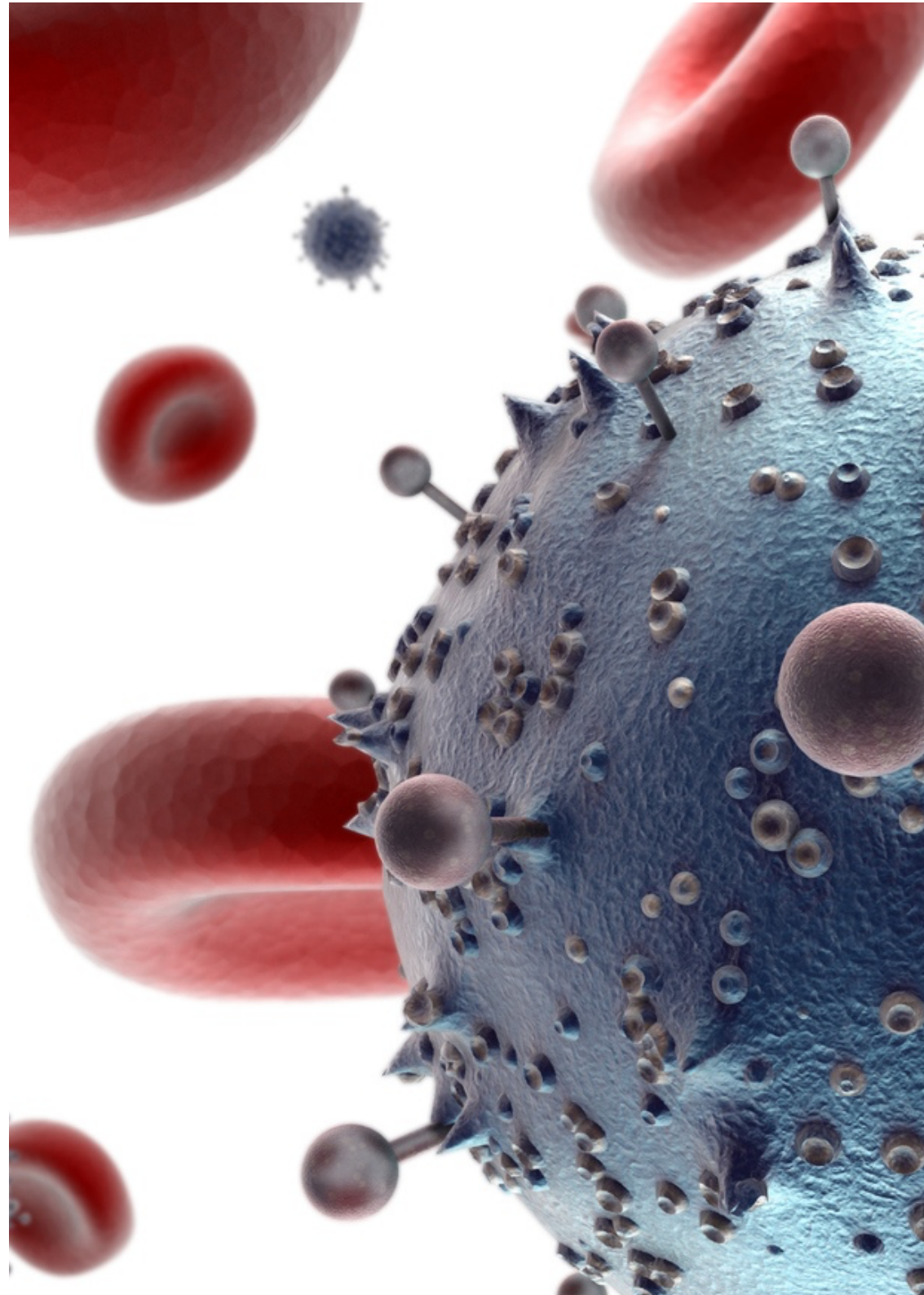
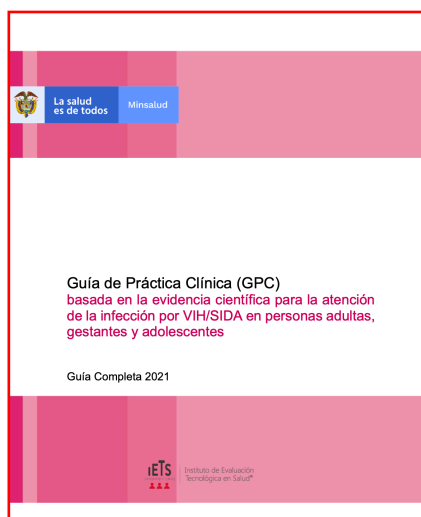


Guía de Práctica Clínica

ATENCIÓN DE INFECCIÓN POR VIH 2021



INTRODUCCIÓN

- **Documento resumen de la GPC en VIH de año 2021.**
- **Material de uso exclusivo para personal de salud**

Desde 1981 se reportaron los primeros casos de personas con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) detectado en hombres previamente sanos que presentaron neumonía por pneumocystis. Esta enfermedad se caracteriza por debilitar y destruir el sistema inmune infectando principalmente los linfocitos T CD4 positivos y los macrófagos, generando inmunodeficiencia de manera progresiva, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad a infecciones o a diferentes tipos de cáncer. En las etapas más avanzadas, la infección se convierte en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) caracterizado por la presencia de coinfecciones oportunistas que, en las personas sanas, normalmente se tratan con facilidad.

Para el final del 2020 se reportaron 37,7 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, de los cuales, 1,5 millones contrajeron la infección en el último año. Aunque se observa una tendencia mundial de reducción de las nuevas infecciones en un 52% comparado con 1997, la pandemia por COVID-19 ha generado confinamientos y restricciones que han interrumpido la tamización del VIH, con la consecuente disminución en los diagnósticos y en el tratamiento oportuno de los pacientes, lo cual, sumado a que las personas con VIH presentan mayor riesgo de gravedad y de muerte que el resto de la población, hacen que sea necesario analizar de manera diferenciada su comportamiento en medio de la pandemia.

En cuanto a las metas establecidas por ONUSIDA para 2025, proponen que el 95% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 95% que conocen su estado de VIH positivo inicien el tratamiento antirretroviral y el 95% de los que reciben tratamiento logren la supresión de la carga viral. Estos objetivos buscan que la sociedad se encargue de eliminar todas las barreras para acceder a los servicios y lograr la cobertura universal de salud. Para lograr estos objetivos, ONUSIDA plantea la “Estrategia mundial contra el sida 2021-2026” desde la perspectiva de la desigualdad, donde es necesario identificar, reducir y acabar con las barreras para las personas que viven con el VIH.

LA INFECCIÓN VIH

La entrada del VIH en la célula se produce mediante la interacción secuencial con dos receptores, CD4 y los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4.

La disminución de linfocitos CD4 representa el marcador más importante de la infección por el VIH.

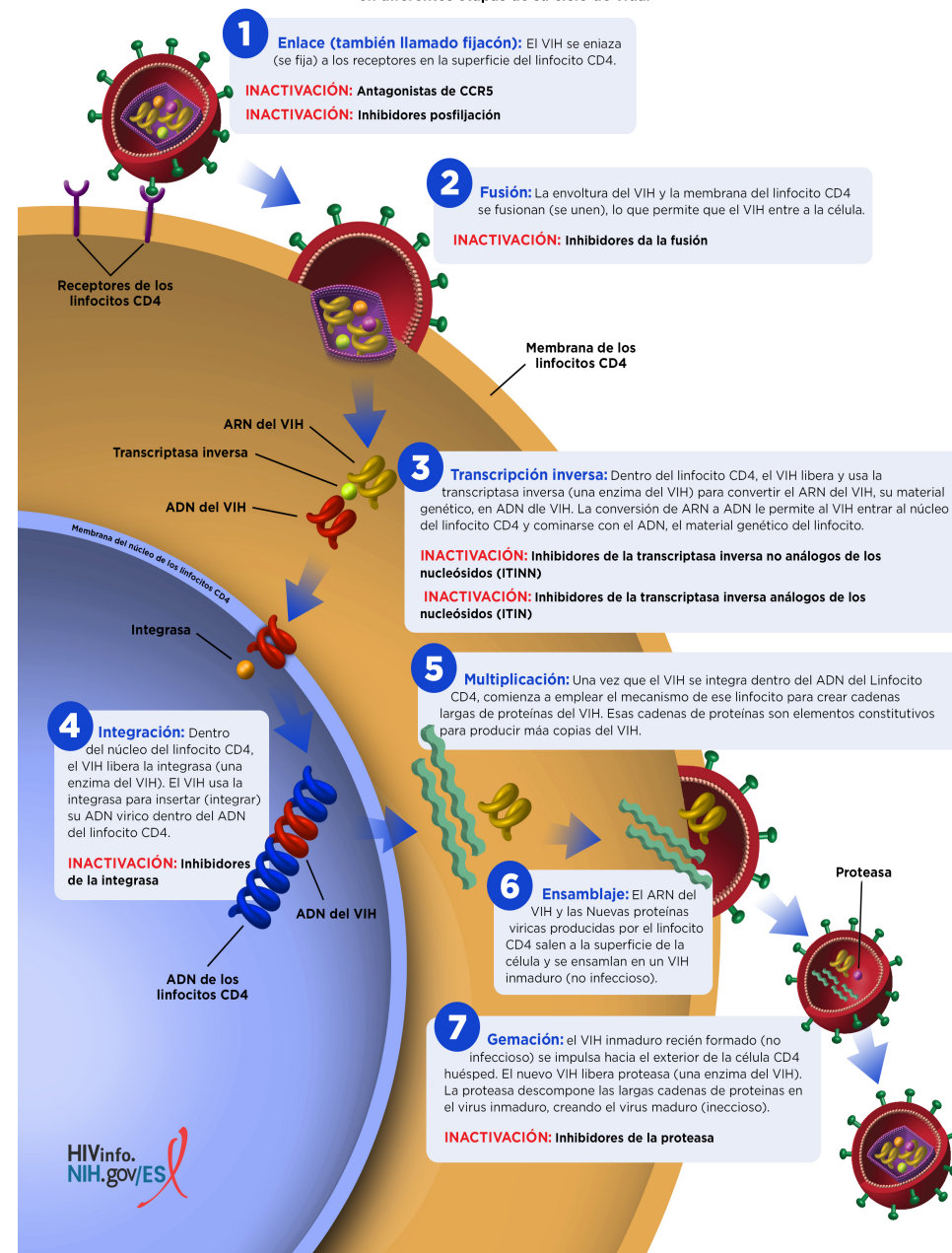
Hay tres fases de infección por el VIH: la primera es la infección aguda (es la más temprana, se manifiesta 2 a 4 semanas de adquirirla, presenta síntomas similares a la influenza), la segunda es la infección crónica o latencia clínica (por lo general es asintomático, hay reducción progresiva del conteo de linfocitos CD4, si estos son mayores de 500 cel/mml es etapa 1, si los linfocitos están entre 200 y 499 cel/mml es etapa 2 y si están menos de 200 cel/mml es etapa 3) y la tercera es el sida o etapa 3, donde por lo general las infecciones oportunistas y el cáncer

relacionados con inmunosupresión hacen su aparición.

