

# RECOMENDACIONES PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS CON INFECCIÓN POR VIH-1

RESUMEN PARA EQUIPOS DE SALUD

**Edición 2021**



Presidente de la Nación  
**Dr. Alberto Fernández**

Ministra de Salud  
**Dra. Carla Vizzotti**

Secretaria de Acceso a la Salud  
**Dra. Sandra Tirado**

Subsecretario de Estrategias Sanitarias  
**Dr. Juan Manuel Castelli**

Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles  
**Dr. Hugo Feráud**

#### Autoría

**Ariel Adaszko, Jose Barletta, Alexis Biscay, Diego Caiaffa, Mariana Ceriotto, Natalia Cochon, Gabriela Elbert, Gabriela Franco, Alejandra Gaiano, Natalia Katz, Eugenia Latorre, Sergio Martini, Sergio Maulen, Ezequiel Mauro, Malvina Mendizabal, Marcela Natiello, Fabio Nuñez, Julia Recchi, Paula Rojas Machado, Cecilia Santamaria, María Isabel Sarabia, Soledad Sequeira, María Laura Suarez Ornani.**  
(Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis)

#### Edición y diseño

**Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis**

#### Consejo Técnico Asesor

**Gabriela Barbas, Jorge Benetucci, María Belén Bouzas, Pedro Cahn, Isabel Cassetti, Analía Cudola, Gustavo Lopardo, Horacio Salomon, Omar Sued.**

---

#### **Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis**

Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925 – 9º piso (Ala Moreno) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Teléfono:** (011) 4379-9017

**Correo electrónico:** [direcciondevih@gmail.com](mailto:direcciondevih@gmail.com)

**argentina.gob.ar/salud/vih-sida**

*Línea Salud Responde: 0800 333 3444*

# ÍNDICE

PRÓLOGO DE LA EDICIÓN 2021.....	3
¿CÓMO CONFIRMAR LA INFECCIÓN POR VIH?.....	4
¿CÓMO ABORDAR EL ASESORAMIENTO INICIAL?.....	5
¿QUÉ EVALUAR EN LA PRIMERA CONSULTA?.....	6
¿CUÁNDO INICIAR EL TARV?.....	7
¿CON QUÉ INICIAR EL TARV?.....	7
CONSIDERACIONES ESPECIALES: TARV EN PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR.....	12
SEGUIMIENTO.....	13
LECTURAS ADICIONALES RECOMENDADAS.....	16
REFERENCIAS.....	17
ANEXO 1- FICHAS DE NOTIFICACIÓN.....	18
ANEXO 2 - VACUNAS RECOMENDADAS EN PERSONAS ADULTAS CON VIH.....	19
ANEXO 3 - INTERACCIONES.....	21

# PRÓLOGO DE LA EDICIÓN 2021

El inicio del tratamiento antirretroviral (TARV) es una de las intervenciones con mayor impacto en la salud de las personas con VIH (PcVIH), porque mejora significativamente la calidad y expectativa de vida, reduce el riesgo de complicaciones relacionadas y no relacionadas al VIH, y permite eliminar la posibilidad de transmisión del virus por vía sexual, impactando en la forma en la que las personas viven su sexualidad. Además disminuye la incidencia de VIH a escala poblacional, colaborando en las estrategias de control y eliminación del VIH.

Dado que el modo en que cada persona transita la infección por VIH es individual y único, es fundamental que la totalidad del proceso de atención incluyendo el diagnóstico, el inicio del tratamiento y el seguimiento; se realice con una visión integral y un abordaje individualizado, que tenga perspectiva de derechos y sea respetuoso de la diversidad y la autonomía de las personas.

**Este documento contiene información sobre:**

- » **Confirmación del diagnóstico y notificación**
- » **Asesoramiento**
- » **Evaluación inicial**
- » **Inicio del TARV**
- » **Puntos clave del seguimiento a largo plazo**
- » **Inmunizaciones**

Este documento de recomendaciones abreviadas intenta funcionar como material de consulta rápida y guiar a los equipos de salud hacia una atención de calidad de las personas con VIH.

Para seguir trabajando de manera colectiva en la construcción de estas herramientas, los equipos interdisciplinarios de esta Dirección están atentos a comentarios y a responder consultas técnicas.

Contacto: [calidadvihmsal@gmail.com](mailto:calidadvihmsal@gmail.com)

**Dirección de Respuesta al VIH,  
ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis**

## Novedades

- » Se refuerza la recomendación de iniciar el TARV lo antes posible (incluyendo el inicio en el día).
- » Se refuerza la importancia de consensuar con la persona con VIH el inicio de TARV.
- » Se incluye la solicitud de carga viral de VIH confirmatoria con una única prueba serológica positiva.
- » Se posiciona el inicio de tratamiento antirretroviral con esquemas basados en DTG tanto en triple como en biterapia.
- » Se actualizan las recomendaciones sobre uso de DTG en personas con capacidad de gestar y personas gestantes .
- » Se dan de baja del vademécum ATV 300/r, TAF/FTC/EVG/c y LPV/r 200/50 (comprimidos adultos).

## ¿CÓMO CONFIRMAR LA INFECCIÓN POR VIH?

Con el objetivo de optimizar el proceso de diagnóstico y garantizar el inicio precoz de TARV, se recomienda realizar un abordaje integrado, analizando las distintas situaciones.

En personas con serología de VIH negativa se debe promover la vinculación con equipos de prevención combinada, o bien realizar la evaluación potencial del riesgo de exposición para el ofrecimiento de estrategias preventivas adecuadas a la persona. En personas con serología de VIH positiva se debe considerar que:

- ▶ **Una única prueba de tamizaje reactiva** (ELISA, QML, aglutinación de partículas, prueba rápida, etc.) es suficiente y necesaria para solicitar carga viral confirmatoria.
- ▶ Ante sospecha de primoinfección **considerar período ventana** de las pruebas serológicas teniendo en cuenta la variabilidad entre ellas (4 semanas en los de 3ra o 3 semanas en los de 4ta generación) y evaluar solicitar carga viral de VIH (aún con pruebas de tamizaje serológicas negativas) si existe alta sospecha clínica. Considerar situaciones en las que puede presentarse una cinética de seroconversión atípica (especialmente en personas que reciben profilaxis pre y post exposición o en coinfecciones).
- ▶ En escenarios específicos como embarazo, sospecha de primoinfección de VIH y enfermedad clínica vinculada a VIH (distinta a criptococosis diseminada o tuberculosis del SNC) y/o donde la demora al resultado de la carga viral confirmatoria sea de más de una semana, se sugiere conversar y consensuar con la persona sobre el resultado preliminar, riesgos y beneficios del inicio precoz del TARV e **iniciar TARV inmediatamente** mientras se espera el resultado definitivo.
- ▶ El uso de Western-Blot u otros estudios del tipo de los inmunoensayos en línea como prueba confirmatoria, deben limitarse a situaciones puntuales (ej: prueba de tamizaje positiva y carga viral no confirmatoria).
- ▶ Junto con la determinación de carga viral confirmatoria se recomienda siempre realizar recuento de linfocitos T CD4.

