

*Invitación a*

# *Cátedra Abierta*



En el marco del Día Mundial del VIH /SIDA.

→ **Presentación de las nuevas  
Guías Nacionales de Tratamiento  
Antirretroviral - MSP**

Prof. Agda. Susana Cabrera - *Integrantes de la comisión de TARV - MSP*  
UNAIDS/UNFPA: Soc. Juan José Meré  
OPS: Dr. Marcelo Vila



Recomendaciones  
de **tratamiento**  
**Antirretroviral**

  
Ministerio  
de SALUD

### **Coordinación**

Dra. Susana Cabrera.  
Área Programática ITS-VIH/Sida

### **Equipo Técnico Asesor**

Zaida Arteta<sup>1</sup>

Pablo Cappuccio<sup>2</sup>

Héctor Chiparelli<sup>3</sup>

Virginia González<sup>4</sup>

Mariana Guirado<sup>1,4</sup>

Stella Gutiérrez<sup>4</sup>

Maynés López<sup>5</sup>

Susana Pereira<sup>2</sup>

Graciela Pérez<sup>1</sup>

Dora Ruchansky<sup>3</sup>

Ana Visconti<sup>4,6</sup>



CONSOLIDATED GUIDELINES ON THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION  
RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH  
SECOND EDITION  
2016

TRANSITION TO NEW ANTIRETROVIRAL DRUGS IN HIV PROGRAMMES: CLINICAL AND PROGRAMMATIC CONSIDERATIONS

JULY 2017

UPDATE ON ANTIRETROVIRAL REGIMENS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION AND UPDATE ON EARLY INFANT DIAGNOSIS OF HIV

JULY 2018

TDF + 3TC (or FTC) + DTG or TDF + 3TC (or FTC) + EFV 400 mg/day may be used as alternative options to initiate ART (conditional recommendation, moderate-quality evidence).

New ARV option	Adults and adolescents	Pregnant women	Children
Efavirenz, 400 mg (EFV400)	Recommended as alternative first-line option	Limited efficacy data (ongoing pharmacokinetic studies)	Dose reduction in children not needed (already pharmacokinetically adjusted)
Dolutegravir (DTG)	Recommended as alternative first- and third-line option	Used only if benefits outweigh the risk Limited efficacy and safety data (ongoing pharmacokinetic and clinical studies)	Recommended as third-line (approved for children >6 years old)
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	Recommended as alternative second- and third-line option (dose adjustment needed in third-line ART)	As recommended for adults but limited use in low- and middle-income countries	Recommended as third-line ART (approved for children >3 years old)
Raltegravir (RAL)	Recommended as alternative second- and third-line option	As recommended for adults but limited use in low- and middle-income countries	Recommended as second- and third-line option



Solicitud de ingreso a FTM de: DTG y RAL

Comisión de consenso: elaboración de documento y presentación a autoridades

DTG en FTM

- RAL solicitud cobertura por FNR
- Ajuste de recomendación de uso de DTG en mujeres

Las recomendaciones contenidas en este documento proponen una estandarización de planes de tratamiento, considerando que la gran mayoría de los pacientes se benefician de estos planes potentes, simplificados y tolerables, evitando la dispersión de la prescripción que atenta contra un uso racional de las herramientas terapéuticas que son finitas. Por otra parte, el MSP se posiciona respecto a aquellos fármacos que no son considerados en los esquemas preferidos, pero que al estar disponibles en nuestro medio requiere de la elaboración de orientaciones respecto a su posible rol en la terapia, cuando médicos y prestadores deciden utilizarlos.

**PARTE 1**

**TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL  
EN PERSONAS ADULTAS  
CON VIH**



## OBJETIVOS E INICIO DE TARV

El tratamiento antirretroviral (TARV) en base a la asociación de fármacos antirretrovirales (ARV), se realiza con los siguientes objetivos:

- a. Aumentar la expectativa de vida de personas con VIH, por reducción de la mortalidad por Sida y enfermedades relacionadas
- b. Mejorar la calidad de vida disminuyendo la morbilidad asociada al VIH
- c. Prevención de nuevas infecciones interrumpiendo la cadena de transmisión

Estos objetivos pueden cumplirse a través del mantenimiento de la carga viral (CV) plasmática indetectable de forma sostenida en las personas con VIH

