

# Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH

## Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno  
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
(005411) 4379-9017  
dir-sida-ets@msal.gov.ar  
www.msal.gov.ar/sida

Presidenta de la Nación  
**Dra. Cristina Fernández de Kirchner**

Ministro de Salud  
**Dr. Juan Luis Manzur**

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios  
**Dr. Máximo Andrés Diosque**

Subsecretaria de Promoción y Control de Riesgos  
**Dra. Marina Kosacoff**

Director de Sida y ETS  
**Dr. Carlos Falistocco**

Autores

**Dr. Jorge Benetucci**  
**Dr. Emiliano Bissio**  
**Dra. Rosa Bologna**  
**Dra. Miriam Bruno**  
**Dr. Pedro Cahn**  
**Dra. Isabel Casseti**  
**Dr. Carlos Falistocco**  
**Dra. Rina Moreno**

Edición y corrección  
**Cecilia Dávila**

Diseño y Diagramación  
**Carolina Berdiñas**

# Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH

REPÚBLICA ARGENTINA, 2013

## Visitas Iniciales

- Obtener la historia clínica completa, incluyendo antecedentes de viajes y vacunas.
- Realizar examen físico completo, incluyendo medidas antropométricas, tensión arterial y peso.
- Solicitar laboratorio:
  - Confirmar el estatus de VIH con un segundo ELISA (o similar) y una prueba confirmatoria (Western Blot ); o utilizar los nuevos algoritmos de diagnóstico vigentes desde noviembre de 2012.
  - Solicitar carga viral plasmática de VIH.
  - Solicitar recuento absoluto y relativo de CD4 (opcional: CD8 absoluto y relativo).
  - Solicitar hemograma completo, enzimas hepáticas, glucemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos.
  - Solicitar VDRL, HAV IgG, HbS Ag, anticore total, Ac HCV, toxoplasma IgG, Chagas.
  - Orina completa.
- Descartar infecciones de transmisión sexual.
- Evaluación del riesgo cardiovascular, incluyendo tabaquismo , dieta habitual y peso. Determinar riesgo cardiovascular con score de Framingham.
- Solicitar PAP cervical (mujeres). Debe realizarse cada 6-12 meses.
- Evaluar condición social y psicológica; y posible nivel de adherencia.
- Administrar vacunas correspondientes (ver sección vacunas).
- Solicitar PPD.

## Visitas de seguimiento

- **Cada 4-6 meses**
  - Carga viral plasmática. En caso de comienzo de un nuevo tratamiento antirretroviral (primer tratamiento o cambio por fallo), sugerimos solicitar una carga viral a los 30-45 días del comienzo del nuevo esquema.
  - Evaluar adherencia al tratamiento antirretroviral (si corresponde).
- **Cada año**
  - Examen físico, medición de tensión arterial, peso y medidas antropométricas (hacerlo más frecuentemente según antecedentes).
  - Reevaluar situación social y psicológica.
  - Re-evaluar tabaquismo y dieta habitual.
  - Repetir serologías (VDRL, HBV, HCV, toxoplasmosis) si eran previamente negativas. Si el paciente se vacunó para hepatitis B y respondió, no sería necesario repetir la serología anualmente. VDRL más frecuente, según criterio médico.
  - Solicitar enzimas hepáticas, glucemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos (pueden solicitarse más seguido según los antecedentes y si reciben o no hipolipemiantes). Por otra parte, algunas determinaciones deben solicitarse más frecuentemente según el tratamiento recibido (ej. Solicitar creatinina y orina completa cada 6 meses en pacientes que reciben tenofovir, más frecuente a criterio médico en aquellos que reciben tenofovir más un inhibidor de proteasa (incluyendo fósforo en sangre); aclaramiento de

creatinina cada año (es preferible calcularlo, por método de Cockroft-Gault o MDRD) en pacientes mayores de 50 años que reciben tenofovir, lípidos cada 6 meses en los que reciben efavirenz o inhibidores de proteasa potenciados, etc).

- Solicitar PAP cervical (mujeres).
- Solicitar ecografía abdominal en **pacientes con hepatitis crónica** (cada 6 meses en pacientes con cirrosis), e interconsulta con hepatología.

