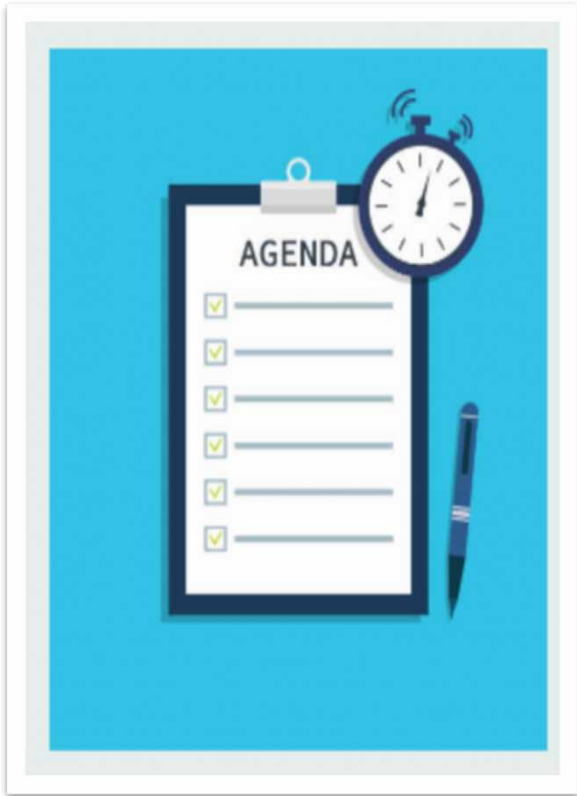




El paciente con VIH : actualización en diagnostico , tratamiento y comorbilidades

**Dra. María Stela Samaniego Nielebock.
Infectología Clínica.
HC IPS -CMB**



- ✓ **Introducción**
- ✓ **Epidemiología**
- ✓ **Formas de transmisión**
- ✓ **Dx. y manejo Inicial del VIH**
- ✓ **PPE(Profilaxis post-exposición al VIH)**

«Cáncer rosa»: el inicio del estigma

1981

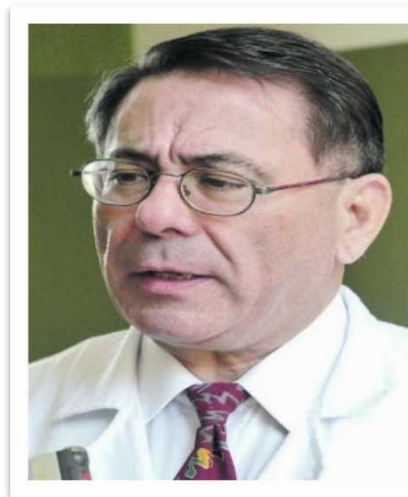
Evolución rápida y mortal, empezaría pronto a detectarse también en otros países. Comenzaba, la que se convertiría en la peor epidemia social y sanitaria de la segunda mitad del siglo XX.

Paraguay

- ✓ **1985** : inicia la epidemia de VIH/SIDA, con la detección de 2 casos en hombres que tenían sexo con hombres (HSH).
- ✓ **1989** : Galeano J, Adolfo H. Los primeros 10 casos de SIDA en el Paraguay [tesis doctoral]. Asunción, Paraguay: Facultad de Ciencias Médicas; 1989.
- ✓ **1990** : se notificaron 5 mujeres que fueron los primeros reportados .
- ✓ **1993** se registran casos SIDA en niños menores a 4 años.



Esta historia empieza en 1983, cuando Barré-Sinoussi descubrió el VIH. Pasaron muchos años sin tratamiento hasta que en 1987 apareció el AZT pero era muy mal tolerado y no tan eficaz.



2025

INFORME

EPIDEMIOLÓGICO
DE VIH

ELABORADO POR:
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

estrategica.pronasida@mspbs.gov.py

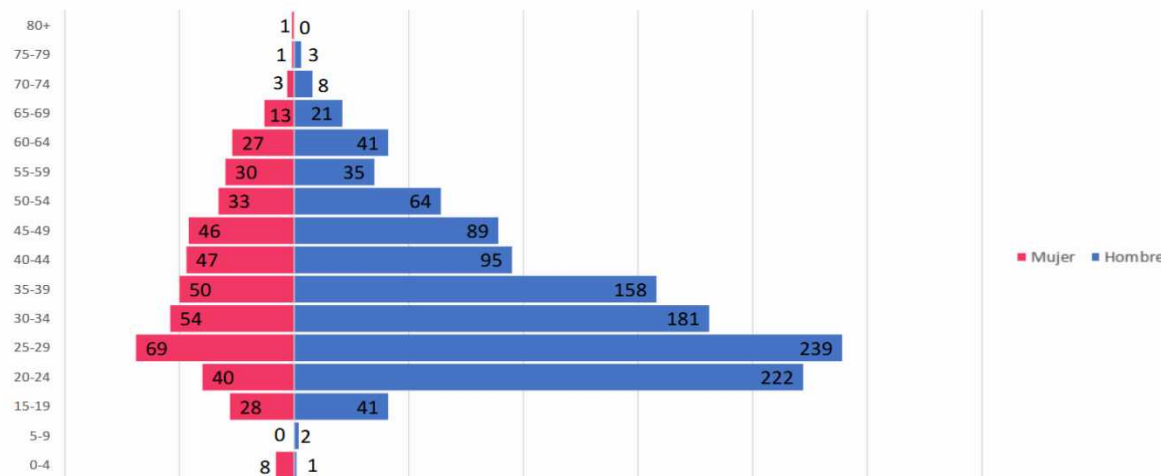


Número de personas diagnosticadas en el año 2025.