No existe cura para el VIH, pero el tratamiento con medicamentos contra el VIH (conocido como tratamiento antirretroviral o TAR) puede retrasar o evitar que el VIH avance de una etapa a otra. Los medicamentos contra el VIH ayudan a las personas que lo tienen a vivir una vida más larga y sana. Una de las metas principales del TAR es reducir la carga viral de la persona a una concentración que no se pueda detectar. Una carga viral indetectable significa que la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja como para que pueda ser detectada con una prueba de la carga viral. Las personas con el VIH que mantienen una carga viral indetectable no tienen riesgo alguno eficaz de transmitir el VIH a su pareja VIH negativa a través del sexo.

El ciclo de vida del VIH

Varios medicamentos contra el VIH pertenecientes a siete clases distintas inactivan el virus (indicados por **INACTIVACIÓN**) en diferentes etapas de su ciclo de vida.



Resumen

PREVENCIÓN

Preguntas clínicas:

En personas sexualmente activas con riesgo substancial de infección por VIH con indicación de profilaxis preexposición con medicamentos:

¿Cuál esquema de antirretrovirales y estrategia de entrega debe usarse para prevenir que adquieran la infección por VIH?

En personas con exposición ocupacional y no ocupacional al VIH:

¿Se debe usar esquema de antirretrovirales en profilaxis pos-exposición individualizado de acuerdo a las características de la fuente de la exposición versus otros esquemas de antirretrovirales basados en dos o tres fármacos para la prevención de la infección por VIH?

Indicación de profilaxis preexposición (PrEP)

Se recomienda el uso de emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/TDF) diario o emtricitabina/tenofovir alafenamida (FTC/TAF) diario como medicamento para profilaxis preexposición de la infección por VIH en personas mayores de 12 años que se evalúen como de riesgo substancial de adquirir la infección por VIH.

Se recomienda el uso de anillos de dapivirina para mujeres mayores de 18 años que se evalúen como de riesgo substancial de adquirir la infección por VIH de acuerdo con la disponibilidad en el país.

En cuanto al uso diario o a demanda de los medicamentos recomendados para profilaxis pre-exposición en personas que se evalúen como de riesgo substancial de infección por VIH de acuerdo con las preferencias del usuario.

Indicación de profilaxis no ocupacional y ocupacional

Se recomienda el uso de esquemas basados en 3 medicamentos como: dolutegravir/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (DTG + FTC/TDF), emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato + raltegravir (FTC/TDF + RAL), elvitegravir-cobicistat/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (EVG/c/FTC/TDF), darunavir-ritonavir/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (DRV/r/FTC/TDF) o emtricitabina/maraviroc/tenofovir disoproxil fumarato (FTC/MVC/TDF) como regímenes de profilaxis post-exposición en adultos con exposición no ocupacional y ocupacional.

No se recomienda usar esquemas basados en lamivudina/zidovudina (3TC/AZT) ni tampoco lopinavir /ritonavir (LPV/r) o atazanavir (ATV) con o sin ritonavir como tercer medicamento para profilaxis post-exposición del VIH en adultos con exposición no ocupacional y ocupacional.



A. PrEP Diaria,

en el que se toma 1 pastilla diariamente.



B. PrEP por evento o Demanda,

aprobada exclusivamente para población HSH, en la que se toman 2 comprimidos juntos de 2 a 24 horas antes de la relación sexual de riesgo, seguido de un comprimido 24 horas y otro 48 horas después de la primera toma.



Observaciones sobre PrEP

1. El riesgo substancial de adquirir la infección por VIH se definió como haber presentado en los 6 meses anteriores al reclutamiento alguno de los siguientes: antecedentes de una infección de transmisión sexual aguda, historial de sexo transaccional, tener relaciones sexuales sin condón con alguien cuyo estado de infección por el VIH sea desconocido o positivo, haber recibido PEP no ocupacional.
2. Los anillos de dapivirina puede mejorar la equidad en el acceso a PrEP por parte de las mujeres, pues situaciones como la estigmatización hacia este grupo poblacional han influido en su acceso a esta alternativa, mejorando su capacidad de decisión propia sobre el uso o no de PrEP.
3. La elección del uso diario o a demanda de PrEP debe basarse en el perfil de riesgo y preferencias de los usuarios según su perfil.
4. La definición de PrEP a demanda, de acuerdo con la evidencia que sustenta la recomendación, son dos tabletas de FTC/TDF tomadas entre 2 a 24 horas previas a la relación sexual de riesgo, tercera tableta 24 horas después de la primera dosis y cuarta tableta 24 horas después de la segunda dosis.
5. Antes de ingresar al programa de PrEP debe evaluarse el riesgo de infección por VIH de manera individualizada, las condiciones sociales y de acceso (valoradas por trabajo social) y el riesgo de condiciones asociadas o que contraindiquen la profilaxis con antirretrovirales, incluyendo función renal, perfil hematológico, salud ósea, serologías para hepatitis (HBsAg, AntiHBs, AntiCoreHB, Anticuerpos HepA y Anticuerpos HepC), sífilis y tamización para VIH y riesgo de otras infecciones de transmisión sexual.
6. El seguimiento debe realizarse cada 3 meses, este debe incluir examen físico completo. La realización de laboratorios clínicos debe seguir las recomendaciones que se presentan en la GPC, clasificación del riesgo psicosocial y educación básica sobre ITS, VIH y sus formas de transmisión.

¿QUÉ ES LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN?

ES UN TRATAMIENTO QUE EVITA LA TRANSMISIÓN DEL VIH.

ES UNA MEDICACIÓN QUE DEBE PROPORCIONARSE EN LAS PRIMERAS 72 HORAS LUEGO DE LA SITUACIÓN DE RIESGO.

SU EFICACIA AUMENTA SI LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN SE INICIA RÁPIDO.



SITUACIÓN DE RIESGO

PRIMERAS 72 HORAS

CUANTO MÁS RÁPIDO EMPIECES LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN, MAYOR ES SU EFICACIA.

CUANTO MÁS TARDE EMPIECES LA PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN, MENOR ES SU EFICACIA.

Observaciones sobre Profilaxis Pos-Exposición (PEP)

1. Basados en la evidencia disponible, los esquemas de profilaxis siempre deben basarse en tres medicamentos:
2. El panel sugiere que la administración siga el siguiente orden FTC/TDF más un inhibidor de integrasa (DTG, RAL, EVG) o DRV/r/FTC/TDF en la consideración de régimen que se vaya a utilizar para PEP.
3. La duración del régimen elegido en todos los estudios fue de 28 a 30 días.
4. La profilaxis debe iniciarse tan pronto como sea posible y nunca más allá de las 72 horas contadas a partir del momento de la exposición.

En el caso de que la fuente de la exposición sea conocida, viva con VIH y se conozca que tiene antecedente de resistencia a antirretrovirales, la elección del esquema de profilaxis debe ser individualizada y direccionada por un médico experto en VIH o un médico especialista en enfermedades infecciosas.

5. En el caso que la persona que requiere la profilaxis presente alguna contraindicación al uso de alguno de los medicamentos incluidos en los regímenes preferidos, la elección del esquema de profilaxis debe ser individualizada y direccionada por un médico experto en VIH o un médico especialista en enfermedades infecciosas.
6. La formulación del régimen debe darse por el médico que atiende el paciente. En el caso que se requiera, la intervención de un médico experto en VIH o un médico especialista en enfermedades infecciosas, dadas las consideraciones anteriores, la aseguradora del paciente debe garantizar que ésta no retrase el inicio del régimen dentro del tiempo requerido para que sea efectivo y debe usarse cualquier medio de atención que lo permita, incluyendo el uso de la telemedicina.
7. En los casos de exposición no ocupacional por violencia sexual, la profilaxis con los medicamentos recomendados en la guía debe ir acompañada de las intervenciones basadas en los otros lineamientos nacionales de atención a víctimas de violencia sexual.

Resumen

DIAGNOSTICO

Pregunta clínica:

¿Cuál es la mejor estrategia (acceso y algoritmo) para el diagnóstico oportuno de infección por VIH en adultos, gestantes y adolescentes.

Autotest versus pruebas convencionales

Se recomienda el autotest como una opción diagnóstica para la tamización de VIH en adultos, adolescentes y gestantes (ver “Algoritmo diagnóstico mayores de 18 meses y Algoritmo diagnóstico mujeres gestantes”)

Duración corta Vs estándar de la asesoría a la prueba de VIH

Se sugiere que se dé una información básica* previa a la prueba de VIH, que sea ajustada según la población y lugar donde se realice.