• **Antes de comenzar el tratamiento antirretroviral (si no hubiera sido realizado recientemente)**

- Evaluar la preparación del paciente para comenzar el tratamiento antirretroviral, y el apoyo del medio.
- Trabajar sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Hemograma, recuento de CD4 absoluto y relativo.
- Carga viral plasmática. Si el paciente tiene criterios de inicio de tratamiento, tomar la muestra pero no es necesario esperar a que esté disponible el resultado.
- Realizar examen físico completo, incluyendo medidas antropométricas, tensión arterial y peso.
- Solicitar hemograma completo, enzimas hepáticas, glucemia, urea, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos.
- Solicitar calcemia y fosfatemia si se utilizará tenofovir.
- Orina completa (incluyendo proteinuria y glucosuria).
- Evaluación del riesgo cardiovascular.
- Test de hipersensibilidad al ABC (HLA B 5701), si se prescribirá dicho fármaco.
- Considerar test de resistencia genotípica.

## Cuándo comenzar el tratamiento antirretroviral

Clinica	Recuento de CD4	INDICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Síntomas</b> (cualquier síntoma correspondiente a las categorías B o C de la clasificación del CDC, o a enfermedades marcadoras u oportunistas no listadas en dicha clasificación); o a estadios 3 y 4 de la OMS; también síntomas severos en la infección aguda<sup>1</sup></li> <li>- <b>Tuberculosis</b></li> <li>- <b>Embarazo</b></li> <li>- <b>Coinfección con HBV</b></li> <li>- <b>Nefropatía asociada a VIH</b></li> </ul>	Cualquier valor	<p><b>Comenzar tratamiento antirretroviral.</b></p> <p>Si existen enfermedades marcadoras comenzar lo antes posible, evaluando la posibilidad de interacciones medicamentosas y riesgo de síndrome de reconstitución inmune. Evaluar cuidadosamente en casos de meningitis tuberculosa y criptococosis meníngea.</p>
Asintomático	< 200	<p><b>Se recomienda comenzar sin retraso</b></p> <p><b>Se recomienda comenzar</b></p>
	< 500	
	> 500	<p><b>Considerar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar el inicio de tratamiento en especial en las siguientes situaciones: carga viral &gt; 100.000 c/ml (2 CV consecutivas); descenso <math>\geq 100</math> cél/mm<sup>3</sup> en 1 año; edad mayor 50 años; coinfección con HCV<sup>2</sup>, parejas serodiscordantes y neoplasias no marcadoras.</li> <li>- Se evaluarán según situación individual: enfermedad cardiovascular, renal o hepática.</li> </ul>

1 Con compromiso neurológico (meningoencefalitis; sind. Guillén Barré, etc) o de cualquier otro órgano; sea prolongada > 7 días de duración; se acompañe de eventos clínicos de inmunodepresión; o con CD4 < 500 cél/mm<sup>3</sup>.

2 Coinfección con Hepatitis C: se podrá iniciar primero el tratamiento de la Hepatitis C si el CD4 > 500 cél/mm<sup>3</sup>.

## Opciones terapéuticas para el comienzo del tratamiento antirretroviral

La evidencia actual disponible indica que es posible iniciar un esquema antirretroviral con INNTI o con inhibidores de proteasa potenciados con ritonavir (ambos regímenes son de similar eficacia). Debido a razones de costo-efectividad y en el marco de una política de optimización de los recursos, el Ministerio de Salud recomienda:

Elegir una droga de la columna A y una combinación de nucleós(t)idos de la columna B (las columnas son independientes)	A	B	Consideraciones
<b>Recomendados</b>	- EFV  - NVP	- AZT/3TC  - ABC/3TC  - TDF/3TC  - TDF/FTC	<p>- <b>EFV:</b> NO se recomienda en mujeres embarazadas (1er trimestre) o que no utilicen consistentemente métodos de contracepción confiables</p> <p>- <b>NVP:</b> Usar con <b>extrema precaución</b> en mujeres con <math>CD4 &gt; 250/mm^3</math>, en hombres con <math>CD4 &gt; 400/mm^3</math> y sólo si los beneficios superan a los riesgos.</p> <p>- <b>ABC:</b> No debe utilizarse con precaución en pacientes con cargas virales <math>&gt; 100000</math> copias/mL. Solicitar test de hipersensibilidad, HLAB5701 antes de prescribirlo</p> <p>- <b>TDF/3TC y TDF/FTC</b> son las combinaciones de INTI que deben utilizarse en personas con hepatitis B crónica</p>

