

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA  
**PERSONAS CON VIH**  
GUÍA PRÁCTICA



**TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA**  
**PERSONAS CON VIH**  
**GUÍA PRÁCTICA**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
Américas



**ONUSIDA**



## **LISTADO PROTOCOLAR**

### **Ministerio del Poder Popular para la Salud**

Carlos Alvarado

Ministro del Poder Popular para la Salud

Marisela Bermúdez

Viceministra de Redes de Salud Colectiva

María Gabriela Miquilareno

Viceministra de Salud Integral

Odilia Gómez

Viceministra de Redes de Atención Ambulatoria  
de Salud

Armando Marín

Viceministro de Hospitales

Gerardo Briceño

Viceministro de Recursos de Tecnología y Regulación

José Manuel García

Director General de Epidemiología

Yasmira Betancourt

Directora General de Programas de Salud

Deysi Matos

Directora de Salud Segura

Coordinadora Programa Nacional de SIDA / ITS

**Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de La Salud**

José Moya Medina

Representante en la República Bolivariana de Venezuela

**ONUSIDA**

Regina López de Khalek

Directora de País

**Coordinadora**

Deisy Matos

Directora de Salud Segura

Coordinadora Programa Nacional de SIDA / ITS

**Agencias de naciones unidas que participaron  
en la revisión y edición**

**Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de La Salud**

Massimo Ghidinelli

Giovanni Ravasi

Bertha Gómez

Nora Girón

Soledad Pérez Évora

## ONUSIDA

Alejandra Corao

Regina López de Khalek

## Sociedad Venezolana de Infectología

María Graciela López

Mario Comegna

Martin Carballo

Napoleón Guevara

Tatiana Drummond

Miguel Angel Nexans



## PRESENTACIÓN

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

Esta Guía contempla las nuevas recomendaciones de la OMS sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento del VIH (2018) con nuevos esquemas terapéuticos en primera y segunda línea y facilita una transición sin complicaciones a tratamientos antirretrovirales optimizados. Además, recomienda adoptar esquemas terapéuticos con ARV de gran potencia, barrera genética alta frente al desarrollo de farmacoresistencia del VIH (FRVIH), toxicidad baja y costo reducido.

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

La Guía Práctica de Tratamiento Antirretroviral para Personas con VIH, forman parte de un conjunto de acuerdos contenidos en el Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública, el cual fue elaborado como producto de una misión técnica conjunta realizada en Caracas, Venezuela, en los días 18 al 22 de junio de 2018 con el objetivo de definir prioridades y coordinar el apoyo de la cooperación técnica internacional con los actores involucrados en la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en Venezuela (gobierno, sociedad civil, proveedores de salud y sociedades científicas, entre otros) para garantizar la continuidad del acceso a servicios de salud integrales y efectivos, medicamentos y seguimiento de laboratorio adecuado, minimizar el riesgo de aparición y transmisión de la resistencia y asegurar la sostenibilidad en la provisión de servicios esenciales.

La presente Guía se ha diseñado de una manera sencilla y práctica, con el fin de que sirva de línea estratégica para los clínicos en el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con el VIH/sida en Venezuela, así como para los servicios de salud, y los tomadores de decisiones en la administración de los programas de acceso gratuito a la Terapia Antirretroviral y cumplir con el objetivo de mejorar el impacto social del tratamiento antirretroviral.



## PRINCIPIOS GENERALES

La presente guía se rige por los siguientes principios generales:

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

## **CAMPO DE APLICACIÓN DE LA GUIA**

La aplicación de esta GUIA es de carácter obligatorio en todas las Instituciones del Sector Salud en las cuales se realicen consultas para las PVVs. Su obligatoriedad es relevante en el mejor interés de los pacientes.

## **DESTINATARIOS DE LA GUÍA**

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

## **OBJETIVO DE LA GUÍA**

Protocolizar la prescripción de los esquemas de tratamiento ARV a fin de garantizar el uso racional de los mismos en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, optimizando y simplificando la prescripción de los medicamentos ARV, para mejorar la calidad de vida de las PVV y la administración por parte Programa Nacional de SIDA/ITS del suministro sin costo para el paciente de medicamentos ARV

## INTRODUCCIÓN

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

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

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



## DIAGNÓSTICO OPORTUNO (EL PRIMER 90)

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

Se recomienda que todo contacto de una persona con el sistema de salud debe ser considerada una oportunidad de acceso a la prueba por lo que se recomienda que sea ofrecida a todas las personas en todos los establecimientos de salud.