## Recomendaciones para inicio:

- El TARV está indicado y debe ser ofrecido a todas las personas con diagnóstico de VIH, independientemente del recuento de CD4
- El inicio del TARV debe proponerse desde la primera consulta, aún sin contar con resultados de población linfocitaria ni CV. Se ha demostrado que un inicio rápido aumenta la vinculación, retención en cuidados y el tiempo a lograr la CV suprimida
- En mujeres embarazadas se debe iniciar desde la primera prueba reactiva de VIH, sin esperar la confirmación
- En algunas situaciones puede diferirse transitoriamente el inicio:
  - cursando algunas infecciones oportunistas que requieren un tratamiento específico inicial (en general no más de 4 semanas)
  - en aquellos que requieren intervenciones adicionales para apoyar la adherencia o por preferencia de la persona, siempre y cuando no exista riesgo inminente de complicaciones por inmunodepresión severa

adicionales para mejorar la vinculación, seguimiento y retención en cuidados de salud:

- Disponibilidad y preferencia por co-formulaciones de dosis fija de antirretrovirales
- Implementar un modelo de atención de enfermedades crónicas incluyendo dispensación crónica de fármacos, flexibilización en la periodicidad de las visitas al especialista según situación clínica
- Promover el seguimiento longitudinal integral con participación activa de Medicina Familiar y Comunitaria en un modelo de atención compartida y complementaria con el nivel de especialidad en VIH
- Implementar un modelo centrado en las necesidades de las personas, que tenga en cuenta la diversidad de situaciones de contacto con el sistema de salud (horarios, niveles de atención, situación socio-económica, etc)

# Capítulo II

## PAUTA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación	Inicial	Según necesidad	c/6 meses	Anual
Anamnesis y examen Físico	√	√	√	√
VIH confirmatorio	√			
CD4	√	√ (1)		√ (2)
Carga viral	√ (3)		√	
Test de resistencia	√ (4)	√ (4)		
HLA-B*5701	√	√ (5)		
PPD	√			√ (6)
Rx tórax	√	√		

# Capítulo II

Evaluación	Inicial	Según necesidad	c/6 meses	Anual
VHB	√ (7)			
VHC	√			√ (8)
VDRL o RPR	√	√ (9)		√
ITS mujeres: <i>Trichomonas</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	√	√		√
ITS sexo anal receptivo: <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> rectal	√	√		√
Citología cervical	√	√ (10)		√ (11)
Considerar citología anal: sexo anal receptivo o evidencia de VPH de cuello de útero o verrugas genitales	√	√ (12)		

# Capítulo II

Evaluación	Inicial	Según necesidad	c/6 meses	Anual
Glicemia y lípidos	√	√		√
Enzimas hepáticas	√	√	√ (13)	√
Urea, creatinina	√		√ (14)	√
Examen de orina: glucosa, proteínas.	√(14)		√ (14)	√
Ionograma: potasio, sodio, fósforo, calcio	√(14)		√ (14)	√
Hemograma	√	√(15)		√

## TEST DE RESISTENCIA

El test de resistencia genotípico se realizará en las siguientes situaciones:

En pacientes sin TARV:

- ✓ Primoinfección (cuadro clínico compatible con síndrome retroviral agudo)
- ✓ Infección reciente (prueba diagnóstica de VIH previa negativa menor a 12 meses)
- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Recién nacidos infectados

En pacientes con TARV:

- ✓ Fallo virológico: al menos 2 cargas virales consecutivas mayores a 1.000 copias/ml, con un mínimo de 6 meses de TARV

# Capítulo III

## RECOMENDACIONES DE PLANES DE TARV DE INICIO

	Plan de TARV	Combinación de:	
		2 INTR	3er ARV
Preferidos	TDF/XTC/EFV <sup>1</sup>	TDF/XTC <sup>2</sup>	EFV
	TDF/XTC + DTG o, ABC/3TC/DTG	TDF/XTC <sup>2</sup> o, ABC/3TC	DTG  DTG
Alternativos	TDF/XTC + RAL*	TDF/XTC <sup>2</sup>	RAL*
	AZT/3TC + EFV o DTG o RAL*	AZT/3TC	EFV, DTG o RAL

\*RAL especialmente indicado en: Gestación  $\geq$  24 semanas con CV detectable; tratamiento anti-BK como alternativa a EFV; para evitar interacciones medicamentosas; profilaxis post-exposición (alternativo).