En todo momento se debe garantizar la confidencialidad y voluntariedad de las pruebas de VIH desde la solicitud del estudio. Para mayor información, se sugiere consultar la Guía de Recomendaciones para el Asesoramiento Pre y Post Test<sup>1</sup> de la DRVIHyT, y la Guía Jurídica y de Orientación para las PcVIH en la Argentina<sup>2</sup>.

### **Importante: Notificación**

*Todo integrante del equipo de salud que realice un diagnóstico de VIH o que comienza a atender a una persona con esa infección, en cualquiera de los tres subsectores de salud, debe realizar la notificación epidemiológica obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), al que se accede en <https://sis.ms.gov.ar/sisa/> De no contar con usuario para realizar el reporte, deberá gestionarlo en el área responsable de la vigilancia epidemiológica en su establecimiento de salud o en la Dirección de Epidemiología de su jurisdicción.*

*Los eventos bajo vigilancia epidemiológica que deben notificarse son:*

- (a) Casos de infección por VIH,**
- (b) Embarazo y parto de mujeres con VIH y**
- (c) Expuestos perinatales al VIH.**

*Las fichas de notificación en papel que luego deben ser volcadas al SNVS pueden descargarse de*

***[https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field\\_problemativa\\_target\\_id=100&field\\_soporte\\_target\\_id=644&title](https://bancos.salud.gob.ar/bancos/materiales-para-equipos-de-salud?field_problemativa_target_id=100&field_soporte_target_id=644&title)***

*El instructivo de carga puede visualizarse en*

***<https://www.youtube.com/watch?v=JuG2etxHj6s&feature=youtu.be>***

## ¿CÓMO ABORDAR EL ASESORAMIENTO INICIAL?

Una vez confirmado el diagnóstico de VIH, es importante conversar con la persona sobre sus conocimientos previos sobre el VIH, su tratamiento y brindar información clara y basada en evidencia sobre las características de la infección por VIH, los beneficios de iniciar el TARV cuanto antes, sus derechos como sujeto autónomo y la importancia del concepto Indetectable=Intransmisible (I=I), entre otros puntos clave.

El concepto I=I hace referencia a que las personas con VIH que toman *adecuadamente un tratamiento anti-retroviral efectivo, mantienen una carga viral indetectable durante al menos seis meses y realizan controles médicos regulares, NO pueden transmitir el virus por vía sexual a otras personas*. I=I es un concepto respaldado por evidencia científica sólida<sup>4,7</sup> que debe incorporarse y contraponerse a los discursos estigmatizantes, culpabilizadores y excluyentes. Debe garantizarse que todas las personas tengan conocimiento de este concepto como una herramienta que les permita tomar decisiones informadas y basadas en evidencia sobre su propio cuerpo, vida y salud sexual con la mayor comprensión de causa posible e información de calidad actualizada.

Dado que el TARV debe asumirse como un **tratamiento de por vida**, su éxito a largo plazo requiere que la PcVIH esté de acuerdo en iniciarlo y sostenerlo, y conozca claramente sus beneficios, así como los inconvenientes que pueden generar las interrupciones o brechas en el tratamiento. Por lo tanto, es importante una conversación respetuosa y centrada en la autonomía de las personas que permita que la PcVIH comprenda los amplios beneficios del TARV sobre su calidad de vida, exprese abiertamente sus preferencias y dudas en relación al tratamiento, así como asegurar que el inicio del TARV sea una decisión consensuada entre la PcVIH y el equipo de salud.

Esta instancia es oportuna para poner a la persona en conocimiento sobre distintos grupos y/o redes de personas con VIH como también facilitar materiales de información tales como la Guía “Vivir en Positivo” ([bit.ly/VivirPositivo](http://bit.ly/VivirPositivo)). Para información sobre redes o grupos de personas con VIH comunicarse al 0800-333-3444.

## ¿QUÉ EVALUAR EN LA PRIMERA CONSULTA?

Uno de los ejes fundamentales en el abordaje de una persona con VIH implica lograr que el VIH y/o el tratamiento antirretroviral no impacten negativamente sobre la salud física, psíquica, social y/o emocional en todas sus formas, por lo que se debe aplicar un abordaje integral, multidisciplinario y multifacético desde el mismo diagnóstico y debe ser reforzado en cada consulta.

Una vez realizado el asesoramiento y despejadas las dudas se sugiere, de ser posible (sin retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral), realizar una evaluación clínica completa, evaluando riesgo cardiovascular (por score de Framingham o equivalente), salud mental, salud sexual y reproductiva, situación psicosocial, valoración del consumo de sustancias, actualizar y/o completar el calendario de vacunación (**Anexo 2 y para mayor información [bit.ly/VacunaEnHuespedes](http://bit.ly/VacunaEnHuespedes)**), y además solicitar:

- ▶ **Carga viral de VIH**, si no se hubiera realizado en el momento de la confirmación diagnóstica (como fue explicado en ítem de confirmación de diagnóstico de HIV). Recordar extraer muestra para carga viral **antes** de iniciar TARV (según recomendaciones de extracción y conservación de muestras). Para ello se recomienda consultar previamente en el laboratorio prestador, la posibilidad de conservar y acondicionar apropiadamente las muestras tomadas para su posterior envío con la finalidad de no perder la oportunidad de la toma de las mismas.
- ▶ **Recuento de linfocitos T CD4.**
- ▶ **Estudio de resistencia/genotipificación convencional\*** (para transcriptasa reversa y proteasa). Consultar previamente al laboratorio prestador, sobre las instrucciones para la correcta recolección, preservación y envío de la misma con el fin de favorecer su realización en forma oportuna. Se recomienda realizar este estudio fundamentalmente en las siguientes situaciones:
  - » Si se planea iniciar biterapia (ej: dolutegravir + lamivudina) o esquemas basados en efavirenz;
  - » Embarazo;
  - » Sospecha de resistencia transmitida;
  - » Personas con exposición previa a antirretrovirales (TARV y profilaxis pre o post-exposición).
- ▶ **Laboratorio completo que incluya hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, función renal, perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos) y glucemia.**
- ▶ **Serología para ITS (sífilis, hepatitis B [HBsAg, HBcAc, HBsAc], hepatitis C y hepatitis A (IgG)), toxoplasmosis (IgG) y chagas (dos métodos).**
- ▶ **RX de tórax y PPD** para descartar infección tuberculosa latente. Si la PPD es de 5 mm o más (habiéndose descartado tuberculosis activa) debe realizarse tratamiento de la infección tuberculosa latente. En personas con síntomas respiratorios se debe realizar además de la RX de tórax, **baciloscopia de esputo** para descartar tuberculosis activa de acuerdo con las recomendaciones vigentes (**[bit.ly/TB-PNA](http://bit.ly/TB-PNA)**).
- ▶ **Estudio de HLA-B\*5701** (para identificar a personas con alto riesgo de hipersensibilidad al abacavir) en el caso de considerarse el uso actual o futuro de abacavir.
- ▶ **Test de embarazo** en personas con capacidad de gestar cuando no se haya descartado embarazo.
- ▶ En personas con recuento de CD4 <100 cel/ml tamizaje de infección por **Cryptococcus neoformans (antigenemia)**<sup>3</sup>.