Categorías	2025	Total de personas diagnosticadas desde 1985 al 2025*
Personas con diagnóstico de VIH	1650	31295
Diagnóstico tardío	513	8413

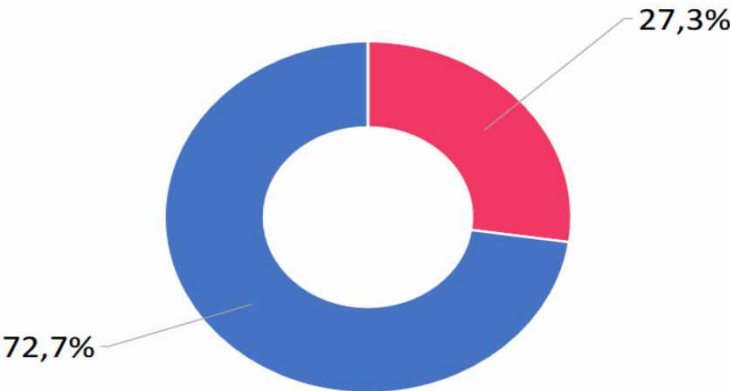
Distribución por rango etario

Diagnósticos de VIH. Año 2025. N=1650



Distribución según sexo

Diagnósticos de VIH. Año 2025. N= 1650.



En 2025, la tasa de incidencia de VIH fue de 37,1 por cada 100.000 habitantes en hombres y 14,1 en mujeres.

2025

INFORME
EPIDEMIOLÓGICO
DE VIH

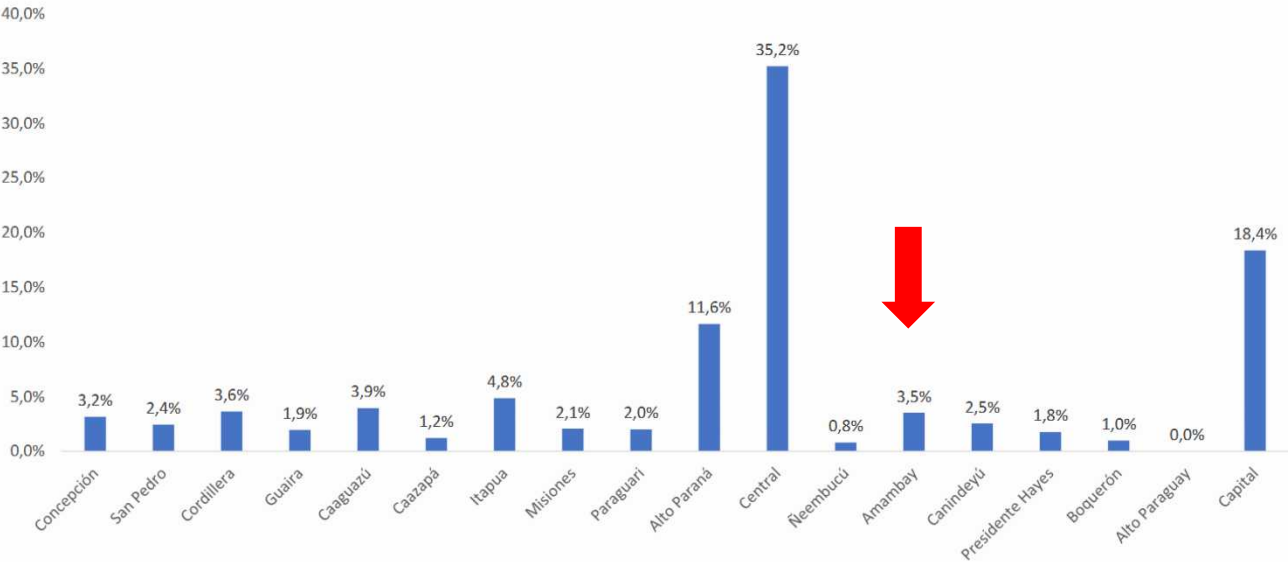
ELABORADO POR:
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

estrategica.pronasida@mspbs.gov.py



Datos por región sanitaria

Diagnósticos de VIH. Año 2025. N=1650



Número de pruebas de VIH realizadas según departamento

Diagnósticos de VIH. Año 2025. N= 1650.

Región	Pruebas realizadas	Número de nuevos diagnósticos por región sanitaria *	Número de nuevos diagnósticos por departamento **
Concepción	19976	46	52
San Pedro	20459	26	40
Cordillera	11724	40	60
Guairá	15541	35	32
Caaguazú	22078	60	65
Caazapá	6531	15	20
Itapúa	41306	81	80
Misiones	8957	31	34
Paraguari	22829	23	33
Alto Paraná	42992	182	192
Central	58839	294	581
Ñeembucú	6832	12	13
Amambay	15894	57	58
Canindeyú	11234	25	42
Presidente Hayes	9055	21	29
Boquerón	4291	15	16
Alto Paraguay	1561	0	0
Capital	37368	687	303
ONG	14013	0	0
Total general	371480	1650	1650