Elegir una droga de la columna A y una combinación de nucleós(t)idos de la columna B (las columnas son independientes)	A	B	Consideraciones
<b>Alternativos</b>	- ATV/r  - fAPV/r  - LPV/r  - SQV/r	- ddl + 3TC	<p><b>ddl:</b> Utilizar excepcionalmente, sólo cuando no se puedan utilizar otros nucleós(t)idos.</p> <p><b>Atazanavir:</b> No utilizar en pacientes que requieran más de 20 mg/día de omeprazol o equivalentes.</p> <p><b>Saquinavir:</b> En pacientes vienen recibiendo SQV, mantenerlo según criterio médico y deseo del paciente. Si hay que iniciar TAR, solo indicarlo si no hay otra alternativa superadora de otro IP/r. Se asoció con prologación de intervalos PR y QT en voluntarios sanos. Se recomienda obtener ECG basal antes de utilizar. NO utilizar en pacientes con intervalo QT prolongado (<math>&gt; 450</math>mseg), hipokalemia o hipomagnesemia refractaria, bloqueo AV completo, o que reciban otros medicamentos que prolonguen el QT.</p>

**El tratamiento antirretroviral deberá ser siempre individualizado.**

## Antirretrovirales y asociaciones de antirretrovirales

### NO recomendados:

- Cualquier ARV utilizado como monoterapia
- Biterapia con nucleos(t)idos
- Hidroxiurea
- AZT + d4T
- 3TC + FTC
- d4T + ddl
- TDF + ddl
- Esquemas de inicio con INNTI asociados a IP (con o sin nucleos(t)idos)
- Esquemas compuestos por 3 nucleos(t)idos solamente (excepto AZT+3TC+ABC, que se puede utilizar cuando otras combinaciones no sean posibles (BI))
- Combinación de 2 INNTI
- Etravirina + inhibidores de proteasa no potenciados
- Etravirina + atazanavir/r o fosamprenavir/r o tipranavir/r, por falta de evidencia (Hay estudios en desarrollo)
- Combinación de dos inhibidores de proteasa (excepto ritonavir utilizado como potenciador), a menos que no exista ninguna otra opción terapéutica

## Manejo de la infección aguda

**Definición:** Síntomas clínicos (uno o más de los siguientes: síndrome mononucleosiforme, fiebre, adenopatías, rash, úlceras orales, meningismo, mioartralgias, pérdida de peso) en paciente con exposición de riesgo, serología para VIH negativa o indeterminada y presencia de VIH en plasma (Ag p24 positivo o carga viral VIH positiva).

### Manejo:

- Reconfirmar la infección con carga viral, efectuar Western Blot 2 a 4 semanas después.
- Se recomienda comenzar el tratamiento, según las pautas descritas arriba, si existen síntomas de la categoría B o C, o  $CD4 < 500/mm^3$  más allá del tercer mes.
- Considerar comenzar el tratamiento si los síntomas de infección aguda son severos o prolongados, y/o si la CV es mayor de 100.000 copias. No es necesario esperar a que el Western Blot sea positivo para el comienzo del tratamiento en este contexto.
- Si se decide comenzar el tratamiento, es preferible (aunque no imprescindible) hacerlo en el contexto de un ensayo clínico.
- Hasta el momento actual, la duración del tratamiento debe ser de por vida.
- Descartar otras infecciones de transmisión sexual.
- Informar y aconsejar al paciente sobre el alto riesgo de transmisión durante esta fase, y sobre el uso de medidas preventivas incluyendo el testeo de sus parejas sexuales de las últimas semanas.

## Tratamiento en embarazadas y prevención de la transmisión perinatal:

Situación	Criterio y momento de comienzo del tratamiento antirretroviral
Mujeres embarazadas que reciben tratamiento antirretroviral de alta eficacia previamente al embarazo.	Mantener el esquema siempre reemplazando las drogas potencialmente teratogénicas o asociaciones no recomendadas durante el embarazo.
Mujeres embarazadas que no reciben tratamiento antirretroviral de alta eficacia y cumplen algún criterio de comienzo.	Comenzar tratamiento, idealmente desde el inicio del segundo trimestre, a menos que por estado inmunológico o clínico sea necesario comenzar previamente.
Mujeres embarazadas que no reciben tratamiento antirretroviral de alta eficacia y NO cumplen algún criterio de comienzo.	Comenzar tratamiento, idealmente desde el inicio del segundo trimestre, y no demorarse más allá de la semana 28. NO esperar hasta ese momento si la carga viral es alta o existe riesgo de prematuridad.
Mujeres embarazadas que comienzan seguimiento después de la semana 28.	Comenzar inmediatamente.
En todos los casos se recomienda infusión de AZT EV a la madre durante el trabajo de parto (y en la cesárea), hasta la ligadura del cordón, e indicar AZT jarabe a 2 mg/kg/dosis cada 6 horas entre las 6 y 12 horas de vida, por seis semanas al recién nacido.	