\* No se debe esperar en forma rutinaria el resultado de ninguno de los estudios complementarios para iniciar tratamiento antirretroviral, excepto el estudio de HLA B\*5701 antes de indicar abacavir y la antigenemia en el caso de sospecha infección diseminada por Cryptococcus Neoformans. La solicitud del estudio de resistencia basal en personas naive no debe demorar el inicio del tratamiento: no esperar el resultado para iniciar el TARV, sino adecuarlo con posterioridad en caso de que se detecten mutaciones de resistencia relevantes.

## ¿CUÁNDO INICIAR EL TARV?

**El inicio del TARV está fuertemente recomendado para todas las PcVIH, independientemente de su carga viral, recuento de CD4 y estadio clínico.**

Hay una amplia evidencia de que el TARV es una intervención que mejora significativamente la calidad y expectativa de vida de las PcVIH, y previene la transmisión del VIH<sup>8,10</sup>.

Siempre que la PcVIH esté informada y preste consentimiento, y que no existan contraindicaciones clínicas, se recomienda iniciar el TARV lo antes posible (dentro de los 7 días) e idealmente el mismo día de la confirmación diagnóstica.

En situaciones como embarazo, sospecha de infección aguda, síntomas relacionados al VIH, parejas serodiscordantes, personas mayores de 50 años, CD4 menor a 350 o enfermedad oportunista/relacionada activa, entre otras, se recomienda fuertemente iniciar TARV inmediatamente (incluyendo el inicio del tratamiento en el día del diagnóstico).

Con excepción del escenario puntual de la criptococosis diseminada y la tuberculosis del sistema nervioso central, en los que es necesario diferir temporalmente el TARV<sup>2,9,10</sup>, las infecciones oportunistas y enfermedades relacionadas no son per se un motivo para retrasar el inicio del TARV<sup>11</sup>. Por el contrario, *en el escenario de inmunosupresión avanzada iniciar el TARV a la brevedad debe ser una PRIORIDAD*. En esa línea, se fortalece la indicación de esquemas aptos para iniciarse en el día (**Tabla 1**).

## ¿CON QUÉ INICIAR EL TARV?

En términos generales, debe seleccionarse en todos los casos el esquema con la mayor eficacia, menor toxicidad, mayor barrera genética y mejor posología posible (es decir, menor cantidad de comprimidos y tomas diarias). Bajo ningún concepto es aceptable que una persona reciba un esquema subóptimo en relación a efectividad clínica.

**De primera elección se recomienda una combinación de drogas basadas en el inhibidor de la integrasa (INSTI) “dolutegravir”.** En función de sus perfiles de eficacia y seguridad, posología y datos de prevalencia de resistencia transmitida en nuestro medio, el uso de esquemas basados en inhibidores de la proteasa potenciados (IP/r) o inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTI) debe limitarse a escenarios seleccionados en personas que no sean candidatas a terapia con dolutegravir.

La **Tabla 1** enumera los esquemas disponibles en el sistema público para inicio en personas sin exposición previa al TARV.

En personas con exposición previa al TARV o en las que se presuma alta probabilidad de resistencia transmitida es especialmente importante la realización del estudio de resistencia/genotipificación previa al inicio del tratamiento y tener en cuenta este antecedente al momento de seleccionar el esquema de tratamiento.

En situaciones especiales (contraindicación o intolerancia a drogas de primera línea, embarazo, comorbilidades, etcétera), se dispone de drogas alternativas, algunas de las cuales están sujetas a autorización y auditoría para su prescripción (**Tabla 2**).

Los esquemas no recomendados son aquellos que por su baja eficacia, toxicidad o posología subóptima no deberían indicarse, excepto en situaciones excepcionales. Se consideran no recomendados en adultos, entre otros, los esquemas que impliquen monoterapia funcional (aun monoterapia con IP o DTG), contengan zidovudina, inhibidores de la proteasa no potenciados, nevirapina, lopinavir/ritonavir o estén basados 3 NRTI. Todas las personas que reciban esquemas con toxicidad claramente establecida y clínicamente relevante requieren un cambio en el tratamiento antirretroviral siempre que esto sea posible (Tabla 3). Tampoco se recomiendan interrupciones de tratamiento, secuenciales o prolongadas

En función de la generación continua de evidencia científica y la actualización de las recomendaciones de tratamiento, *todas las personas requieren evaluación continua de su tratamiento ARV y considerar fuertemente la posibilidad de simplificación a esquemas con menor número de comprimidos y/o menor toxicidad cuando esto sea posible, sin comprometer la eficacia virológica.*

En personas con coinfección con Hepatitis B notificar la misma en SVIH, indicar TARV que incluya TDF o TAF dentro del esquema y realizar control semestral del mismo con carga viral de VHB y ecografía hepática.



## TABLA 1: Esquemas TARV recomendados para personas naive de tratamiento.

No requieren auditoría/autorización previo a su prescripción.