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

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

Durante el control prenatal de toda embarazada se debe solicitar una prueba de despistaje de VIH de rutina en el primer trimestre o al primer contacto con el sistema de salud, y luego en el tercer trimestre, preferiblemente antes de las 36 semanas de gestación.

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

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

Se debe realizar la prueba en el periodo de postparto a las mujeres que aún desconozcan su estatus serológico. También a aquellos recién nacidos cuya condición de exposición a VIH sea desconocida porque sus madres biológicas no se realizaron la prueba durante su control prenatal y están en hogares de guarda, siempre que el o la representante legal lo autorice considerando los beneficios de la Profilaxis ARV neonatal los cuales se evidencian cuando se inicia antes de las primeras 12 horas después del nacimiento

### Tipo de pruebas

Hasta la fecha se ha recomendado la prueba de enzimo-inmunoensayo (ELISA), de 4ª generación, sin embargo, en la actualidad cada vez más tienen mayor relevancia las pruebas rápidas con capacidad de detectar antígeno y anticuerpo (4a generación) como pruebas de tamizaje. En escenarios como parto o puerperio sin controles en el último trimestre, exposiciones laborales, poblaciones vulnerables o con dificultades de acceso geo-gráfico, social y/o cultural, las pruebas rápidas constituyen una herramienta fundamental para el diagnóstico de infección por VIH.

Un primer examen VIH reactivo siempre debe ser confirmado. Actualmente se recomienda en el caso de las pruebas rápidas el uso de dos pruebas de tamizaje secuenciales seguidas de confirmación con Carga viral, en lugar de Western Blot.

## ATENCIÓN INTEGRAL (EL SEGUNDO 90)

Después del diagnóstico de VIH, se recomienda ofrecer un paquete de intervenciones de apoyo para asegurar la vinculación oportuna a la atención de todas las personas con VIH.

Las pautas mundiales recomiendan se camine hacia la descentralización de la atención de las personas con VIH y se integren los servicios de prevención y atención del VIH en todos los niveles del sistema de salud incluyendo los centros de atención primaria, esto reducirá las barreras de acceso geográfico y vinculación, integrando a la persona de acuerdo a sus necesidades, lo cual mejorará la sostenibilidad de la respuesta.

### Inicio y adherencia al TARV

Se recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en todas las personas y edades que viven con VIH, independientemente del estadio clínico de la OMS y del recuento de células CD4 (también llamado “tratar a todos”) siendo urgente en personas con enfermedad avanzada y/o CD4 por debajo de 350 / mm<sup>3</sup> lo que conlleva una serie de desafíos para los servicios de atención integral.

El tratamiento estándar consiste en una combinación de al menos tres medicamentos (a menudo llamados “terapia antirretroviral de gran actividad” o TARGA) que suprimen la replicación del VIH. Se usan tres medicamentos para reducir la probabilidad de que el virus desarrolle resistencia. El TAR reduce las tasas de mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas por el VIH y mejora su calidad de vida. Los beneficios del tratamiento antirretroviral también incluyen la prevención de la transmisión del VIH mediante la supresión de la replicación del VIH en personas que viven con el virus.

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

## **SUPRESIÓN VIROLOGICA (EL TERCER 90)**

El objetivo del tratamiento antirretroviral es reducir la carga viral de la persona a niveles indetectables. Si bien los esquemas de tratamiento han ido mejorando y se actualizan constantemente según los avances tecnológicos, se sugiere que los mismos contengan drogas altamente eficaces y con el menor número de efectos colaterales para los usuarios.

