial de arritmias cardíacas. |
| Antibiótico | ácido fusídico | Potencial de aumento dos eventos adversos associados ao ácido fusídico tais como hepatite ou supressão da medula óssea. |
| Agentes anticancerígenos | Neratinibe, apalutamida | Potencial para reações graves e/ou de ameaça à vida, incluindo hepatotoxicidade. A apalutamida é um indutor moderado a forte da CYP3A4 e pode levar à exposição diminuída do ritonavir e potencial perda da resposta virológica. Adicionalmente, a exposição da apalutamida pode aumentar com a coadministração de ritonavir, que pode levar a eventos adversos graves, incluindo convulsões. |
| Antifúngico | voriconazol | Diminuição significante da concentração plasmática de voriconazol pode levar perda da resposta antifúngica. |
| Agentes Antigotosos | colchicina | Potencial de reações sérias e/ou de risco à vida em pacientes com insuficiência renal e/ou hepática. |
| Anti-histamínicos | astemizol, terfenadina | Aumento nas concentrações plasmáticas de astemizol e terfenadina aumentando o risco de arritmias sérias a partir desses agentes. |
| Antipsicótico | blonanserina | Pode resultar em um aumento potencial na frequência ou intensidade de eventos adversos neurológicos conhecidos ou outras toxicidades associadas com blonanserina. |
| | lurasidona | Potencial para reações sérias e/ou de ameaça à vida. |
| | pimozida | Potencial para arritmias cardíacas. |

| Classe da substância | Substâncias dentro da classe que são contraindicadas com ritonavir | Comentários clínicos |
|--|--|---|
| Derivados de Ergot | di-hidroergotamina, ergonovina, ergotamina, metilergonovina | Relatos pós-comercialização de toxicidade aguda de ergot caracterizado por vasoespasmos e isquemia tecidual tem sido associados com a coadministração de ritonavir e ergonovina, ergotamina, di-hidroergotamina ou metilergonovina. |
| Agente de motilidade gastrointestinal | cisaprida | Potencial de arritmias cardíacas. |
| Produtos Fitoterápicos | erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>) | A coadministração pode levar a uma redução nos níveis de ritonavir, e à perda de resposta virológica e possível resistência a ritonavir ou à classe dos inibidores da protease. |
| Agentes modificadores de lipídios -Inibidores da HMG- CoA reductase | lovastatina e sírvastatina | Potencial de miopatia incluindo a rhabdomiólise. |
| -Inibidores de proteína de transferência de triglicerídeos microssomais - MTPP | lomitapida | A lomitapida é um substrato sensível para o metabolismo da CYP3A4. Os inibidores da CYP3A4 aumentam a exposição do lomitapida, com fortes inibidores aumentando a exposição em aproximadamente 27 vezes. O uso concomitante de inibidores moderados ou fortes da CYP3A4 com lomitapida é contraindicado (ver informação de prescrição de lomitapida). |
| Agonista beta- adrenérgico de ação prolongada | salmeterol | Pode resultar em um aumento potencial do risco de eventos adversos cardiovasculares associados com salmeterol. |
| Inibidor da PDE5 | sildenafil* apenas quando utilizado para o tratamento de hipertensão arterial pulmonar (HAP) | Aumento potencial de eventos adversos associados ao sildenafil (que incluem hipotensão e sincope). |
| Sedativo/hipnótico | midazolam, triazolam | Ritonavir provavelmente produz grande aumento na concentração de sedativos altamente metabolizados e hipnóticos, resultando em potencial de sedação prolongada ou aumentada ou depressão respiratória. |

* Veja “5. Advertências e Precauções” e “6. Interações medicamentosas” para a coadministração de sildenafil em pacientes com disfunção erétil.

Uso contraindicado no aleitamento ou na doação de leite humano. Este medicamento é contraindicado durante o aleitamento ou doação de leite, pois é excretado no leite humano e pode causar reações indesejáveis no bebê. Seu médico ou cirurgião-dentista deve apresentar alternativas para o seu tratamento ou para a alimentação do bebê.

5. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

Quando ritonavir for coadministrado com outro inibidor de protease, o médico deve verificar as informações completas de prescrição destes inibidores de protease, inclusive suas advertências e precauções.

Reações alérgicas: foram relatadas reações alérgicas, incluindo urticária, erupções de pele, broncoespasmo, angioedema e, raramente, anafilaxia e Síndrome de Stevens-Johnson.

Reações hepáticas: o ritonavir é metabolizado e eliminado principalmente pelo fígado. Portanto, deve-se ter cautela ao administrar ritonavir a pacientes com insuficiência hepática moderada a grave. Elevações de transaminases hepáticas excedendo cinco vezes o limite superior de normalidade, hepatite clínica e icterícia ocorreram em pacientes recebendo ritonavir isoladamente ou em combinação com outros medicamentos antirretrovirais. Pode haver um risco aumentado de elevação de transaminases em pacientes com hepatite B ou C subjacente. Portanto, deve-se ter cautela quando se administra ritonavir a pacientes com doença hepática preexistente, alterações em enzimas hepáticas ou hepatite.

Houve relatos pós-comercialização de disfunção hepática, incluindo alguns óbitos. Esses casos geralmente ocorreram em pacientes tomando múltiplos medicamentos concomitantes e/ou com AIDS avançada. Uma relação causa/efeito definitiva não foi estabelecida.

Pancreatite: pancreatite foi observada em pacientes em uso de ritonavir, incluindo aqueles que desenvolveram hipertrigliceridemia. Alguns casos fatais foram relatados. Pacientes com doença avançada pelo HIV podem apresentar risco aumentado de elevação de triglicírides e pancreatite.

Pancreatite deve ser considerada se ocorrerem sinais clínicos (náusea e vômitos, dor abdominal) ou alterações laboratoriais (como valores aumentados de lipase ou amilase) sugestivos de pancreatite. Pacientes que apresentem estes sinais ou sintomas devem ser avaliados e o tratamento com ritonavir descontinuado se houver diagnóstico de pancreatite.

Diabetes mellitus /Hiperglicemia: foram relatados novo aparecimento de *diabetes mellitus*, exacerbação de *diabetes mellitus* preexistente e hiperglicemia durante a farmacovigilância de pós-comercialização em pacientes infectados por HIV que receberam tratamento com inibidores da protease. Alguns pacientes necessitaram iniciar ou ajustar as doses de insulina ou hipoglicemiantes orais para o tratamento destes eventos. Em alguns casos ocorreu cetoacidose diabética. Nos pacientes que descontinuaram o tratamento com inibidores da protease, a hiperglicemia persistiu em alguns casos. Como estes eventos foram relatados espontaneamente durante a prática clínica, não se pode estimar a sua frequência, e uma relação causal entre o tratamento com inibidores da protease e estes eventos não foi estabelecida. Deve-se considerar a monitoração da glicemia.

Interações medicamentosas:

Agentes antigotosos: interações medicamentosas fatais e de risco à vida foram reportadas em pacientes tratados com colchicina e inibidores fortes da CYP3A como o ritonavir (vide “4. Contraindicações” e “6. Interações Medicamentosas”).

Antipsicóticos: deve-se ter cautela no uso concomitante de ritonavir e quetiapina. Devido à inibição da enzima CYP3A por ritonavir, espera-se um aumento das concentrações de quetiapina, podendo levar a efeitos tóxicos relacionados a este antipsicótico (vide “6. Interações Medicamentosas”).

Corticosteroides: o uso concomitante de ritonavir e fluticasona (inalatória, injetável, ou intranasal), budesonida, triancinolona, ou outro glicocorticoide que é metabolizado pela enzima CYP3A4 não é recomendado a menos que os benefícios potenciais do tratamento sobreponham os riscos dos efeitos sistêmicos dos corticosteroides, incluindo Síndrome de Cushing e supressão adrenal. O uso concomitante de ritonavir e propionato de fluticasona pode aumentar significativamente a concentração de propionato de fluticasona no plasma e reduzir a concentração sérica de cortisol. Efeitos sistêmicos dos corticosteroides, incluindo Síndrome de Cushing e supressão adrenal, foram relatados quando ritonavir foi administrado concomitantemente com propionato de fluticasona, budesonida, ou triancinolona injetável.