<sup>1</sup>XTC significa FTC o 3TC

El inicio con un plan en base a DTG se prefiere – aunque no es exclusivo – para:

- Pacientes con infección aguda o reciente (menor a 1 año) a ajustar por test de resistencia
- Pacientes con inmunodepresión severa ( $CD4 < 200$  cel/mL)
- Pacientes con infección por VIH-2

Recientemente se ha descrito asociación entre el uso de DTG en el período periconcepcional con defectos del tubo neural, esta asociación no fue encontrada en los ensayos clínicos. Por esta razón y a la espera de una evidencia mas fuerte, la OMS realiza algunas recomendaciones que se resumen a continuación. Ante la indicación de DTG en mujeres con potencial de concebir:

- deberá realizarse una evaluación integral, brindar información sobre este riesgo potencial y promover que la usuaria tome una decisión informada.
- Se pondrá especial énfasis en asegurar el acceso a métodos anticonceptivos cuando así lo requiera (prefiriendo doble método).
- En aquellas mujeres que manifiesten su decisión de planificar un embarazo o en aquellas donde el uso de anticonceptivos no es certero, se ofrecerá una alternativa terapéutica, de preferencia EFV.

# Capítulo IV

## COMPONENTES DEL PLAN DE INICIO

Régimen	EFV	DTG	RAL
CD4 < 200/ml	Considerar INI		
CV > 100.000 copias/ml			
Tratamiento anti-TB		Escasos datos clínicos, ajustar dosis	Considerar ajustar posología
Enfermedad psiquiátrica severa, convulsiones	Contraindicado	Vigilancia clínica	
Trabajo de elevado o muy elevado riesgo	Contraindicado		
Dislipemia y/o riesgo CV aumentado	Seguimiento paraclínico		
Coinfección crónica con hepatitis virales	Seguimiento paraclínico		
Tratamiento con AAD para VHC	Verificar interacciones		
Mujer		Precaución en mujeres en edad fértil <sup>(1)</sup>	Precaución en mujeres en edad fértil <sup>(1)</sup>
Mujer embarazada		Ver texto	
Infección reciente	Riesgo resistencia primaria		
Antiácidos		Ajustar posología	Ajustar posología
Antifúngicos, antibióticos	Verificar interacciones		
Inmunosupresores/Antineoplásicos	Verificar interacciones	Verificar interacciones	

# Capítulo IV

**Tabla 4. Ventajas y desventajas de efavirenz**

Ventajas	Desventajas
Elevada eficacia demostrada	Efectos en el SNC
Posología sencilla	Baja barrera genética y falta de eficacia en pacientes con VIH con resistencia primaria
Escasas interacciones (verificar)	Efecto metabólico negativo frecuente
De elección en concomitancia con anti-TB	Limitación de uso en pacientes coinfectados con hepatitis crónicas, tareas de riesgo, consumo de drogas, enfermedad psiquiátrica
Puede utilizarse en el embarazo (ver capítulo embarazo) y en mujeres en edad reproductiva	

**Tabla 5. Consideraciones para precaución o exclusión del uso de efavirenz**

NO utilizar EFV en:	EFV puede utilizarse con seguimiento cercano en:
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermedad psiquiátrica grave: depresión mayor, intentos de suicidios, psicosis</li> <li>✓ Epilepsia o convulsiones recientes</li> <li>✓ Adicción a drogas inyectables</li> <li>✓ Tareas de alto riesgo: piloto, manejo de maquinaria pesada o con riesgo de lesiones, trabajo en altura (andamios)</li> <li>✓ Existen interacciones que proscriben su uso (siempre verificar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tareas de riesgo: evaluar tolerabilidad.</li> <li>✓ Co-infección con hepatitis crónica B y/o C: seguimiento más estrecho con enzimograma hepático</li> <li>✓ Por riesgo de resistencia primaria: seguimiento más estrecho con CV para detectar no respuesta <sup>(1)</sup></li> <li>✓ Asociación con ABC/3TC: menor potencia y posibilidad de rash que confunda el ARV responsable</li> </ul>