Se recomienda que los esquemas de TARV sean coformulados, siempre que no haya contraindicación, con el fin de favorecer la adherencia a los mismos y lograr así una supresión virológica de menos de 1,000 copias/ml

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

## PAUTAS DE TRATAMIENTO PARA ADULTOS INCLUYENDO EMBARAZADAS

- Inicio de tratamiento por primera vez (Primera línea de tratamiento)

Contexto	Población	Esquema Preferente	Esquema alternativo
Personas que inician tratamiento	Hombres	TDF / 3TC / DTG (coformulado)	ABC / 3TC + DTG* o
	Mujeres (no en edad fértil, o usan <b>contracepción de forma consistente</b> o no quieren quedar embarazadas)		TDF / FTC+ATV / r o (LPV / r) o ABC / 3TC+ATV / r o ( LPV / r)
	Mujeres (en edad fértil o no usan <b>contracepción</b> de forma consistente)	TDF / FTC / EFV	ABC / 3TC+ATV / r o ( LPV / r)
	Mujeres embarazadas++	TDF / FTC + ATV / r o (LPV / r)	

(\*) Aproximadamente 2 % personas con contraindicación a TDF.

(++) Las mujeres embarazadas podrán usar DTG/3TC/TDF luego de la 8<sup>va</sup> semana de gestación.

Notas: Uso de DTG en personas con TB: DTG 50mg BID.

El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa.

- Reinicio de tratamiento

Existe la posibilidad que personas de primera línea que recibían INNTR (EFV o NVP)\* o IP, así como personas en segunda línea con IP y que **hayan tenido que suspender por varios meses su tratamiento reiniciarán tratamiento** con el siguiente esquema:

Contexto	Población	Esquema Preferente	Esquema alternativo
Reinicio después de interrupción de primera línea con INNTR (EFV o NVP)* o IP y segunda línea con IP	Hombres	TDF / 3TC / DTG*** (coformulado)	ABC / 3TC + DTG* o TDF / FTC + ATV / r o (LPV / r)
	Mujeres (no en edad fértil, <b>o usan contracepción de forma consistente</b> o no quieren quedar embarazadas)		
	Mujeres (en edad fértil <b>o no usan contracepción de forma consistente</b> )	TDF / FTC + ATV / r o (LPV / r)	ABC / 3TC + ATV / r o (LPV / r)
	Mujeres embarazadas++		

(\*) Riesgo potencial de resistencia a INNTR (Recomendaciones OMS 2017)

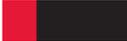
(\*\*) Aproximadamente 2 % personas con contraindicación a TDF.

(\*\*\*) A pesar de que el esquema preferente sea TDF / 3TC / DTG, para el reinicio del tratamiento de personas en segunda línea asegurar la optimización de la dupla de análogos nucleotídicos. Se recomienda utilizar TDF / FTC o ABC / 3TC después de un fallo de un esquema de primera línea con AZT / 3TC y viceversa.

(++) Las mujeres embarazadas podrán usar DTG/3TC/TDF luego de la 8va semana de gestación.

Notas: Uso de DTG en personas con TB: DTG 50mg BID.

El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa.

- 
- Personas en primera o segunda línea de tratamiento que NO han interrumpido su tratamiento

Las personas de primera y segunda línea que no han suspendido su tratamiento de ser posible deben seguir recibiendo su mismo esquema, sea cual fuera.

- Personas para reinicio de esquemas de tercera línea/rescate, de ser posible deben mantener el último esquema indicado.

## **PAUTAS DE TRATAMIENTO EN NIÑOS**

- a. Niños que inician tratamiento por primera vez (Primera línea de tratamiento)
- b. Niños que reinician tratamiento (Primera línea de tratamiento)

Existe la posibilidad que niños de primera línea que hayan tenido que suspender por varios meses su tratamiento y deben reiniciar tratamiento con el siguiente esquema:

- Para ambos casos el esquema terapéutico será:

Contexto	Población	Esquema Preferente	Esquema alternativo
Inicio o reinicio después de interrupción de primera línea con LPV / r o INNTR	< 6 años	ABC (o AZT) / 3TC+RAL o ABC (o AZT) / 3TC +LPV / r	ABC (o TDF*) +3TC+ LPV / r o ABC (o AZT) +3TC+EFV*** o ABC (o TDF) + 3TC+EFV ***
	> 6 años	ABC (o TDF)+ 3TC+ DTG** o ABC (o TDF)+ 3TC+LPV / r o (ATV / r)	ABC (o TDF) +3TC+ EFV***

(\*) TDF solo en mayores de 3 años

(\*\*) En niños de > 6 años y de 25kg o más puede utilizarse la formulación de DTG de 50mg o la coformulación de TDF / 3TC / DTG

(\*\*\*) EFV solo en mayores de 3 años y en niños que inician por primera vez o sin exposición previa a los INNTR

**Notas:** Considerar migración a ABC/3TC o AZT/3TC combinados, dispersables y ranurados; migración de LPV/r jarabe a granulado oral (pellets) a partir de los tres (03) meses.

