



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA
PERSONAS CON VIH
GUÍA PRÁCTICA 2020



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PARA LAS
Américas



ONUSIDA

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA **PERSONAS CON VIH**

GUÍA PRÁCTICA 2020



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Américas



ONUSIDA

LISTADO PROTOCOLAR

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Carlos Alvarado

Ministro del Poder Popular para la Salud

Marisela Bermúdez

Viceministra de Redes de Salud Colectiva

María Gabriela Miquilareno

Viceministra de Salud Integral

Odilia Gómez

Viceministra de Redes de Atención Ambulatoria de Salud

Armando Marín

Viceministro de Hospitales

Gerardo Briceño

Viceministro de Recursos, Tecnología y Regulación

José Manuel García

Director General de Epidemiología

Mimar Silva

Directora General de Programas de Salud

Raul Leonett

Coordinador (E) Programa Nacional de SIDA / ITS

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS / OMS)**

Gerardo De Cosio

Representante a.i. en República Bolivariana de Venezuela

ONUSIDA

Regina López De Khalek

Directora de País República Bolivariana de Venezuela

**Agencias de Naciones Unidas
que Participaron en la Revisión y Edición**

OPS / OMS

Massimo Ghidinelli

Giovanni Ravasi

Bertha Gómez

Nora Girón

Soledad Pérez Évora

ONUSIDA

Alejandra Corao

Regina López De Khalek

Nacalid Madera

SOCIEDAD VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA

María Graciela López

Mario Comegna

Martin Carballo

Napoleón Guevara

Tatiana Drummond

Miguel Angel Nexans

Manuel Figuera

RED VENEZOLANA DE GENTE POSITIVA

Eduardo Franco

Alberto Nieves

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
PRINCIPIOS GENERALES	10
CAMPO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA	10
DESTINATARIOS DE LA GUÍA	11
OBJETIVO DE LA GUÍA	11
INTRODUCCIÓN	13
DIAGNÓSTICO OPORTUNO	15
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	19
PAUTAS DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO	25
CONTROL DE INFECCIONES OPORTUNISTAS	34
ESQUEMAS Y PRESENTACIONES	41
ACRÓNIMOS	49
BIBLIOGRAFÍA DE APOYO	53

PRESENTACIÓN

El Programa Nacional de VIH/Sida-ITS adscrito al Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud, expone al alcance del equipo de salud, la presente **Guía Práctica de Tratamiento Antirretroviral para Personas con VIH**.

Esta Guía contempla las nuevas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento del VIH (2019) con nuevos esquemas terapéuticos en primera y segunda línea y facilita una transición sin complicaciones a tratamientos antirretrovirales optimizados. Además, recomienda adoptar esquemas terapéuticos con ARV de gran potencia, barrera genética alta frente al desarrollo de farmacoresistencia del VIH (FRVIH), toxicidad baja y costo reducido.

En la República Bolivariana de Venezuela, en el año 2002, se publicó la primera Pauta de Tratamiento Antirretroviral por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud y, desde entonces, se han realizado varias actualizaciones, avanzando hacia una prescripción universal de los antirretrovirales de manera racional, basada en la evidencia y bajo criterios uniformes, a fin de orientar de una forma sistemática y científica el abordaje de esta patología, garantizando el uso racional de los fármacos antirretrovirales y que permita, por otra parte, sustentar la Política de Salud Pública: “Garantizar la Atención Integral de las Personas que viven con VIH/sida en Venezuela”, con la finalidad de ofrecer el máximo beneficio potencial de estos medicamentos tanto a nivel individual, para todas las personas con VIH (PVVs), así como a nivel comunitario, mediante la disminución de la transmisión del VIH, al lograr el control del virus en estas personas.

La presente Guía ha sido elaborada en el marco del “Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública”, y se ha diseñado de una manera sencilla y práctica, con la finalidad de orientar al clínico en el manejo del tratamiento antirretroviral para las personas que viven con el VIH/sida en Venezuela, así como para facilitar el trabajo de los tomadores de decisiones en la administración de los programas, con el objetivo de mejorar el impacto social del tratamiento antirretroviral.

PRINCIPIOS GENERALES

La presente guía se rige por los siguientes principios generales:

1. Garantizar un mayor impacto sanitario con el empleo óptimo de los recursos disponibles, tanto humanos como económicos, a través de intervención conjunta clínica y de salud pública.
2. Garantizar mayor inclusión de PVVs a la atención Integral a fin de aumentar la supervivencia y mejorar calidad de vida.
3. A fin de garantizar la duración y el grado de la respuesta al TARV, es fundamental que en cada servicio de salud donde se atiendan PVV se desarrollen estrategias para mejorar el cumplimiento por parte del paciente del esquema de ARV.
4. Las decisiones de inicio y cambio de TARV deben estar basadas en la clínica y en los parámetros establecidos en la presente Guía.

CAMPO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA

La aplicación de esta GUIA es de carácter obligatorio en todas las Instituciones del sector salud tanto públicos como privados y organizaciones afines, en las cuales se realicen consultas para las PVVs. Su obligatoriedad es relevante en el mejor interés de los usuarios.

DESTINATARIOS DE LA GUÍA

La Guía está dirigida especialmente a los profesionales de la Salud que tienen bajo su responsabilidad la atención de las PVV, estudiantes del área de la salud quienes pueden encontrar en ella información necesaria para su formación académica y para investigadores de esta área de interés.

OBJETIVO DE LA GUÍA

Ofrecer a los profesionales de la salud orientaciones y recomendaciones clínicas basadas en evidencias científicas sobre el diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento a las personas con VIH que acuden al sistema público de salud en Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA han establecido entre sus objetivos eliminar la epidemia del SIDA para 2030. Para ello han planteado como estrategia inicial reducir el número de nuevos casos de VIH en un 90% hacia 2020. En este sentido, establece directrices generales para el continuo de atención o “la cascada de atención” donde se debe diagnosticar el 90% de las personas infectadas por VIH, que el 90% de los diagnosticados reciban el Tratamiento Antiretroviral (TARV) y el 90% de las personas en tratamiento tengan una Carga Viral (CV) suprimida a menos de 1,000 copias/ml.

El continuo de atención integral de la persona con VIH debe incluir los siguientes elementos:

- a. Diagnóstico oportuno
- b. Vincular la persona al sistema de salud
- c. Retención al servicio
- d. Inicio y adherencia al TARV
- e. Supresión de la carga viral

DIAGNÓSTICO OPORTUNO

El diagnóstico del VIH es la puerta de entrada para el inicio oportuno y la retención al TAR, lo que disminuye la morbilidad y mortalidad por VIH y su transmisión, por lo que se recomienda que sea entendido como un derecho humano que los estados deben garantizar.