# Capítulo IV

**Tabla 6. Ventajas y desventajas de dolutegravir**

Ventajas	Desventajas
Elevada eficacia demostrada	Efectos en el SNC, principalmente cefaleas, insomnio y mareos. Raramente: depresión e ideas de suicidio en pacientes con patología psiquiátrica previa
Posología sencilla	
Elevada barrera genética	
Escasas interacciones (siempre verificar)	Considerar algunas interacciones: antiácidos, metformina, carbamazepina, DFH, rifampicina
	Leve aumento de creatinina en sangre que se estabiliza en las primeras semanas
	Escasa experiencia en mujeres embarazadas, aunque datos preliminares muestran seguridad
	Preferir alternativas en mujeres en edad reproductiva que no utilicen métodos de anticoncepción o planifican embarazo por reportes de posible asociación con defectos del tubo neural

**Tabla 7. Consideraciones para precaución en el uso de dolutegravir**

DTG puede utilizarse con seguimiento cercano y/o ajuste de dosis o posología en:
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Antecedentes de patología psiquiátrica con depresión–ansiedad y intentos de autoeliminación</li><li>✓ Antiácidos, metformina, anticonvulsivantes, rifampicina, otras posibles (verificar interacciones)</li></ul>

**Tabla 8.** Ventajas y desventajas de raltegravir

Ventajas	Desventajas
Elevada eficacia demostrada	Requiere posología 2 veces al día si se usa presentación de 400mg. En la presentación de 600mg se utiliza 1 vez al día (2 comp QD)
Muy buena tolerancia	Baja barrera a la resistencia
Escasas interacciones	Elevación de CK
Posible de usar con anti TB	Riesgo de rabdomiólisis y reacciones de hipersensibilidad excepcionalmente
Experiencia en mujeres embarazadas a partir del 2º trimestre	

**Tabla 9.** Consideraciones para precaución en el uso de raltegravir

RAL puede utilizarse con seguimiento cercano y/o ajuste de dosis o posología en:

- ✓ Antiácidos, rifampicina

## RALTEGRAVIR (RAL)

- Propuesta de nueva normativa para cobertura por el FNR
- Mujeres embarazadas con CV detectable > 24 semanas
- Interacciones farmacológicas (incluido uso de RFP)
- Anti TB (o MAI con RFP) con CD4 < 100/mL
  - test de resistencia previo que no condiciona el inicio

*En espera de aprobación*



## ELECCIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE INHIBIDORES NUCLEOSÍDICOS DE TRANSCRIPTASA REVERSA

Preferidos	Alternativos
TDF/XTC (1)	TDF + 3TC
	ABC/3TC
	AZT/3TC

# Capítulo IV

Régimen	TDF/XTC <sup>1</sup>	TAF/FTC <sup>2</sup>	ABC/3TC	AZT/3TC
CD4 < 200/ml				Mayor toxicidad
CV > 100.000 copias/ml			Menor eficacia	
Tratamiento anti-TB		Contraindicado		
Clearance de creatinina < 60ml/min	Ajustar dosis		Ajustar dosis 3TC	Ajustar dosis 3TC
Clearance de creatinina < 30ml/min	Contraindicado	Contraindicado	Ajustar dosis 3TC	Ajustar dosis 3TC
Osteopenia severa	Contraindicado			
HLAB*5701 positivo			Contraindicado	
Dislipemia y/o riesgo CV aumentado			Precaución	Precaución
Coinfección crónica con hepatitis virales				
Tratamiento con AAD	Verificar interacciones			
Mujer				
Mujer embarazada		No hay datos		
Infección reciente			Riesgo resistencia 1ra	Riesgo resistencia 1ra
Inmunosupresores		No hay datos		Contraindicado

## OTROS ANTIRRETROVIRALES

### I) Inhibidores no nucleosídicos de transcriptasa reversa (INNTR)

- i. NEVIRAPINA
- ii. RILPIVIRINA

### II) INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (INI)

- i. ELVITEGRAVIR/COBICISTAT (EVG/COBI)

### III) INHIBIDORES DE LA PROTEASA (IP)

- i. ATAZANAVIR ± RITONAVIR (ATV y ATV/r)
- ii. DARUNAVIR/RITONAVIR (DRV/r)
- iii. LOPINAVIR/RITONAVIR (LPV/r)

# Capítulo VI

Recuento de CD4+ (cel/mL)	Inicio de TARV post inicio anti TB	Comentarios
≤50	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comenzar una vez comprobada la tolerancia</li> <li>Reduce riesgo de muerte y de progresión a SIDA</li> <li>Mayor riesgo de desarrollar SIRI</li> </ul>
50-200	4 - 8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al mejorar la inmunidad, contribuiría a mejorar la respuesta</li> <li>El inicio debe ser mas precoz en pacientes con repercusión general intensa y mas gravemente enfermos</li> </ul>
> 200	8 - 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduce las interacciones farmacológicas</li> </ul>