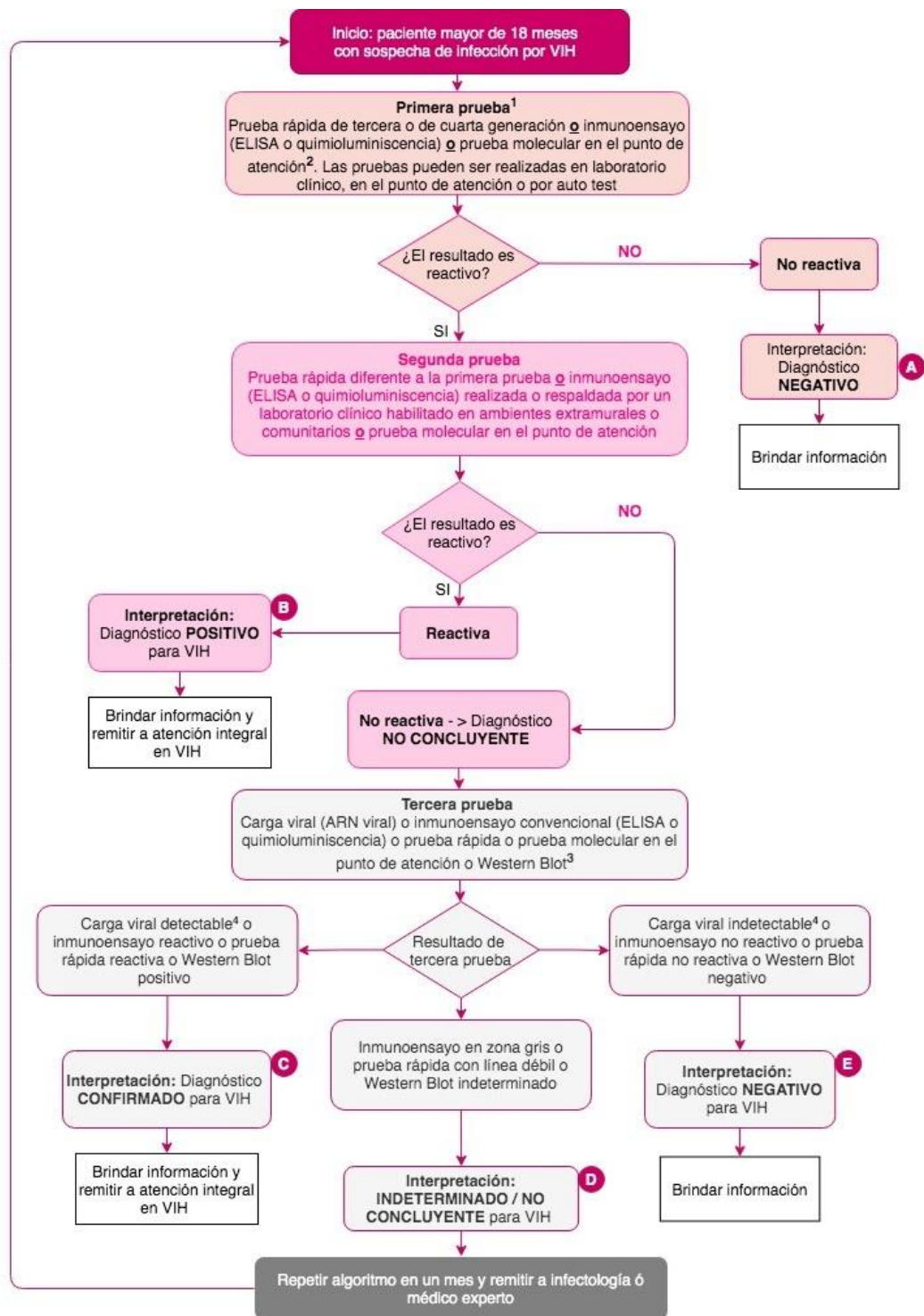
Observaciones:

* Información básica:

- a. Conceptos generales sobre VIH/SIDA (definición, mecanismos de transmisión, pronóstico).
- b. Explicación del tipo de prueba que se va a realizar.
- c. Rutas de atención.
- d. Información sobre la importancia de la adherencia.
- e. Indagar sobre los contextos de vulnerabilidad a diferente nivel (individual, social, programático) que puedan afectar la respuesta de cada persona ante el resultado, y a partir de esto, desarrollar estrategias que puedan transformarlos.
- f. Preguntar por dudas adicionales y si se comprendió la información suministrada.

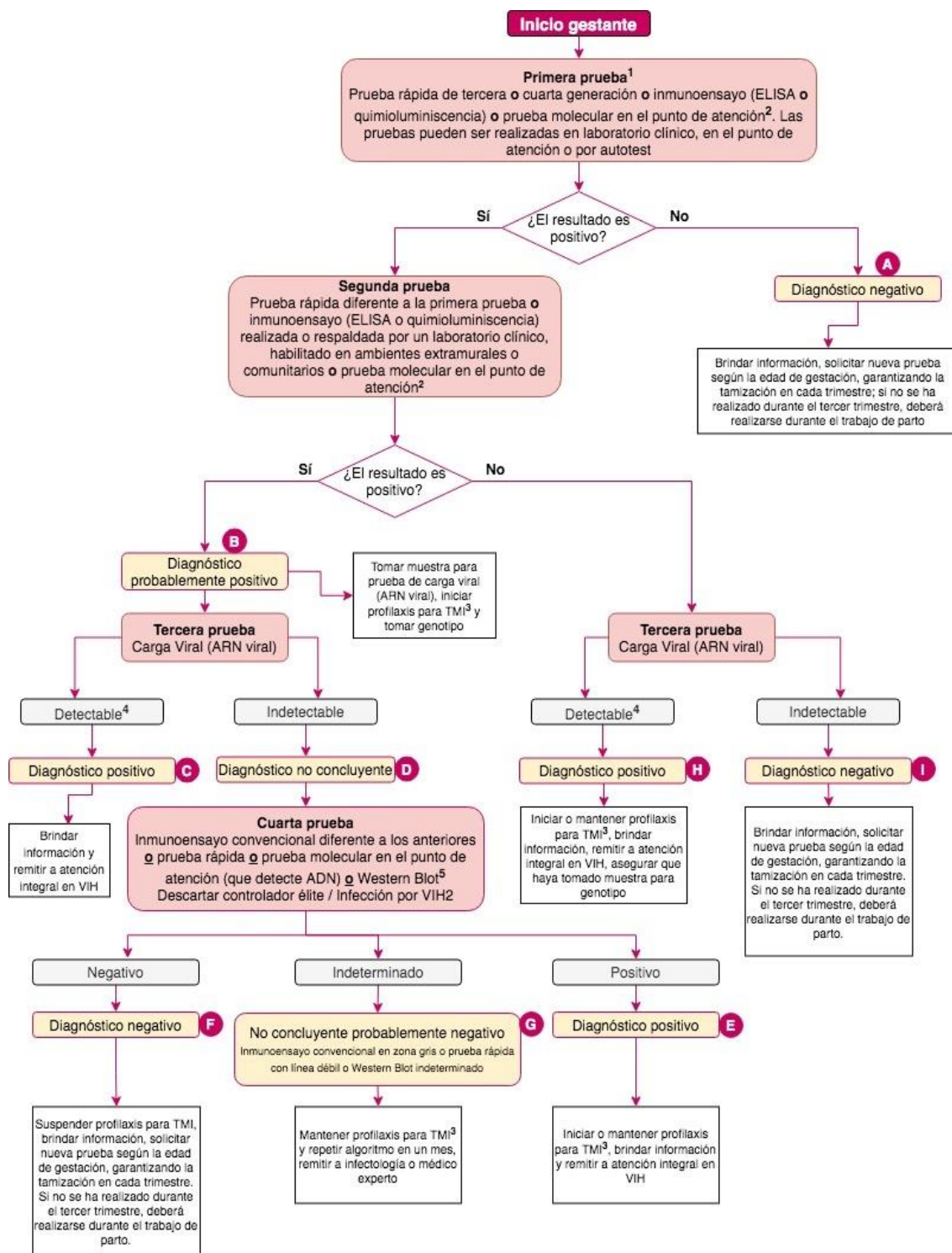
Tipos de prueba de VIH requeridas para diagnostico

Se recomienda el uso de las pruebas rápidas (prueba rápida de tercera o cuarta generación o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) o prueba molecular rápida para la tamización de la población como parte del algoritmo diagnóstico.



Observaciones del algoritmo diagnóstico

1. La duración de la información previa a la prueba (previamente llamada asesoría) es considerada una barrera para el diagnóstico de VIH.
2. Las pruebas rápidas también pueden ser usadas como primera, segunda y tercera prueba.
3. Se propone que para la primera prueba o tamización se prioricen las pruebas rápidas de cuarta generación en la medida de lo posible.
4. La segunda prueba debe ser de una plataforma o técnica diferente a la de la primera prueba.
5. Cada paso del algoritmo debe ser realizado a partir de una muestra diferente, esto es, de una toma en tiempo diferente, aun siendo el mismo día.
6. El Western Blot (WB) por ser una prueba de primera generación podría ser usada como último recurso en lugares donde no hay otra alternativa.
7. Una carga viral para VIH se considerará positiva cuyo resultado esté por encima del límite de detectabilidad del método utilizado.
8. No se encontró información que indique que las cargas virales inferiores al valor de 5.000 copias excluyen el diagnóstico.
9. En caso de pruebas con resultados discordantes, remitir el caso al especialista y reiniciar el algoritmo es la guía para continuar el proceso diagnóstico.



Observaciones del algoritmo diagnóstico de gestantes

1. Con dos pruebas para VIH reactivas en la gestante, debe tomarse muestra para prueba de carga viral y después iniciar la profilaxis para TMI y tomar genotipo.
2. No hacer genotipo si se inicia terapia antirretroviral con inhibidores de integrasa.
3. No debe retrasarse el inicio de la profilaxis para la prevención de la TMI VIH (incluso por no disponibilidad de la toma de genotipo).
4. Se debe suministrar profilaxis antirretroviral en anteparto e intraparto (Bolo de zidovudina); educación sobre reemplazo de la lactancia materna, tratamiento para inhibición de la lactancia materna, suplementación de fórmula láctea, asesoría y anticoncepción posterior al evento obstétrico y antes del alta hospitalaria.
5. Se considerará positiva una carga viral para VIH donde el valor este por encima del límite de detectabilidad de la técnica utilizada; no se encontró información que indique que las cargas virales inferiores al valor de 5000 copias excluyen o descartan el diagnóstico.
6. En caso una carga viral no detectable en paciente con dos pruebas reactivas anteriores debe descartarse: paciente controladora de elite o VIH tipo 2 o un paciente que se tomo medicamentos ARV previos. La recomendación es hacer una cuarta prueba que puede ser : Inmunoensayo convencional diferente a los anteriores o Western Blot.

Resumen

TRATAMIENTO

Preguntas clínicas:

En personas con edad igual o mayor a 18 años que viven con VIH, incluidas gestantes:

¿Se debe iniciar terapia antirretroviral de forma inmediata al diagnóstico versus iniciarla de forma diferida?

¿Cuál es el mejor esquema de terapia antirretroviral inicial en personas sin experiencia previa con antirretrovirales?

¿Se debe hacer cambio preventivo versus reactivo del tratamiento para manejar la intolerancia o toxicidad?

¿Se debe realizar cambio secuencial de la terapia con los esquemas antirretrovirales vigentes o se debe hacer cambio con base en genotipificación?

Sobre el inicio de terapia antirretroviral

Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes adolescentes y adultos (mayores de 18 años) que reciben diagnóstico de infección por VIH lo más pronto posible, dentro de las siguientes 4 semanas al diagnóstico.

Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes gestantes que reciben diagnóstico de infección por VIH inmediatamente posterior a dos pruebas reactivas, independientemente del momento del embarazo, donde antes se debe garantizar la toma de prueba de carga viral para VIH.