Régimen	Comentarios
<b>REGÍMENES PREFERIDOS</b>	
2NRTI + INSTI o 3TC + INSTI	
<p><b>DTG 50mg + TDF/FTC 300/200 mg o TDF/3TC 300/300mg</b></p> <p>FTC y 3TC se consideran opciones equivalentes e intercambiables entre sí<sup>12</sup>.</p>	<p>En general APTO para inicio el mismo día de la confirmación diagnóstica.</p> <p>Evitar el uso de TDF en personas con clearance de creatinina calculado menor a 60 ml/min o con antecedente de osteoporosis clínicamente establecida.</p> <p>De elección en embarazo y en personas con capacidad de gestar<sup>13,14</sup>.</p> <p>Realizar evaluación riesgo/beneficio individualizada con la información actualizada y priorizar autonomía y decisión informada de las PcVIH antes de prescribir esquemas que contengan DTG en personas con capacidad de gestar que no empleen anticoncepción apropiada y en personas gestantes.</p> <p>En caso de asociación con rifampicina debe emplearse DTG en dosis de 50 mg cada 12 horas.</p> <p>Coformulación (3TC-TDF-DTG) disponible en el sistema público.</p>
<p><b>DTG 50mg + 3TC 300mg</b></p>	<p>Puede ser APTO para inicio en el día.</p> <p>Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo).</p> <p>Requiere test de resistencia basal que descarte presencia de M184V u otras mutaciones de resistencia a 3TC (puede extraerse muestra para test de resistencia, iniciar biterapia y reevaluar con resultados).</p> <p>Únicamente en personas con CV basal &lt; 500.000 copias/ml.</p> <p>Realizar evaluación riesgo/beneficio individualizada y priorizar autonomía y decisión informada de las PcVIH antes de prescribir esquemas que contengan DTG en personas con capacidad de gestar que no empleen anticoncepción apropiada.</p> <p><b>No emplear durante embarazo.</b></p> <p><b>No emplear en personas que reciben rifampicina u otros inductores del CYP (carbamazepina, fenitoína, entre otros).</b></p>
<p><b>DTG 50mg + ABC/3TC 600/300mg</b></p>	<p>En general <b>NO</b> APTO para inicio en el día.</p> <p>Requiere descartar HLA-B*5701 previo al inicio.</p> <p>Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo).</p> <p>No se recomienda en personas con elevado riesgo cardiovascular (score Framingham mayor o igual a 20% o equivalente).</p> <p>Considerado alternativo en el embarazo por la necesidad previa de estudio HLA que difiere el inicio inmediato.</p> <p>Realizar evaluación riesgo/beneficio individualizada y priorizar autonomía y decisión informada de las PcVIH antes de prescribir esquemas que contengan DTG en personas con capacidad de gestar que no empleen anticoncepción apropiada.</p> <p>En caso de asociación con rifampicina debe emplearse DTG en dosis de 50mg cada 12 horas.</p>

## REGÍMENES ALTERNATIVOS

### 2NRTI + IP/r

<p><b>DRV/r 800/100 mg + TDF/FTC 300/200mg o TDF/3TC 300/300mg</b></p> <p>FTC y 3TC se consideran opciones equivalentes e intercambiables entre sí(12).</p>	<p>En general APTO para inicio el mismo día de la confirmación diagnóstica.</p> <p>Evitar el uso de TDF en personas con clearance de creatinina calculado menor a 60 ml/min o con antecedente de osteoporosis clínicamente establecida.</p> <p>Evaluar impacto metabólico de IP.</p> <p>Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes (<b>ver Anexo 3</b>).</p> <p>Precaución en personas con antecedente conocido de alergia a sulfonamidas.</p> <p>En embarazo DRV/r debe indicarse en dosis de 600/100mg c/12 hs. En casos que la persona gestante se encuentre indetectable con dosis de 800/100mg es innecesaria la modificación de la dosis.</p>
<p><b>DRV/r 800/100mg + ABC/3TC 600/300mg</b></p>	<p>En general <b>NO APTO</b> para inicio en el día.</p> <p>Requiere descartar HLA-B*5701 previo al inicio.</p> <p>Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo).</p> <p>No se recomienda en personas con elevado riesgo cardiovascular (score Framingham mayor o igual a 20% o equivalente).</p> <p>Evaluar impacto metabólico de IP.</p> <p>Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes (<b>ver Anexo 3</b>).</p> <p>Precaución en personas con antecedente conocido de alergia a sulfonamidas.</p> <p>Administrar con las comidas.</p>

### 1NRTI + IP/r

<p><b>DRV/r 800/100mg + 3TC 300mg</b></p>	<p>Opción de tratamiento para simplificación en personas en supresión virológica por más de 6 meses.</p> <p>Requiere descartar hepatitis B crónica (HBsAg negativo).</p> <p>Requiere test de resistencia basal que descarte presencia de M184V u otras mutaciones de resistencia a 3TC. No emplear en personas con antecedente de fallo previo a IP o INTR.</p> <p>Evaluar impacto metabólico de IP.</p> <p><b>No emplear en el embarazo.</b></p> <p>Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes (<b>ver Anexo 3</b>).</p> <p>Precaución en personas con antecedente conocido de alergia a sulfonamidas.</p> <p>Administrar con las comidas.</p>
---	--

### 2NRTI + 1NNRTI

<p><b>TDF/FTC/EFV 300/200/600mg</b></p>	<p>Opción en personas con tuberculosis que reciban tratamiento con rifampicina. <i>En otros escenarios se considera no recomendado.</i></p> <p>Administrar antes de dormir.</p> <p>Requiere test de resistencia basal que descarte mutaciones de resistencia (puede extraer muestra para test de resistencia, iniciar tratamiento y reevaluar con resultados).</p> <p>Considerar su menor barrera genética y eficacia en comparación con otros regímenes disponibles.</p> <p>Considerar impacto neuropsiquiátrico (No recomendado en personas con antecedente de trastorno depresivo y/o suicidalidad).</p> <p>Emplear coformulación TDF/FTC/EFV siempre que sea posible.</p>
---	---

\*En el marco de la salud pública y garantizando en todo momento su eficacia y seguridad, se ponderan aspectos particulares al momento de seleccionar los esquemas recomendados. Fuera del ámbito de las recomendaciones de esta Dirección, se considera que los distintos inhibidores de la integrasa (raltegravir, dolutegravir, bictegravir, elvitegravir) son drogas de elección para el tratamiento de inicio de las personas con VIH.

## TABLA 2: Drogas disponibles para su uso en situaciones especiales.

Requieren auditoría/autorización previo a su prescripción.

Droga	Comentarios
RAL 400 mg	<p><b>Reservado para personas en situaciones seleccionadas incluyendo (entre otras):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraindicación formal o intolerancia documentada a esquemas de primera línea y alternativos.</li> <li>• Interacciones significativas.</li> </ul> <p>Administrar cada 12 horas.</p> <p>En función de datos que muestran menor eficacia, se considera <b>no recomendado en personas con tuberculosis que reciban rifampicina.</b></p> <p>En asociación con ABC/3TC, no emplear en personas con CV basal <math>\geq</math> 100.000.</p> <p>En asociación con ABC/3TC, no se recomienda en personas con elevado riesgo cardiovascular (score Framingham mayor o igual a 20% o equivalente).</p> <p>Considerada como droga de elección en casos de presentación tardía que inician tratamiento después de la semana 32 o en aquellas con carga viral de VIH detectable en el tercer trimestre que no estuvieran recibiendo inhibidores de la integrasa.</p> <p>Considerada como droga alternativa para inicio en personas gestantes..</p>
TAF/FTC 25/200mg	<p><b>Reservado para personas con contraindicación a TDF y ABC y que no sean candidatas a biterapia con DTG + 3TC.</b></p> <p>En asociación con ritonavir o cobicistat emplear TAF/FTC 10/200mg. (a la fecha de publicación de este documento no se cuenta con esta formulación en el vademécum de la Dirección).</p> <p>No se recomienda su uso en personas con clearance de creatinina estimado menor a 30 ml/min.</p> <p>Evaluar impacto en incremento de peso.</p> <p><b>Alternativo en el embarazo.</b> TAF mostró similar perfil de seguridad que TDF/FTC pero podría asociarse a mayor incremento de peso.</p>
DRV/r 600/100mg	<p><b>Reservado para personas con fallo virológico</b></p> <p>Evaluar impacto metabólico de IP.</p> <p>Siempre que se prescriban esquemas que incluyan ritonavir o cobicistat, informar verbalmente y por escrito las interacciones más relevantes (ver Anexo 3).</p> <p>Precaución en personas con antecedente conocido de alergia a sulfonamidas.</p> <p>Administrar cada 12 horas con las comidas.</p>
MVC 150mg o 300mg	<p><b>Reservado para personas con fallo virológico avanzado o exposición a múltiples esquemas previos.</b></p> <p>Requiere confirmación de tropismo CCR5 previo a su prescripción.</p> <p>En asociación con ritonavir o cobicistat emplear 150mg cada 12 horas.</p> <p>En esquemas sin ritonavir o cobicistat emplear 300mg cada 12 horas.</p>
ETV 200mg	<p><b>Reservado para personas con fallo virológico avanzado o exposición a múltiples esquemas previos.</b></p> <p>Administrar cada 12 horas con las comidas.</p>