## Consideraciones sobre el tratamiento antirretroviral durante el embarazo:

El objetivo del tratamiento es alcanzar el tercer trimestre con carga viral plasmática <50 copias/mL, especialmente en el momento del parto.

Realizar control temprano de carga viral (CV), 4 a 8 semanas del comienzo del tratamiento antirretroviral (o al momento del diagnóstico del embarazo si no se dispone de un resultado en las últimas 8 semanas), para evaluar respuesta virológica.

Recomendar test de resistencia si la paciente tiene viremia detectable con el TARV actual, cumple criterios de fallo virológico o antes de comenzar el tratamiento antirretroviral.

Si la CV plasmática es mayor de 1.000 copias/ml en fecha cercana al parto, se indicará cesárea, a las 38 semanas de gestación.

En general seguir los lineamientos que para el resto de los pacientes, excepto:

- Evitar efavirenz durante el primer trimestre, salvo que la paciente ya estuviera en tratamiento con EFV al comprobarse el embarazo, caso en el que puede considerarse continuar con dicho antirretroviral.
- No se recomienda comenzar nevirapina, pero es posible continuarla si la paciente ya la estaba recibiendo.
- Si se debe comenzar un esquema, es preferible AZT/3TC más LPV/r.
- El uso de atazanavir/r es una alternativa.
- El uso de saquinavir/r es aceptable.
- Todavía no existe datos suficientes sobre el uso de darunavir o raltegravir.

- Siempre que sea posible, incluir AZT en el esquema antirretroviral, o alternativamente un inhibidor nucleosídico de la TR con buen pasaje placentario (AZT, 3TC, ABC, TDF, FTC).

Cualquiera fuera el esquema de tratamiento seleccionado, la lactancia materna está **contraindicada** en nuestro medio, ya que aumenta el riesgo de transmisión perinatal del VIH. Se proveerá leche modificada a todo recién nacido de madre VIH reactiva.

### Drogas y asociaciones contraindicadas durante el embarazo:

ddl + d4T ; combinación de 3 nucleós(t)idos.

## Vacunas recomendadas

- Vacuna antineumocócica: Administrar una dosis al momento del diagnóstico, y un refuerzo a los 5 años.
- Vacuna para Influenza: Administrar una dosis anualmente.
- Vacuna Hepatitis B: En pacientes con serologías negativas, administrar 3 dosis (0 – 1 – 6 meses) y evaluar respuesta al mes de finalizado el esquema. Si fuera necesario repetir el esquema, considerar indicar doble dosis.
- Vacuna Hepatitis A: En pacientes con serología negativa, administrar dos dosis (0- 6 meses).
- Vacuna Doble adultos (dT<sub>a</sub>): Un refuerzo cada 10 años, según calendario oficial.

En todos los casos (excepto vacuna antigripal) se recomienda esperar a que los recuentos de CD4 superen 200/mm<sup>3</sup> para maximizar la probabilidad de respuesta (de acuerdo al riesgo).

## Manejo del fallo terapéutico

### Definición del Fallo Terapéutico:

Presencia de carga viral mayor a 50 copias/mL, confirmada con una segunda medición de carga viral, luego de los 6 meses de haber iniciado (o de haberse modificado) el tratamiento antirretroviral. (Tener en cuenta que si la CV basal es muy alta, ej. >750.000 copias, es posible que esto se obtenga entre los 6 y 12 meses).

Medidas generales a tomar en el momento de la detección de la falla terapéutica:

- Evaluar la adherencia, la complacencia y la tolerancia por parte del paciente al régimen que recibe. Recordar que la falta de adherencia es uno de los principales motivos de falla terapéutica.
- Descartar interacciones farmacocinéticas con medicamentos concomitantes, y con alimentos.
- Si luego de ajustar adherencia y/o resolver interacciones farmacocinéticas el paciente continúa en fallo, solicitar test de resistencia (recordar que los tests disponibles requieren cargas virales superiores a 500 por mL para producir resultados confiables).
- Solicitar tests de resistencia previos (si los hubiere) y obtener la historia completa de los tratamientos del paciente.
- Solicitar el test de resistencia mientras el paciente esté recibiendo tratamiento antirretroviral.
- Considerar solicitar test de tropismo.
- Si la carga viral está en valores entre 50 y 500 copias/mL, evaluar adherencia, re-evaluar carga viral en 1 a 2 meses.
- Si se confirma el fallo con carga viral en valores mayores a 500-1000 copias/mL, **cambiar el esquema tan pronto sea**



posible, según resultados de test de resistencia actual, previos y la historia del paciente.