Inibidores da PDE5: a administração de ritonavir e avanafil não é recomendada. Atenção especial deve ser dada quando sildenafile, tadalafil ou vardenafila forem prescritos para o tratamento da disfunção erétil em pacientes que estejam recebendo ritonavir. Presume-se que a administração concomitante de ritonavir e de tais drogas aumente substancialmente suas concentrações e possa resultar num aumento dos eventos adversos, tais como hipotensão e ereção prolongada. O uso concomitante de ritonavir e sildenafile é contraindicado em pacientes com hipertensão arterial pulmonar (vide “4. Contraindicações” e “6. Interações Medicamentosas”).

Produtos fitoterápicos: pacientes utilizando ritonavir não devem usar produtos contendo erva-de-São-João (*Hypericum perforatum*), pois a administração concomitante pode reduzir as concentrações plasmáticas de ritonavir. Isto pode resultar em perda do efeito terapêutico e desenvolvimento de resistência (vide “4. Contraindicações” e “6. Interações Medicamentosas”).

Inibidores da HMG-CoA redutase: os inibidores da HMG-CoA redutase simvastatina e lovastatina são altamente dependentes do CYP3A para seu metabolismo, de modo que o uso concomitante de ritonavir e simvastatina ou lovastatina é contraindicado devido ao risco aumentado de miopatia, incluindo rabdomiólise (vide “4. Contraindicações”). Recomenda-se também cautela e redução das doses se ritonavir for administrado concomitantemente com atorvastatina, metabolizada em menor extensão pelo CYP3A4. Mesmo considerando que a eliminação de rosuvastatina não é dependente do CYP3A, uma elevação da exposição de rosuvastatina foi relatada com o uso concomitante com ritonavir. Se o tratamento com um inibidor da HMG-CoA redutase for indicado, recomenda-se utilizar a pravastatina ou fluvastatina.

Antagonistas alfa1-adrenorreceptores: com base em estudos de interação medicamentosa com cetoconazol, outro potente inibidor do CYP3A4, e alfuzosina, um aumento significativo de alfuzosina ocorreu quando da administração de ritonavir (600mg duas vezes ao dia). Portanto, alfuzosina não deve ser coadministrado com ritonavir.

Antimicobacterianos saquinavir e ritonavir, não devem ser administrados concomitantemente com rifampicina, devido ao risco de hepatotoxicidade grave (aumento das transaminases hepáticas) se as três substâncias forem administradas concomitantemente.

A coadministração de bedaquilina com forte inibidor da CYP3A pode aumentar a exposição ao metabólito bedaquilina, que pode potencialmente aumentar o risco de reações adversas relacionadas à bedaquilina. A bedaquilina deve ser usada cautelosamente com ritonavir, somente se o benefício da coadministração for superior aos riscos.

A coadministração de delamanida com um potente inibidor da CYP3A (ritonavir) pode aumentar ligeiramente a exposição ao metabólito delamanida, que tem sido associada com o prolongamento do intervalo QTc. Portanto, se a coadministração de delamanida com ritonavir é considerada necessária, é recomendada a monitorização frequente por ECG durante todo o período de tratamento com delamanida.

Inibidor de protease: tipranavir coadministrado com 200 mg de ritonavir foi associado com relatos de hepatite clínica e descompensação hepática, incluindo algumas fatalidades. É necessária vigilância extra em pacientes com hepatite B crônica ou infecção por hepatite C, já que esses pacientes têm um risco aumentado de hepatotoxicidade.

Resistência/Resistência cruzada: o potencial de resistência cruzada entre inibidores de protease não foi completamente explorado. Portanto, não se sabe qual será o efeito do tratamento com ritonavir sobre a atividade de inibidores de protease administrados concomitantemente ou subsequentemente.

Exames laboratoriais: ritonavir foi associado a alterações de triglicérides, colesterol, transaminases (AST e ALT), GGT, CPK e ácido úrico. Recomenda-se realizar testes laboratoriais adequados antes do início do tratamento com ritonavir e periodicamente durante o tratamento, ou na presença de sinais ou sintomas clínicos.

Hemofilia: foram relatados sangramentos aumentados, incluindo hematomas espontâneos de pele e hemartrose, em pacientes com hemofilia tipo A e B, tratados com inibidores de protease. Em alguns casos foi administrado fator VIII adicional. Em mais da metade dos casos relatados, o tratamento com inibidores da protease foi continuado ou reiniciado. Uma relação causal foi postulada, embora não tenha sido estabelecido um mecanismo de ação.

Prolongamento do intervalo PR: anormalidades do sistema de condução preexistente ou pacientes recebendo medicamentos conhecidos por prolongarem o intervalo PR (como verapamil ou atazanavir) foram reportados em pacientes, ritonavir mostrou causar discreto e assintomático prolongamento do intervalo PR em alguns pacientes. Raros casos de bloqueio AV de segundo ou terceiro graus em pacientes com insuficiência cardíaca estrutural subjacente e recebendo ritonavir. Ritonavir deve ser utilizado com cautela nestes pacientes.

Alterações lipídicas: o tratamento com ritonavir isoladamente ou em combinação com saquinavir resultou em aumentos substanciais na concentração de triglicérides e colesterol. Dosagens de triglicérides e colesterol devem ser realizadas antes do início e a intervalos periódicos durante o tratamento com ritonavir. Alterações lipídicas devem ser controladas de forma clinicamente apropriada.

Síndrome da Reconstituição Imunológica: tal síndrome foi relatada em pacientes infectados por HIV tratados com terapia antirretroviral combinada, incluindo ritonavir. Durante a fase inicial da terapia antirretroviral combinada, quando o sistema imunológico reage, pacientes podem desenvolver uma resposta inflamatória a infecções assintomáticas ou a infecções oportunistas latentes (como infecção causada por *Mycobacterium avium*, citomegalovírus, pneumonia causada por *Pneumocystis jiroveci*, ou tuberculose), que podem necessitar de avaliação e tratamentos adicionais.

Alterações autoimunes (como Doença de Graves, polimiosite e Síndrome de Guillain-Barré) também foram reportadas durante a fase de reconstituição imunológica, no entanto, o tempo de início é muito variável e pode ocorrer muitos meses após o início do tratamento.

Carcinogênese e mutagênese

O ritonavir não foi mutagênico ou clastogênico nos estudos *in vitro* e *in vivo* que incluíram ensaios de mutação reversa Ames usando *S. typhimurium* e *E. coli*, ensaios com linfoma de camundongos, teste de micronúcleo em camundongos e ensaio de aberração cromossômica em linfócitos humanos. Além disso, estudos de carcinogenicidade em ratos e camundongos indicaram que o ritonavir não tem ação carcinogênica direta nas dosagens testadas. Uma incidência maior de adenoma hepatocelular foi encontrada em camundongos machos recebendo alta dose de 200 mg/kg/dia. Tais respostas tumorais em fígado de camundongos associadas a compostos não-genotóxicos são consideradas de pequena relevância para a resposta do fígado humano.

Uso em idosos: Não há recomendações específicas para o uso de ritonavir em idosos.

Uso pediátrico: em pacientes com idade entre 01 mês e 21 anos, infectados por HIV, a atividade antiviral e o perfil de eventos adversos observados durante estudos clínicos e a experiência pós-comercialização foram similares aos de pacientes adultos.

Uso na gravidez, fertilidade e reprodução: ritonavir não teve efeitos sobre a fertilidade em ratos machos que receberam doses orais de até 125 mg/kg/dia (exposição média sérica de 61 mcg.h/mL) ou em ratas que receberam até 75 mg/kg/dia (91 mcg.h/mL). Não foi possível administrar doses superiores devido à toxicidade hepática.