**TABLA 3:** Drogas no recomendadas.

Droga	Comentarios
NVP 200mg	No recomendada por posología.
AZT/3TC 600/300mg	No recomendado por posología y toxicidad.
ATV 200mg y ATV 300mg + RTV 100mg	No recomendado por posología, toxicidad e interacciones.
LPV/r 200/50mg	No recomendado por posología, toxicidad e interacciones.
EFV 600mg	No recomendado por toxicidad y eficacia, excepto en personas con tuberculosis que reciban rifampicina

**Nota.** NRTI: inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa. NNRTI: inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa. IP/r: inhibidor de la proteasa potenciado. ABC: abacavir. AZT: zidovudina. 3TC: lamivudina. FTC: emtricitabina. TDF: tenofovir disoproxil fumarato. TAF: tenofovir alafenamida. DRV/r: darunavir/ritonavir. ATV/r: atazanavir/ritonavir. LPV/r: lopinavir/ritonavir. DTG: dolutegravir. RAL: raltegravir. EVG/c: elvitegravir/cobicistat. BIC: bictegravir. EFV: efavirenz. NVP: nevirapina. ETV: etravirina. MVC: maraviroc. CV: carga viral plasmática HIV-1 RNA. HBsAg: antígeno de superficie de la hepatitis B.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES: TARV EN PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR

En términos generales, *el dolutegravir se considera la droga de elección en el tratamiento del VIH en personas gestantes*. La evidencia disponible muestra que el riesgo absoluto de defectos del cierre del tubo neural asociado a su uso en el período periconcepcional es muy bajo<sup>14</sup>. *El Registro de Antirretrovirales en Embarazo (<http://www.apregistry.com/InterimReport.aspx>) ha monitoreado un número suficiente de exposiciones a DTG durante el primer trimestre para detectar al menos un aumento del doble en el riesgo de defectos de nacimiento en general. No se ha observado tal aumento en el riesgo de defectos de nacimiento con DTG.*

En función de la mayor eficacia y seguridad de DTG en comparación con regímenes alternativos y en línea con las recomendaciones internacionales(13), se recomienda una evaluación de riesgo/beneficio individualizada y priorizar la autonomía y decisión informada de las PcVIH antes de prescribir esquemas que contengan DTG en personas con capacidad de gestar que no empleen anticoncepción apropiada.

Un análisis sobre más de 155.000 nacimientos, evidencio que la prevalencia de defectos del tubo neural (DTN) entre los neonatos que recibieron DTG durante la concepción fue del 0.19% (7 DTN en 3591 nacimientos) mientras que la prevalencia de DTN en mujeres que recibieron otros TARV en el período de concepción fue del 0.1%. La diferencia entre ambos grupos fue del 0.09% (IC 95%: -0.03%-0.30%) no presentando significación estadística<sup>14</sup>. Es importante ponderar especialmente el bajo riesgo absoluto de posibles defectos del tubo neural asociados al uso de DTG versus la mayor toxicidad, peor tolerabilidad, menor eficacia e interacciones de regímenes alternativos.

En personas que empleen anticoncepción, se considera que los regímenes basados en DTG son de primera elección.

*En función de la evidencia disponible, se consideran esquemas **no recomendados durante la gestación**:*

- ▶ *Aquellos que incluyan:*
  - » AZT
  - » Cobicistat
  - » BIC
  - » LPV/r
- ▶ *Biterapia DTG + 3TC o DRV/r + 3TC.*
- ▶ *Inicio con DRV800/r*
- ▶ *Raltegravir en dosis de 1200mg/d en una toma diaria.*

Se refuerza la necesidad de realizar fármaco vigilancia del uso de dolutegravir y cobicistat durante la gestación y de los niños y las niñas expuestos/as durante el embarazo mediante notificación al ANMAT a través de [bit.ly/anmatFV](http://bit.ly/anmatFV), al teléfono 4340-0866 o por mail: [snfvvg@anmat.gov.ar](mailto:snfvvg@anmat.gov.ar) y a la DRVIHyT al mail [agfsida@msal.gov.ar](mailto:agfsida@msal.gov.ar).

## SEGUIMIENTO

Se sugiere una visita entre las dos y cuatro semanas luego del inicio del TARV para identificar precozmente posibles brechas en la adherencia y eventos adversos, incluyendo la potencial aparición de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune y/o infecciones oportunistas. Cuando el recurso esté disponible, esta visita puede ser realizada en forma remota (ej: telemedicina). La **Tabla 4** resume el cronograma mínimo de control y seguimiento recomendado en personas clínicamente estables.

En el seguimiento de la persona con VIH, debemos considerar que un objetivo mínimo del tratamiento consiste en **lograr la supresión virológica dentro de los 6 meses de iniciado el esquema antirretroviral**. Está fuertemente **desaconsejado** mantener **una carga viral detectable** luego de los 6 meses de iniciado el TARV salvo en casos excepcionales (por ejemplo, carga viral basal muy elevada en los que el tiempo hasta lograr la indetectabilidad puede prolongarse).

**TABLA 4:** Monitoreo y seguimiento de laboratorio recomendados.

	Basal	2-4 semanas de iniciado nuevo esquema	6-8 semanas de iniciado nuevo esquema	Cada 4-6 meses	Comentarios
EVALUACIÓN CLÍNICA	○	○	○	○	Evaluar adherencia al TARV y a los controles médicos en cada consulta.
CARGA VIRAL (CV) VIH	○		○	○	Repetir a las 6-12 semanas de iniciar o cambiar el TARV, luego cada 4 meses hasta alcanzar CV no detectable (cada 3 meses con recuento de CD4<200 cel./ml), y luego cada 6 meses en el caso de CV no detectable con buena adherencia y sin interurrencias.
RECuento DE CD4	○				En personas con recuento de CD4<200 cel./ml, repetir cada 4 meses. Con CD4 entre 200 y 500, repetir cada 6 meses. En personas con supresión virológica sostenida y recuento de CD4>500 por al menos un año, no repetir excepto situaciones clínicas puntuales (ej: fallo virológico, sospecha de infección oportunista o enfermedad asociada al VIH).  Indicar profilaxis primaria con TMS trisemanal o diario en todas las PcVIH con CD4 menor de 200 cel/mm3 hasta tener 2 determinaciones por encima de ese valor.