### Recomendaciones para el manejo del fallo virológico:

- Si el test de resistencia no arroja mutaciones asociadas a resistencia a pesar de valor de carga viral confirmado mayor a 500/1000 copias/mL, re-evaluar adherencia e interacciones farmacológicas.
- Tener en cuenta que el objetivo del nuevo régimen, independientemente la cantidad de fallos previos, debe ser la disminución de la carga viral plasmática a menos de 400 copias/mL en 3 meses y menos de 50 copias/mL en 6 meses.
- Utilizar en el nuevo régimen por los menos dos (preferentemente 3) drogas activas según el test de resistencia actual, los tests previos y la historia del paciente. Si es posible, incluir al menos una clase de drogas no utilizada previamente.
- Solicitar test de tropismo, para evaluar la posibilidad de inclusión de maraviroc en el esquema TARV.
- Si existen opciones limitadas, considerar derivar a ensayos clínico de nuevas drogas, pero **evitar la monoterapia funcional**.
- Evitar administrar dos inhibidores de proteasa potenciados
- Si no existen 2 drogas activas disponibles, diferir el cambio a menos que el CD4 sea inferior a 100/mm<sup>3</sup> o exista progresión clínica; en ese caso el objetivo será la preservación de la función inmune.
- No se recomienda la interrupción del tratamiento.
- Si existen varias opciones terapéuticas disponibles, ponderar la simplicidad del régimen, la posibilidad de interacciones, toxicidad, futuras opciones terapéuticas.

## Profilaxis post exposición

Se recomienda realizar profilaxis post exposición en las siguientes situaciones:

TIPO DE FLUIDO	TIPO DE EXPOSICIÓN	FUENTE
- SANGRE - LCR - LÍQUIDO DE SEROSAS - FLUIDOS VISIBLEMENTE CONTAMINADOS CON SANGRE	Penetración subcutánea o intramuscular con aguja intravenosa o intramuscular, o dispositivo intravascular	- VIH(+) - Fuente desconocida pero ALTO riesgo de infección por VIH
	Herida percutánea con elemento cortante, o con aguja subcutánea o intramuscular, o aguja de sutura	- VIH(+)
	Contacto por más de 15 minutos con mucosas o con piel no intacta	
SECRECIONES GENITALES	Sexo anal o vaginal	- VIH(+) - Fuente desconocida pero ALTO riesgo de infección por VIH
	Sexo oral receptivo CON eyaculación sobre mucosa oral	- VIH(+)
USO DE DROGAS INTRAVENOSAS	Intercambio de jeringas, agujas, materiales de preparación u otro material	- VIH(+)

- Siempre se deben solicitar las serologías basales (VIH, VHB, VHC), previo consentimiento informado, de la persona expuesta (en las primeras 48 horas).
- Solicitar también test de embarazo.
- Solicitar las serologías (previo consentimiento informado) de la fuente, siempre que sea posible.
- La profilaxis debe comenzarse idealmente durante las primeras 4 horas posteriores al episodio, y no debe comenzarse después de las 48 horas, excepto en casos excepcionales.
- La duración es de 4 semanas.
- Régimen recomendado: AZT/3TC + LPV/r (podría variar según los antecedentes terapéuticos de la fuente).
- Solicitar screening de ITS en caso de exposición sexual.
- En caso de exposición sexual, realizar consejería sobre prevención de VIH e ITS, y evaluar si es una primera exposición. Tener en cuenta que en las personas con múltiples exposiciones la estrategia de utilizar profilaxis post-exposición **no está indicada**.
- Si la fuente es VIH positiva, se debe individualizar la profilaxis según los antecedentes de fallas terapéuticas previas y el esquema actual.
- Seguimiento:
  - Re-evaluación por parte de un experto de la indicación de la profilaxis a las 48-72 horas
  - Evaluar la tolerancia al régimen
  - Solicitar hemograma y hepatograma a las 2 semanas de haber comenzado la profilaxis
  - Repetir la serología para VIH a los 2, 4 y 6 meses
  - Repetir VDRL al mes si la exposición fue sexual
  - Hepatograma basal si la fuente es VHC(+). Repetir hepatograma y serología para VHC a los 4 meses.

**En nuestro medio no estará recomendada la Profilaxis Pre-exposición. Si surgiera alguna situación en particular, la misma deberá ser analizada por las autoridades del Programa Nacional de Sida.**