Em ratos e coelhos, não foram observadas malformações associadas ao tratamento com ritonavir. A toxicidade observada no crescimento dos ratos (reabsorções fetais, diminuição do peso fetal, atraso da ossificação e variações no desenvolvimento) ocorreu com uma dose tóxica materna de 75 mg/kg/dia (exposição média sérica de 45 mcg.h/mL). Um aumento discreto na incidência de criptorquidia foi observado em ratos que receberam 35 mg/kg/dia (34 mcg.h/mL). A toxicidade do crescimento observada em coelhos (reabsorções, diminuição do tamanho da ninhada, diminuição do peso fetal) ocorreu com uma dose tóxica materna de 110 mg/kg/dia.

Não existem ensaios adequados e bem controlados em mulheres grávidas.

Com base em relatórios prospectivos dos Registros de Gravidez em uso de Antirretroviral (APR) de aproximadamente 6.100 nascidos vivos, após a exposição a regimes contendo ritonavir (incluindo os mais de 2.800 nascidos vivos expostos no primeiro trimestre e os mais de 3.200 nascidos vivos expostos no segundo e terceiro trimestres), não houve diferença na taxa de malformação congênita total para ritonavir em comparação com a taxa de malformação de 2,7% na população de referência dos EUA do MACDP. A prevalência de malformações congênitas em nascidos vivos foi de 2,3% (IC 95%: 1,7% - 2,9%) após a exposição aos regimes contendo ritonavir no primeiro trimestre e de 2,9% (IC 95%: 2,3% - 3,5%) após a exposição aos regimes contendo ritonavir no segundo e terceiro trimestres.

Considerando que os estudos de reprodução animal nem sempre podem predizer a resposta humana, este medicamento somente deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos.

Categoria de risco: C

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Lactação: Dados limitados e publicados reportam que ritonavir está presente no leite humano. Não há informação sobre os efeitos de ritonavir em recém-nascidos em fase de amamentação ou sobre os efeitos do ativo sobre a produção de leite. Devido ao potencial para: 1) transmissão do HIV (em recém-nascidos HIV-negativos), 2) desenvolvimento da resistência viral (em recém-nascidos HIV-positivos) e 3) reações adversas graves em recém-nascidos amamentados, a instrução é não realizar a amamentação durante o uso de ritonavir.

Atenção: Contém o corante dióxido de titânio que pode, eventualmente, causar reações alérgicas.

6. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Quando ritonavir for coadministrado com outro inibidor de protease, o médico deve verificar as informações completas de prescrição destes inibidores de protease, inclusive suas interações medicamentosas.

Estes exemplos são um guia e não são considerados uma lista abrangente de todos os possíveis medicamentos que podem interagir com ritonavir. O profissional de saúde deve consultar referências apropriadas para informações abrangentes.

Efeitos sobre o ritonavir: presume-se que medicamentos que aumentam a atividade da CYP3A (por ex.: fenobarbital, carbamazepina, dexametasona, fenitoína, rifampicina e rifabutina) aumentem a depuração de ritonavir, reduzindo, consequentemente, as concentrações séricas deste. O uso de tabaco é associado a uma redução de 18% na AUC do ritonavir.

Efeitos sobre medicamentos coadministrados: ritonavir tem uma alta afinidade por várias isoformas do citocromo P₄₅₀ (CYP) na seguinte ordem: CYP3A4 > CYP2D6 > CYP2C9 > CYP2C19 >> CYP2A6, CYP1A2, CYP2E1. Há evidências de que ritonavir possa induzir as enzimas glicuronil-transferase, CYP1A2, CYP2C9 e CYP2C19; assim, a redução da concentração plasmática da outra substância e a perda do efeito terapêutico durante o tratamento concomitante com ritonavir pode requerer ajuste de doses desses agentes. Além dos medicamentos citados em “4. Contraindicações”, na **Tabela 1** constam alguns medicamentos comumente prescritos que possuem uma magnitude prevista de interação se administrados com o ritonavir.

A coadministração de ritonavir e substâncias metabolizadas principalmente por CYP3A pode resultar no aumento da concentração plasmática da outra substância, o que pode aumentar ou prolongar seus eventos adversos. O monitoramento cuidadoso dos efeitos adversos é recomendado quando estas substâncias forem administradas concomitantemente ao ritonavir. A redução de dose pode ser necessária para os agentes extensivamente metabolizados por CYP3A.

Interações com importantes considerações:

bedaquilina: em um estudo de interação medicamentosa com pacientes saudáveis para os quais foram administradas uma dose única de 400 mg de bedaquilina e 400/100 mg de ritonavir duas vezes por dia por 24 dias, a exposição de bedaquilina (AUC) foi aumentada em 22%. A bedaquilina deve ser usada cautelosamente com ritonavir, ou seja, somente se o benefício da coadministração for superior ao risco.

corticosteroides: o uso concomitante de ritonavir e fluticasona ou outro glicocorticoide que é metabolizado pela CYP3A4 não é recomendado a menos que os benefícios potenciais do tratamento sobreponham os riscos dos efeitos sistêmicos dos corticoides, incluindo Síndrome de Cushing e supressão adrenal. Considerar drogas alternativas ao propionato de fluticasona, budesonida, e triancinolona injetável, particularmente quando o uso for prolongado (vide “5. Advertências e Precauções”).

erva-de-São-João (*Hypericum perforatum*): pacientes utilizando ritonavir não devem usar produtos contendo erva-de-São-João (*Hypericum perforatum*), pois a administração concomitante pode reduzir as concentrações plasmáticas de ritonavir. Este efeito pode ser devido à indução da CYP3A4 e pode resultar em perda do efeito terapêutico e desenvolvimento de resistência.

saquinavir/ritonavir + rifampicina: saquinavir e ritonavir não devem ser administrados concomitantemente com rifampicina devido ao risco de hepatotoxicidade grave (apresentado como aumento das transaminases) se os três medicamentos forem administrados concomitantemente.

simeprevir: um estudo de farmacocinética demonstrou que a administração concomitante de 200 mg de simeprevir uma vez ao dia com 100 mg de ritonavir duas vezes ao dia resultou em um aumento na concentração de simeprevir. Não é recomendada a coadministração de ritonavir e simeprevir.

sildenafil: o uso concomitante de sildenafil com ritonavir é contraindicado em pacientes com hipertensão arterial pulmonar.

voriconazol: um estudo mostrou que a coadministração de 400 mg de ritonavir a cada 12 horas diminuiu a AUC no estado de equilíbrio de voriconazol em uma média de 82%; assim, a coadministração dessa droga é contraindicada.

lomitapida: a lomitapida é um substrato sensível para o metabolismo do CYP3A4. Os inibidores do CYP3A4 aumentam a exposição do lomitapida, em uso com fortes inibidores aumentando a exposição aproximadamente 27 vezes. O uso concomitante de inibidores moderados ou fortes do CYP3A4 com lomitapida é contraindicado.