Tipos de esquema de terapia ARV para inicio

En personas con edad igual o mayor a 18 años o gestantes con diagnóstico de infección por VIH sin experiencia previa con antirretrovirales, iniciar tratamiento con antirretroviral preferencial que incluyen como tercer componente un inhibidor de integrasa (ver cuadro de esquemas).

Cambios de TARV por eventos adverso, interacciones o comorbilidades

En personas con diagnóstico de infección por VIH en tratamiento ARV que se encuentren con carga viral indetectable en quienes se detectan eventos adversos o riesgo de los mismos basado en sus comorbilidades, interacciones o posibles pérdidas de adherencia, se modifique el esquema actual a un régimen que tenga un mejor perfil de seguridad y adherencia (Ver tabla 1: Regímenes de preferencia para inicio de terapia antirretroviral según escenarios clínicos específicos o comorbilidades y Tabla 2 Regímenes de preferencia para cambio de terapia antirretroviral por presencia de efectos adversos o toxicidad).

El cambio de TARV guiados por genotipo.

Se recomienda realizar pruebas de genotipo para evaluar la resistencia a antirretrovirales en personas que viven con VIH a partir de la primera falla virológica, la realización de genotipo de integrasa, cuando la falla sea a esquemas que incluya inhibidores de integrasa y el régimen de cambio de antirretroviral, frente a la primera falla virológica, debe contener al menos dos y preferiblemente tres medicamentos activos contra VIH.

Esquema de tratamiento ARV en adolescentes y adultos

Regímenes	Esquemas
Regímenes preferidos	Dolutegravir (DTG) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Dolutegravir (DTG) / abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) Dolutegravir (DTG) / lamivudina (3TC)
Regímenes alternativos	Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Raltegravir (RAL) + tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC) Elvitegravir / cobicistat (EVG/c) / tenofovir alafenamida (TAF) / emtricitabina (FTC)

Esquema de tratamiento ARV en gestantes

	Esquemas
Regímenes preferidos	Dolutegravir (DTG) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Dolutegravir (DTG) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) Raltegravir (RAL) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) Raltegravir (RAL) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC)
Regímenes alternativos	Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / Emtricitabina (FTC) Atazanavir/ritonavir (ATZ/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) ** Darunavir/ritonavir (DRV/r) + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) / emtricitabina (FTC) * Darunavir/ritonavir (DRV/r) + abacavir (ABC) / lamivudina (3TC) *

Observaciones a tener en cuenta sobre el inicio de TARV

1. La evidencia más reciente ha resaltado la necesidad del inicio temprano de terapia antirretroviral, con el fin de mejorar los desenlaces asociados a la infección por VIH, en relación con la mortalidad, morbilidad y riesgo de contagio
2. En mujeres en edad fértil con interés en concebir, la TAR debe iniciarse lo más temprano posible.
3. En pacientes con tuberculosis o con infecciones oportunistas, la TAR debe iniciarse lo más temprano posible (antes de las dos primeras semanas después de iniciado el tratamiento contra tuberculosis u otra oportunista). Las excepciones son escenarios clínicos de meningitis por tuberculosis o por criptococo para lo cual debe esperarse 4-6 semanas de su inicio.
4. En adolescentes, particularmente en adolescentes mujeres en edad fértil, debe ofrecerse anticoncepción.
5. Esquemas basados en dolutegravir han mostrado consistentemente superioridad en términos de supresión vira, menos frecuencia de aparición de resistencia y reducción de la progresión de la enfermedad, con mejor adherencia en relación con eventos adversos (menor suspensión del tratamiento debido a eventos adversos con dolutegravir que con otros medicamentos).
6. Esquema de biterapia como dolutegravir con lamivudine se debe evitar su uso como terapia inicial en pacientes que tengan carga viral mayor a 500.000 copias/mL o recuento de linfocitos T CD4+ <200 células/ mm³, que tengan coinfección con Hepatitis B o aún no se haya descartado o que no cuenten con resultados genotípicos de mutaciones asociadas a resistencia en la transcriptasa reversa.
7. En la gestación : el uso de ATZ/r + ABC/3TC se recomienda en pacientes con carga viral no mayor a 100,000 copias/ml y La dosis recomendada de DRV /r en gestantes es 600/100 mg cada 12 horas.

Tabla 1. Regímenes de preferencia para inicio de terapia antirretroviral según escenarios clínicos específicos o comorbilidades

Comorbilidad o presencia de factores de riesgo	Régimen recomendado	Régimen no recomendado	Comentarios
Riesgo cardiovascular elevado (Framingham >10%, ACC/AHA > 7.5%)	(RAL o DTG o BIC o DOR + (TDF/3TC o TDF/FTC o TAF/FTC o 3TC.	DRV/r, regímenes con ABC, incluyendo DTG/ABC/3TC	No se contraindica el uso de regímenes con EVG/c si no se documentan interacciones medicamentosas con el cobicistat.
Dislipidemias (colesterol LDL o triglicéridos elevados)	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC o TAF/FTC o 3TC).	EFV, IP/r (especialmente LPV/r)	No se contraindica el uso de regímenes con EVG/c monitorizando periódicamente los lípidos.
Diabetes mellitus	(RAL o DTG o BIC o EVG/c o DOR) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC o ABC/3TC).	LPV/r	Un aumento importante de peso asociado a un inhibidor de integrasa con o sin TAF puede asociarse a diabetes o pre-diabetes. En pacientes con DTG y metformina debe considerarse reducción de dosis de metformina a 1000 mg máximo al día (FDA)
Osteopenia, osteoporosis	(RAL o DTG o BIC o DOR) + TAF/FTC o EVG/c/TAF/FTC o terapia dual con DTG/3TC	TDF +/- IP/r	La combinación de TDF + IP/r aumenta el riesgo de osteoporosis. Ver guía colombiana de osteoporosis
Insuficiencia renal, tubulopatía, síndrome de Fanconi	(RAL o DTG o BIC) + (TAF/FTC o 3TC) o EVG/c/TAF/FTC.	TDF +/- IP/r	La combinación de TDF + IP/r aumenta el riesgo de compromiso renal. El uso de DTG se asocia con frecuencia con incremento en

			los niveles de creatinina hasta en un 15% sin compromiso real de la función renal.
Hepatotoxicidad	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC).	EFV, NVP, IP/r	
Alteraciones neurocognitivas o neuropsiquiátricas	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/3TC o TDF/FTC, TAF/FTC o 3TC), EVG/c	EFV	
Coinfección con hepatitis B	(RAL o DTG o BIC) + (TDF/FTC o TAF/FTC), o EVG/c o DOR	3TC como único análogo	
Coinfección con hepatitis C	(RAL o DTG o BIC) + (TAF/FTC o ABC/3TC o 3TC).	TDF con el uso de sofosbuvir	Sofosbuvir incrementa niveles de TDF 30-80%
Tuberculosis activa (en tratamiento con rifampicina)	EFV/TDF/FTC o (RAL o DTG + TDF/FTC o ABC/3TC)	DOR, BIC, IP con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	DTG y RAL requieren doble dosis.
Tuberculosis latente en tratamiento con rifapentina	EFV/TDF/FTC o (RAL o DTG + TDF/FTC o ABC/3TC)	Doravirina, bictegravir, inhibidores de proteasa con o sin ritonavir, coformulaciones con cobicistat.	No se requiere incrementar dosis de RAL o DTG

3TC: Lamivudina, ACC/AHA: American College of Cardiology and American Heart Association, ABC: Abacavir, BIC: Bictegravir, DOR: Doravirina, DTG: Dolutegravir, DRV/r: Darunavir/ritonavir, EFV: Efavirenz, EVG/c: Elvitegravir/cobicistat, Colesterol LDL: Colesterol de baja densidad, FTC: Emtricitabina, IP/r: Inhibidor de proteasa/ritonavir, LPV/r: Lopinavir/ritonavir, RAL: Raltegravir, TAF: Tenofovir alafenamida, TDF: Tenofovir disoproxilo fumarato.

Resumen

SEGUIMIENTO

Pregunta clínica:

¿Qué debería incluir, con qué frecuencia y cómo debe hacerse la valoración inicial y el seguimiento (clínico, paraclínico, retención y adherencia) en adultos, gestantes y adolescentes que viven con VIH/SIDA?

Dada la amplitud de esta pregunta, el GDG generó 4 categorías para mayor comprensión de la misma:

- Equipos de atención y estrategias de seguimiento y retención
- Estudios clínicos y paraclínicos
- Profilaxis contra infecciones oportunistas
- Vacunación para personas que viven con VIH

Equipos de atención y estrategias de seguimiento y retención

1. Atención por equipo interdisciplinario, este equipo debe estar conformado por: médico experto, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, enfermero, trabajador social, químico farmacéutico, odontólogo y personal encargado del cumplimiento bajo el liderazgo clínico de un infectólogo. La atención por los profesionales del programa se ajusta en tiempos y plazos recomendados por la GPC.
2. En caso de mujeres VIH en gestación el control prenatal y la valoración por gineco-obstetricia se integra también al equipo de atención integral al mismo tiempo que actividades en planificación, cuidado preconcepcional, ruta de acceso para diagnóstico a parejas de PVV y PreP para parejas serodiscordantes.
3. Estrategias de telesalud estén encaminadas a complementar y apoyar el seguimiento efectivo de las personas que viven con VIH y a mejorar la adherencia a la atención integral en VIH y la capacitación a grupos de apoyo, redes sociales, trabajo en pares.

Estudios clínicos y paraclínicos

4. Se recomienda que en las personas que viven con VIH la valoración inicial y el seguimiento incluya un examen físico completo, laboratorios clínicos (ver tablas), clasificación del riesgo psicosocial y se brinde educación básica sobre el VIH y sus formas de transmisión.
5. Seguimiento de función renal x CKD-EPI, la salud ósea para mayores de 50 años o factores de riesgo por medio de Densitometría ósea, solo tomar Rx de tórax si esta sintomático respiratorio por criterios OMS y tomar Citología anal anual en caso de relaciones sexuales anales.
6. Se recomienda realizar pruebas de genotipo para evaluar la resistencia a antirretrovirales a partir de la primera falla virológica, o en aquellos vayan a iniciar terapia antirretroviral y que pertenezcan a los siguientes grupos: personas con profilaxis para VIH previa; parejas sexuales de personas con resistencia o sospecha de resistencia; mujeres gestantes (si el TARV no incluye un inhibidor de integrasa); niños con transmisión materno infantil o personas con riesgo de haber adquirido la infección en países o poblaciones donde la prevalencia de resistencia transmitida sea alta.

