



Ana Maria Comin Orce  
Residente de Medicina Interna  
Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

# TALLER PRACTICO: MANEJO PRACTICO DE ANTIRETROVIRALES



## CASO CLÍNICO:2

- Varón, 41 años.
- ExADVP (metadona 180 mg/día)
- Ingresado en prisión en 5 ocasiones
- Dx VIH en 2000
- CD4<250/mm desde 2006
- Sept 2009 CD4 102/mm, CVP 94000. Qpfx: cotrimoxazol
- HbcAc +, HbsAg -. VHA +
- Mantoux + en 1999
- Último control analítico: CD4 3% (50), CVP 3.500.000 copias/ml.
- Herpes zoster intercostal en 2002
- Candidiasis oral de repetición tto con nistatina, con buena respuesta



## ¿Cuándo tratar?

- Infección sintomática (nivel A)
- Infección asintomática:
  - CD4 <350 células/ L (nivel B)
  - CD4 350-500, según comorbilidades\* (nivel B)
  - CD4 > 500, en general diferir. \*
  - En parejas serodiscordantes, valorar. (nivel B)
- Valorar individualmente.

**\*(cirrosis hepática, hepatitis crónica por virus C, hepatitis B con indicación de tratamiento, CVP >10<sup>5</sup> copias/mL, proporción de CD4 <14%, edad >55 años, riesgo cardiovascular elevado y nefropatía VIH)**



## ¿Cuándo tratar?

Linfocitos CD4	Pacientes asintomáticos	Nivel evidencia
≤350	Recomendar	A*, B**
350-500	Recomendar en determinadas ocasiones***	B
>500	Diferir en general. Considerar en determinadas ocasiones***	B

\* < 200

\*\* 200-350

\*\*\* Cirrosis hepática, hepatitis crónica por VHC; CVP > 10<sup>5</sup> copias/ml; proporción de CD4 <14%; edad >55 años; riesgo cardiovascular elevado; nefropatía VIH. Si hepatitis B que requiere tratamiento, se recomienda iniciar el TARV

\*\*\* Considerar el tratamiento en parejas serodiscordantes con alto riesgo de transmisión (Nivel B)

COMBINACIONES POSIBLES	PAUTAS		
PAUTAS PREFERENTES	Un fármaco de columna A + uno de columna B + uno de columna C		
	A <sup>1</sup>	B <sup>1</sup>	C <sup>2</sup>
PAUTAS ALTERNATIVAS	Tenofovir (TDF) Abacavir (ABC) <sup>3</sup>	Emtricitabina (FTC) Lamivudina (3TC)	Efavirenz Nevirapina <sup>4</sup>  Atazanavir/r QD Darunavir/r QD Fosamprenavir/r BID Lopinavir/r QD ó BID Saquinavir/r BID  Raltegravir <sup>5</sup>
PAUTA EN CASO DE NO PODER USAR LAS PREVIAS	AZT+3TC+ABC C/s TDF		
PAUTAS CONTRAINDICADAS	Combinaciones de AN: AZT+d4T, 3TC+FTC ABC+ 3TC+TDF ddl+3TC+TDF d4T+ddl+ABC		



## ¿Con qué pauta?

- Dos NA + un ITINNA\*  
(TDF+FTC+EFV) , (TDF+FTC)+E  
(ABC+3TC) +EFV, ABC+3TC+EFV
- Dos NA+ in IP/r  
(TDF+FTC)+LPV/r  
ABC+3TC+LPV/r



NN ventajas sobre IP/r: 1) Menos interacciones; 2) Perfil metabólico más favorable; 3) Menor coste; y 4) Menor número de comprimidos. Baja barrera genética de NN, momento idóneo de su uso es el primer tratamiento



# Tuberculosis e infección

## • ¿Cuándo iniciar el tratamiento ARV?

- **CD4 > 350**
  - Postponer TARV al Tto anti-tbc
- **CD4 250-350**
  - Demorar el TARV 2-3 meses
- **CD4 <200**
  - Inicio simultáneo (probar tolerancia)

## • Consideraciones

- **Misma pauta que no VIH**
- **Interacciones con Rifampicina**
- **Mayor toxicidad en VIH**



Antirretroviral	Uso en combinación con rifabutin <sup>*</sup>	Uso en combinación con rifampicina	Comentarios
Saquinavir (cápsulas blandas)	Sí	Posible, si se incluye ritonavir	
(cápsulas duras)	No	Posible, si se incluye ritonavir	Los niveles de saquinavir (caps. duras) se reducen un 45% con RFB.
Ritonavir	Sí	Sí	La dosis de RFB debe reducirse a 150 mg/2-3 días a la semana. La dosis de ritonavir debe disminuir de 600 mg/12 horas a 400 en combinación con RIF y saquinavir.
Indinavir	Sí	No	Se recomienda subir la dosis de indinavir de 800 mg/8 h. a 1.000 en combinación con RFB.
Nelfinavir	Sí	No	
Amprénavir	Sí	No	
Nevirapina	Sí	Posible	La dosis de nevirapina debe aumentarse de 200 mg/día a 300 junto con RIF
Delavirdina	No	No	Los niveles de delavirdina se reducen un 75% junto con RFB.
Efavirenz	Sí	Sí	Se recomienda aumentar la dosis de RFB a 450 ó 600 mg/día. La dosis de efavirenz debe aumentar de 600 mg/día a 800 en combinación con RIF.

\* = La dosis de RFB debe reducirse de 300 mg/día a 150 cuando se combina con indinavir, nelfinavir, amprénavir o saquinavir (caps. blandas).  
Posible = El uso de esta combinación se considera posible a pesar de los datos limitados.



# II Escuela de Verano de Medicina Interna