<p><b>MONITOREO DE EVENTOS ADVERSOS</b></p>	○	○	○	○	<p>Debe rastrearse activamente en todas las visitas la aparición de posibles eventos adversos.</p>
<p><b>HEMOGRAMA, ERS, HEPATOGRAMA, GLUCEMIA, LDL, HDL, COLESTEROL TOTAL, TRIGLICÉRIDOS</b></p>	○		○	○	<p>Repetir cada 6 meses excepto otra indicación médica.</p> <p>LDL, HDL, COLESTEROL TOTAL y TRIGLICERIDOS pueden repetirse anualmente en personas sin dislipidemias ni otra condición que interfiera con los mismos.</p>
<p><b>TEST DE SÍFILIS</b></p> <p>Test rápido, VDRL o quimioluminiscencia.</p>	○		○	○	<p>Repetir al menos semestralmente, o con mayor frecuencia en poblaciones de alta incidencia. Utilizar test no treponémicos en personas con antecedente de sífilis.</p>
<p><b>FUNCIÓN RENAL</b></p> <p>Creatinina plasmática, clearance de creatinina estimado. Se recomienda uso de fórmula MDRD-4 o similares.</p>	○		○		<p>En personas menores de 40 años, sin patología renal concomitante ni uso de drogas potencialmente nefrotóxicas y con clearance de creatinina basal estimado &gt;90ml/min, considerar monitoreo anual.</p>

<b>TEST DE HEPATITIS B HBsAc, HBcAc, HBsAg (solo en personas no vacunadas).</b>	<input type="radio"/>				En personas sin evidencia de infección pasada por HBV, indicar inmunización (anexo 2) y dosar anticuerpos contra el antígeno de superficie (HBsAc) al menos un mes después de la última dosis y repetir el esquema frente a títulos <10 IU/ml (considerar empleo de doble dosis). Repetir dosaje de HBsAc anualmente e indicar refuerzo en caso de títulos por debajo de 10 UI/ml y controlar respuesta.
<b>Test de Hepatitis C Test ELISA o similar.</b>	<input type="radio"/>				Repetir anualmente o ante sospecha clínica.
<b>TEST DE HEPATITIS A Serología IgG (sólo en no vacunados).</b>	<input type="radio"/>				Confirmar inmunización con dosaje de IgG un mes posterior a la segunda dosis de vacuna en el caso de haber sido administrada.
<b>SEROLOGÍA PARA TOXOPLASMOSIS (IgG) Y CHAGAS (por dos métodos)</b>	<input type="radio"/>				Sin valor como estudios de seguimiento.

## Requisitos para la provisión de drogas antirretrovirales en efectores del sistema público\*

- » Tratamiento actualizado, ingresado y aprobado en el SVIH.
- » Registrarse la dispensa del tratamiento antirretroviral en el SVIH.

Ante cualquier duda o inconveniente comunicarse por mail a [calidadvihmsal@gmail.com](mailto:calidadvihmsal@gmail.com) por asuntos médicos o a [capacitacionsvih@gmail.com](mailto:capacitacionsvih@gmail.com) por asuntos relacionados al SVIH o al teléfono (011) 4379-9017.

\*Cumplir los requisitos para la dispensa de medicamentos según Ley N° 23.798 – Ley Nacional de Sida, Resolución Ministerial N° 763/98 – Normas de procedimientos para la solicitud de medicamentos y Disposición ANMAT N° 3.475/05 – Reglamento Técnico Mercosur sobre Buenas Prácticas de Distribución de Productos Farmacéuticos.



## LECTURAS ADICIONALES RECOMENDADAS

- ▶ Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2018. ([bit.ly/3izGgmp](https://bit.ly/3izGgmp))
- ▶ Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. Dirección de SIDA y ETS, 2016. ([bit.ly/2VxDJk7](https://bit.ly/2VxDJk7))
- ▶ Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias Guía para equipos de salud Secretaría de Acceso a la Salud Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Dirección de Generos y Diversidad Actualización 2020. ([bit.ly/3AwLlIJ](https://bit.ly/3AwLlIJ))
- ▶ Consenso Argentino de terapia antirretroviral 2018/2019 - Sociedad Argentina de Infectología, 2019. (<https://bit.ly/3s2DHMV>)
- ▶ Evaluación inicial y seguimiento de pacientes con infección por HIV - Documento técnico de la Comisión de SIDA e ITS. Sociedad Argentina de Infectología. 2019. ([bit.ly/EvaluacionesTARV](https://bit.ly/EvaluacionesTARV))
- ▶ Recomendaciones sobre el manejo de infecciones oportunistas en pacientes con infección por HIV Sociedad Argentina de Infectología, 2016. ([bit.ly/RecomendacionSadi](https://bit.ly/RecomendacionSadi))
- ▶ Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Organización Mundial de la Salud, 2016. ([bit.ly/3yBLMdT](https://bit.ly/3yBLMdT))
- ▶ Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. OMS, 2021. ([bit.ly/DirectrizOMS](https://bit.ly/DirectrizOMS))
- ▶ Vivir en positivo. Guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC, 2016. ([bit.ly/VivirPositivo](https://bit.ly/VivirPositivo))

## REFERENCIAS

1. Guía diagnóstico y asesoramiento de VIH. Disponible en: [bit.ly/GuiaVIH](https://bit.ly/GuiaVIH)
2. Guía de derechos y orientación para personas con VIH en Argentina [Internet]. 2016. Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [bit.ly/VIHDerechos](https://bit.ly/VIHDerechos)
3. Directrices para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la criptococosis en niños, adolescentes y adultos con infección por el VIH. Sinopsis de política OPS 2021. Disponible en <https://bit.ly/criptococosisOPS>
4. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. JAMA. 12 de julio de 2016;316(2):171-81.
5. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. LancetLondEngl. 2 de mayo de 2019;
6. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. N Engl J Med. 11 de agosto de 2011;365(6):493-505.
7. Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable [Internet]. 2019. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC - Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: [bit.ly/Indetectable-Intransmisible](https://bit.ly/Indetectable-Intransmisible)
8. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. N Engl J Med. 27 de agosto de 2015;373(9):808-22.
9. INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 27 de agosto de 2015;373(9):795-807.
10. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. N Engl J Med. 1 de septiembre de 2016;375(9):830-9.
11. Guía Práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención. [Internet]. 2018. Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: [bit.ly/GuiaPrimerNiveldeAtencion](https://bit.ly/GuiaPrimerNiveldeAtencion)
12. Technical update on treatment optimization: pharmacological equivalence and clinical interchangeability of lamivudine and emtricitabine: a review of current literature. [Internet]. 2012. World Health Organization. Disponible en: [bit.ly/ActualizacionWHO](https://bit.ly/ActualizacionWHO)
13. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1- Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Disponible en: [bit.ly/TratamientoEnEmbarazadas](https://bit.ly/TratamientoEnEmbarazadas)
14. Zash R, Holmes L, Diseko M, et al. Update on neural tube defects with antiretroviral exposure in the Tsepamo study, Botswana. Presented at: International AIDS Conference. 2020. Virtual Conference.