Profilaxis contra oportunistas y Vacunación en PVV

7. Se sugiere que en personas que viven con VIH se inicie profilaxis para criptococo (antígeno cryptococo positivo), tuberculosis latente (prueba de tuberculina positiva o IGRA positivo o que tengan contacto estrecho con una persona con tuberculosis), profilaxis para toxoplasmosis (anticuerpo IG-G positivo) , profilaxis primaria para neumonía por Pneumocystis jirovecii (linfocitos CD<200) así como profilaxis primaria para histoplasmosis (antígeno en orina histoplasma positivo). No se recomienda usar profilaxis primaria para candidiasis ni citomegalovirus en personas que viven con VIH.
8. Las personas que viven con VIH se indague sobre los antecedentes de inmunización y se provea la vacunación de acuerdo a cada caso (ver tabla de vacunación).

Laboratorios de ingreso y seguimiento

1. Toma de exámenes sin ayunas: considerar en pacientes que provienen de áreas de difícil acceso, o que tienen dificultad de locomoción, para que el requisito del ayuno no se convierta en una barrera para el cumplimiento de la frecuencia de los exámenes.
2. Se enfatiza que a los 2 meses del inicio de la TAR se recomienda la valoración de función renal, hepática y hematológica, como principales parámetros de seguimiento, dado los eventos adversos o toxicidad asociada a los medicamentos.
3. En los casos que haya alteraciones de la glicemia basal, debe hacerse el seguimiento recomendado por la guía o los criterios vigentes para diagnóstico de diabetes mellitus (DM).
4. El uso de la TAR se ha visto relacionada con deterioro de la función renal, motivo por el cual hacer un seguimiento estandarizado es una práctica que tiene grandes beneficios para los usuarios de antirretrovirales.
5. Determinar el riesgo de fractura mediante la ecuación FRAX (sin densitometría) en mayores de 40 años y considere la DXA en cualquier persona ante presencia de factores de riesgo.
6. Es importante, precisar que en caso de que la anoscopia no esté disponible, la opción alterna es el uso de genotipificación del VPH.

Pruebas específicas de VIH

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Al inicio de la terapia antirretroviral	2 meses después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
ARN cuantitativo del VIH (carga viral)	x	Cada seis meses	x	x	Además, ante sospecha de fracaso virológico repetirla a los 30 días y no más de 60 días de la medición anterior.
Conteo de linfocitos T CD4 y porcentaje de CD4	x	Cada seis meses	x		
Relación de CD4/CD8	x	Cada seis meses	x		

Examen de seguimiento	¿Se debe realizar en la primera consulta?	¿Cada cuánto se debe repetir?	¿Se debe realizar al inicio de la terapia antirretroviral?	¿Se debe realizar cada dos meses luego del inicio de la terapia antirretroviral?
Aspartato aminotransferasa (AST)	x	Cada seis meses	x	
Alanina aminotransferasa (ALT)	x	Cada seis meses	x	
Bilirrubinas	x	Según criterio médico	x	
Fosfatasa alcalina	x	Cada seis meses	x	
Creatinina sérica, depuración de creatinina estimada (CKD-EPID o MDRD) y uroanálisis	x	Cada seis meses	Al inicio o al modificar la terapia antirretroviral	x
Cuadro hemático completo (leucocitos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas)	x	Cada seis meses	Al inicio o al modificar la terapia antirretroviral	x
Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos)	x	Cada seis meses	Al inicio o al modificar la terapia antirretroviral	x
Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	x	Cada año		
Glucemia basal	Al inicio o al modificar el tratamiento antirretroviral	Cada año si el resultado previo es normal	Al inicio o al modificar la terapia antirretroviral	
Evaluación de riesgo cardiovascular (Framingham)		Cada año		
Densitometría ósea		Según la edad y el riesgo de osteoporosis.		Según la edad y el riesgo de osteoporosis.
Electrocardiograma		En los casos de tener riesgo de enfermedad cardíaca o enfermedad en los vasos sanguíneos.		
Radiografía de tórax		Según lo considere el médico en personas que tengan algún síntoma que pueda estar relacionado con los pulmones.		

Tamización de coinfecciones en adultos viviendo con

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
<p>Antígeno de superficie virus de la hepatitis B (Ag SHB);</p> <p>Anticuerpos anti-HBs (Ac SHB);</p> <p>Anticuerpos anti-core (IgG Ac CHB)</p>	x	Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año y según conductas de riesgo.	<p>Si Ag SHB (-) y Ac SHB (-), repetir cada año en no respondedores a la vacunación y según conductas de riesgo.</p> <p>Vacunado que no responden: seguimiento con todas las pruebas.</p> <p>Con VHB previo y Ac SHB menor de 100 UI/mL: seguimiento con Ag SHB únicamente.</p>	<p>-Personas con anti-Ac SHB mayor de 100 UI/ ml no necesitan nuevos exámenes periódicos de Ag SHB /Ac CHB.</p> <p>- Personas con Ac anticore aislado: Vacunar con una dosis contra el VHB y evaluar Ac SHB previa remisión a infectología.</p> <p>- Realizar Acs SHB postvacuna máximo dos meses después de la última dosis.</p> <p>En personas vacunadas con respuesta (Ac SHB mayor de 10) y con exposición de riesgo (relaciones sexuales sin protección) se recomienda hacer seguimiento con anticuerpos, si anticuerpos Ac SHB mayor de 100 UI/mL no requiere refuerzo. Si anticuerpos Ac SHB menor de 100 UI/mL sí requiere refuerzo de vacunación (una dosis).</p> <p>Toda persona con infección crónica por VHB y VHC y/o con</p>

Observaciones al genotipo:

Ante el diagnóstico de falla virológica debe tomarse la prueba de genotipo, mientras la persona está tomando los antirretrovirales pero en casos de riesgo alto, como niveles de CD4 bajo (menor de 200 células/ mm³), progresión clínica de la enfermedad o uso de inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos, la espera del reporte no debe demorar una decisión terapéutica; esta decisión debe ser tomada considerando los antecedentes farmacológicos, la

adherencia, y debe ser corroborada o ajustada lo antes posible con el resultado del genotipo.

La interpretación de pruebas de resistencia requiere del conocimiento y experiencia del médico infectólogo, así como del conocimiento cercano que tienen los médicos expertos encargados de la atención de la persona que vive con VIH y está en falla virológica.

Intervención	Primera valoración	Frecuencia de seguimiento	Después de iniciar terapia antirretroviral	Comentarios
				cualquier hepatopatía debe ser vacunada para VHA.
Anticuerpos contra hepatitis C (Ac VHC)	x	Si es negativa: cada año, según conductas de riesgo cada 6 meses (por ejemplo, personas que se inyectan drogas)		En caso de Ac positivos se realiza carga viral para VHC. La evaluación debe hacerse acorde a las Guías vigentes.
Anticuerpos IgG o totales contra hepatitis A	x	Si es negativa: vacunar.		Ofrecer vacunación para hepatitis A en estos grupos de riesgo: personas que refieran sexo anal, contacto oro-anal coinfección con hepatitis B o C, presencia de hepatopatías crónicas o en caso de epidemia.
Prueba treponémica rápida y según resultado prueba no treponémica (VDRL o RPR)	x	Cada año. Si existen factores de riesgo o antecedentes de sífilis repetir cada seis meses. Si la prueba treponémica previamente es positiva, hacer seguimiento sólo con pruebas no treponémicas		<p>Tamizar con prueba treponémica rápida y, si es positiva, solicitar prueba no treponémica para confirmar.</p> <p>Si la tamización es con prueba no treponémica, confirmar con prueba treponémica.</p>
Tamizaje para (VPH) anogenital (hombre/ mujer) /citología vaginal (mujer)	x	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Cada año si la primera está alterada o existen factores de riesgo.	Se consideran factores de riesgo para infección por VPH: múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, presencia de condilomatosis anal o genital.
Antígeno contra criptococo (látex)	Si los Linfocitos T CD4 son inferiores a 100 células/ mm ³	Cada año o a criterio clínico, si los LT CD4 son inferiores a 100 células/ mm ³		En zonas de alta endemicidad el punto de corte de CD4 es de menos de 200. Implementación: las pruebas rápidas en el punto de atención facilitan un diagnóstico temprano y ayuda en la toma de decisiones del inicio de TAR.
IgG toxoplasma	Si los LT CD4 son inferiores a 200 células/ mm ³			En pacientes con IgG negativa considerar repetir según criterio médico cuando haya clínica o factores de riesgo (consume comidas crudas o mal cocidas).
Antígeno urinario para Histoplasma	Al ingreso a todos los pacientes con CD4 menor a 50 células/ mm ³ y según criterio clínico.			
Tamización para tuberculosis	X	Cada año si el resultado previo es negativo		<p>- Prueba de tamización es la PPD (tuberculina o prueba de Mantoux), se considera positiva si la induración es igual o superior a 5 mm.</p> <p>-Booster o repetición de la PPD cuando el resultado inicial es negativo: no realizarlo de manera rutinaria, repetir únicamente en</p>

PREVENCIÓN OPORTUNISTAS

Tabla 11. Tabla de indicaciones y esquemas de medicamentos para profilaxis en población adulta que vive con VIH/SIDA para prevención de enfermedades oportunistas.