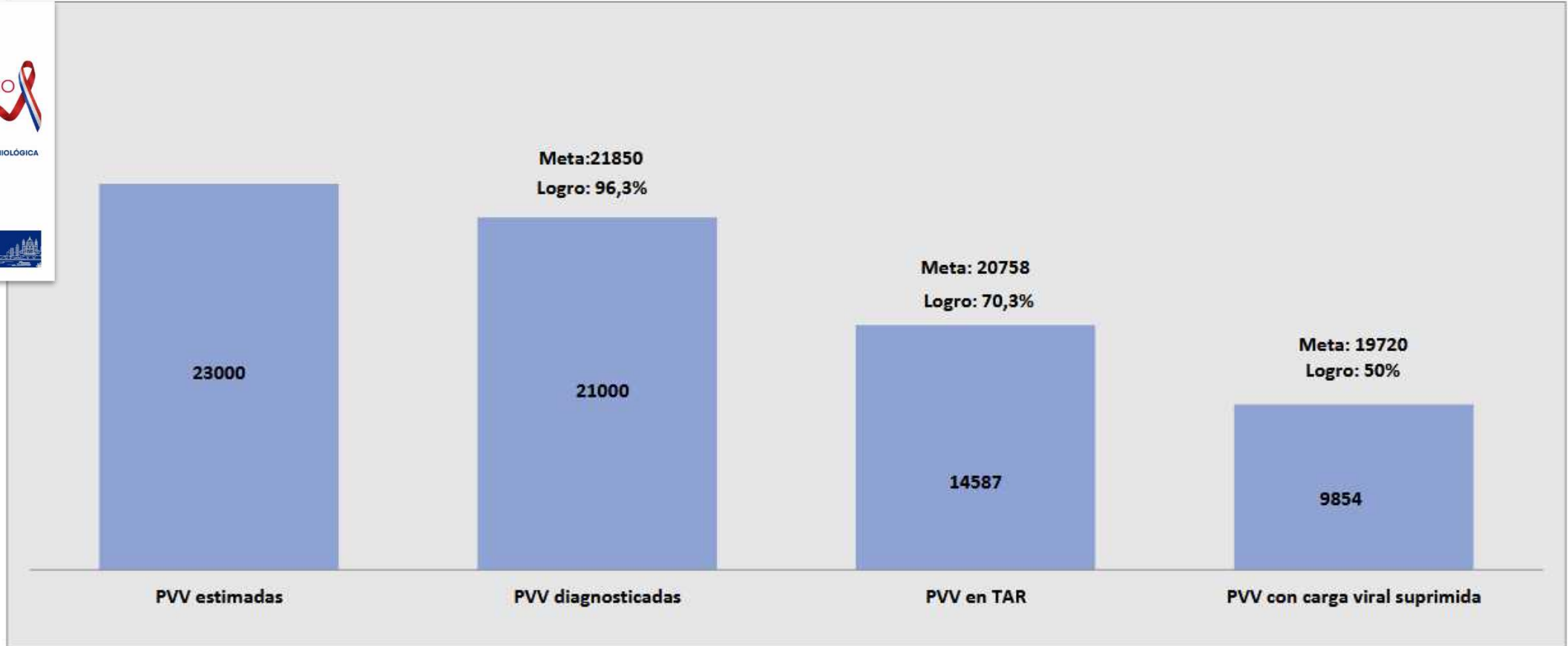
Cascada de atención al VIH. Año 2025

2025

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE VIH

ELABORADO POR:
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

estrategia.pronasida@mspbs.gov.py



Fuente: Elaboración propia del Dpto. Vigilancia Epidemiológica - PRONASIDA.

Referencias

PVV: personas viviendo con el virus

PVV estimadas según modelo de estimaciones Spectrum ONUSIDA.

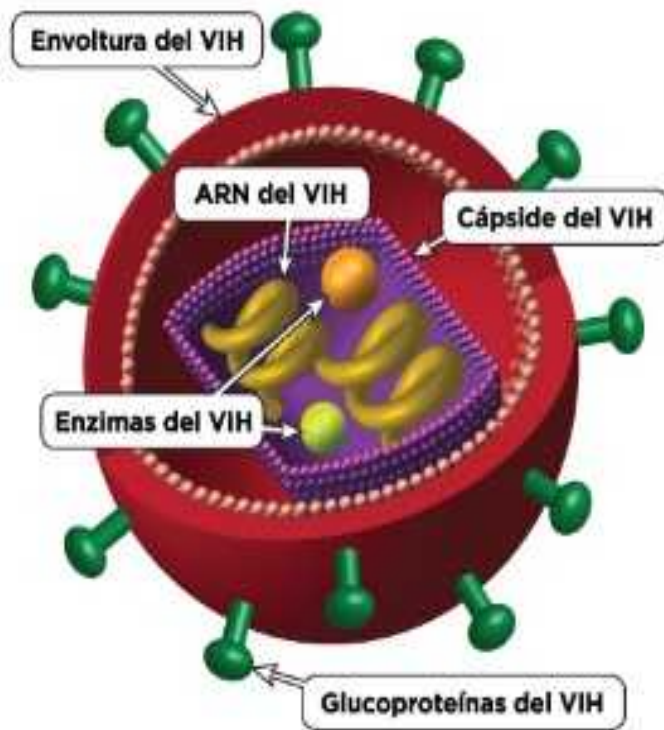
PVV diagnosticadas registradas en el SEPRONASIDA.

PVV en tratamiento antirretroviral registrada en tratamiento según HIS.

PVV con carga viral suprimida menor a 1000 copias/mL registradas en el SEPRONASIDA.