EFV	600 mg/día
RAL	800mg c/12hs
DTG	50mg c/12hs

# Capítulo VII

## MUJER EMBARAZADA

Situación	Plan preferido	
Mujer embarazada sin TARV	1ª opción	<ul style="list-style-type: none"><li>• AZT/3TC + IP/r</li><li>• AZT/3TC + EFV</li><li>• TDF/XTC + EFV</li></ul>
	Alternativo	<ul style="list-style-type: none"><li>• AZT/3TC (o TDF/XTC) + RAL (o TDF/XTC + DTG)</li></ul>
Paciente con TARV y CV indetectable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener igual plan</li></ul>	
Paciente con TARV y CV detectable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Test de resistencia + RAL + consulta con especialista</li></ul>	

## Capítulo VII

# MUJER EMBARAZADA

**Tabla 19.** Recomendación de PrEP durante el embarazo y lactancia

<b>Evaluación</b>	Siempre ofrecer prueba de VIH a la pareja de la mujer embarazada <sup>(1)</sup>
<b>Indicación</b>	Mujer VIH negativa, pareja VIH positiva TDF/FTC 1 comprimido 1 vez día, desde la semana 14 de gestación (considerar preconcepcional) y lactancia
<b>Seguimiento</b>	Serología de VIH cada 1–2 meses o frente a síntomas En caso de seroconversión, agregar: LPV/r + RAL

<sup>(1)</sup> Incluir búsqueda de otras ITS, principalmente sífilis y VHB

01

ALGORITMO DE MANEJO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV) DURANTE EL EMBARAZO PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

MUJER EMBARAZADA VIH POSITIVA

RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y CON CARGA VIRAL INDETECTABLE

MANTENER IGUAL PLAN ANTIRRETROVIRAL (1)

VIH CONOCIDA RECIBIENDO TARVY CON CARGA VIRAL DETECTABLE

VIH CONOCIDA O CON DIAGNÓSTICO RECIENTE y SIN TRATAMIENTO ACTUAL ANTIRRETROVIRAL (carga viral detectable)

EXTRAER SANGRE DE INMEDIATO PARA TEST DE RESISTENCIA Y ENVIAR AL DLSP PREVIO AL INICIO/CAMBIO DE TARV (2)

INICIO INMEDIATO DE TARV (3) (QUE PLAN INICIA O RENIOJA)

¿FALLO O DIFICULTADES EN ADHERENCIA?  
CONSULTA INMEDIATA CON ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
CAMBIO DE PLAN EMPÍRICO HASTA RESULTADO DEL TEST DE RESISTENCIA  
AGREGAR BALTEGRAVIR