Infección oportunista	Indicación	Esquema	Alternativa
Tuberculosis	En personas con prueba de tuberculina positiva, IGRA positivo, contacto estrecho con algún enfermo de tuberculosis pulmonar o laringea.	Según disponibilidad y criterio clínico alguno de los siguientes dos esquemas: 1- Isoniazida administrada diariamente por 6 meses. Dosis 5 mg Kg/día, dosis máxima diaria 300 mg. *Adicionar Piridoxina 50 mg/día. 2- Rifapentina más Isoniazida administrada semanalmente bajo supervisión por 3 meses a las siguientes dosis: -Isoniazida: (Tab 100 o 300 mg) De 12 años o más: 15mg /kg/día con dosis máxima de 900 mg/día -Rifapentina (Tab 150 mg): 10.0-14.0 kg = 300 mg 14.1-25.0 kg = 450 mg 25.1-32.0 kg = 600 mg 32.1-50.0 kg = 750 mg > 50 kg = 900 mg (dosis máxima/día)	Esquema alternativo (solo para pacientes con CD4 mayor de 250 células/mm ³): rifapentina + isoniazida administrado diariamente por UN (1) mes a las siguientes dosis: -Rifapentina: 30 a 34.9 kg: 300 mg 35 a 44.9 kg: 450 mg 45 kg o más: 600 mg -Isoniazida: (Tab 300 o 100 mg) De 12 años o más: 300 mg *Adicionar piridoxina 50 mg/día
Criptococosis	Recuento de CD4 inferior a 100 células/mm ³	Fluconazol 400 mg al día.	Itraconazol 200 mg al día por contraindicación de fluconazol.
Toxoplasmosis	IgG positiva con recuento de CD4 inferior a 200 células/mm ³ o con sospecha clínica de inmunodeficiencia avanzada o con enfermedad indicadora de SIDA.	Trimetoprim (TMP) 160 mg / sulfametoxazol (SMX) 800 mg; una tableta dos veces a la semana.	TMP/SMX 160/800 mg tres veces por semana. Dapsona 50 mg diario + (Pirimetamina 50 mg+ Ácido fólico 25 mg) VO semanal, o, (Dapsona 200 mg +Pirimetamina 75 mg +Ácido fólico 25 mg) VO semanal. Nota (aplica para todas las profilaxis que incluyen TMP-SMX): Para todos los casos en donde hay hipersensibilidad (alergia) a TMP SMX se sugiere hacer

Complejo <i>Mycobacterium Avium</i> (MAC)	No se recomienda excepto en: Personas con CD4 de menos de 50 células/ mm ³ con carga viral detectable (>200 copias/mL) o que no vayan a iniciar TAR en las próximas 4 semanas, hasta CD4 >100 por más de tres meses.	En personas con la indicación según la recomendación: Azitromicina: 1.200 mg una vez a la semana.	desensibilización a este medicamento. En personas con la indicación según la recomendación: Claritromicina - 500 mg dos veces al día.
Pneumocystosis	Se recomienda como criterios para iniciar la profilaxis primaria para PCP a toda persona infectada con VIH incluyendo embarazadas, con o sin tratamiento antirretroviral y una de las siguientes: - Recuento de CD4 menor de 200 células / mm ³ . - Candidiasis orofaríngea. - Linfocitos T CD4 con porcentaje menor de 14% - Antecedente de enfermedad definitoria de SIDA no clasificada.	TMP/SMX, 1 tableta 160/800 mg VO diaria o, TMP/SMX, 1 tableta 80/400 mg VO diaria. Se recomienda como criterios para suspender la profilaxis primaria de la PCP el aumento de recuento de CD4 a 200 o más células/ mm ³ durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral o recuento de CD4 entre 100 a 200 células/ mm ³ + carga viral indetectable durante al menos 3 meses en respuesta a la terapia antirretroviral.	* TMP-SMX 1 tableta 160/800 MG tres veces a la semana o - Dapsona 100 mg VO diarios o 50 mg cada 12 horas.
Candidiasis	No se recomienda profilaxis para candidiasis		
Citomegalovirus (CMV)	No se recomienda profilaxis para CMV		
Histoplasmosis	CD4 menor de 150 células/ mm ³ y en alto riesgo debido a exposición ocupacional o residencia en una comunidad con una tasa hiperendémica de histoplasmosis (> 10 casos / 100 pacientes-año).	Itraconazol 200 mg/día en solución oral.	

Tabla 12. Tabla de vacunación de acuerdo con el recuento de CD4, para adultos que viven con VIH

Condición	VHA	VHB	Influenza	Neumococo	TD/TdaP	Triple Viral	VPH	Varicela	Zoster	COVID-19	Fiebre amarilla
VIH CD4>200 células/mm ³ .	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
VIH con recuento CD4<200 células/mm ³ .		X	X*	X*	X		X*			X	

VHA: virus de hepatitis A, VHB: virus de hepatitis B, TD/TdaP: vacuna de tétano, difteria y tos ferina, VPH: Virus de papiloma humano, COVID-19: coronavirus.

Resumen

PREVENCIÓN TMI

¿Cuál es el mejor esquema de profilaxis antirretroviral en recién nacidos (menores a 30 días de vida), hijas e hijos de madres con VIH/SIDA en Colombia?

Etapas de prevención

1. Intervención prenatal:

- Toma de pruebas rápidas VIH en cada trimestre a toda gestante durante el control prenatal y en el momento del ingreso al trabajo de parto en caso de no tener disponible la prueba del último trimestre.
- Inicio de TARV recomendada con dos pruebas de VIH reactivas de diferente plataforma o tecnología, garantizando siempre la toma antes de la prueba confirmatoria: carga viral para VIH.
- Esquema inicial recomendado: TDF/FTC o AB/3TC con DTG o RAL

2. Intervención intraparto:

- Parto normal si finaliza la gestación con carga viral <50 copias/ml, cesárea en la semana 38 en caso de detección del VIH en su última carga viral o desconocida.
- Zidovudina endovenosa 2mg/kilo en una hora, después 1mg/kilo por dos horas administrada antes del parto o cesárea independiente del valor de carga viral para VIH.

3. Intervención posparto:

- Suspensión de lactancia materna con Cabergolina 1 mg dosis única.
- Asesoría a la madre en preparación, conservación y administración de fórmula lacta infantil.
- Asesoría en planificación familiar.
- Definir los criterios de riesgo de exposición al recién nacido (bajo riesgo y alto riesgo) con el fin de iniciar la profilaxis antirretroviral y el seguimiento de pruebas de carga viral para VIH diagnósticas.

Bajo riesgo para TMI de VIH:

- Se recomienda utilizar la zidovudina oral durante 4 semanas (4 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas).
- Iniciar la profilaxis neonatal lo más cerca al nacimiento, idealmente en las primeras 6 a 12 horas de vida.
- Tiempo de uso de la profilaxis en neonatos de bajo riesgo es de 4 semanas.
- No se recomienda usar profilaxis con zidovudina oral más nevirapina en neonatos de bajo riesgo de transmisión materno-infantil del VIH.

Alto riesgo para TMI de VIH:

- Se recomienda el uso de la combinación de tres medicamentos (lamivudina/zidovudina + nevirapina o raltegravir) (3TC/AZT+NVP o 3TC/AZT+RAL) en neonatos expuestos al VIH a partir de 37 semanas
- Se sugiere el uso de la combinación de tres medicamentos (lamivudina/zidovudina + nevirapina) (3TC/AZT+NVP) en neonatos pretérmino expuestos al virus de inmunodeficiencia humana a partir de 34 semanas
- Se recomienda el uso de la combinación de zidovudina por 6 semanas y lamivudina neonatos mayor o igual a 32 semanas y menor de 34 semanas de gestación
- Se recomienda el uso de la zidovudina por 6 semanas como profilaxis única en neonatos de menos de 32 semanas de gestación
- El tiempo de uso de la profilaxis es de 6 semanas para zidovudina, lamivudina y raltegravir y de solo 4 semanas para nevirapina.
- La dosificación y el tipo de ARV usado cambia de acuerdo con edad gestacional al nacimiento y peso.

A continuación, se presentan los criterios para definir un caso de bajo riesgo, de no cumplirse, todos los casos serán considerados como alto riesgo:

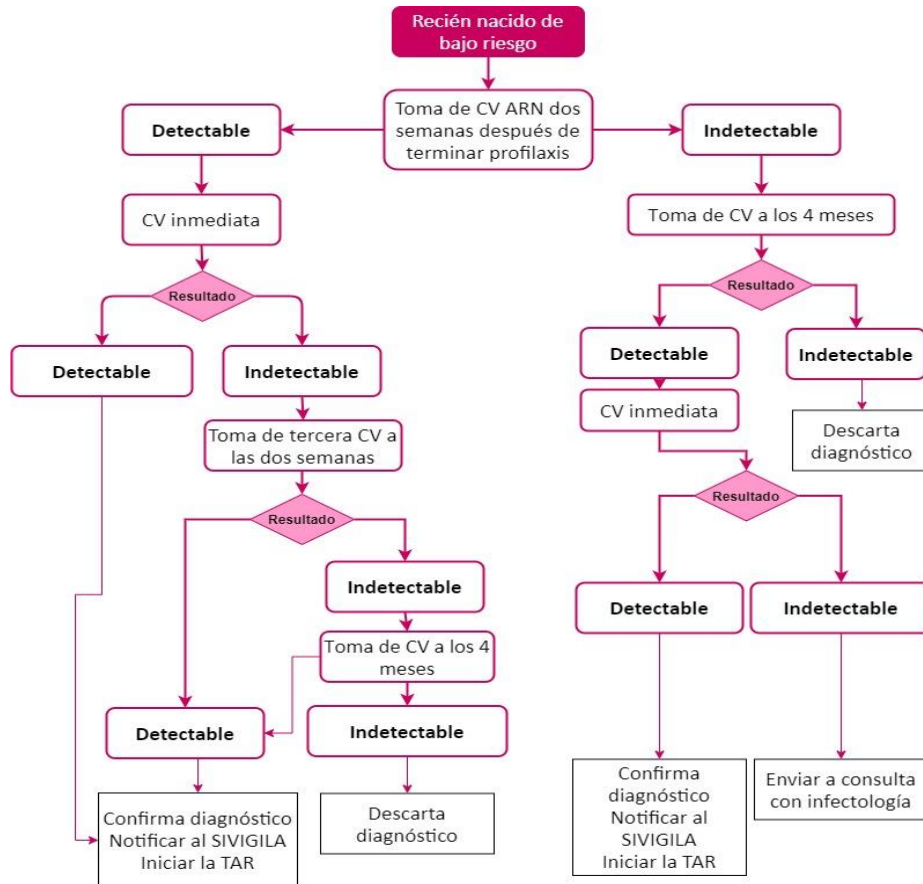
Bajo riesgo para TMI de VIH:

Madres que recibieron la TAR anteparto e intraparto y cuya carga viral sea no detectable² cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto).