Brechas en diagnóstico	Brechas en TAR	Brechas en TAR con CV suprimida
4	30	50

Virus de la Inmunodeficiencia Humana



Explicación de términos

ARN del VIH: Material genético del virus

Cápside del VIH: Núcleo en forma de bala que contiene el ARN del virus

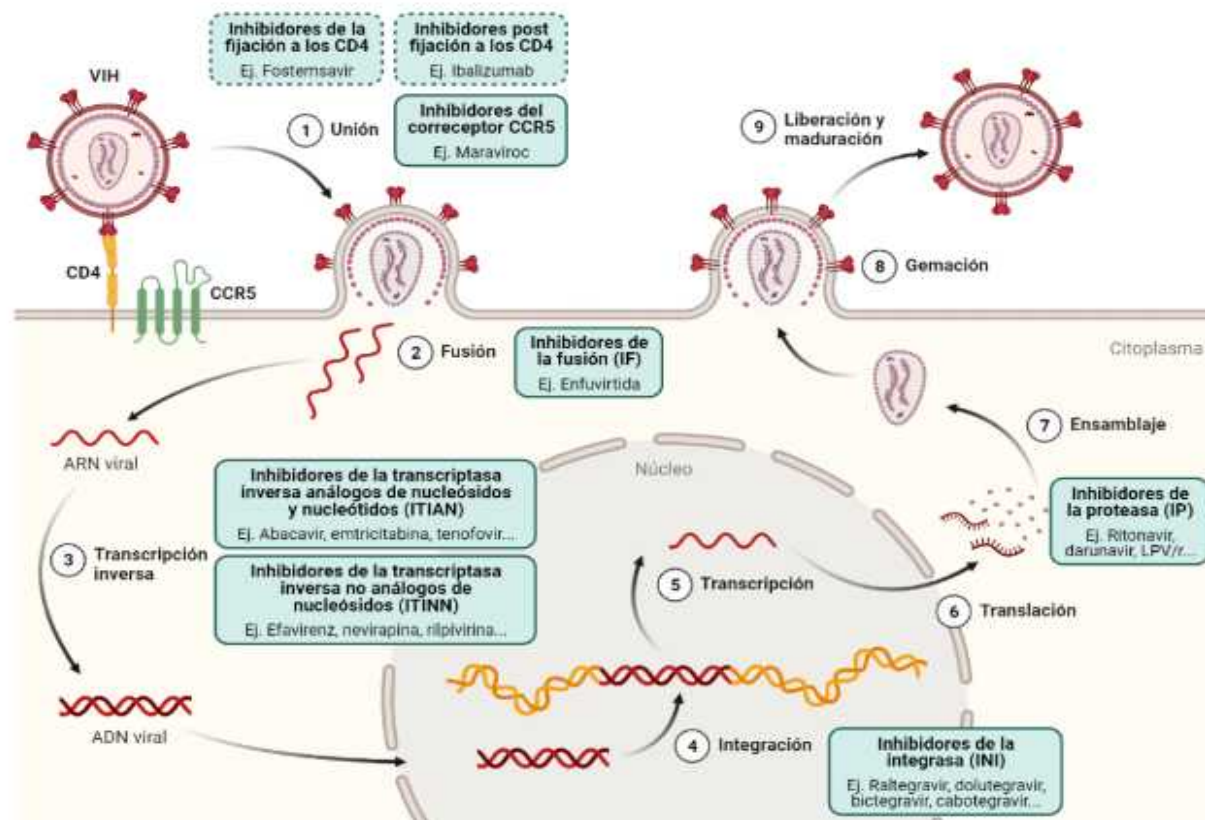
Envoltura del VIH: Superficie externa del virus

Enzimas del VIH: Proteínas que realizan varias funciones en el ciclo de vida del virus.

Glucoproteínas del VIH: "Espículas" de proteína incorporadas en la envoltura del virus.