Se recomienda que toda persona que tenga contacto con los establecimientos de salud sea considerada y le sea ofrecida la prueba de despistaje de VIH

Esta puede realizarse bajo las siguientes modalidades:

- a. Por solicitud voluntaria de la persona
- b. Recomendada en:
 - Parejas/contactos sexuales de nuevos casos detectados
 - Personas con tuberculosis (TB)
 - Personas con infecciones de transmisión sexual (ITS), hepatitis viral
 - Personas con signos/síntomas asociados a VIH/Sida
 - Personas de poblaciones clave o en situación de vulnerabilidad
 - Personas con exposición accidental al VIH, tanto de tipo ocupacional, como no ocupacional o por violencia sexual.
 - Mujeres embarazadas
 - Personas menores de 50 años con cuadros de herpes zoster

La oferta del examen de despistaje del VIH siempre debe basarse en cinco principios fundamentales: consentimiento, confidencialidad, asesoramiento pre y post prueba, garantía de resultados correctos y vinculación a la atención.

En el año 2000 el MPPS emitió la Resolución 292 de fecha 07 de agosto de 2000, que señala la obligatoriedad de ofrecer la prueba de VIH a toda embarazada que acuda a dichos centros, previa información, consejería y autorización, asegurando la orientación necesaria y preservando la confidencialidad de los datos de identificación, así como del resultado. Además, la Dirección de Salud Poblacional debe garantizar la atención médica durante el embarazo, parto y post parto, así como el control virológico e inmunológico de la madre y el recién nacido.

Durante el control prenatal de toda embarazada, se debe solicitar de rutina una prueba de despistaje de VIH en el primer trimestre o al primer contacto con el sistema de salud, y luego en el tercer trimestre, preferiblemente antes de las 36 semanas de gestación. Es importante realizar junto con el despistaje de VIH, el testeo de sífilis en las embarazadas, con el fin de ofrecer tratamiento precoz y evitar malformaciones (sífilis congénita) o muertes fetales originadas por esta infección de fácil tratamiento.

Es obligatorio realizar la confirmación de la infección por la posibilidad de falsos positivos para la prueba para VIH durante el embarazo, sin embargo, no se debe esperar este resultado para dar inicio al tratamiento, especialmente si se encuentra en el último trimestre de gestación. La embarazada que resulte negativa en el primer trimestre debe repetirse la prueba en el tercer trimestre del embarazo.

Si la mujer acude en trabajo de parto y no se había realizado la prueba para VIH durante su control prenatal debe realizarse una prueba de diagnóstico rápido. Esto permitirá ofrecerle tratamiento a la madre durante el parto, así como al recién nacido desde su nacimiento en caso de salir la prueba reactiva al VIH.

Se debe realizar la prueba en el periodo de postparto a las mujeres y a los recién nacidos que se les desconozca su estado serológico con respecto al VIH, ya sea porque no se realizó la prueba en el control prenatal, considerando los beneficios de la Profilaxis ARV neonatal los cuales se evidencian cuando se inicia antes de las primeras 12 horas después del nacimiento.

Tipo de pruebas y diagnóstico

En la actualidad las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) para VIH, cada vez adquieren mayor relevancia por lo simple del proceso, lo rápido del resultado y su excelente sensibilidad y especificidad, es lo que las hace herramientas fundamentales para el diagnóstico de infección por VIH.

Se recomienda realizar el primer examen con una prueba rápida o por el método de ELISA con reactivos de alta sensibilidad (igual o mayor de 99 %) y especificidad (igual o mayor de 98 %). Si esta primera muestra sale positiva debe repetirse con otra prueba rápida o con un ELISA de mayor especificidad y confirmarse el diagnóstico con carga viral o con una tercera prueba rápida de otra marca. Ante cualquier resultado desigual entre las 2 últimas pruebas, el proceso debe repetirse en los siguientes 14 días.

Las PDR son un método eficaz para emplear en embarazadas no controladas al momento del parto, además las pautas mundiales recomiendan se avance en la descentralización de la atención de las personas con VIH y se integren los servicios de prevención y atención en todos los niveles del sistema de salud, incluyendo los centros de atención primaria. Esto reducirá las barreras de acceso geográfico y vinculación, integrando a las personas y mejorará la sostenibilidad de la respuesta.

Inicio y adherencia al TARV

El tratamiento estándar consiste en una combinación de al menos tres medicamentos (a menudo llamados “terapia antirretroviral de gran actividad” o TARGA) que suprimen la replicación del VIH.

“Tratar a Todos”: se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en todas las personas que viven con VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS o del recuento de células CD4. El inicio de tratamiento se hace urgente en personas con enfermedad avanzada y/o células CD4 por debajo de $350/\text{mm}^3$.

Se usan tres medicamentos para reducir la probabilidad de que el virus desarrolle resistencia. El TARV reduce las tasas de mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas por el VIH y mejora su calidad de vida. Los beneficios del tratamiento antirretroviral también incluyen la prevención de la transmisión del VIH mediante la supresión de la replicación del virus.

Los nuevos antirretrovirales en programas de VIH y las pautas recientes de OMS buscan promover la adopción de regímenes con alta potencia, menor toxicidad, altas barreras genéticas a la resistencia, superioridad en la supresión viral, rápida recuperación inmunológica y retención en el tratamiento, con posibilidad de ser usado en diferentes poblaciones a un menor costo. El uso de regímenes de medicamentos optimizados puede mejorar la tolerancia, la adherencia y la calidad de la atención de las personas con VIH.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Si bien los esquemas de tratamiento se actualizan constantemente según los avances tecnológicos, se sugiere que los mismos contengan drogas altamente eficaces y con el menor número de efectos colaterales para los usuarios.

Se recomienda que los esquemas de TARV sean coformulados, siempre que no haya contraindicación, con el fin de favorecer la adherencia a los mismos y lograr reducir la carga viral a niveles indetectables

En las mujeres en edad fértil se recomienda individualizar el TARV, según la edad, uso de anticonceptivos y las interacciones o efectos colaterales de estos con los ARV.