## FICHA DE NOTIFICACIÓN DE VIH

(El caso se considerará notificado cuando esté debidamente ingresado en el SNVS)

Se notificará cuando un profesional de la salud atienda por primera vez a una persona con diagnóstico confirmado de VIH, independientemente del estado clínico de la infección. En el caso de los puntos de atención, se notificará una vez que la persona tenga una prueba rápida positiva.

Fecha de recolección en papel

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

CÓDIGO									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A	B	C	D	E					

A: 1ra y 2da letra del primer nombre (ej. María Ines= MA)      D: Mes de nacimiento (MM)  
 B: 1ra y 2da letra del primer apellido (ej. Gomez Fuentes=GO)      E: Año de nacimiento (AAAA)  
 C: Día de nacimiento (DD)      EJEMPLO: MAGO 03 06 1986

Tipo de documento

Número de documento:

AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

**Género**

**Varón cis:** la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.  
 **Mujer cis:** la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.  
 **Varón trans:** identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.  
 **Mujer trans:** identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento varón.  
 **Otro**

**Lugar de residencia** →  **Argentina** Provincia: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_  
 **Desconocido**       **Otro país:** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Cobertura social** →  **Plan /Seguro público**     **Obra social**     **Plan salud privado/Mutual**     **Ninguno**

**Nivel de educación máximo alcanzado**

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto	<input type="checkbox"/> Terciario completo
<input type="checkbox"/> Primario incompleto	<input type="checkbox"/> Secundario completo	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
<input type="checkbox"/> Primario completo	<input type="checkbox"/> Terciario incompleto	<input type="checkbox"/> Universitario completo

FICHA DEL CIUDADANO

### CLÍNICA

**Establecimiento:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_  
**Profesional:** \_\_\_\_\_ **Fecha de consulta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diagnóstico referido/constatado** → Fecha de diagnóstico →  Conocida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Desconocida  
 Recuento T-CD4 al diagnóstico valor: \_\_\_\_\_ CD4% al diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Diagnóstico durante embarazo/parto/puerperio?  NO  SI →  Embarazo anterior  
 Embarazo actual →  Embarazo     Parto     Puerperio

**Diag. referido/Estadio clínico al momento del diag. confirmado** →  Asintomático     Síndrome retroviral agudo     Sintomático sin criterio de sida  
 Enfermedad marcadora de sida     Prueba rápida positiva para VIH     Desconocido

**Comorbilidades:**  Hepatitis B →  Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Fecha desconocida  
 Hepatitis C →  Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Fecha desconocida

**Internación** →  NO  SI **Establecimiento:** \_\_\_\_\_  
**Profesional:** \_\_\_\_\_

CLÍNICA



## ANEXO 2

### VACUNAS RECOMENDADAS EN PERSONAS ADULTAS CON VIH

El presente anexo integra las Recomendaciones para el inicio de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1, y se refiere exclusivamente a las vacunas indicadas en personas adultas con infección por VIH. Todas las consultas de seguimiento deben constituir una oportunidad para verificar el esquema de vacunación, incluyendo las vacunas de la infancia.

#### VACUNA CONTRA HEPATITIS B (HBV)

Recomendada en forma universal (esquema 0-1-6 meses).

Dosar anticuerpos contra el antígeno de superficie (HBsAc) al menos un mes después de la última dosis y repetir el esquema frente a títulos <10 IU/ml (considerar empleo de doble dosis). Repetir dosaje de HBsAc anualmente e indicar refuerzo en caso de títulos por debajo de 10 UI/ml y controlar respuesta.

#### VACUNA CONTRA HEPATITIS A (HAV)

Recomendada en forma rutinaria en todas las personas con VIH con serología IgG contra hepatitis A no reactiva.

Si se emplea vacuna contra HAV combinada con HBV en el mismo vial: 3 dosis (esquema 0-1-6 meses).

Si se emplea vacuna contra HAV sin componente HBV: 2 dosis (esquema 0-6 meses).

#### VACUNA ANTINEUMOCÓCICA

Se recomienda aplicación de esquema secuencial de vacuna conjugada de 13 serotipos (VCN13) y vacuna polisacárida de 23 serotipos (VPN23) de acuerdo al siguiente algoritmo:

- ▶ Personas sin vacunación previa: 1 dosis de VCN13 + 1 dosis de VPN23 con intervalo mínimo de 8 semanas. Refuerzo de VPN23 a los 5 años de la dosis previa por única vez hasta los 65 años y refuerzo a los 65 años, si hubieran pasado más de 5 años desde la dosis previa .
- ▶ Personas que recibieron previamente VPN23: 1 dosis de VCN13 con intervalo mínimo de un año luego de la VPN23. Refuerzo de VPN23 a los 5 años de la dosis inicial, con intervalo mínimo de 8 semanas respecto de la VCN13. Único refuerzo a los 65 años (si hubieran pasado más de 5 años desde la dosis previa).

#### VACUNA ANTIGRIPIAL

Se recomienda vacunación anual, independientemente del nivel de CD4.

Dado que las cepas incluidas en la vacuna pueden variar en forma estacional, se recomienda consultar los lineamientos emitidos anualmente por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. [bit.ly/GuiaOperativaVacunacionAntigripal](http://bit.ly/GuiaOperativaVacunacionAntigripal)

#### VACUNA DT /DTPA

Recomendada en forma universal cada 10 años en personas con esquema 0-1-6/12 completo, independientemente del nivel de CD4.

Considerar reemplazar una dosis de dT por dTpa.

### **VACUNA CONTRA LA VARICELA (VZV)**

Recomendada en huéspedes susceptibles (sin antecedente de enfermedad clínica ni vacunados) con recuento de CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup> (15%), en esquema de 2 dosis con intervalo de 4 a 8 semanas.

### **VACUNA TRIPLE VIRAL (SRP) Y DOBLE VIRAL (SR)\***

**VACUNA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA (SR O DOBLE VIRAL) O CONTRA SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAPERAS (SRP-TRIPLE VIRAL).**

Los adultos nacidos después de 1965 deben acreditar dos dosis de vacuna SR o SRP luego del año de vida, o bien constatar IgG reactiva contra sarampión y rubéola.