Interações com recomendações de alteração de dose e monitoramento:

Eventos cardíacos e neurológicos foram reportados quando ritonavir foi coadministrado a disopiramida, mexiletina, nefazodona ou fluoxetina. A possibilidade de interação medicamentosa não deve ser excluída.

bosentana: a coadministração de bosentana e ritonavir pode aumentar a $C_{\text{máx}}$ e a AUC da bosentana. Consulte as informações da bula de bosentana.

buspirona: é metabolizada principalmente pelo CYP3A4. A administração concomitante de buspirona associada a outras drogas que possuam potencial inibidor ao CYP3A, como o ritonavir, produz aumento substancial nos níveis de buspirona. Quando coadministrada com ritonavir, é recomendado que se use com cautela uma dose baixa ou que se faça uma redução da dosagem.

claritromicina: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 200 mg a cada 8 horas e claritromicina 500 mg a cada 12 horas resultou em inibição marcante do metabolismo da claritromicina. A $C_{\text{máx}}$ da claritromicina aumentou em 31%, a $C_{\text{mín}}$ aumentou em 182% e a AUC aumentou em 77% com a administração concomitante de ritonavir. Uma inibição completa da formação de 14-[R]-hidróxi-claritromicina foi observada. Devido a uma janela terapêutica grande para a claritromicina, não é necessária uma redução na dosagem em pacientes com função renal normal. Entretanto, para pacientes com função renal comprometida (N19), os seguintes ajustes de dosagem devem ser considerados: para pacientes com depuração da creatinina entre 30 e 60 mL/min, a dose de claritromicina deve ser reduzida em 50%; para pacientes com depuração da creatinina < 30 mL/min, reduzir a dose de claritromicina em 75%. Doses de claritromicina superiores a 1 g diário não devem ser administradas com ritonavir.

colchicina: é esperado um aumento das concentrações de colchicina quando coadministrado com ritonavir. Interações medicamentosas de risco à vida e fatais foram relatadas em pacientes tratados com colchicina e ritonavir (vide “4. Contraindicações” e “5. Advertências e Precauções”). Consulte as informações de prescrição de colchicina.

delamanida: não há estudo disponível de interação somente com ritonavir. Em um estudo de interação medicamentosa com voluntários saudáveis administrou-se delamanida 100 mg duas vezes ao dia e lopinavir/ritonavir 400 mg/100 mg duas vezes ao dia por 14 dias, as exposições de delamanida e um metabólito delamanida, DM-6705, aumentaram ligeiramente.

Caso a coadministração de delamanida com ritonavir for considerada necessária, devido ao risco de prolongamento do QTc associada ao DM-6705, recomenda-se a monitorização frequente por ECG durante todo o período de tratamento com delamanida.

delavirdina: é um inibidor do metabolismo mediado por CYP3A. Em um estudo publicado, a administração de doses clínicas de delavirdina 400 mg três vezes ao dia e ritonavir 600 mg duas vezes ao dia (n = 12 pacientes infectados pelo HIV) levou a um aumento da C_{\max} e da AUC no estado de equilíbrio de ritonavir de aproximadamente 50% e da C_{\min} em torno de 75%. Com base na comparação de dados históricos, a farmacocinética de delavirdina não parece ser afetada pelo ritonavir. Quando usado juntamente com delavirdina, pode-se considerar a redução na dose de ritonavir.

desipramina: a administração concomitante de ritonavir 500 mg a cada 12 horas e uma dose única de desipramina 100 mg resultou em aumento médio de 145% na AUC da desipramina. Redução na dosagem de desipramina deve ser considerada em pacientes recebendo esta combinação.

didanosina (ddl): um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 600 mg a cada 12 horas e didanosina 200 mg a cada 12 horas resultou em um decréscimo da C_{\max} e AUC da didanosina no estado de equilíbrio de 16% e 13%, respectivamente. Por outro lado, foi observado pouco ou nenhum efeito na farmacocinética do ritonavir. Não é necessário ajuste de dosagem de ddl, contudo, os dois medicamentos devem ser administrados separadamente, com 2,5 horas de intervalo, para evitar incompatibilidade das formulações.

digoxina: um relato na literatura demonstrou que a coadministração de ritonavir (300 mg a cada 12 horas) e digoxina resultou em um aumento significativo dos níveis de digoxina. Atenção especial deve ser dada quando digoxina e ritonavir forem administrados concomitantemente, com monitoramento apropriado dos níveis de digoxina sérica.

elagolix: a coadministração de elagolix com ritonavir poderia aumentar a exposição do elagolix devido a inibição da CYP3A e da P-gp. Eventos adversos graves conhecidos para elagolix incluem ideação suicida e elevações na transaminase hepática. Adicionalmente, elagolix é um indutor fraco/moderado da CYP3A, o que pode diminuir a exposição do ritonavir. Consulte a bula de elagolix para informações sobre a posologia com fortes inibidores da CYP-3A4.

fentanila: ritonavir inibe o citocromo CYP3A4 resultando em aumento esperado das concentrações plasmáticas de fentanila. É recomendada monitoramento cuidadoso da terapêutica e dos eventos adversos (incluindo depressão respiratória) quando fentanila é coadministrada com ritonavir.

glecaprevir/pibrentasvir: A administração concomitante com ritonavir não é recomendada devido a um aumento do risco de elevações da ALT associadas a uma exposição aumentada ao glecaprevir (GLE).

indinavir: o ritonavir inibe o metabolismo do indinavir mediado pelo CYP3A. Em indivíduos saudáveis, a administração de 200 a 400 mg de ritonavir duas vezes ao dia com dose única de 400 a 600 mg de indinavir aumentou a AUC do indinavir de 185% a 475%, a C_{\max} de 21% a 110%, e a C_{\min} de 11 a 33 vezes em relação à administração isolada de 400 a 600 mg de indinavir. A administração concomitante de 400 mg de ritonavir e 400 mg de indinavir duas

vezes ao dia com uma refeição produziu uma AUC do indinavir similar, um aumento de 4 vezes na C_{\min} e diminuição de 50 a 60% na C_{\max} em comparação com os resultados da administração de indinavir 800 mg três vezes ao dia em condições de jejum. A coadministração do ritonavir com indinavir resultará em aumento das concentrações séricas do indinavir. Os dados disponíveis de segurança ou eficácia desta combinação em pacientes são limitados. O risco de nefrolitíase pode estar aumentado quando doses de indinavir \geq 800 mg duas vezes ao dia são administradas concomitantemente com ritonavir. Nestas condições, recomenda-se adequada hidratação e monitoração dos pacientes.

cetoconazol: a administração concomitante de ritonavir (500 mg, a cada 12 horas) e cetoconazol (200 mg por dia) resultou em um aumento na AUC24 e C_{\max} de 244% e 55%, respectivamente. A meia-vida do cetoconazol aumentou de 2,7 para 13,2 horas. A AUC24 e C_{\max} do ritonavir aumentaram em 18 e 10%, respectivamente. Não há necessidade de ajuste de dosagem do ritonavir; entretanto, doses de cetoconazol de 200 mg/dia ou mais em combinação com ritonavir devem ser usadas com cautela e uma redução de dosagem pode ser considerada.

maraviroque: a administração concomitante de maraviroque e ritonavir aumenta os níveis plasmáticos de maraviroque. A dose de maraviroque deve ser reduzida durante a coadministração com ritonavir. Para mais detalhes consulte as informações completas na bula de maraviroque.

metadona: a administração concomitante de ritonavir com metadona resultou em diminuição das concentrações de metadona. Um aumento na dosagem de metadona pode ser considerado.

contraceptivos orais e adesivos: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 500 mg a cada 12 h e uma combinação fixa de contraceptivo oral resultou em reduções da C_{\max} e AUC médias de 32% e 40% de etinilestradiol, respectivamente. Aumento da dosagem de contraceptivos orais e adesivos contendo etinilestradiol ou substituição por métodos alternativos de contraceção devem ser considerados.

quetiapina: devido à inibição da enzima CYP3A por ritonavir, espera-se um aumento das concentrações de quetiapina. Para instruções de dose de quetiapina, consultar suas informações de prescrição (vide “5. Advertências e Precauções”).

rifabutina: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 500 mg a cada 12 horas e rifabutina resultou em um aumento de aproximadamente 4 vezes na AUC de rifabutina e 35 vezes na AUC do seu metabólito ativo 25-O-desacetil rifabutina. A significância desta interação foi confirmada em estudos clínicos.