CICLO DE REPLICACIÓN DEL VIH

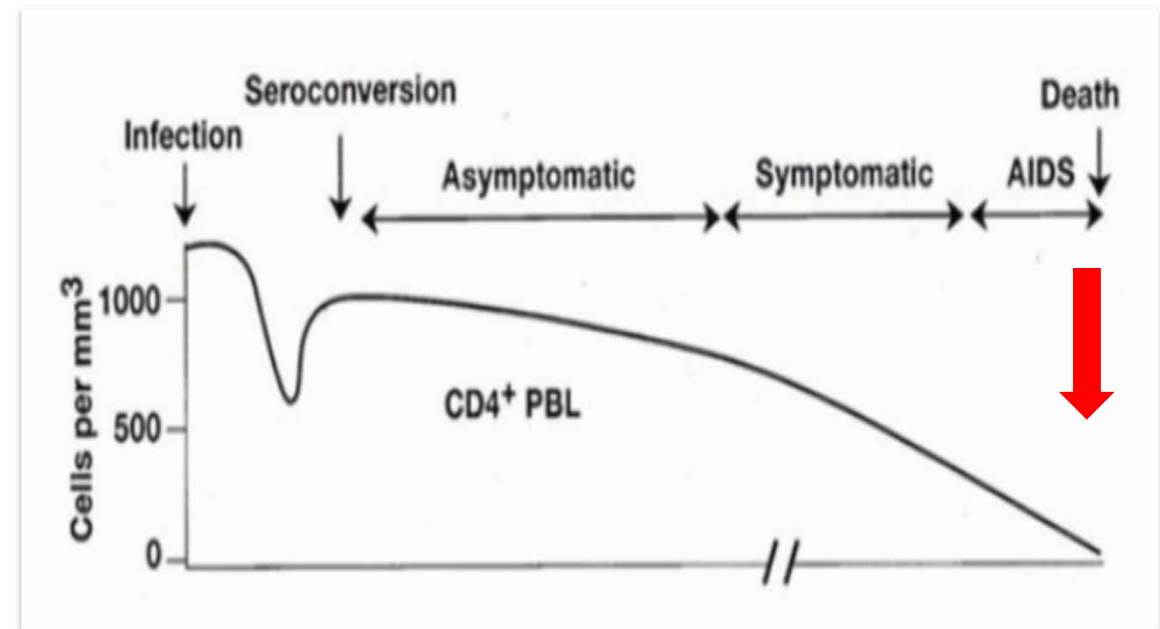
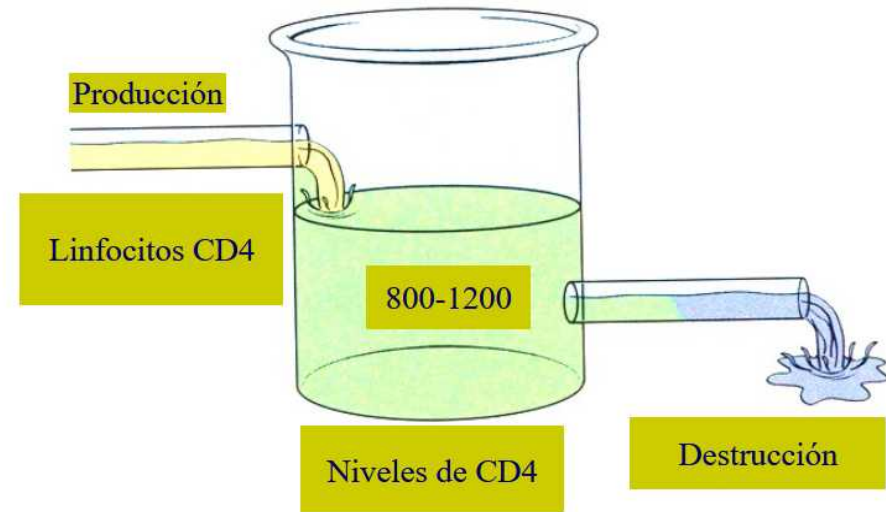
y sitios de acción de los fármacos antirretrovirales





✓ Enfermedad avanzada por VIH

Impacto del VIH sobre el sistema inmune



2025

INFORME

EPIDEMIOLÓGICO
DE VIH

ELABORADO POR:
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

estrategica.pronasida@mspbs.gov.py

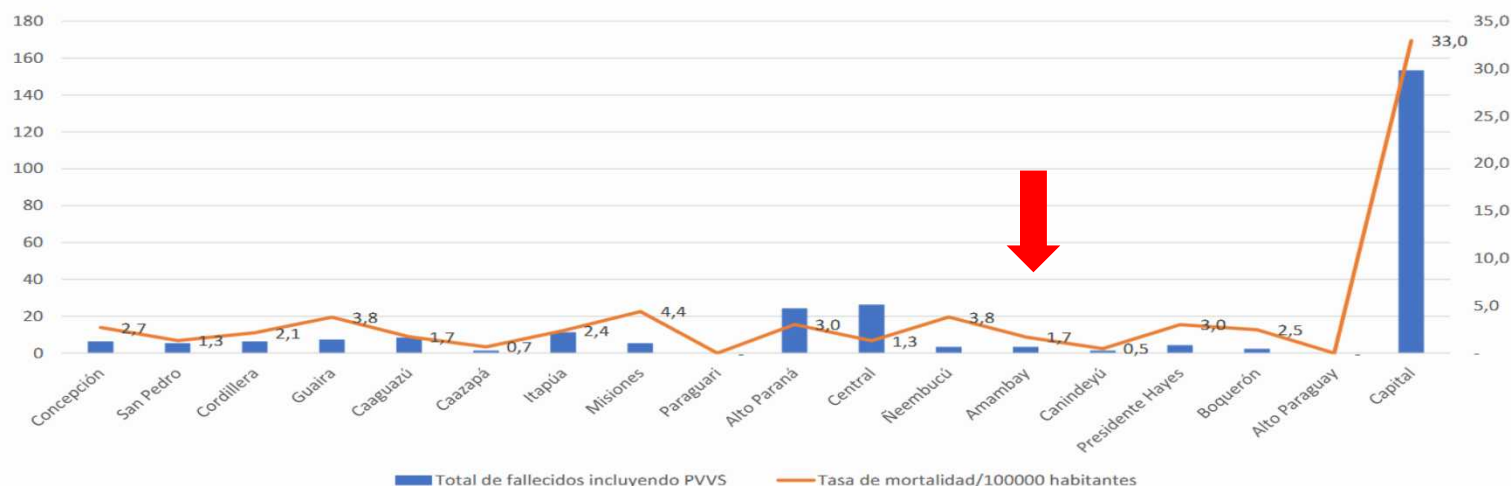


Categoría según el recuento de células CD4 al momento del diagnóstico. Año 2025. (N=1.650)

Categorías según CDC	Recuento de CD4	Nuevos diagnósticos	%
3	<200	513	31.1%
2	201-499	583	35.4%
1	>500	285	17.3%
	No realizado*	269	16.3%
Total general		1650	100%

Tasa de mortalidad

Por causas relacionadas al VIH Año 2025 (N=265)



Formas de transmisión del VIH



Vía
sexual

Tener prácticas sexuales anales, vaginales u orales sin preservativo. Responsable del 98% de las infecciones.