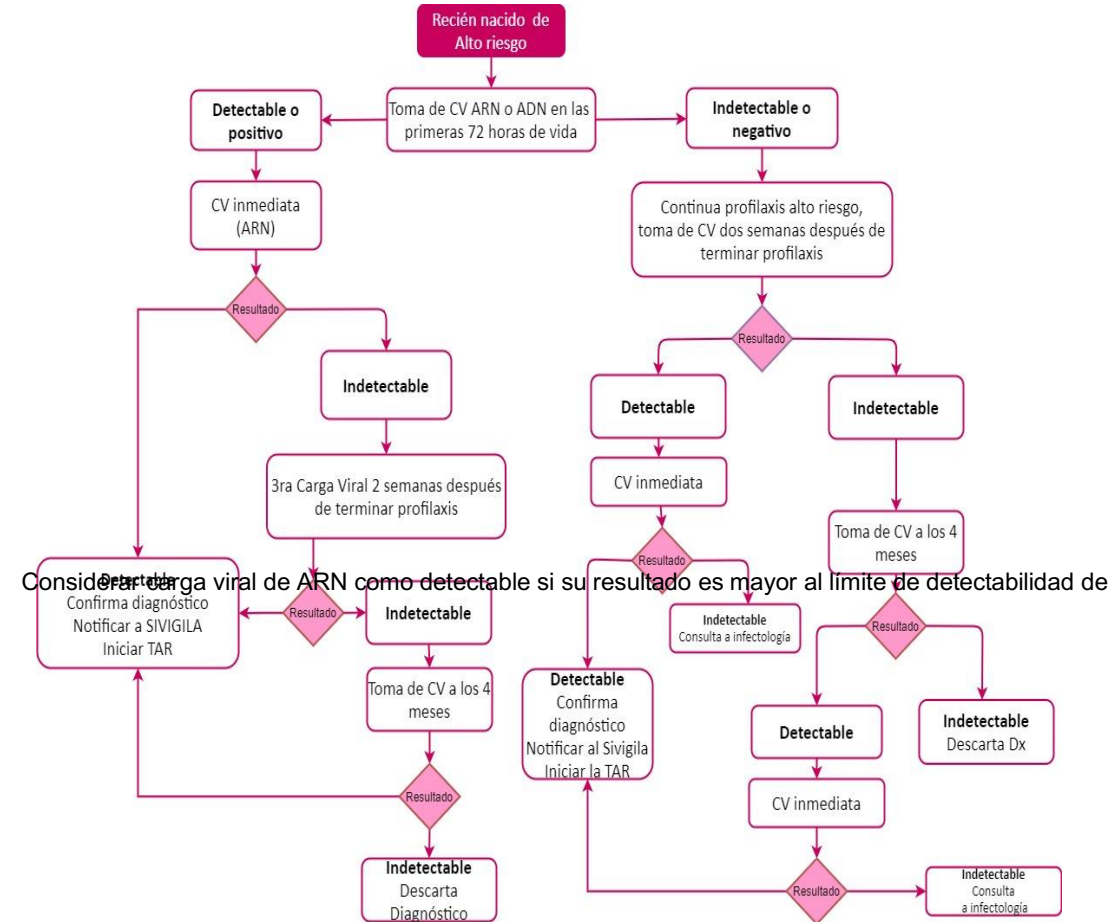
Alto riesgo para TMI de VIH (uno o más de los siguientes criterios):

- Madres que no recibieron la TAR durante la gestación.
- Madres que solo recibieron la TAR intraparto.
- Madres que recibieron la TAR anteparto e intraparto, pero con CV detectable² cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto).
- Madres con infección retroviral aguda durante la gestación.
- Madres con seroestatus desconocido o con prueba positiva en el intraparto.
- Recién nacidos en situación de restablecimiento de derechos con primeras pruebas positivas para VIH.

Algoritmo diagnóstico en niños menores de 18 meses con bajo riesgo para la TMI del VIH.



Algoritmo diagnóstico en niños menores de 18 meses con alto riesgo para la TMI del VIH.



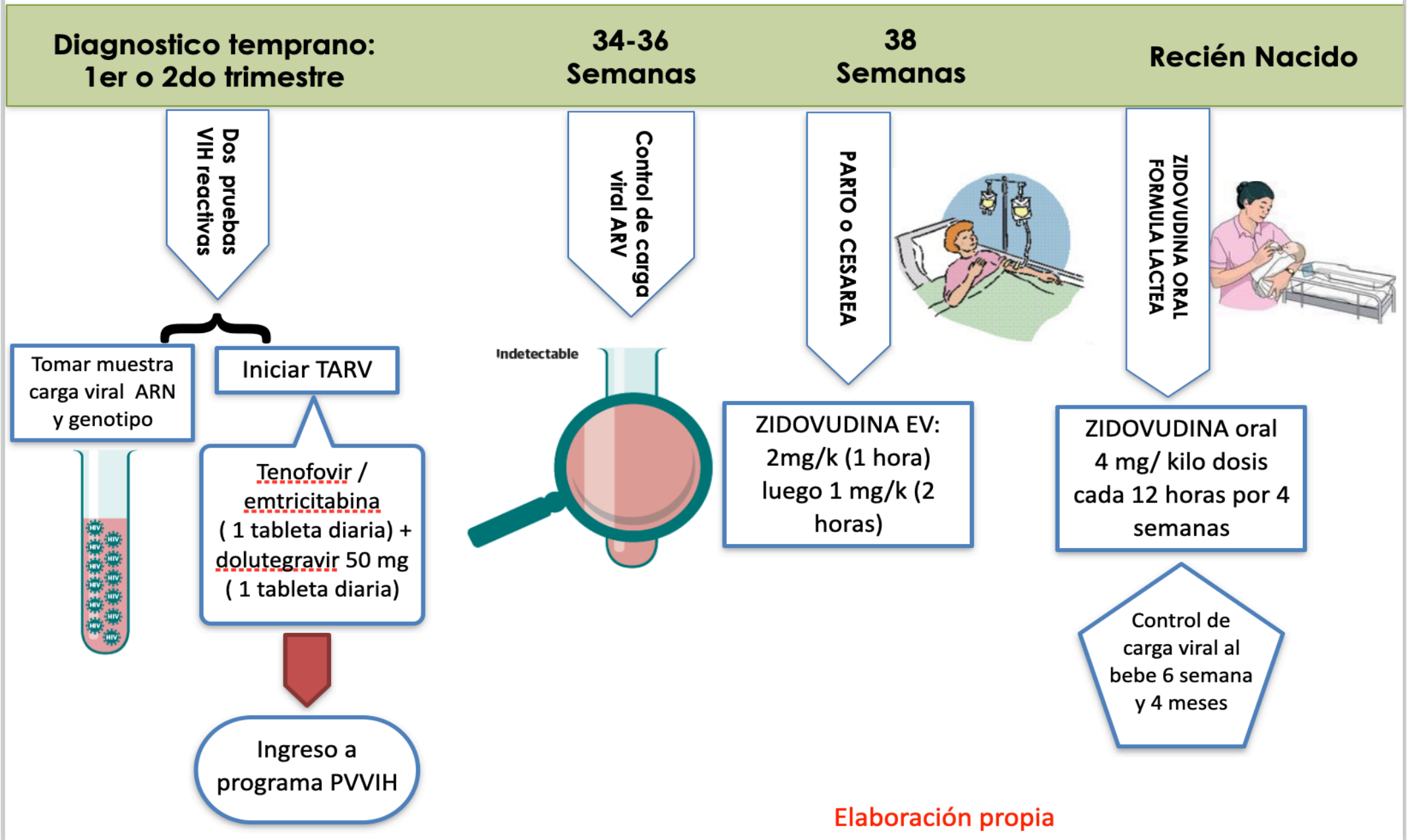
Puntos de buena practica:

- Dar leche de fórmula desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.
- Dar entrenamiento a las madres sobre las buenas prácticas de preparación y reconstitución de las leches de fórmula.
- Asegurar que asistan a los programas de control de crecimiento y desarrollo y reciban la alimentación complementaria necesaria para su adecuado desarrollo al igual que la población general.
- Establecer un programa de acompañamiento de las madres durante los primeros meses después del parto con el fin de garantizar la adherencia a la leche de fórmula y evitar la alimentación mixta (combinada con leche materna).
- Aconsejar a las madres evitar la pre masticación de alimentos y medicamentos como una posible forma de transmisión del VIH.
- Evitar lactancia por madres “nodrizas”

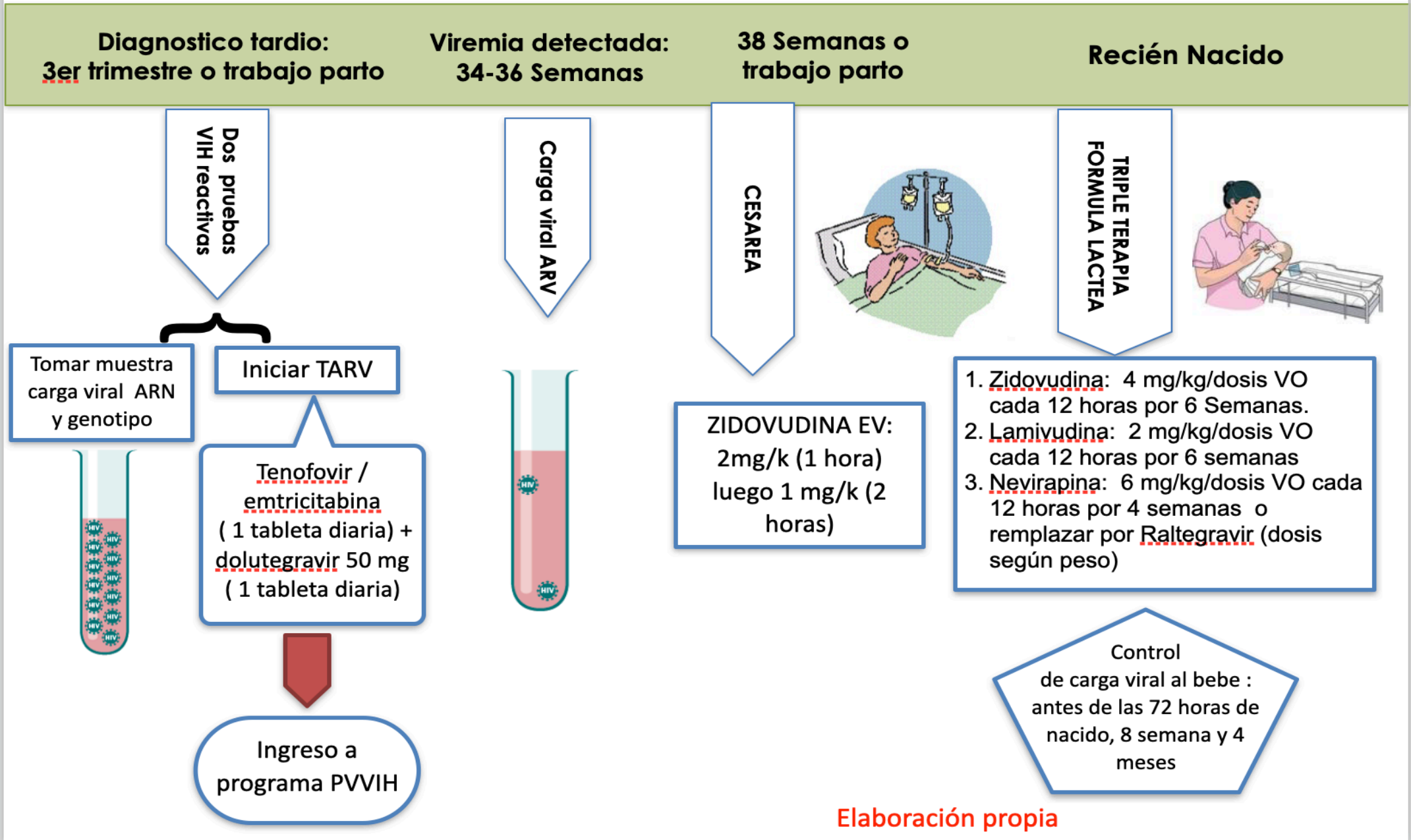
Resumen de control de carga viral VIH (con resultados indetectables)