Uma redução na dosagem de rifabutina de pelo menos três quartos (3/4) da dose usual de 300 mg/dia é recomendada (ex.: 150 mg em dias alternados ou três vezes por semana). Uma redução adicional na dosagem também pode ser necessária.

rivaroxabana: a coadministração de ritonavir e rivaroxabana resultou em um aumento da exposição de rivaroxabana podendo aumentar o risco de sangramentos.

avanafil: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de 50 mg de avanafil e 600 mg de ritonavir a cada 12 horas resultou em um aumento de aproximadamente 13 vezes e 2,4 vezes nas AUC_{inf} e C_{\max} de avanafil respectivamente. A coadministração de ritonavir com avanafil não é recomendada.

sildenafil: para o tratamento da disfunção erétil, use a sildenafil com atenção em doses reduzidas de 25 mg a cada 48 horas, com monitoramento dos efeitos adversos. Espera-se que a coadministração de ritonavir e sildenafil aumente substancialmente as concentrações de sildenafil (aumento de 11 vezes na AUC) e possa resultar em aumento dos eventos adversos associados à sildenafil, incluindo hipotensão, síncope, alterações visuais e ereção prolongada.

tadalafil: usar tadalafil, para o tratamento de disfunção erétil, com atenção, em doses reduzidas de, no máximo, 10 mg a cada 72 horas, com monitoramento dos efeitos adversos (vide “5. Advertências e Precauções”). Consulte as informações da bula de tadalafil quando esta for coadministrada com ritonavir em pacientes com hipertensão arterial pulmonar.

teofilina: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 500 mg a cada 12 horas e teofilina resultou em decréscimo de 43% na AUC da teofilina. Aumento da dosagem de teofilina pode ser necessário.

trazodona: o uso concomitante de ritonavir e trazodona pode aumentar a concentração de trazodona. Efeitos adversos como náuseas, vertigens, hipotensão e síncope foram observados. Se trazodona for prescrita com um inibidor de CYP3A4, como ritonavir, a combinação deve ser usada com atenção e uma dose menor de trazodona pode ser considerada.

vardenafila: usar vardenafila com atenção, em doses reduzidas de, no máximo, 2,5 mg a cada 72 horas, com monitoramento dos efeitos adversos.

varfarina: em um estudo farmacocinético, múltiplas doses de ritonavir (400 mg duas vezes ao dia) afetaram de modos diferentes as farmacocinéticas de dose única dos enantiômeros da varfarina. A AUC da S-varfarina foi afetada de modo variável pelo ritonavir, mas não foi estatisticamente significante. A AUC da menos potente R-varfarina foi reduzida em média 33% durante a coadministração de ritonavir. A gama de efeitos da coadministração do ritonavir sobre a ação anticoagulante da varfarina é difícil de ser prevista com base nesses resultados farmacocinéticos. Recomenda-se controle inicial frequente da Razão Normalizada Internacional (INR) durante a coadministração de ritonavir e varfarina.

agentes anticancerígenos (abemaciclibe, apalutamida, dasatinibe, encorafenibe, ibrutinibe, ivosidenibe, neratinibe, nilotinibe, venetoclax, vincristina, vimblastina): as concentrações séricas podem aumentar quando houver coadministração com ritonavir, resultando em um possível aumento na incidência de eventos adversos, dentre alguns que podem ser graves. A coadministração de venetoclax ou ibrutinibe e ritonavir poderia aumentar potencialmente a exposição à venetoclax ou ibrutinibe, resultando em um sério risco de Síndrome da Lise Tumoral. A coadministração de encorafenibe ou ivosidenibe com ritonavir poderia aumentar a exposição de encorafenibe ou ivosidenibe, aumentando potencialmente o risco de eventos adversos graves, como o prolongamento do intervalo QT. O uso concomitante de ritonavir com apalutamida é contraindicado (vide “4. Contraindicações”).

Outras interações medicamentosas:

alprazolam: a coadministração de alprazolam e ritonavir resultou em uma redução nos valores da $C_{\text{máx}}$ média de alprazolam (16%), mas não nos valores médios da AUC (12%). Similarmente, foi observado um efeito na curva do efeito sedativo, mas não na extensão da sedação. Discreta depressão psicomotora foi confundida com um efeito de aprendizado. Estes resultados farmacocinéticos e farmacodinâmicos são inconsistentes com o efeito farmacológico do alprazolam. Estes resultados não foram considerados clinicamente significantes.

amprenavir: há dados na literatura mostrando que as concentrações do inibidor de protease do HIV amprenavir são aumentadas quando coadministrado com ritonavir.

bupropiona: bupropiona é originalmente metabolizada por CYP2B6. É esperado que a administração concomitante de bupropiona com doses repetidas de ritonavir reduza os níveis de bupropiona.

efavirenz: em indivíduos saudáveis recebendo 500 mg de ritonavir duas vezes ao dia concomitante com 600 mg de efavirenz uma vez ao dia, a AUC de efavirenz no estado de equilíbrio aumentou 21%. Foi observado um aumento concomitante na AUC de ritonavir em 17%.

ácido fusídico: presume-se que a administração concomitante de inibidores de proteases, incluindo ritonavir, com ácido fusídico resulte em aumento das concentrações tanto de ácido fusídico como do inibidor de protease no plasma (vide “4. Contraindicações”).

inibidores de quinase: a coadministração de fostamatinibe com ritonavir poderia aumentar a exposição do metabólito R406 do fostamatinibe, resultando em eventos adversos relacionados a dose, como hepatotoxicidade e neutropenia.

nelfinavir: as interações entre ritonavir e nelfinavir podem envolver tanto a inibição quanto a indução do sistema citocromo P₄₅₀. A administração concomitante de 400 mg de ritonavir duas vezes ao dia aumenta significativamente as concentrações do M8 (o principal metabólito do nelfinavir) e resulta em pequenos aumentos nas concentrações do nelfinavir. Em um estudo de dez pacientes, a administração do nelfinavir na dose de 750 mg e ritonavir na dose de 400 mg duas vezes ao dia, resultou em aumentos discretos nos parâmetros do nelfinavir [AUC (160%), C_{max} (121%) e C_{min} (123%)] em relação aos dados disponíveis sobre a monoterapia com nelfinavir na dose de 750 mg três vezes ao dia. A AUC do M8 aumentou em 347%.

raltegravir: um estudo farmacocinético demonstrou que a coadministração de 100 mg de ritonavir duas vezes ao dia e 400 mg de raltegravir uma vez ao dia resultou em redução mínima de raltegravir C_{12h} m, AUC_{0-∞} e C_{max} em 1%, 16% e 24%, respectivamente.

saquinavir: um estudo farmacocinético demonstrou que ritonavir inibe extensamente o metabolismo do saquinavir resultando em concentrações plasmáticas de saquinavir muito aumentadas. Após aproximadamente 4 semanas de um regime combinado de saquinavir 400 ou 600 mg duas vezes ao dia (cápsulas de gelatina dura) com 400 ou 600 mg de ritonavir duas vezes ao dia, em pacientes infectados pelo HIV, os valores da AUC de saquinavir foram, no mínimo, 17 vezes maiores que os valores de AUC obtidos com saquinavir 600 mg três vezes ao dia sem ritonavir. Quando usados

em terapia combinada por até 24 semanas, doses maiores que 400 mg duas vezes ao dia tanto de saquinavir quanto de ritonavir foram associadas com um aumento de eventos adversos. As exposições plasmáticas alcançadas com mesilato de saquinavir (cápsula gelatinosa dura, 400 mg duas vezes ao dia) e ritonavir (400 mg duas vezes ao dia) são similares às atingidas com saquinavir (cápsula gelatinosa mole, 400 mg duas vezes ao dia) e ritonavir (400 mg duas vezes ao dia).

sulfametoxazol/trimetoprima: um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 500 mg a cada 12 horas e sulfametoxazol/ trimetoprima resultou em um decréscimo de 20% na AUC do sulfametoxazol e aumento de 20% na AUC da trimetoprima. Pode não ser necessário ajuste de dosagem.

zidovudina (AZT): um estudo farmacocinético demonstrou que a administração concomitante de ritonavir 300 mg a cada 6 horas e zidovudina 200 mg a cada 8 horas resultou em uma diminuição na $C_{máx}$ da zidovudina de 27% e na AUC de 25%. Por outro lado, foi observado pouco ou nenhum efeito na farmacocinética do ritonavir. Pode não ser necessário ajuste de dosagem de zidovudina durante terapia concomitante com ritonavir.