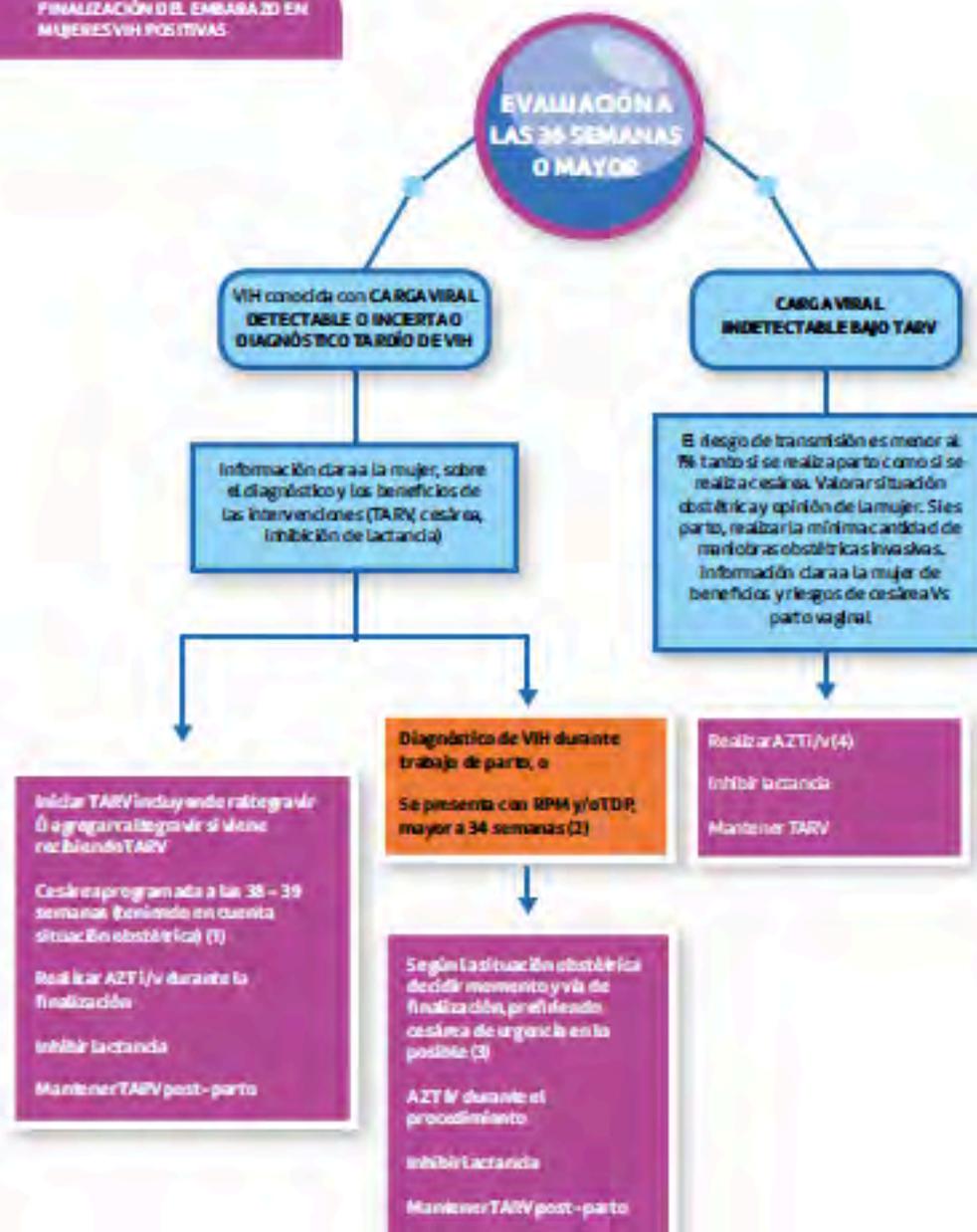
Nunca recibió TARV:  
Iniciar según tabla y ajustar con test de resistencia (4)

AJUSTAR TARV CON RESULTADO DEL TEST DE RESISTENCIA

Recibió TARV y abandonó (se desconoce carga viral):  
Preferir (P)/± RAL (4)  
CONSULTA INMEDIATA CON ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Recibió TARV y abandonó estando indetectable:  
REINICIAR IGUAL PLAN (4)





# ESTRATEGIAS DE CAMBIO DE TARV POR RAZONES DIFERENTES AL FALLO

Cuando se planifica la realización de un cambio de TARV deben considerarse una serie de factores que permitan asegurar que se cumpla el objetivo del TARV: **MANTENER LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA.**

Son candidatos a switch aquellos pacientes que cumplan con las siguientes condiciones:

- Encontrarse en el primer o segundo plan de TARV SIN FALLO previo y,
- Tener CV suprimida al menos 6 meses previo a considerar el cambio y,
- De preferencia cambiar a un esquema de similar barrera genética y,
- Estar recibiendo un plan causante o potencialmente causa de toxicidades o,
- Estar recibiendo un plan que genere reacciones adversas o mala tolerancia o interacciones

# Capítulo VIII

ARV/efecto	ARV candidatos:		
	TDF	TAF	ABC
AZT: anemia, lipoatrofia, PNP <sup>(1)</sup>	Green	Green	Green
AZT: dislipemia	Green	Yellow	Yellow
ABC: RHS <sup>(2)</sup>	Green	Green	Red
ABC: dislipemia	Green	Green	Orange
TDF: IR <sup>(3)</sup> (Cl Creat < 60ml/min)	Red	Green	Green
TDF o TAF: IR <sup>(3)</sup> (Cl Creat < 30ml/min)	Red	Red	Green
TDF: osteopenia	Red	Green	Green