El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa

- Niños que Reinician tratamiento (Segunda línea de tratamiento)

Contexto	Población	Exposición	Esquema Preferente *
Reinicio después de interrupción de segunda línea	< 3 años	2ª con LPV / r y falla previa con NNRTI	ABC (o AZT) / 3TC + LPV / r o (RAL)
	3 a 10 años	2ª con IP y exposición previa a INNTR	ABC (o TDF) / 3TC + RAL o (DTG)** o ABC (o TDF) / 3TC + LPV / r o (ATV / r)
		2ª con EFV* y exposición previa a IP	ABC (o TDF) / 3TC + DRV / r
		En pacientes sin opciones de INTR	ETV+RAL (o DTG***) + DRV / r

(\*) Se recomienda utilizar TDF / XTC o ABC / 3TC después de un fallo de un esquema de primera línea con AZT / 3TC y viceversa.

(\*\*) En niños de 6 años y 25kg o más puede utilizarse la formulación de DTG de 50mg o la coformulación de TDF / 3TC / DTG.

(\*\*\*) En caso de exposición previa a inhibidores de integrasa el DTG debe administrarse dos veces al día.

**Notas:** Considerar migración a ABC/3TC o AZT/3TC combinados, dispersables y ranurados; migración de LPV/r jarabe a granulado oral (pellets) a partir de los tres (03) meses.

El 3TC puede utilizarse en lugar de FTC y viceversa.

## SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO EN ADULTOS Y NIÑOS

Esquema	CD4	CV
Personas de inicio	Se requiere un estudio en todo nuevo caso diagnosticado	Se requiere estudio basal
Personas que reinician tratamiento	Al disponer del estudio	No antes de la 12 <sup>o</sup> semana y hasta la 24 semana <b>después</b> de reiniciado TARV y luego cada 6 meses
Personas que no han interrumpido tratamiento	Al disponer del estudio	Al disponer del estudio y luego cada 6 meses
Personas en 3era línea / rescate	Al disponer del estudio	Al disponer del estudio y luego cada 6 meses
Embarazadas	Al disponer del estudio	Al disponer del estudio

Si la persona una vez en tratamiento continuo y permanente tiene CV suprimida no requiere realizarse CD4 control.

Solamente se realizará CD4 al diagnóstico inicial de la infección y del tratamiento, al reiniciar tratamiento y si hubiera falla virológica o clínica)

Tendrán prioridad para CV las personas en TARV en los últimos 6 meses y las embarazadas

## CONTROL DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

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

Pruebas para realizar son:

Despistaje de hepatitis B y hepatitis C, sífilis, serología hongos

Diagnóstico: Ag *Histoplasma*, Ag *Cryptococcus*

Descartar Tuberculosis por clínica (tos, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna), radiología de tórax y PCR en tiempo real (GeneXpert MTB/Rif).

Tratamiento en caso de Exposición Laboral / Sexual (PEP)

Para exposición de tipo de riesgo	Se propone combinación TARV
Bajo	TDF/3TC
Alto	TDF/3TC/DTG

## ESQUEMAS Y PRESENTACIONES

### ADULTOS:

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

## PEDIÁTRICOS (continúa):

Esquema	Dosis
Lamivudina o 3TC 50 mg / 5ml, 100ml Solución oral	Neonatos < 4 semanas: 2 mg / Kg / 12 h. Dosis pediátrica (≥ 4 semanas): 4 mg / Kg (máximo 150 mg) cada 12 horas
Abacavir (ABC) 60 mg Tableta dispersable	Niños ≥ 3 meses: 8 mg / kg cada 12 horas (dosis máxima 300 mg cada 12 horas)
ABC+3TC dispersable	Niños ≥ 3 meses: 8 mg / kg cada 12 horas (dosis máxima 300 mg cada 12 horas)
Zidovudina (AZT) Solución oral 50 mg / 5ml / 100 ml	Profilaxis postnatal y etapa neonatal 4 mg / kg / dosis cada 12 horas por vía oral durante 4 a 6 semanas
AZT+ 3TC dispersable	AZT 60 mg + 3TC 30 mg tableta dispersable cada 12 horas
Efavirenz (EFV) Tableta 200 mg	200 mg OD
Dolutegravir (DTG) Tableta 50 mg	50 mg OD
Lopinavir potenciado con ritonavir (LPV / r) Sol. Oral 80 mg / 20 mg Tableta 100 mg / 25mg	Niños 14 días a 12 meses: LPV / r 300 mg / 75 mg / m <sup>2</sup> / dosis cada 12 horas Niños >12 meses a 18 años: LPV / r 300 mg / 75 mg / m <sup>2</sup> / dosis cada 12 horas