Tabela 2: Efeitos na AUC e $C_{máx}$ na coadministração de ritonavir com outros fármacos

| Fármaco | Dosagem de ritonavir | n | AUC % intervalo de confiança) | de $C_{máx}$ (95% de intervalo de confiança) |
|--|----------------------------|------|-------------------------------------|---|
| claritromicina 500 mg 12/12 h por 4 dias | 200 mg 8/8 h por 4 dias | 22 | ↑ 12% (2,23%) | ↑ 15% (2,28%) |
| didanosina 200 mg 12/12 h por 4 dias | 600 mg 12/12 h por 4 dias | 12 | ↔ | ↔ |
| fluconazol 400 mg/1º dia e 200 mg/dia por 4 dias | 200 mg 6/6 h por 4 dias | 8 | ↑ 12% (5,20%) | ↑ 15% (7,22%) |
| fluoxetina 30 mg 12/12 h por 8 dias | 600 mg dose única | 16 | ↑ 19% (7,34%) | ↔ |
| rifampicina 600 mg ou 300 mg/dia por 10 dias | 500 mg 12/12 h por 20 dias | 7,9* | ↓ 35% (7,55%) | ↓ 25% (-5,46%) |
| zidovudina 200 mg 8/8 h por 4 dias | 300 mg 6/6 h por 4 dias | 10 | ↔ | ↔ |

↑ indica “aumento”

↓ indica “redução”

↔ indica “sem alterações”

* Desenho de grupo paralelo, indivíduos recebendo regimes de combinação e controle, respectivamente.

Tabela 3: Efeitos esperados dos fármacos coadministrados com ritonavir

| Categoria do fármaco | Contraindicações | Grande ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ ou ↓ AUC ² | Efeito desconhecido | Possível ↓ AUC ² |
|---|--|--|---|---|---|--|
| Analgésicos, narcóticos | | alfentanila fentanila | hidrocodona oxicodona propoxifeno tramadol | | levometadil | codeína hidromorfona meperidina* metadona* morfina |
| Analgésicos, não esteroidais | | | | diclofenaco flurbiprofeno ibuprofeno indometacina piroxicam | nabumetona sulindac | cetoprofeno cetorolac naproxeno |
| Antiarrítmicos | amiodarona dronedarona encaínida flecaínida propafenona quinidina | lidocaína | disopramida mexiletina | | tocainida ¹¹ | |
| Antiasmáticos | | | | | | teofilina* |
| Antibióticos, macrolídeos | | eritromicina | claritromicina* | | | |
| Antibióticos, esteroidais | ácido fusídico | | | | | |
| Anticonvulsivantes | | carbamazepina | clonazepam etossuximida | | fenobarbital | divalproato lamotrigia fenitoína |
| Antidepressivos, tricíclicos | | | amitriptilina clomipramina desipramina* imipramina maprotilina nortriptilina trimipramina | | doxepina ¹¹ | |
| Antidepressivos, não tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina | | nefazodona sertralina | fluoxetina paroxetina trazodona* venlafaxina | | fluvoxamina | bupropiona |
| Antidiarréicos | | | | | | difenoxilato loperamida |
| Antieméticos e procinéticos | cisaprida | | dronabinol ondansetrona | | proclorperazina ¹¹ prometazina ¹¹ | metoclopramida |
| Agentes antifúngicos | voriconazol | itraconazol cetoconazol* miconazol | | | | |
| Antigotoso | colchicina | | | | | |
| Anti-histamínicos | astemizol terfenadina | loratadina | | | | |
| Anti-hipertensivos | alfuzosina | bosentana | | losartana | doxazosina ¹¹ prazosina ¹¹ terazosina ¹¹ | |

| Categoria do fármaco | Contraindicações | Grande ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ ou ↓ AUC ² | Efeito desconhecido | Possível ↓ AUC ² |
|--|---|--|--|--|--|-----------------------------|
| Antimicobacterianos | | rifabutina* | | | etonamida | |
| Antiparasitários | | quinina | | proguanila | albendazol cloroquina metronidazol primaquina pirimetamina trimetrexato | atovaquona |
| Antipsicótico | blonanserina | | | | | |
| Agentes antiúlcera | | | | lansoprazol omeprazol | | |
| Betabloqueadores | | | metoprolol penbutolol pindolol timolol | propranolol | betaxolol ¹¹ | |
| Agonista beta-adrenérgico de ação prolongada | salmeterol | | | | | |
| Bloqueadores de canal de cálcio | bepridil | amlodipina diltiazem felodipina isradipina nicardipina nifedipina nimodipina nisoldipina nitrendipina verapamil | | | | |
| Agentes quimioterápicos (câncer) | apalutamida neratinib | abemaciclibe encorafenibe tamoxifeno dasatiniba ivosidenibe nilotiniba | etoposida metabólito R406 do fostamatinibe paclitaxel vinblastina vincristina | ciclofosfamida ³ ifosfamida ³ | apalutamida ¹¹ daunorrubicina ¹¹ doxorrubicina ¹¹ | |
| Alcaloides de Ergot e derivados | di-hidroergotamina ergonovina ¹¹ ergotamina metilergonovina ¹¹ | bromocriptina | | | metilsergida ¹¹ | |
| Receptor antagonista de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) | | | | | elagolix ⁴ | |
| Agentes hemorreológicos | | | | | pentoxifilina | |
| Produtos fitoterápicos | erva-de-São-João | | | | | |
| Antivirais HCV | | Glecaprevir/ pibrentasvir | | | | |

| Categoria do fármaco | Contraindicações | Grande ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ AUC ² | Moderado ¹ ↑ ou ↓ AUC ² | Efeito desconhecido | Possível ↓ AUC ² |
|-------------------------|---|---|---|---|--------------------------|--|
| gentes anti-retrovirais | | atazanavir darunavir (fos)amprenavir indinavir* saquinavir* tipranavir | maraviroque | | nevirapina ¹¹ | |
| hipoglicemiantes | | | | glimepirida glipizida gliburrida tolbutamida | | |
| Hipolipidêmicos | lomitapida lovastatina sinvastatina | atorvastatina | rosuvastatina | | genfibrozila | clofibrato |
| Imunossupressores | | ciclosporina everolimus ¹¹ tacrolimus sirolimus (rapamicina) | | | | |
| Neurolépticos | pimozida | | clorpromazina haloperidol perfenazina risperidona tioridazina | | | clozapina |
| Inibidores da PDE5 | sildenafil indicado na HAP | avanafil sildenafil indicado na DE tadalafil vardenafila | | | | |
| Sedativos/ hipnóticos | Midazolam triazolam | buspirona | clorazepato diazepam estazolam flurazepam zolpidem | | | lorazepam oxazepam propofol temazepam |
| Esteroides | | dexametasona fluticasona* | prednisona | | | etinilestradiol* |
| Estimulantes | | | dexfenfluramina metanfetamina | | metilfenidato | |

¹Grande => 3X; Moderado = 1,5 – 3X.

²AUC = área sobre a curva da concentração plasmática-tempo, uma medição da exposição do fármaco.

³Um aumento na AUC da ciclofosfamida e ifosfamida, ambas ativadas por CYP, pode corresponder a uma redução na AUC do(s) metabólito(s) ativo(s) e uma possível redução na eficácia destes fármacos.

¹¹Um possível aumento na concentração é mais provável quando combinado com ritonavir.

* Estudo clínico de interação medicamentosa foi realizado.

7. CUIDADOS DE ARMAZENAMENTO DO MEDICAMENTO

Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C). Proteger da umidade.

É importante manter ritonavir no frasco de origem. Não transferir para outra embalagem. Manter o frasco bem fechado.