Pautas de Tratamiento en Adultos incluyendo Embarazadas

Dada las nuevas pautas y evidencias internacionales el Programa Nacional de Sida/ITS ha decidido adaptar sus pautas de tratamiento a los nuevos parámetros de TARV, tal como se presenta en el siguiente esquema:

Inicio de tratamiento

Contexto	Población	Esquema Preferente	Esquema Alternativo	Situaciones Especiales ++
Personas con diagnóstico reciente (inicio de tratamiento por primera vez)	Adultos y adolescentes de ambos sexos, incluyendo mujeres en edad fértil y embarazadas*	TDF/3TC/DTG (TLD co-formulado)	ABC/3TC+DTG*	TDF/3TC+EFV * ABC/3TC + EFV* TDF/3TC+ATV/r ABC/3TC + ATV/r

TDF: Fumarato de disoproxilo de Tenofovir, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, EFV: Efavirenz, FTC: Emtricitabina, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, ABC: abacavir. AZT: Zidovudina

Notas:

- Vigilar no existan contraindicaciones o intolerancia al Tenofovir (un 2% tiene contraindicaciones): Enfermedad renal con depuración de creatinina < 50 cc/ml. Osteoporosis establecida u osteopenia con riesgo de fractura >10% en los próximos 10 años (Según FRAX). Se recomienda usar el esquema alternativo.
- (*) EFV y DTG han demostrado ser seguros durante el embarazo de acuerdo con estudios clínicos; sin embargo, se debe informar a las mujeres en edad fértil del potencial riesgo de defectos en tubo neural en caso de exposición al momento de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.
- (++) Situaciones Especiales: se recomienda si existe contraindicación o intolerancia o alergia DTG
- El DTG en personas con TB debe duplicarse: DTG 100 mg/día
- El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa

Reinicio de tratamiento o migración de esquema anterior

Esquema anterior	Población	Esquema Preferente	Esquema alternativo
Personas en esquema de 1 ^a con 2 INTR+EFV o 2 INTR+IP/r sin falla clínica/virológica	Adultos y adolescentes de ambos sexos incluyendo mujeres en edad fértil y embarazadas	TDF/3TC/DTG* (coformulado)	ABC/3TC + DTG TDF/3TC+ ATV/r ABC/3TC+ATV/r
Personas en esquema de 2a con INTR+IP/r sin falla clínica/virológica	Adultos y adolescentes de ambos sexos, incluyendo mujeres en edad fértil y embarazadas	TDF/3TC/DTG (coformulado) ABC/3TC + DTG AZT/3TC + DTG Nota – mantener mismos 2 INTR y cambiar IP/r por DTG	Mantener esquema de 2 ^a con IP/r disponible: (ATV/r o DRV/r)
Personas en esquema de 1 ^a con 2 INTR+EFV o con 2 INTR+IP/r con falla clínica/virológica	Adultos y adolescentes de ambos sexos, incluyendo mujeres en edad fértil y embarazadas	TDF/3TC/DTG (coformulado) ABC/3T+DTG ** AZT/3TC+DTG **	TDF/3TC+DRV/r ABC/3TC+DRV/r AZT/3TC+DRV/r

TDF: Fumarato de disoproxilo de Tenofovir, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, EFV : Efavirenz, FTC: Emtricitabina, LPV/r; Lopinavir/ritonavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, ABC: abacavir, AZT: Zidovudina, DRV/r: Darunavir/ritonavir IP/r: Inhibidor de Proteasa busteado con ritonavir, INRT: Inhibidores nucleotidos de la transcriptasa reversa

Notas:

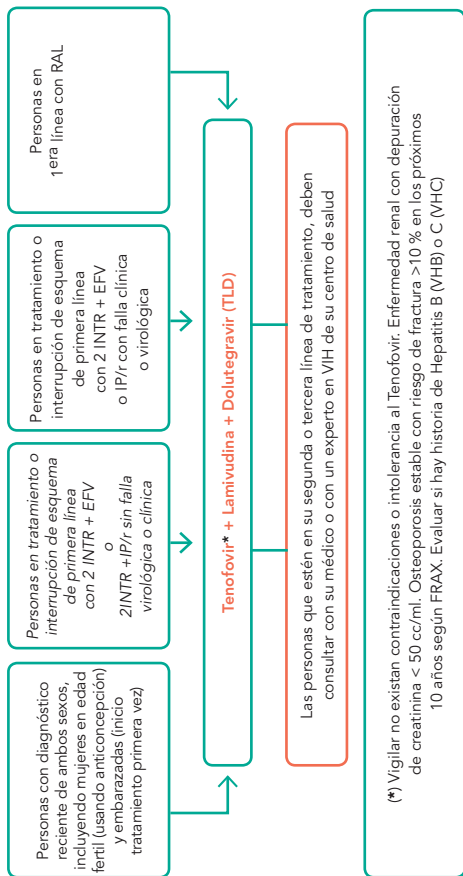
- a. Vigilar que no existan contraindicaciones o intolerancia al Tenofovir (un 2% tiene contraindicaciones): Enfermedad renal con depuración de creatinina < 50 cc/ml. Osteoporosis establecida u osteopenia con riesgo de fractura >10% en los próximos 10 años (Según FRAX). Se recomienda uso Esquema alternativo
- b. (*) DTG ha demostrado ser seguros durante el embarazo de acuerdo con estudios clínicos; sin embargo, se debe informar a las mujeres en edad fértil del potencial riesgo de defectos en tubo neural en caso de exposición al momento de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo
- c. El DTG en personas con TB debe duplicarse: DTG 100 mg día
- d. (**) Usar AZT/3TC en caso de falla de esquema con TDF/3TC (o FTC) o ABC/3TC, y viceversa
- e. El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa
- f. Si existe falla en esquema con DTG:
 - Si hubo exposición previa a DTG e INNTR se puede usar ATV/r,
 - si hubo exposición previa también a IP/r entonces usar DRV/r y optimizar los 2 INTR.

En todas las opciones:**En mujeres y adolescentes en edad fértil:**

- a. Si se usa DTG, se debe ofrecer anticoncepción efectiva a mujeres adultas y adolescentes en edad fértil.
- b. DTG se puede recetar a mujeres adultas y adolescentes en edad fértil que desean quedar embarazadas o que de otra manera no están usando o accediendo a anticonceptivos efectivos de forma consistente, si han sido informadas sobre el aumento potencial en el riesgo de defectos del tubo neural (exposición al momento de la concepción y hasta el primer trimestre).
- c. Si se identifica el embarazo después del primer trimestre, se puede iniciar/continuar DTG durante todo el embarazo.

Las personas que estén en tercera línea de tratamiento o con historia o sospecha de multi-resistencia deben consultar a un experto en VIH de su centro de salud.