Vía
sanguínea

Compartir agujas, jeringas, máquinas de afeitar, alicates, piercings, agujas para tatuar. Accidentes cortopunzantes o salpicaduras en la atención

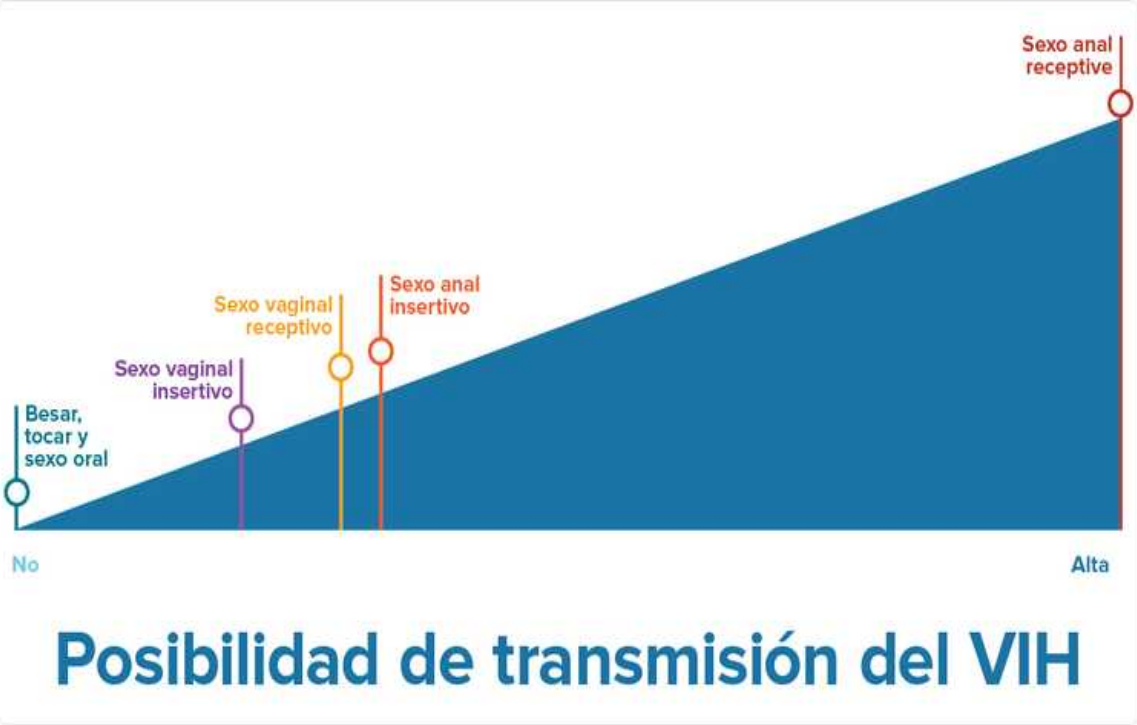


Vía
materna

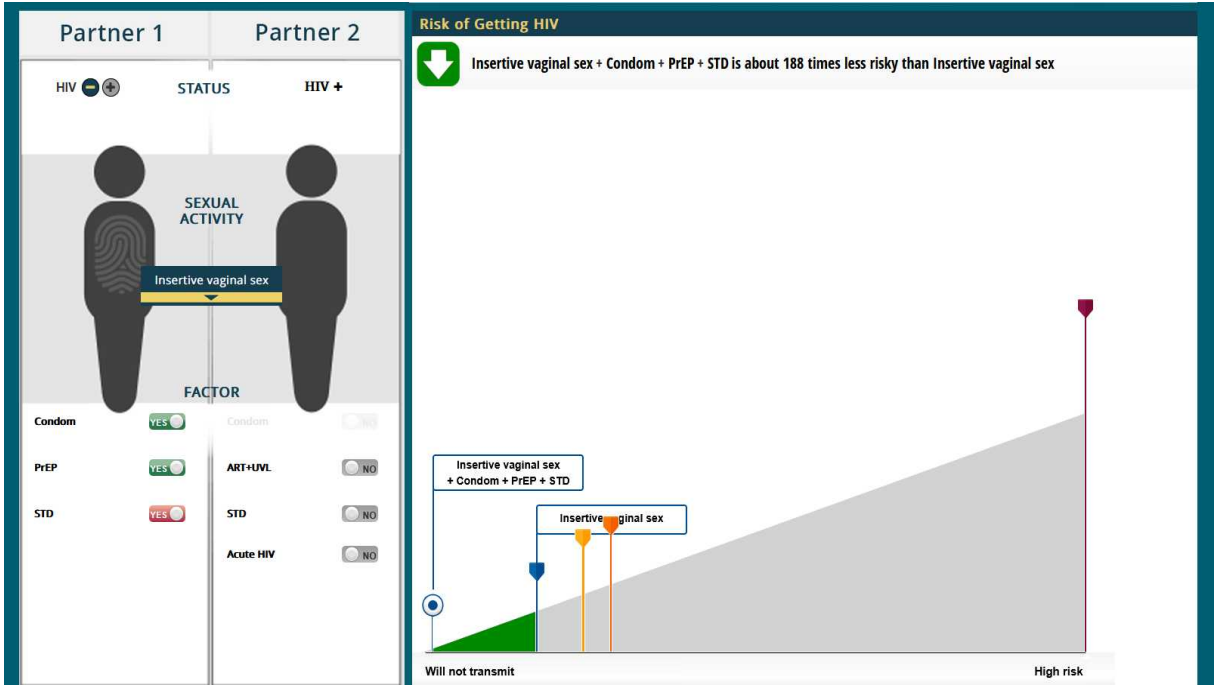
Embarazadas con VIH lo pueden transmitir al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia sin los cuidados necesarios.