O prazo de validade é de 24 meses a partir da data de fabricação impressa na embalagem.

Após aberto, válido por 30 dias.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original. Características físicas e organolépticas

O ritonavir comprimido revestido apresenta-se na forma de comprimido oblongo, biconvexo de cor branca.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

8. POSOLOGIA E MODO DE USAR

Os médicos devem consultar as informações completas de prescrição e estudos clínicos sobre inibidores da protease para verificar se estes são coadministrados com doses reduzidas de ritonavir.

O ritonavir comprimido revestido deve ser administrado por via oral, com alimentos. Deve ser engolido inteiro, sem mastigar, partir ou esmagar.

A duração do tratamento depende de orientação médica, a partir da avaliação clínica e laboratorial de cada paciente.

Posologia Adultos

A dose recomendada de ritonavir comprimido revestido é de 600 mg (6 comprimidos) duas vezes por dia.

A utilização de um esquema de titulação de doses pode ajudar a reduzir os eventos adversos decorrentes do tratamento, mantendo níveis plasmáticos adequados de ritonavir.

O ritonavir deve ser iniciado com doses de, no mínimo, 300 mg (3 comprimidos) duas vezes ao dia durante um período de três dias, com incrementos de 100 mg (1 comprimido) duas vezes ao dia, até atingir a dose máxima de 600 mg (6 comprimidos) duas vezes ao dia em um período não superior a 14 dias.

Os pacientes devem ser informados de que os eventos adversos frequentemente observados no início do tratamento, como distúrbios gastrointestinais leves a moderados e parestesia, podem diminuir com a continuidade do tratamento.

Os pacientes não devem ser mantidos com dose de 300 mg (3 comprimidos) duas vezes ao dia por mais de três dias.

A dose máxima diária é de 6 comprimidos de 100 mg duas vezes ao dia, totalizando 1200 mg ao dia.

Esquemas combinados de inibidores de protease

A experiência clínica de terapia combinada incluindo dose terapêutica de ritonavir com outro inibidor de protease é limitado.

O ritonavir inibe extensamente o metabolismo da maioria dos inibidores de protease disponíveis. Portanto, qualquer consideração de tratamento combinado com ritonavir deve levar em consideração a interação farmacocinética e os dados de segurança dos agentes envolvidos. Há extensa resistência cruzada nesta classe de agentes. Deve-se considerar a combinação de dois inibidores de protease com menor padrão superposto de resistência. O uso do ritonavir em tais esquemas deve ser orientado por esses fatores.

Para uso de ritonavir com saquinavir, uma cautelosa titulação de dose é utilizada, iniciando-se a terapia com ritonavir com doses de 300 mg (3 comprimidos) duas vezes ao dia.

Para uso de ritonavir com indinavir, uma cautelosa titulação de dose é utilizada, iniciando-se a terapia com ritonavir com doses de 200 mg (2 comprimidos) duas vezes ao dia, com aumento de 100 mg (1 comprimido) duas vezes ao dia até atingir 400 mg (4 comprimidos) duas vezes ao dia em 2 semanas.

Crianças

O ritonavir pode ser utilizado por crianças acima de 01 mês de idade capazes de deglutar comprimidos.

O ritonavir deve ser utilizado em combinação a outros agentes antirretrovirais. A dosagem recomendada de ritonavir em crianças > 01 mês é de 350 a 400 mg/m², baseando-se na Área de Superfície Corporal, duas vezes ao dia, não excedendo a dose de 600 mg (6 comprimidos) duas vezes ao dia.

A dose deve ser iniciada em 250 mg/m² e aumentada, em intervalos de 2 a 3 dias, em 50 mg/m² duas vezes ao dia.

Se o paciente não tolerar a dose máxima diária devido aos eventos adversos, a dose máxima tolerada deve ser utilizada como terapia de manutenção em combinação com outros agentes antirretrovirais.

Tabela 4: POSOLOGIA PEDIÁTRICA

| Área de superfície corporal (m ²)* | 2 doses diárias 250 mg/m ² | 2 doses diárias 300 mg/m ² | 2 doses diárias 350 mg/m ² | 2 doses diárias 400 mg/m ² |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 0,20 | 0,6 mL** (50mg) | 0,75 mL** (60 mg) | 0,9 mL** (70 mg) | 1,0 mL** (80 mg) |
| 0,25 | 0,8 mL** (62,5mg) | 0,9 mL** (75 mg) | 1,1 mL** (87,5 mg) | 1,25 mL** (100 mg, 1 comprimido) |
| 0,50 | 1,6 mL** (125 mg) | 1,9 mL** (150 mg) | 2,2 mL** (175 mg) | 2,5 mL** (200 g, 2 comprimidos) |
| 0,75 | 2,3 mL** (187,5 mg) | 2,8 mL** (225 mg) | 3,3 mL** (262,5 mg) | 3,75 mL** (300 mg, 3 comprimidos) |
| 1,00 | 3,1 mL** (250 mg) | 3,75 mL** (300 mg, 3 comprimidos) | 4,4 mL** (350 mg) | 5 mL** (400 mg, 4 comprimidos) |
| 1,25 | 3,9 mL** (312,5 mg) | 4,7 mL** (375 mg) | 5,5 mL** (437,5 mg) | 6,25 mL** (500 mg, 5 comprimidos) |
| 1,50 | 4,7 mL** (375 mg) | 5,6 mL** (450 mg) | 6,6 mL** (525 mg) | 7,5 mL** (600 mg, 6 comprimidos) |

*A área de superfície corporal (ASC) pode ser calculada com a seguinte equação: ASC (m²) = [Altura (cm) X peso (kg) / 3600]^{1/2}

** volumes referentes à apresentação solução oral

Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado.

9. REAÇÕES ADVERSAS

Quando ritonavir for coadministrado com outro inibidor de protease, o médico deve verificar as informações completas de prescrição destes inibidores de protease, inclusive suas reações adversas.

Adultos

Reações adversas muito comuns (>1/10):

Alterações do sistema nervoso: disgeusia, parestesia incluindo parestesia oral, tontura e neuropatia periférica.

Alterações respiratórias, torácicas e do mediastino: dor orofaríngea e tosse.

Alterações gastrointestinais: dor abdominal (superior e inferior), diarreia incluindo grave com desequilíbrio eletrolítico, náusea, vômito e dispepsia.

Alterações de pele e tecido subcutâneo: prurido, rash (incluindo eritematoso e maculopapular).

Alterações musculares e do tecido conectivo: artralgia e dor nas costas.

Alterações gerais: fadiga incluindo astenia, rubor e sensação de calor.

Reações adversas comuns (>1/100 e <1/10):

Alterações do sistema imune: hipersensibilidade, incluindo urticária e edema de face.

Alterações do sistema nervoso: síncope.

Alterações gastrointestinais: flatulência, hemorragia gastrointestinal e doença do refluxo gastroesofágico.

Alterações hepatobiliares: hepatite, incluindo aumento de AST, ALT e GGT, aumento da bilirrubina no sangue, incluindo icterícia.

Alterações renais e urinárias: aumento da micção.

Alterações na pele e tecido subcutâneo: acne.

Alterações metabólicas e nutricionais: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, gota, edema e edema periférico.

Alterações musculoesqueléticas e do tecido conectivo: mialgia e miopatia/aumento de CPK.

Alterações visuais: visão embaçada.

Alterações vasculares: hipertensão, hipotensão incluindo hipotensão ortostática, extremidades frias.

Alterações psiquiátricas: confusão e distúrbio de atenção.

Experiência pós-comercialização:

Os seguintes eventos foram relatados durante o período de comercialização de ritonavir. A frequência das reações adversas na pós-comercialização é desconhecida.

Alterações do sistema nervoso: há relatos de convulsões. Relação de causa e efeito não foi estabelecida.