CRITERIOS PARA INDICACIÓN DEL USO DE TLD EN ADULTOS CON VIH



PAUTAS DE TRATAMIENTO PEDIÁTRICO

- a. Inicio, migración o reinicio para pacientes pediátricos que suspendieron primera línea de tratamiento

Población	Esquema Preferente	Esquemas alternativos
<3 meses	AZT/3TC+RAL	AZT/3TC+LPV/r *
> 3 meses a 3 años	ABC/3TC+RAL	AZT/3TC+RAL ABC/3TC+LPV/r
3 a 6 años	ABC/3TC+RAL	AZT/3TC+RAL ABC/3TC+LPV/r AZT/3TC+LPV/r
> 6 años	ABC/3TC+DTG (20-30kg) TDF/3TC/DTG (TLD) (>30kg)	ABC/3TC+LPV/r o ATV/r TDF/3TC(o FTC) + LPV/r o ATV/r

TDF: Fumarato de disoproxilo de Tenofovir, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, FTC: Emtricitabina, LPV/rt: Lopinavir/ritonavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, ABC: abacavir; AZT: Zidovudina, RAL:Raltegravir

(*) LPV/r: a partir de los 14 días de vida

Notas:

- TDF solo en mayores de 2 años
- Uso de DTG en niños:
 - La tableta de DTG de 50mg se puede usar en niños a partir de los 6 años y 20kg (en combinación con ABC/3TC)
 - La tableta de TLD de adulto (300/300/50mg) se puede usar en niños a partir de 6 años y 30kg.
- Considerar migración a ABC/3TC o AZT/3TC combinados, dispersables y ranurados; migración de LPV/r jarabe a granulado oral (pellets) a partir de los tres (03) meses.
- El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa

b. Reinicio de tratamiento para pacientes pediátricos que suspendieron segunda línea de tratamiento

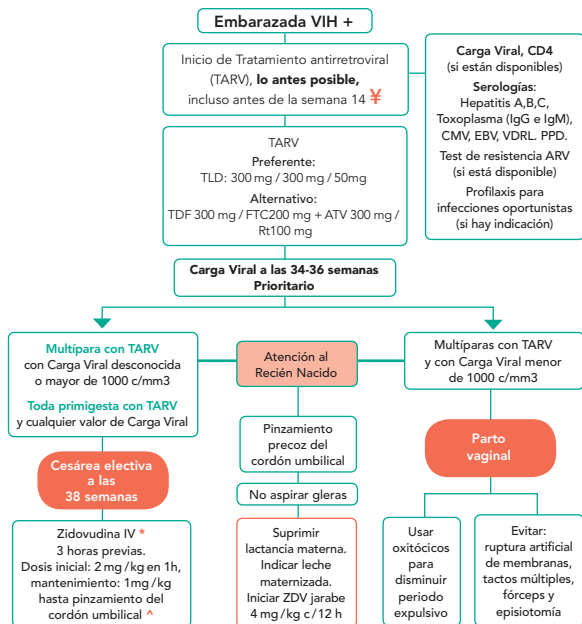
Población	Exposición	Esquema Preferente
< 6 años	Suspendió IP/r (con exposición o falla previa a INNTR)	ABC/3TC+LPV/r (o RAL) AZT/3TC+LPV/r (o RAL) TDF+AZT+LPV/r (o RAL)
	Suspendió INNTR (EFV o NVP) con exposición o falla previa a IP/r	ABC/3TC+RAL (o DRV/r) AZT/3TC+RAL (o DRV/r) TDF+AZT+RAL (o DRV/r)
	Sin opción de INTR	Referir a experto Optimización de esquema con genotipo
>6 años	Suspendió IP/r con exposición/falla previa a INNRTI	ABC/3TC+DTG (20-30kg) TDF/3TC/DTG (TLD) (>30kg) ABC/3TC+LPV/r o ATV/r TDF/3TC+LPV/r o ATV/r
	Suspendió EFV con exposición o falla previa a IP/r	ABC/3TC+DTG (20-30kg) TDF/3TC/DTG (TLD) (>30kg) ABC/3TC+DRV/r TDF/3TC+DRV/r
	sin opciones de INTR	Referir a experto Optimización de esquema con genotipo

TDF: Fumarato de disoproxilo de Tenofovir, 3TC: Lamivudina, DTG: Dolutegravir, FTC: Emtricitabina, EFV: Efavirenz, NVP: Nevirapina, LPV/rt: Lopinavir/ritonavir, ATV/r: Atazanavir/ritonavir, ABC: abacavir; AZT: Zidovudina, RAL: Raltegravir, DRV/r: Darunavir/ritonavir

Notas:

- a. Se recomienda utilizar AZT/3TC en caso de fallo de un esquema con TDF/3TC (o FTC) o ABC/3TC.
- b. Uso de DTG en niños:
 - La tableta de DTG de 50mg se puede usar en niños a partir de los 6 años y 20kg (en combinación con ABC/3TC)
 - La tableta de TLD de adulto (300/300/50mg) se puede usar en niños a partir de 6 años y 30kg.
- c. Considerar migración a ABC/3TC o AZT/3TC combinados, dispersables y ranurados; migración de LPV/r jarabe a granulado oral (pellets) a partir de los tres (03) meses.
- d. El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa.

PAUTAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH



LEYENDA

CD4: linfocitos TCD4
TARV: terapia antirretroviral
RPM: ruptura prematura de membranas
TLD: Tenofovir/Lamivudina/dolutegravir
ATV/RTI: Atazanavir/ritonavir
TDF/FTC: Tenofovir / emtricitabina
RAL: Raltegravir

(¥) Iniciar tratamiento lo antes posible, o en cualquier semana que se realice el diagnóstico, o al momento del parto, o al culminar el embarazo. Esto para preservar la salud materna, prevenir la transmisión perinatal del VIH y la transmisión sexual secundaria.

(*) (^) Si no se dispone de zidovudina (ZDV) en ampollas, indicar ZDV oral 600 mg (2 tab), luego 300 mg (1 tab) c/3 horas hasta pinzar el cordón o, en su defecto, TLD 300 mg / 300 mg / 50 mg, o TDF 300 mg / FTC 200 mg / RAL 400mg, una dosis.



CASOS PARTICULARES

Diagnóstico de VIH en la culminación del embarazo o reciente sin TARV ni Carga Viral:

- a. Realizar cesárea de emergencia. Seguir protocolo de cesárea e iniciar la administración concomitante de TARV via oral con: TLD 300mg/300mg/50mg, o TDF 300 mg /FTC 200mg /RAL 400mg. Mantener tratamiento al egreso y referir.
- b. Si está en Trabajo de Parto, o con RPM sin posibilidades de cesárea de emergencia, aplicar protocolo de parto vaginal y dar TARV via oral con TLD 300mg/300mg/50mg, o TDF 300 mg /FTC 200mg /RAL 400mg. Mantener tratamiento al egreso y referir.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH

1. Todos los neonatos hijos de madre con infección VIH debe iniciar terapia antirretroviral dentro de las primeras 12 horas de vida, la selección de la terapia dependerá de los factores de riesgo para la adquisición de la infección.
2. Se consideran alto riesgo para la transmisión vertical a todo niño con cualquiera de las siguientes características:
 - Madre a la que se realiza el diagnóstico en el tercer trimestre, al momento del parto o postparto
 - Madre que no recibe terapia antirretroviral durante el embarazo
 - Madre que recibiendo terapia antirretroviral no llegue a la indetectabilidad para el momento del parto
 - Madre en la que se haya documentado resistencia a la terapia antirretroviral que recibe durante el embarazo
 - Madre con infección primaria durante la gestación
3. Esquemas para el recién nacido:

Riesgo neonatal	Drogas	Duración
Bajo riesgo	1 droga: Zidovudina	4 semanas
Alto riesgo	a. Tratamiento empírico con Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir	Duración: 6 semanas
	b. Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina	Duración: 6 semanas
	c. Zidovudina + Nevirapina	Zidovudina: 6 semanas Nevirapine: 3 dosis – 1° dosis: al nacer, – 2° dosis: a las 48 horas de la primera dosis, – 3° dosis a las 96 horas luego de la 2° dosis

4. Dosis de antirretrovirales en el neonato:

4.1 ZIDOVUDINA:

Neonato > 35 semanas de gestación:	4mg/kg/ DOSIS BID
≥30 a < 35 semanas de gestación:	primeras 2 semanas de vida: 2mg/Kg/ DOSIS BID
	luego de 2 semanas a 6 semanas: 3mg/kg/DOSIS BID
< 30 semanas de gestación:	2mg/Kg /DOSIS BID

4.2 LAMIVUDINA:

2 mg/K/DOSIS BID hasta las 4 semanas de vida, luego
4mg/K/DOSIS BID

4.3 NEVIRAPINE:

4.3.1 En caso de profilaxis con 2 drogas:

Peso al nacer: 1,5Kg a 2 Kg: dar DOSIS de 8 mg
(no se calcula en base a mg/Kg)

Peso al nacer > 2 kg: dar 12mg por DOSIS

4.3.2 En caso de utilizar 3 drogas:

≥37 semanas de gestación:

Desde el nacimiento hasta las 4 semanas de vida:
6 mg/kg/DOSIS BID

> 4 semanas de vida: 200 mg/m² de superficie corporal/
DOSIS BID

34 a 37 semanas de gestación:

Desde el nacimiento hasta la primera semana de vida: 4 mg/kg/
dosis BID

1 a 4 semanas de vida: 6 mg/kg/dosis BID

> 4 semanas de vida: 200 mg/m² de superficie corporal/
dosis BID

4.4 RALTEGRAVIR:

Se debe usar en neonatos con más de 37 semanas de gestación y mayor de 2 kg

- Del nacimiento a la primera semana de vida: 1,5 mg/kg/ dosis OD
- 1 a 4 semanas de vida: 3mg/Kg/ dosis OD
- 4 a 6 semanas de vida: 6 mg/Kg /dosis OD

BID: dos veces al día

OD: una vez al día

SUPRESIÓN DE LA CARGA VIRAL

El objetivo del TAR es suprimir la carga viral a niveles indetectables.

Seguimiento al Tratamiento de Adultos y Niños

Esquema	LTCD4	CV
Personas de inicio	Se requiere un estudio en todo nuevo caso diagnosticado	Si está disponible, realizar estudio basal
Personas que reinician tratamiento	Se realizará LTCD4 al reiniciar tratamiento y si hubiese falla virológica o clínica	A partir de la 12 ^o semana después de reiniciado TARV y luego cada 6 meses
Personas que no han interrumpido tratamiento		Cada 6 meses
Personas en 3 ^o línea/rescate		Cada 6 meses
Embarazadas		Al momento del diagnóstico del embarazo y durante el tercer trimestre

++Considerar en niños menores de 7 años realizar CV cada 4 meses

Si la persona una vez en tratamiento continuo y permanente tiene CV suprimida no requiere realizarse LTCD4 control.

CONTROL DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

En todo paciente con infección por VIH debe descartarse otras infecciones oportunistas coexistentes y/o infecciones de transmisión sexual.

Las pruebas para realizar son:

- Despistaje de hepatitis B y hepatitis C, sífilis, serología hongos (Ag Cripto LFA, Ag histoplasma en orina).
- Diagnóstico: Ag Histoplasma, Ag Cryptococcus
- Descartar Tuberculosis (sospecha clínica, PPD, baciloscopia, Rx GenXpert si está disponible)

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* es una de las infecciones más frecuentes en las personas que viven con VIH, y provoca una elevada morbi-mortalidad en estas personas, por lo que es **mandatorio** que toda persona con VIH debe descartarse la presencia de TB (latente o activa) y en toda persona con diagnóstico de TB debe descartarse infección por el VIH

Terapia Antirretroviral y Tuberculosis (TB)

Las consideraciones más importantes en cuanto al tratamiento ARV y Anti TB en las PVIH son las siguientes:

- a. En las PVIH con TB latente: (PPD) mayor de 5 mm y se encuentre asintomático, debe de recibir tratamiento profiláctico anti TB, según las normas nacionales, e indicársele TARV.
- b. El Tratamiento anti-TB se realizará según las pautas nacionales, la duración del mismo podría prolongarse en situaciones especiales y previa discusión con los encargados del programa nacional de TB.
- c. En las PVIH y tuberculosis activa, si el valor de LTCD4 es menor de 50 x mm³, se iniciará el TARV durante las primeras dos semanas del tratamiento anti-TB o cuando la tolerancia del paciente lo permita.
- d. En las PVIH y tuberculosis activa, si el valor de los LTCD4 es mayor a 50 x mm³, el TARV se iniciará preferiblemente después de finalizado la primera fase del tratamiento anti-TB, a menos que priven otras consideraciones que obliguen adelantar el TARV.
- e. En los pacientes que reciben TARV y tratamiento anti-TB, siempre debe de tenerse en consideración la posibilidad que aparezca un Síndrome de Reconstitución Inmune (SIRS).
- f. El ARV preferente en los PVIH y Tuberculosis, son los siguientes:
 1. Dolutegravir a doble dosis (100 mgs diarios) +TDF+3TC
TARV alternativo:
 2. TDF+FTC o 3TC +EFV
 3. TDF+FTC o 3TC+RAL
 4. En caso de contraindicación del uso de los análogos nucleósidos anteriormente mencionados podría sustituirse por ABC-3TC o AZT-3TC.

Los IP y la Rifampicina, no deben administrarse juntos, por la interacción farmacológica inadecuada entre estos fármacos, la rifampicina disminuye las concentraciones plasmáticas de los IP así los mismos estén reforzados con ritonavir, porque compromete la eficacia del TARV.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN LABORAL Y NO LABORAL AL VIH (PPE)

La **profilaxis post-exposición** (PPE) es una estrategia preventiva cuya finalidad es evitar la infección por VIH después de haber tenido lugar una cierta o probable **exposición** al virus.