# Capítulo VIII

ARV candidatos como opciones para revertir o prevenir el efecto

Efecto	RAL	DTG	EVG/c	RPV	NVP <sup>(1)</sup>	ATV
Dislipemia o síndrome metabólico						(2)
Interacciones		Verificar	Verificar	Verificar	Verificar	Verificar
Rifampicina	Ajuste dosis	Posible ajuste dosis <sup>(3)</sup>			(4)	
Insuficiencia hepatocítica		(5)		No hay datos		
Insuficiencia renal				(6)		
Efectos en el SNC		(7)		(7)		
Simplificación	(8)				(9)	(2)

## PARTE 2

# TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN NIÑOS/NIÑAS Y ADOLESCENTES



# Capítulo I

**Tabla 1. Profilaxis con ARV para recién nacidos expuestos**

	Profilaxis ARV
Mujer con CV indetectable en los últimos 30 días previo al parto	≥ 35 sem EG: AZT vo, 4 mg/kg, 2 veces por día, 4 semanas
	PT ≥ 30 y < 35 sem de EG: AZT vo, 2 mg/Kg, 2 veces/día hasta las 2 semanas de nacido y luego 3 mg/kg hasta la semana 4
	PT < 30 sem: AZT vo, 2 mg/Kg, 2 veces por día por 4 semanas
Mujer con CV detectable o desconocida	<p><b>AZT/3TC + NVP</b></p> <p>Dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT vo, 4 mg/kg, 2 veces por día por 6 semanas (ajustar dosis por edad gestacional)</li> <li>• ≥ 32 semanas: 3TC vo, 2mg/kg, 2 veces por día hasta las 4 semanas y luego 4mg/kg, 2 veces por día hasta las 6 semanas</li> <li>• NVP vo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ≥ 37 sem EG, 6 mg/Kg, 2 veces al día por 6 semanas</li> <li>○ PT ≥ 34 y &lt; 37 semanas de EG, 4mg/kg, 2 veces/día en la primer semana, y luego 6 mg/Kg, 2 veces al día hasta las 6 semanas.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Los RN pretérminos &lt; 1500 gr recibirán solo AZT. AZT: En caso de vía iv, 75% de la dosis.</p>	

## **Diagnóstico de infección VIH**

Se realiza mediante PCR para VIH a los 14-21 días, 1 a 2 meses y 4 meses. En caso de embarazo con CV detectable o desconocida en el momento del nacimiento o diagnóstico materno durante el parto, se realiza PCR al nacer (primeras 48 hs). Si una muestra es positiva, se repite una segunda muestra lo más rápido posible para confirmar la infección.

La exclusión de la infección se realiza con 2 o más PCR negativas en lactantes no amamantados, con examen clínico normal, uno al mes de vida y otro a partir de los 4 meses. La exclusión definitiva se realiza mediante la serología negativa de VIH (serorreversión) en el niño entre los 15 a 18 meses.

# Capítulo II

Edad de inicio	2 INTR	3er ARV	Comentarios
<b>Neonato</b>			
Preferido	AZT/3TC, o ABC/3TC	LPV/r (BID)	A partir del día 14
Alternativo		RAL (BID)	Intolerancia a LPV/r
<b>A partir de los 3 años</b>			
Según tolerancia	AZT/3TC, o ABC/3TC	EFV (QD)	Descartada resistencia primaria
		RAL (BID)	
		ATV/r (QD) o LPV/r (BID)	Mayor número de comprimidos

# Capítulo II

Edad de inicio	2 INTR	3er ARV	Comentarios
A partir de los 6 años			
Según tolerancia	AZT/3TC, o ABC/3TC	EFV (QD)	Descartada resistencia primaria
		DTG (QD) o RAL (BID)	
		ATV/r (QD) o DR-V/r (QD o LPV/r (BID)	Mayor número de comprimidos
A partir de los 12 años			
Según tolerancia	TDF/XTC, o ABC/3TC, o AZT/3TC	EFV (QD)	Descartada resistencia primaria
		DTG (QD) o RAL (BID)	
		ATV/r (QD) o DR-V/r (QD o LPV/r (BID)	Mayor número de comprimidos

## Anexo

### CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO A INTERACCIONES, REACCIONES ADVERSAS Y TOXICIDADES DE ANTIRRETROVIRALES.

Fármaco	Reacción adversa/ toxicidad	Clínica/ Monitorización	Conducta
---------	--------------------------------	-------------------------	----------



Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de la Salud  
Área Programática ITS-VIH/Sida

**RECOMENDACIONES DE  
TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL**

Uruguay 2018