Distúrbios metabólicos e nutricionais: desidratação, geralmente associada a sintomas gastrointestinais, e algumas vezes resultando em hipotensão, síncope ou insuficiência renal. Síncope, hipotensão ortostática e insuficiência renal também foram relatadas sem evidência de desidratação.

Alterações cardíacas: há relatos de infarto do miocárdio.

Alterações do sistema reprodutor: menorragia.

Alterações de pele e tecido subcutâneo: necrólise epidérmica tóxica.

Alterações renais e urinárias: nefrolitíase.

Na Tabela 5 estão relacionadas às alterações de parâmetros laboratoriais ocorridas em pacientes adultos tratados com ritonavir, independentemente da comprovação de relação causa/efeito. A maioria dos pacientes recebia outros medicamentos concomitantes.

Tabela 5 - Pacientes adultos que ultrapassaram o limite nos parâmetros bioquímicos ou hematológicos em Estudos combinados Fase II/III

| Parâmetro | Em relação aos limites normais | n | % |
|----------------------------|--------------------------------|-----|-----|
| Bioquímica | | | |
| Glicose | (alto) > 250 mg/ dL | 6 | 1 |
| Glicose | (baixo) < 40 mg/ dL | 1 | < 1 |
| Ureia | (alto) > 120 mg/ dL | 0 | 0 |
| Creatinina | (alto) > 3,6 mg/ dL | 1 | < 1 |
| Ácido úrico | (alto) > 12 mg/ dL | 20 | 2 |
| Sódio | (alto) > 157 mEq/ L | 2 | < 1 |
| Sódio | (baixo) < 123 mEq/ L | 2 | < 1 |
| Potássio | (alto) > 6 mEq/ L | 5 | < 1 |
| Potássio | (baixo) < 3 mEq/ L | 15 | 2 |
| Cloreto | (alto) > 122 mEq/ L | 4 | < 1 |
| Cloreto | (baixo) < 84 mEq/ L | 1 | < 1 |
| Cálcio total | (alto) > 12,6 mEq/ L | 1 | < 1 |
| Cálcio total | (baixo) < 6,9 mEq/ L | 8 | 1 |
| Fósforo inorgânico | (alto) > 7,0 mg/ dL | 1 | < 1 |
| Fósforo inorgânico | (baixo) < 1,4 mg/ dL | 0 | 0 |
| Magnésio | (alto) > 2,9 mEq/ L | 10 | 1 |
| Magnésio | (baixo) < 1,0 mEq/ L | 5 | < 1 |
| Albumina | (alto) > 6,7 g/ dL | 0 | 0 |
| Albumina | (baixo) < 2 g/ dL | 2 | < 1 |
| Bilirrubina total | (alto) > 3,6 mg/ dL | 11 | 1 |
| Fosfatase alcalina | (alto) > 550 UI/ L | 10 | 1 |
| TGO (AST) | (alto) > 180 UI/ L | 37 | 4 |
| TGP (ALT) | (alto) > 215 UI/ L | 53 | 6 |
| LDH | (alto) > 1170 UI/ L | 5 | < 1 |
| GGT | (alto) > 300 UI/ L | 102 | 12 |
| Colesterol | (alto) > 5 x LSN ¹ | 0 | 0 |
| Triglicérides | (alto) > 1500 mg/ dL | 69 | 7 |
| Amilase | (alto) > 2 x LSN ¹ | 20 | 2 |
| Creatinafosfoquinase (CPK) | (alto) > 1000 UI/ L | 71 | 8 |

| Parâmetro | Em relação aos limites normais | n | % |
|---|------------------------------------|-----|-----|
| Hematologia | | | |
| Hemoglobina | (alto) > 21 g/ dL | 0 | 0 |
| Hemoglobina | (baixo) < 8 g/ dL | 23 | 3 |
| Hematórito | (baixo) < 30% | 77 | 8 |
| Eritrócitos | (baixo) $< 3 \times 10^{12} / L$ | 89 | 9,5 |
| Leucócitos | (alto) $> 25 \times 10^9 / L$ | 8 | 1 |
| Leucócitos | (baixo) $< 2,5 \times 10^9 / L$ | 146 | 16 |
| Plaquetas | (baixo) $< 20 \times 10^9 / L$ | 4 | < 1 |
| Neutrófilos | (alto) $> 20 \times 10^9 / L$ | 9 | 1 |
| Neutrófilos | (baixo) $\leq 0,5 \times 10^9 / L$ | 25 | 3 |
| Eosinófilos | (alto) $> 1,0 \times 10^9 / L$ | 15 | 2 |
| Tempo de protrombina | (alto) $> 1,5 \times LSN^1$ | 6 | 1 |
| Tempo de tromboplastina parcial ativada | (alto) $> 2,3 \times LSN^1$ | 3 | < 1 |

¹ LSN = Limite superior da normalidade

Pacientes Pediátricos

Eventos Adversos Emergentes com o Tratamento

O ritonavir foi estudado em 265 pacientes pediátricos com idades entre 01 mês e 21 anos. O perfil de eventos adversos observado durante os estudos clínicos pediátricos foi similar àquele de pacientes adultos.

Vômito, diarreia e erupção cutânea/alergia foram os únicos eventos adversos clínicos relacionados à droga de intensidade moderada a grave observados em $\geq 2\%$ dos pacientes pediátricos registrados em estudos clínicos do ritonavir.

Anormalidades Laboratoriais

As seguintes anormalidades laboratoriais classe 3-4 ocorreram em mais de 3% dos pacientes pediátricos que receberam tratamento com ritonavir, seja sozinho ou combinado com inibidores da transcriptase reversa: neutropenia (9%), hiperamilasemia (7%), trombocitopenia (5%), anemia (4%), e AST elevada (3%).

Em casos de eventos adversos, notifique pelo Sistema VigiMed, disponível no portal da Anvisa.

10. SUPERDOSE

A experiência humana de superdosagem aguda com ritonavir é limitada. Um paciente em um ensaio clínico tomou 1500 mg/dia de ritonavir durante 2 dias e relatou parestesia, que regrediu depois que a dose foi reduzida. Insuficiência renal com eosinofilia foi relatada com superdosagem de ritonavir.

O ritonavir tem baixa ordem de toxicidade aguda quando administrado oralmente. A DL₅₀ foi determinada como sendo maior que 2500 mg/kg, tanto em ratos quanto em camundongos. O nível de dose sem efeito foi de 200 mg/kg em camundongos e de 250 mg/kg em ratos.

Tratamento da superdosagem

Não há antídoto específico para ritonavir. O tratamento de superdosagem com ritonavir deve consistir de medidas gerais de suporte, incluindo o monitoramento de sinais vitais e observação do estado clínico do paciente. É proposto que o tratamento da superdosagem inclua também lavagem gástrica e administração de carvão ativado. Como ritonavir é extensamente metabolizado pelo fígado e altamente ligado a proteínas plasmáticas, é improvável que a diálise seja benéfica na remoção significativa do fármaco.

Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

III - DIZERES LEGAIS

Registro: 1. 0183.0153

Farmacêutico Responsável: Dr. Leduar Guedes de Lima- CRF-PE nº 01047

Registrado e produzido por:

Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Gov. Miguel Arraes S/A - LAFEPE Largo de Dois Irmãos, 1117 - Recife – PE
CNPJ Nº 10.877.926/0001-13

OU

Registrado por:

Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Gov. Miguel Arraes S/A - LAFEPE
Largo de Dois Irmãos, 1117 - Recife – PE
CNPJ Nº 10.877.926/0001-13

Produzido por:

CRISTÁLIA - Prod. Quím. Farm. Ltda.
Rod. Itapira - Lindóia, km 14 - Itapira - SP
CNPJ Nº 44.734.671/0001-51

SAC (Serviço de Atendimento ao Consumidor): 0800 081 1121

USO SOB PRESCRIÇÃO.

VENDA PROIBIDA AO COMÉRCIO.

Esta bula foi atualizada conforme Bula Padrão aprovada pela ANVISA em 05/05/2020.