PEDIÁTRICOS (continuación):

Esquema	Dosis	
Raltegravir (RAL) Tableta masticable 100 mg	Peso corporal (Kg)	Dosis / día
	10 kg a < 14 kg	75 mg / 12 h
	14kg a <20 kg	100 mg / 12 h
	20 kg a <28 kg	150 mg / 12 h
	28 kg a <40 kg	200 mg / 12 h
Atazanavir / potenciado con Ritonavir (ATV / r) Cápsula 200 mg / 100 mg	Peso corporal (Kg)	Dosis de Atazanavir
	> 15 kg hasta menos de 20 kg	150 mg ATV + 100 mg de RTV 1 vez / día
	> 20 kg y < de 40 kg	200 mg ATV + 100 mg de RTV 1 vez / día
Darunavir (DRV) Tableta 75 mg y de 600 mg	Peso Kg	Pauta
	≥ 20 y < 30	375 mg DRV +50 mg RTV / 12 h
	≥ 30 y < 40	450 mg DRV +60 mg RTV / 12 h

## ACRÓNIMOS

ABC	Abacavir
Ag	Antígeno
ARVs	Antirretrovirales
ATV	Atazanavir
ATV / r	Atazanavir reforzado con dosis bajas de Ritonavir
CD4	Contaje de linfocitos T CD4
CMV	Citomegalovirus
CV	Carga Viral
DTG	Dolutegravir
DRV	Darunavir
DRV / r	Darunavir reforzado con dosis bajas de Ritonavir
EFV	Efavirenz
ETV	Etravirina
ELISA	Ensayo Inmunoabsorbente ligado a enzimas (“Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay”)
FTC	Emtricitabina
GeneXpert MTB/Rif	Prueba para el diagnóstico rápido de la tuberculosis.
HZ	Herpes Zoster
INSTI	Inhibidor de la Integrasa

INNTR	Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa
INTR	Inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa
IO	Infecciones Oportunistas
IP	Inhibidor de la proteasa
IP / r	Inhibidor de la proteasa reforzado con dosis bajas de RTV
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LPV / r	Lopinavir / Ritonavir
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
NVP	Nevirapina
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PCP	Neumonía por Pneumocystisjiroveci
PNSIDA / ITS	Programa Nacional de SIDA / ITS
PrPE	Profilaxis Pre-exposición
PPE	Profilaxis Post-exposición
PWV	Persona que vive con VIH
RTV	Ritonavir
RAL	Raltegravir

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB	Tuberculosis
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato
3TC	Lamivudina
VHA	Virus de la Hepatitis A
VHS	Virus herpes simple
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VHS	Virus del Herpes simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano
WB	Western blot
ZDV	Zidovudina (también conocida como AZT)



## BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

1. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Second edition 2016
2. Recommendations for a public health approach. Second edition. 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
3. Jiang et al. AIDS Res Ther (2016) 13:30. DOI 10.1186/s12981-016-0115-x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016965/>
4. Patel D.et al. 48-week efficacy and safety of dolutegravir relative to commonly used third agents in treatment-naïve HIV-1 infected Patients: A systematic review and network Meta-analysis. PLOS ONE 9(9): September 4, 2014. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105653>
5. WHO. Transition to new antiretrovirals in HIV programs. Technical update. 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv-technical-update/en/>
6. WHO. HIV drug resistance report 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2017/en/>
7. WHO. The Optimal Formulary and limited-use list for Paediatric ARVS. Policy Brief. 2018



Ministerio del Poder Popular  
para la **Salud**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas



ONUSIDA



# TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA PERSONAS CON VIH GUÍA PRÁCTICA



Gobierno  
**Bolivariano**  
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular  
para la **Salud**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



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



**ONUSIDA**