La persona expuesta debe iniciar los medicamentos contra el VIH antes de las 72 horas posterior a la exposición y mantenerlo durante 28 días.

Riesgo Ocupacional (PPE laboral)

Los trabajadores del área de la salud, deben cumplir siempre con las medidas preventivas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones en el medio laboral. Deben atender a todos los pacientes independiente de su condición o enfermedad, cumpliendo con las normas universales de bioseguridad, las cuales tiene como finalidad disminuir el riesgo de adquirir infecciones, evitar la exposición al VIH y a otros agentes patógenos circulantes en sangre y/o fluidos biológicos del paciente

Existe el riesgo de adquirir otras infecciones durante un accidente laboral.

A continuación, se muestra el riesgo de la transmisión por exposición percutánea a sangre contaminada:

Riesgo de la transmisión por exposición percutánea a sangre contaminada

VIRUS	Porcentaje (%)
Virus de la Hepatitis B	6 – 30 %
Virus de la Hepatitis C	1,2 – 6 %
VIH	0,25 – 0,4 %

Clasificación del accidente según el riesgo:

- a. Riesgo leve: accidente superficial, sin sangre visible en el instrumento o con aguja sólida (de sutura).
- b. Riesgo grave: accidente accidente con aguja acanalada, profundo con sangre evidente o con dispositivo que estuvo colocado en un vaso sanguíneo.

TIPO DE EXPOSICION	FUENTE		PROFILAXIS CON ARV
	Conocida	desconocida	
Herida per- cutánea con aguja hueca, lesión profunda, sin guantes	Test VIH +	o no conocido	SI PPE
	Test VIH -		NO PPE
Herida percutánea con aguja sólida, lesión superficial, con guantes	Test VIH +	o no conocido	SI PPE, valorar riesgo
	Test VIH -		NO PPE
Contacto con piel o mucosa lesionada con pequeño volumen de sangre	Test VIH +	o no conocido	SI PPE, valorar riesgo
	Test VIH -		NO PPE
Contacto con piel o mucosa lesionada Con gran volumen de sangre o fluido	Test VIH +	o no conocido	SI PPE
	Test VIH -		NO PPE

Esquema de Profilaxis Post Exposición:

TDF 300 mgs /3TC 300 mgs /DTG 50 mgs una vez al día/28 días.

Esquema Alternativo:

TDF 300 mgs / (FTC 200 mgs o 3TC 300 mgs) + RAL 400 mgs o ATV/r 400 mgs/100 mgs, por 28 días.

Se debe proporcionar un seguimiento cercano al personal expuesto que incluye asesoramiento, pruebas de VIH de referencia (día 0) y de seguimiento, (1 mes y a los 6 meses post accidente) y monitoreo de toxicidad de drogas; se recomienda al personal expuesto el uso de condón por la durante el lapso de seguimiento.

Profilaxis no Laboral al VIH (PPE)

Se consideran riesgos no laborales:

- Relación sexual de penetración anal o vaginal sin preservativo con pareja de serología desconocida
- Rotura del preservativo en la relación vaginal o anal
- En caso de agresión sexual

Toda sobreviviente post violación sexual debe ser atendido(a) dentro de espacios de salud que aseguren la confidencialidad y que permitan realizar una buena historia clínica y un examen físico, siempre y solo si la persona lo autoriza. Así mismo, debe ser referida para ayuda psicológica y a organismos de protección.

Se recomienda:

- Consejería en todo momento, confidencialidad
- Descartar embarazo previo. Ofrecer anticoncepción de emergencia
- Ofrecer profilaxis contra ITS
- Profilaxis contra Hepatitis B
- Ofrecer profilaxis para VIH dentro de las primeras 72 horas. Se sugiere TDF/3TC/DTG. o TDF/3TC/ RAL o ATV/rt. **Todo una vez al día por 28 días**
- En caso de niños se recomienda Zidovudina (AZT) y Lamivudina (3TC) son los medicamentos de base para los niños de 10 años de edad o menores y el Lopinavir reforzado con ritonavir (LPV/r) es el tercer medicamento preferido
- Si el niño es mayor de 30Kgs ofrecerle el mismo tratamiento del adulto Se sugiere TDF/3TC/DTG. o TDF/3TC/ RAL o ATV/rt. **Todo una vez al día por 28 días**

- Realizar pruebas de laboratorio para descartar embarazo, prueba VIH, prueba hepatitis B
- Seguimiento a las 2 semanas, 3 meses y 6 meses

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PREP)

La profilaxis previa a la exposición o PrEP es el uso de un medicamento antirretroviral para prevenir la infección de VIH en personas no infectadas. La OMS recomienda que a las personas no infectadas con un riesgo considerable de infección por VIH (ej hombres gais, bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres) se les ofrezca PrEP como una opción de prevención adicional, como parte de la prevención integral.

La PrEP debe ser una opción de prevención adicional en un paquete integral de prevención combinado que también incluye asesoramiento, pruebas de VIH, asesoramiento, condones masculinos y femeninos, lubricantes, tratamiento ARV para parejas con infección por VIH, circuncisión médica masculina voluntaria e intervenciones de reducción de daños para personas que usan drogas.

La PrEP incluye la combinación de Fumarato de disoproxilo de Tenofovir mas Emtricitabina (TDF(FTC)

El PrEP puede ser empleado de manera diaria o a demanda:

- a. PrEP diario consiste en tomar diariamente TDF/FTC, una pastilla por día.
- b. PrEP a demanda (también llamada PrEP basada en eventos) consiste en la toma de una dosis doble (dos comprimidos) de TDF/FTC entre 2 y 24 horas antes de la hora prevista de la relación sexual y, posteriormente, en caso de haber mantenido relaciones, un comprimido 24 horas después de la dosis doble y otro 24 horas después (48 horas desde la dosis doble).

En el caso de que se practiquen relaciones sexuales varios días seguidos, se debe tomar un comprimido cada día, hasta 48 horas después del último evento.

Hasta ahora la PrEP a demanda **no está recomendada** para las mujeres cisgénero o transgénero, los hombres transgénero que tienen sexo vaginal o para los hombres que tienen sexo con mujeres. Tampoco personas con hepatitis B crónica.