En personas con VIH y recuento de CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup> (15%), con esquema incompleto o desconocido de vacunación contra sarampión rubéola, o en aquellos con serología negativa, se recomienda completar o iniciar el esquema de dos dosis (con intervalo mínimo de 4 semanas).

### **VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**

Se recomienda esquema de 3 dosis (0-2-6 meses) en todas las personas adultas con VIH hasta los 26 años de edad.

### **VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA (FA)\***

Se recomienda en viajeros a zona de riesgo para FA 10 días antes de la llegada a la zona y en personas que vivan en zonas endémicas. Se encuentra contraindicada con CD4 < 200.

En personas que reciben tratamiento antirretroviral y tienen carga viral indetectable al momento de la vacunación, la protección a 10 años es equivalente a la que se observa en personas VIH negativas.

*\*Las vacunas contra FA, VARICELA, SR y SRP; son vacunas a virus vivo atenuado, deben aplicarse en personas con VIH con CD4 > 200 mm<sup>3</sup> (>15%). Como todas las vacunas a virus vivo, deben aplicarse simultáneamente o con un intervalo mínimo de un mes.*

### **VACUNA CONTRA LA COVID-19:**

Las personas viviendo con VIH desde los 18 años están incluidas en la población a recibir la vacuna contra la COVID, independientemente del recuento de CD4 y de la carga viral, siempre que la plataforma de la vacuna a utilizar NO sea a virus vivos atenuados. Hasta la fecha, todas las vacunas contra la COVID-19 con autorización de emergencia pueden ser aplicadas a pacientes VIH.

Más información disponible en: [bit.ly/ManualVacunadorCovid](https://bit.ly/ManualVacunadorCovid)

*Lectura adicional recomendada:*

- » **Calendario Nacional de Vacunación 2021** ([bit.ly/CalendariodeVacunacion](https://bit.ly/CalendariodeVacunacion))
- » **Vacunación en Huéspedes Especiales: Lineamientos Técnicos. Actualización 2014** ([bit.ly/VacunaEnHuespedes](https://bit.ly/VacunaEnHuespedes))

## ANEXO 3

### INTERACCIONES

#### Información para personas que toman medicamentos que contienen ritonavir o cobicistat

(*Busvir®*, *Ritonavir®*, *Virontar®*, *Virontar N®*, *Kaletra®*, *Evotaz®*, *Stribild®*, *Genvoya®*, *Symtuza®*, *ViekiraPak®*)\*.

El **ritonavir** y el **cobicistat** interactúan en forma significativa con muchos medicamentos de uso frecuente, como algunos antibióticos, antidepresivos, anticonceptivos orales y medicamentos para el corazón como anticoagulante y antiarrítmico. Dependiendo del caso, estas interacciones pueden disminuir el efecto o aumentar el riesgo de efectos adversos, algunos severos.

#### *Si la persona está tomando cualquier medicamento que contenga ritonavir o cobicistat*

##### **NO DEBE RECIBIR\*\*:**

- ▶ Ergotamina: la toma conjunta de un solo comprimido de medicamentos que contengan ergotamina (por ejemplo *Migral®*, *Tetralgin®*, *Dorixina Migra®*, entre otros) puede llevar a la disminución del flujo de sangre a brazos, piernas y otras partes del cuerpo con consecuencias graves incluyendo la amputación y muerte.
- ▶ Determinados inductores de sueño y ansiolíticos como diazepam (*Valium®*, entre otros), alprazolam (*Alplax®* entre otros), zolpidem, midazolam: pueden aumentar significativa y peligrosamente el efecto sedante, especialmente si se combina con alcohol u otras drogas.
- ▶ Determinados antimicrobianos: rifampicina, itraconazol, simeprevir.
- ▶ Determinados hipolipemiantes (medicación para el colesterol): simvastatina.
- ▶ Determinada medicación para dejar de fumar: bupropion.
- ▶ Determinados antiarrítmicos: flecainida, amiodarona, quinidina.

##### **PRECAUCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS\*\*:**

- ▶ Sildenafil (por ejemplo *Viagra®*, *Magnus®* y similares): Puede aumentar los efectos del sildenafil produciendo efectos adversos graves como síncope, colapso cardiovascular e infarto. La dosis máxima de sildenafil (siempre con prescripción médica) en personas que reciben ritonavir o cobicistat es de 25mg cada 48 horas.
- ▶ Corticoides orales, inyectables o inhalados (como budesonide, mometasona, fluticasona y otros que se emplean para el asma y la EPOC) pueden aumentar el efecto de los corticoides llevando a efectos nocivos a largo plazo.
- ▶ Determinados anticoagulantes: rivaroxabán, acenocumarol, warfarina.

\*Si bien se mencionan medicamentos de uso frecuente, otras drogas pueden estar contraindicadas, desaconsejadas o requerir modificaciones de dosis por lo que siempre se debe consultar a un profesional si la droga indicada puede administrarse en combinación con el tratamiento antirretroviral prescripto.

\*\*Se consideraron los productos que contienen ritonavir o cobicistat aprobados por ANMAT hasta junio 2021.

## PRECAUCIONES CON ALGUNAS DROGAS RECREATIVAS:

- ▶ **Anfetaminas:** Hay más riesgo de intoxicación y sobredosis, incluso con dosis bajas y con antecedentes de utilización previas.
- ▶ **Éxtasis/MDMA:** Aumenta 5 a 10 veces el efecto, por lo que hay mayor riesgo de intoxicación y sobredosis.
- ▶ **GHB ("éxtasis líquido"):** Aumenta el efecto y puede producir fácilmente intoxicación.
- ▶ **Ketamina:** Aumenta la potencia y duración del efecto con mayor riesgo de sobredosis.
- ▶ **Marihuana:** Aumenta los efectos.
- ▶ **Cocaína:** Aumenta los efectos y el riesgo de sobredosis.

**Recomendar evitar la automedicación.** En general, y siempre con indicación médica, se puede tomar en forma segura con ritonavir o cobicistat, salvo contraindicación por otra causa, medicamentos:

- ▶ **Antidiarreicos:** loperamida, crema de bismuto, carbón activado.
- ▶ **Antiespasmódicos:** Propinox (Sertal® y otros), hioscina (Buscapina®, entre otros), trimebutina (Miopropan® y otros).
- ▶ **Antieméticos/antinauseosos:** Metoclopramida (Reliveran®, entre otras formas comerciales).
- ▶ **Analgésicos y antipiréticos:** Aspirina, ibuprofeno, paracetamol, diclofenac.

[www.interaccionesvih.com](http://www.interaccionesvih.com) / [www.hiv-druginteractions.org/](http://www.hiv-druginteractions.org/)

 + info  
 www.  
 argentina.  
 gob.ar/salud



Dirección de Respuesta al VIH,  
ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis



Ministerio de Salud  
Argentina