Formas de transmisión del VIH

Probabilidad de contraer el VIH por acto sexual



CDC Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People™



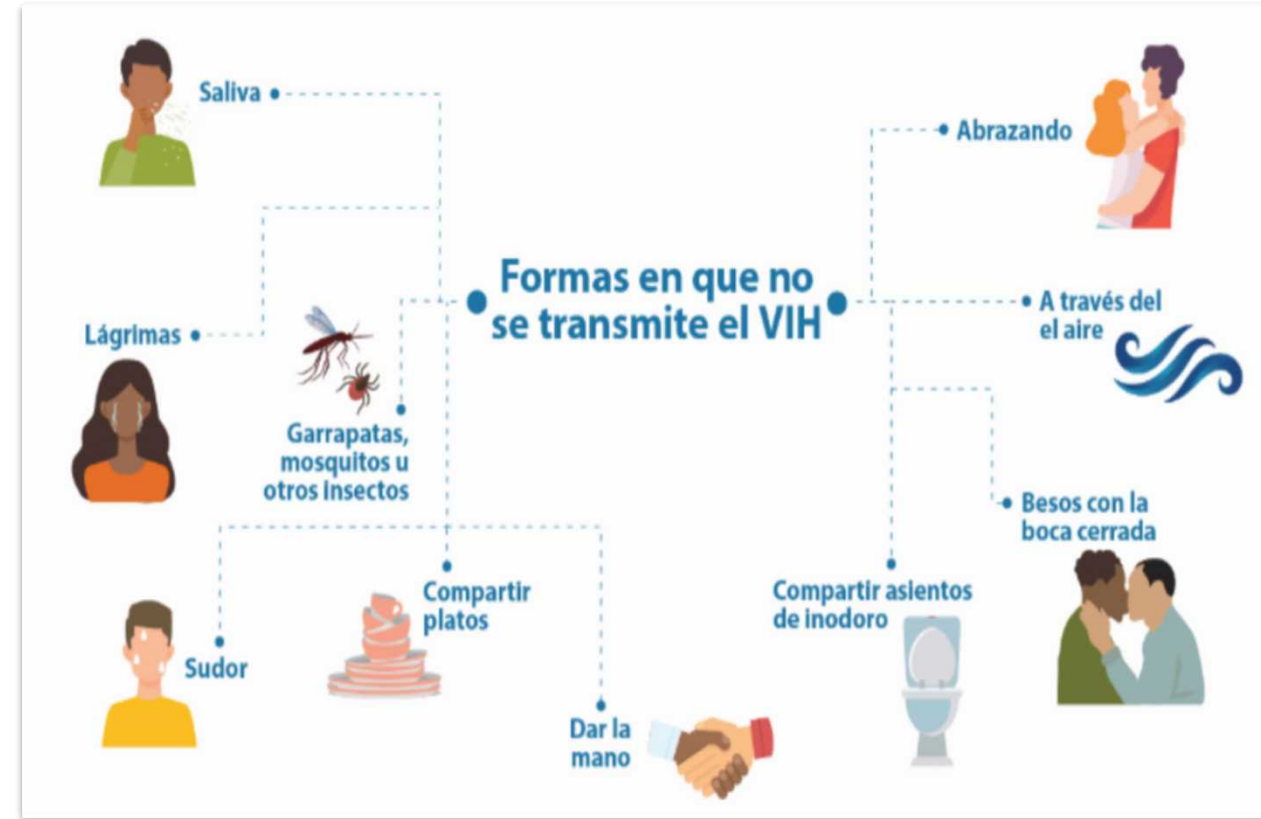
<https://hivrisk.cdc.gov/risk-estimator-tool/#-mb|ivi.con.prep.stdn>

Fluidos corporales que transmiten el VIH

Solo **ciertos fluidos** corporales de una persona que tiene el VIH pueden **transmitir el VIH**.