ESQUEMAS Y PRESENTACIONES

ADULTOS:

Dosis de ARV para adultos y adolescentes

Nombre Genérico	Dosis	Efectos secundarios
Inhibidores de la Transcriptasa Inversa (INTI)		
Abacavir (ABC)	300 mg BID o 600 mg OD	<p>Reacción de hipersensibilidad. (Dependiente de HLA-B*5701).*</p> <p>Rash-Nauseas-Diarrea.</p> <p>Se ha relacionado con la posibilidad de Cardiopatía Isquémica. **</p> <p>Hepatomegalia-Acidosis láctica.</p> <p>En enfermedad hepática severa: Child-Pugh A: disminuir la dosis a 400 mg OD.</p> <p>Child-Pugh B o C. contraindicada.</p>
Emtricitabine (FTC)	200 mg OD	<p>Cefalea-Diarrea-Intolerancia GI-Fatiga-Mareos-Rash-Astenia-Incremento de la tos-Rinitis-Decoloración de la piel.</p> <p>Exacerbación de Hepatitis B en personas co-infectadas.</p> <p>Rara vez pero como todos los INTI: Acidosis láctica-Hepatomegalia severa con Esteatosis hepática.</p>

Nombre Genérico	Dosis	Efectos secundarios
Inhibidores de la transcriptasa reversa (NRTIs)		
Lamivudine (3TC)	150 mg BID o 300 OD	<p>Cefalea-Nauseas-Fatiga-Congestión nasal-Diarrea-Tos.</p> <p>Rara vez pero como todos los INTR puede provocar Acidosis láctica-Hepatomegalia con esteatosis</p> <p>Exacerbación de Hepatitis B o C, en personas co-infectadas.</p>
Zidovudine (AZT)	300 mg BID	<p>Anemia-Nauseas-Intolerancia GI-Pigmentación de las uñas-Dislipidemia-Lipodistrofia-Esteatosis hepática-Acidosis láctica-Rabdomiolisis-Miopatía-Neuropatía periféricas</p>
Inhibidores de la Transcriptasa Nucleótido Reversa (INTR)		
Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	300 mg OD	<p>B Rash-Diarrea-Cefalea-Astenia-Nauseas.</p> <p>Insuficiencia Renal o deterioro de la función renal semejando un Síndrome de Fanconi.</p> <p>Perdida de la masa ósea incrementando el riesgo de Fx.</p> <p>Exacerbación de Hepatitis B en personas co-infectadas.</p> <p>Rara vez pero como todos los INTR puede provocar Acidosis láctica-Hepatomegalia con esteatosis hepática.</p>

Nombre Genérico	Dosis	Efectos secundarios
Inhibidores de la Transcriptasa reversa No-nucleosidos (INNR)		
Efavirenz (EFV)	400–600 mg OD	<p>Rash-Cefalea-Fatiga-Nauseas-Vómitos-Síndrome de Stevens-Johnson.</p> <p>Trastornos del sueño, Sueños vívidos-Problemas de concentración-Depresión-Ansiedad-Ideación suicida.</p> <p>Dislipidemia-Ginecomastia-Hepatitis-Disminución de los niveles de Vitamina D.</p>
Etravirine (ETV)	200 mg BID	Rash-Reacción de hipersensibilidad.
Nevirapine (NVP)	<p>200 mg OD x 14 días, seguido de 200 mg BID.</p> <p>Solo se debe indicar en Hombres con LTCD4 menor a 400 x mm³ y en Mujeres con LTCD4 menor a 250 x mm³.</p>	<p>Rash- Síndrome de Stevens-Johnson.</p> <p>Hepatitis (podría desarrollar hepatitis fulminante, por lo que se recomienda monitorizar los valores de transaminasas a los 14 y 28 días de iniciado el tto.).</p>
Inhibidores de Proteasa (IP)		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	300 mg/100 mg OD	<p>Nauseas-Diarrea.</p> <p>Hiperbilirrubinemia-Ictericia.</p> <p>Litiasis vesicular y renal.</p> <p>Disminución de la tasa de filtración glomerular.</p>

Nombre Genérico	Dosis	Efectos secundarios
Inhibidores de Proteasa (IP)		
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg + 100 mg OD 600 mg + 100 mg BID La dosis de 800 mg se utilizan en pacientes que inician por primera vez la TARV y la de 600 mg en pacientes con terapia de rescate.	Cefalea-Intolerancia GI-Insomnio-Reacción de hipersensibilidad (menos del 1%). Ganancia de peso.
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg BID. 800mg/200 mg OD en pacientes que inician la TARV.	Nauseas-Vómitos-Diarrea-Dolor abdominal. Dislipidemia (puede ser severa)-Resistencia a la insulina-Pancreatitis. Disminución de la tasa de filtración glomerular.
Inhibidores de la Integrase (INSTI)		
Dolutegravir (DTG)	50 mg OD En combinación con rifampicina debe administrarse el doble de la dosis (100mg OD).	Cefalea-Intolerancia GI-Insomnio-Reacción de hipersensibilidad (menos del 1%). Ganancia de peso.
Raltegravir (RAL)	400 mg BID	Cefalea-Nauseas-Insomnio—Reacción de hipersensibilidad. Rabdomiolisis. Ganancia de peso.

DTG 50 mg y TLD (Tenofovir 300 mg, Lamivudina 300 mg, combinación de dosis fija Dolutegravir 50 mg) se pueden usar una vez al día en adolescentes con VIH que pesen igual o mayor de 30 kg.

(*) La reacción de hipersensibilidad por Abacavir esta mediado por el alelo del Sistema mayor de Histocompatibilidad HLAB*5701, muchas guías de tratamiento recomiendan determinar el mismo antes del inicio del tratamiento con Abacavir. En Venezuela no se dispone de este estudio, pero se recomienda que si en las dos primeras semanas de tratamiento se presenta este efecto secundario suspender de forma inmediata y definitiva la terapia con Abacavir porque el reinicio del mismo puede poner en peligro la vida del paciente.

(**) Existen datos contradictorios en la literatura con respecto a la asociación del uso de Abacavir y el riesgo de infarto al miocardio, por lo que se sugiere usarlo con precaución en personas con eventos isquémicos recientes o que tengan un elevado riesgo de padecer cardiopatía isquémica.

DOSIFICACION SEGÚN ESQUEMAS

Esquemas	Dosis	Posología
TDF/3TC/DTG (coformulado Tenofovir/Lamivudina / Dolutegravir (DTG)	TDF 300 mg 3TC 300 mg DTG 50 mg	1 capsula VO OD
ABC/3TC + DTG Abacavir/Lamivudina + Dolutegravir	ABC 600 mg/ 3TC 300 mg + DTG 50 mg	1 capsula VO OD 1 capsula VO OD
TDF/FTC+ATV/r Tenofovir/Emtricitabina + Atazanavir reforzado con Ritonavir	TDF 300/ FTC 200 mg + ATV/r 300 mg /100 mg	1 capsula VO OD + 1 capsula VO OD
TDF/FTC+ LPV/r Tenofovir/Emtricitabina + Lopinavir reforzado con Ritonavir	TDF 300 mg/ FTC 200 mg + LPV/r 200mg / 50 mg	1 cápsula VO OD + 2 cápsulas VO BID o 4 cápsulas diarias
TDF/FTC/EFV Tenofovir / Emtricitabina + Efavirenz	TDF 300mg/ FTC 200 mg + EFV 600 mg	1 cápsula VO OD