Carga viral ARN	Neonatos bajo riesgo	Neonatos de alto riesgo
Primera	2 semanas terminada profilaxis (6 semanas)	Primeras 72 horas
Segunda	4 meses	2 semanas terminada profilaxis (8 semanas)
Tercera	No aplica	4 meses

ESQUEMA DE PREVENCIÓN EN LA TMI DEL VIH PARA NEONATO DE BAJO RIESGO



ESQUEMA DE PREVENCIÓN EN LA TMI DEL VIH PARA NEONATO DE ALTO RIESGO



Medicamento	Presentación disponible en Colombia	Dosificación	Recomendaciones de ingesta con alimentos
Tenofovir disoproxilo/Emtricitabina/Efavirenz	Tableta 300mg/200mg/600mg	Una tableta cada 24 horas	Con estómago vacío
Abacavir/Lamivudina	Tableta 600mg/300mg	Una tableta cada 24 horas	No relevante
Darunavir/ritonavir	Tableta 800mg/100mg	Una tableta cada 24 horas (ver observación en dosis de darunavir)	Tomar con alimentos
	Tableta de liberación modificada 600mg/100mg	Una tableta cada 12 horas (ver observación en dosis de darunavir)	Tomar con alimentos
Atazanavir/ritonavir	Tableta 300mg/100mg	Una tableta cada 24 horas	Tomar con alimentos
Raltegravir	Tableta 400 mg	Una tableta dos veces al día	No relevante
	Tableta 600 mg	Dos tabletas una vez al día (1200 mg) en pacientes naïve o virológicamente suprimidos en tratamiento inicial con 400 mg dos veces al día	No relevante
Dolutegravir	Tableta 50 mg	Una tableta cada 24 horas. En pacientes con resistencia documentada o sospecha de resistencia a inhibidores de integrasa: una tableta cada 12 horas	No relevante
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina	Tableta 50mg/600mg/300mg	Una tableta cada 24 horas	No relevante
Doravirina	Tableta 100 mg	Una tableta cada 24 horas	No relevante
Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato	Tableta 100mg/300mg/300mg	Una tableta cada 24 horas	No relevante
Efavirenz	Tableta 200 mg	600 mg cada 24 horas	Con estómago vacío
	Tableta 600 mg		Con estómago vacío
Elvitegravir/cobicistat/Tenofovir alafenamida/Emtricitabina	Tableta 150mg/150mg/10mg/200mg	Una tableta cada 24 horas	Tomar con alimentos
Elvitegravir/cobicistat/Tenofovir disoproxilo/Emtricitabina	Tableta 150mg/150mg/300mg/200mg	Una tableta cada 24 horas	Tomar con alimentos
Lamivudina	Tableta 150 mg	Una tableta cada 12 horas o dos tabletas cada 24 horas	No relevante
Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato	Tabletas 300mg/300mg	Una tableta cada 24 horas	No relevante
Lamivudina/Tenofovir disoproxilo fumarato/Efavirenz	Tableta 300mg/300mg/400mg	Una tableta cada 24 horas	Con estómago vacío
	Tableta 300mg/300mg/600mg	Una tableta cada 24 horas	Con estómago vacío
Tenofovir alafenamida/Emtricitabina	Tableta 10mg/200mg	Una tableta cada 24 horas; cuando se administra conjuntamente con un IP potenciado con ritonavir o cobicistat	No relevante
	Tableta 25mg/200mg	Una tableta cada 24 horas; cuando se administra conjuntamente con Dolutegravir, efavirenz, maraviroc, nevirapina, rilpivirina, raltegravir	No relevante
Tenofovir alafenamida/Emtricitabina/Rilpivirina	Tableta 25mg/200mg/25mg	Una tableta cada 24 horas	Tomar con alimentos

Tabla 5.1 Información de regímenes de profilaxis en neonatos de bajo riesgo.

Clasificación	Medicamento y dosis	Presentación
Neonatos a término	<p>Zidovudina</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas * 	<p>Zidovudina Jarabe 10 mg/ml</p> <p>Zidovudina ampolla para infusión IV 10 mg/mL *</p>
Neonatos prematuros	<p>Zidovudina</p> <p>Mayor o igual de 35 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas <p>Mayor o igual de 30 semanas y menor de 35 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta las 2 semanas: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas Desde la semana 2 hasta la semana 4 de vida: 3 mg/kg/dosis VO cada 12 horas <p>Menor de 30 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el nacimiento hasta las 4 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas 	<p>Zidovudina Jarabe 10 mg/ml</p> <p>Zidovudina ampolla para infusión IV 10 mg/mL *</p>

* La dosis IV de AZT es el 75% de la dosis por vía oral.

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: adaptado y modificado por el GDG a partir de (1)

Tabla 5.2. Dosificación de medicamentos profilácticos en neonatos de alto riesgo a término (37 – 41 semanas de gestación).

Régimen	Medicamentos y dosis	Presentación y preparación
Esquema con nevirapina	Zidovudina <ul style="list-style-type: none"> • 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas Lamivudina <ul style="list-style-type: none"> • 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas Nevirapina** <ul style="list-style-type: none"> - 6 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 4 semanas 	Zidovudina Jarabe 10 mg/ml Zidovudina amp para infusión IV 10 mg/ml * Lamivudina Jarabe 10 mg/ml Nevirapina Jarabe 10 mg/ml
Esquema con raltegravir	Zidovudina <ul style="list-style-type: none"> • 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas Lamivudina <ul style="list-style-type: none"> • 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas Raltegravir (ver Tabla 5.3) <ul style="list-style-type: none"> Mayor o igual de 37 semanas y al menos 2000 gramos, hasta las 6 semanas de vida 	Zidovudina Jarabe 10 mg/ml Zidovudina amp para infusión IV 10 mg/ml Lamivudina Jarabe 10 mg/ml Raltegravir gránulos para suspensión oral 100 mg/10 ml de agua

* La dosis IV de AZT es el 75% de la dosis por vía oral.

** La dosis de NVP está en investigación. La dosificación de nevirapina recomendada es la dosis plena (dosis de tratamiento). Los expertos consideraron que debido a que la vida media de la nevirapina es larga, solo es necesario administrarla por 4 semanas y esto permite suspenderla dos semanas antes que los otros dos medicamentos. Recomendación de experto. Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: adaptado y modificado por el GDG a partir de (1)

Tabla 5.3 Dosis de raltegravir según peso.

Peso / edad	Volumen (dosis) de suspensión
<u>Desde el nacimiento y durante la primera semana de vida - Dosis vía oral una vez al día</u>	<u>Aproximadamente 1.5 mg/kg/dosis</u>
2 kg a menor de 3 kg	0.4 ml (4 mg) una vez al día
3 kg a menor de 4 kg	0.5 ml (5 mg) una vez al día
4 kg a menor de 5 kg	0.7 ml (7 mg) una vez al día
<u>Desde la semana 1 hasta la semana 4 de vida - Dosis vía oral dos veces al día</u>	<u>Aproximadamente 3 mg/kg/dosis</u>
2 kg a menor de 3 kg	0.8 ml (8 mg) dos veces al día
3 kg a menor de 4 kg	1 ml (10 mg) dos veces al día
4 kg a menor de 5 kg	1.5 ml (15 mg) dos veces al día
<u>4-6 semanas de edad- Dosis vía oral dos veces al día</u>	<u>Aproximadamente 6 mg/kg/dosis</u>
3 kg a menor de 4 Kg	2.5 ml (25 mg) dos veces al día
4 kg a menor de 6 kg	3 ml (30 mg) dos veces al día
6 kg a menor de 8 kg	4 ml (40 mg) dos veces al día

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: adaptado y modificado por el GDG a partir de (1)

Tabla 5.4 Dosificación de medicamentos profilácticos según edad gestacional al nacer (prematuros).

Medicamentos y dosis	Presentación y preparación
<p>Zidovudina</p> <p>Mayor o igual de 35 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas por 6 semanas <p>Mayor o igual de 30 semanas y menor de 35 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento hasta las 2 semanas de vida: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas • Desde la semana 2 hasta la semana 6 de vida: 3 mg/kg/dosis VO cada 12 horas <p>Menor de 30 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento hasta las 4 semanas: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas • Desde la semana 4 hasta la semana 6 de vida: 3 mg/kg/dosis VO cada 12 horas <p>Lamivudina</p> <p>Mayor o igual de 32 semanas y menor de 37 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento hasta las 4 semanas: 2 mg/kg/dosis VO cada 12 horas • Mayor a 4 semanas de vida: 4mg /kg/dosis cada 12 horas, hasta la semana 6 de vida. <p>Nevirapina</p> <p>Mayor o igual de 34 semanas y menor de 37 semanas</p>	<p>Zidovudina Jarabe 10 mg/ml</p> <p>Zidovudina amp para infusión IV 10 mg/mL *</p> <p>Lamivudina Jarabe 10 mg/mL</p> <p>Nevirapina Jarabe 10 mg/mL</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento y durante la primera semana: 4 mg/kg/dosis VO cada 12 horas • Semana 1 hasta la semana 4 de vida: 6 mg/kg/dosis VO cada 12 horas 	

* La dosis IV de AZT es el 75% de la dosis por vía oral.

Abreviaturas: IV (intravenoso), kg (kilogramos), mg (miligramos), mL (mililitros), VO (vía oral).

Fuente: adaptado y modificado por el GDG a partir de (1)

Tabla 5.5 Resumen de los esquemas de profilaxis en neonatos de alto riesgo según edad gestacional al nacer y peso.

Edad gestacional al nacer	Esquemas de profilaxis en neonatos de alto riesgo
Menor de 32 semanas	Solo zidovudina
Mayor o igual de 32 semanas y menor de 34 semanas	Zidovudina + lamivudina
Mayor o igual de 34 semanas	Zidovudina + lamivudina + nevirapina
Mayor o igual de 37 semanas	Zidovudina + lamivudina + raltegravir Zidovudina + lamivudina + nevirapina