PEDIÁTRICOS

Esquemas	Dosis
Lamivudina o 3TC 50 mg/5ml, 100ml Solución oral	Neonatos < 4 semanas: 2 mg/Kg/12 h. Dosis pediátrica (≥ 4 semanas): 5 mg/Kg (máximo 150 mg) cada 12 horas.
Abacavir (ABC) 60 mg Tableta dispersable	Niños ≥ 3 meses: 8 mg / kg cada 12 horas (dosis máxima 300 mg cada 12 horas).
ABC+3TC dispersable	ABC 120 mg / 3TC 60 mg tableta dispersable cada 12 horas Dosis: abacavir: 8mg/k/dosis BID lamivudina (tableta) 5 mg/k/dosis BID
Zidovudina (AZT) Solución oral 50 mg/5ml/ 100 ml	Profilaxis postnatal y etapa neonatal Neonato > 35 semanas de gestación: 4mg/kg/ dosis BID durante 4 a 6 semanas ≥30 a < 35 semanas de gestación: primeras 2 semanas de vida: 2mg/Kg / dosis BID, luego de 2 semanas a 6 semanas: 3mg/kg/DOSIS BID < 30 semanas de gestación: 2mg/Kg /dosis BID
AZT+ 3TC dispersable	AZT 60 mg + 3TC 30 mg tableta dispersable cada 12 horas AZT: 4 a 9 kg de peso: 12mg/k/dosis BID 9 a 30 kg de peso: 9 mg/k/dosis BID >30 kg de peso: 300 mg Lamivudina: 5 mg/k/dosis BID
Dolutegravir (DTG) Tableta 50 mg	50 mg OD para mayores de 20 kg
Lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r) Sol. Oral 80mg / 20 mg Tabl. 100 mg / 25mg	Niños 14 días a 12meses: LPV/r 300 mg/75 mg/m2/ dosis cada 12 horas Niños >12 meses a 18 años: LPV/r 300 mg/75 mg/ m2/dosis cada 12 horas.

Esquemas	Dosis	
Raltegravir (RAL) Gránulos para suspensión oral	Peso corporal (Kg)	Dosis / día
	RN 1 semana	(1,5 mg/kg/dosis)
	2 kg a < 3 kg	0,4 cc OD
	3 kg a < 4kg	0,5 cc OD
	4 kg a <5kg	0,7 cc OD
	RN 1 semana a 4ta semana	(3 mg/kg/dosis)
	2 kg a < 3 kg	0,8 cc BID
	3 kg a < 4kg	1 cc BID
	4 kg a <5kg	1,5 cc BID
	>4 semanas de vida	6 mg/kg/dosis BID
	3 kg a <4 kg	2,5 cc BID
	4 < 6 kg	3 cc BID
6 < 8 kg	4 cc BID	
8 < 11 kg	6 cc BIB	
Raltegravir (RAL) Tableta masticable 100 mg	Peso corporal (Kg)	Dosis/día
	10 kg a < 14 kg	75 mg / 12 horas
	14 kg a < 20 kg	100 mg / 12 horas
	20 kg a < 28 kg	150 mg / 12 horas
	28 kg a < 40 kg	200 mg / 12 horas

Esquemas	Dosis	
Darunavir (DRV) Tableta 75 mg y de 600 mg	Peso Kg	Pauta
	10 a <11	200 mg DRV + 32 mg RTV/12 horas
	11 <12	220 mg DRV + 32 mg RTV/12 horas
	12 < 13	240 mg DRV + 40 mg RTV/12 horas
	13 a <14	260 mg DRV + 40 mg RTV/12 horas
	14 <15	280 DRV mg + 48 mg RTV/12 horas
	≥ 15 y <30	375 mg DRV +50 mg RTV /12 horas
	> 30 y <40	450 mg DRV +100 mg RTV /12 horas
> 40	600 mg DRV + 100 mg RT/ 12 horas	



ACRÓNIMOS

ABC	Abacavir
Ag	Antígeno
ARVs	Antirretrovirales
ATV	Atazanavir
ATV/r	Atazanavir reforzado con dosis bajas de Ritonavir
AZT	Zidovudina
CD4	Contaje de linfocitos T CD4
CMV	Citomegalovirus
CV	Carga Viral
DTG	Dolutegravir
DRV	Darunavir
DRV/r	Darunavir reforzado con dosis bajas de Ritonavir
EFV	Efavirenz
ETV	Etravirina
ELISA	Ensayo Inmunoabsorbente ligado a enzimas (“Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay”)
FTC	Emtricitabina
GeneXpert MTB/Rif	Prueba para el diagnóstico rápido de la tuberculosis.
HZ	Herpes Zoster
INSTI	Inhibidor de la Integrasa
INNTR	Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa

INTR	Inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
IO	Infecciones Oportunistas
IP	Inhibidor de la proteasa
IP/r	Inhibidor de la proteasa reforzado con dosis bajas de RTV
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LPV/r	Lopinavir / Ritonavir
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
NVP	Nevirapina
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PCP	Neumonía por <i>Pneumocystisjiroveci</i>
PNSIDA/ITS	Programa Nacional de SIDA/ITS
PPE	Profilaxis Post-exposición
PrPE	Profilaxis Pre-exposición
PVV	Persona que vive con VIH
RTV	Ritonavir
RAL	Raltegravir
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato



3TC	Lamivudina
VHA	Virus de la Hepatitis A
VHS	Virus herpes simple
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHS	Virus del Herpes simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano
WB	Western blot

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

1. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Second edition 2016
2. Recommendations for a public health approach. Second edition. 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
3. Jiang et al. AIDS Res Ther (2016) 13:30. DOI 10.1186/s12981-016-0115-x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016965/>
4. Patel D.et al. 48-week efficacy and safety of dolutegravir relative to commonly used third agents in treatment-naïve HIV-1 infected Patients: A systematic review and network Meta-analysis. PLOS ONE 9(9): September 4, 2014. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105653>
5. WHO. Transition to new antiretrovirals in HIV programs. Technical update. 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv-technical-update/en/>
6. WHO. HIV drug resistance report 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2017/en/>
7. WHO. The Optimal Formulary and limited-use list for Paediatric ARVS. Policy Brief. 2018
8. OPS/OMS Herramienta de la OMS para la implementación de la Profilaxis previa a la exposición al VIH. Modulo 1 Profesionales Clínicos. Julio 2017
9. WHO. What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to who's recommendation on oral PREP. July.2019



TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA PERSONAS CON VIH GUÍA PRÁCTICA 2020



Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



ONUSIDA