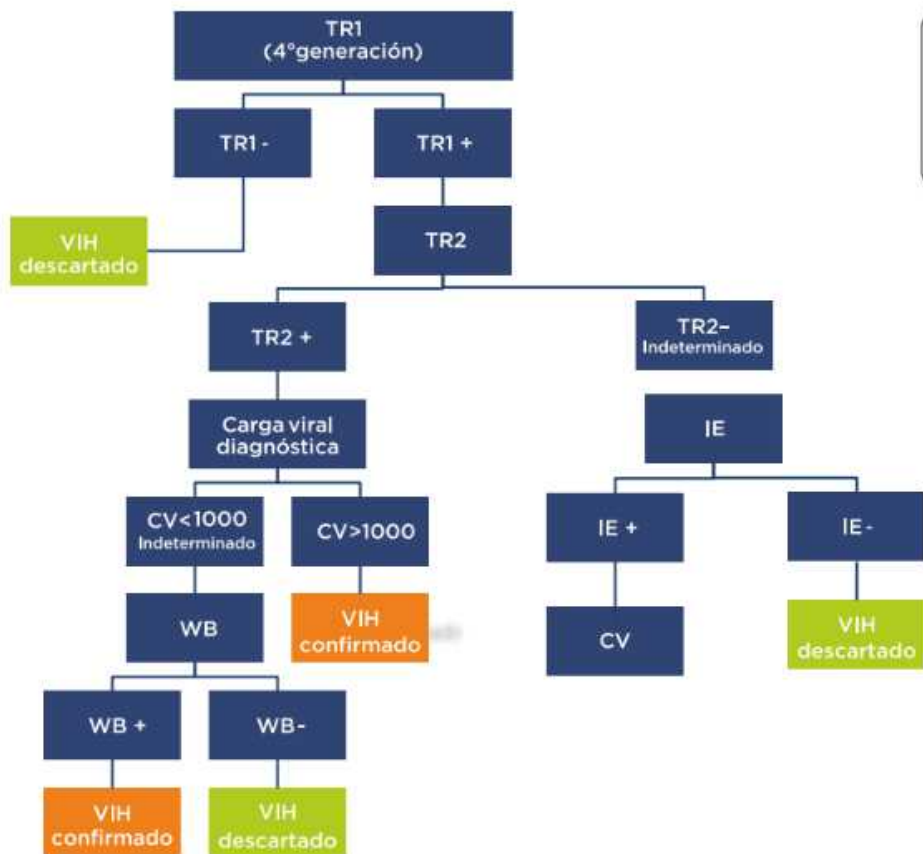


Formas en que no se transmite el VIH.



DIAGNÓSTICO DE VIH

Figura 1. Algoritmo para diagnóstico de VIH



Primer Consenso Nacional de
**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VIH
E INFECCIONES OPORTUNISTAS
EN ADULTOS - 2024**

Optimización de equipos de GeneXpert

2023



11 regiones sanitarias

2024

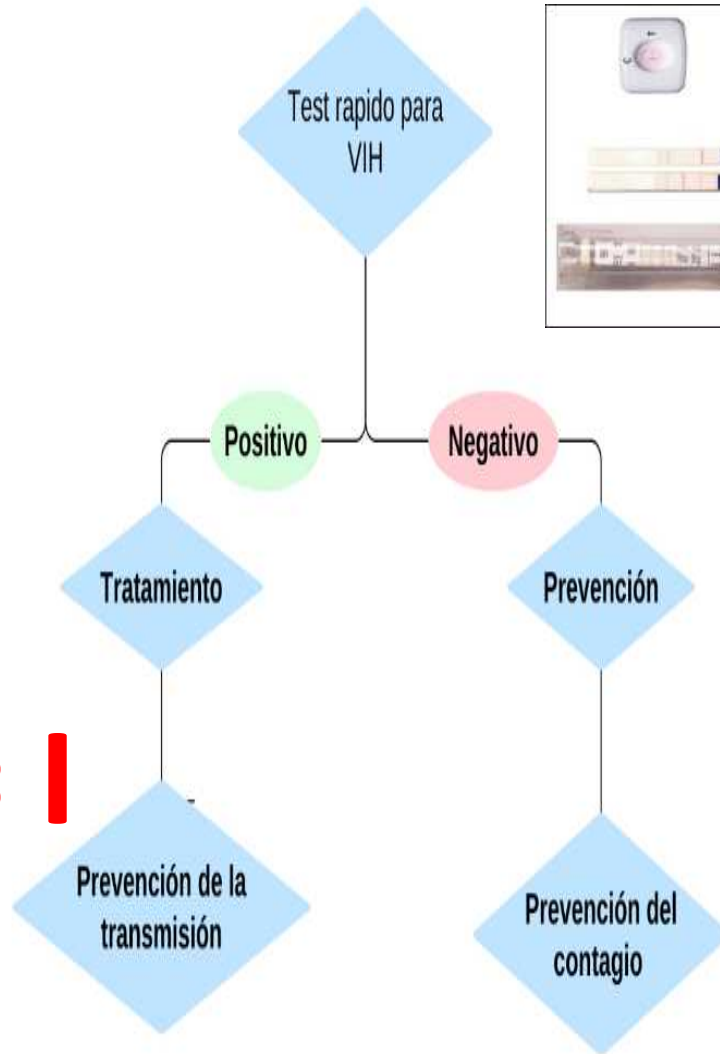


15
Regiones
Sanitarias

Prevención y cuidado del VIH.



I = I



Pruebas de Tamizaje

Ensayos inmunoenzimáticos
Test de aglutinación
Test de detección rápida
Test de Auto pruebas



Diferentes tipos de pruebas y el marcador inmunológico o virológico que detectan:

TIPO DE PRUEBA	¿QUÉ DETECTA?		
	ARN/ADN	Antígenos	Anticuerpos
PCR (carga viral)	✗		
Prueba de laboratorio de 4ª generación (Ag/Ab)		✗	✗
Pruebas de laboratorio de 1ª, 2ª, 3ª generación			✗
Pruebas rápidas de 3ª generación			✗
Pruebas rápidas de 4ª generación		✗	✗
Autotest			✗
Western blot			✗

Periodo ventana de cada test.

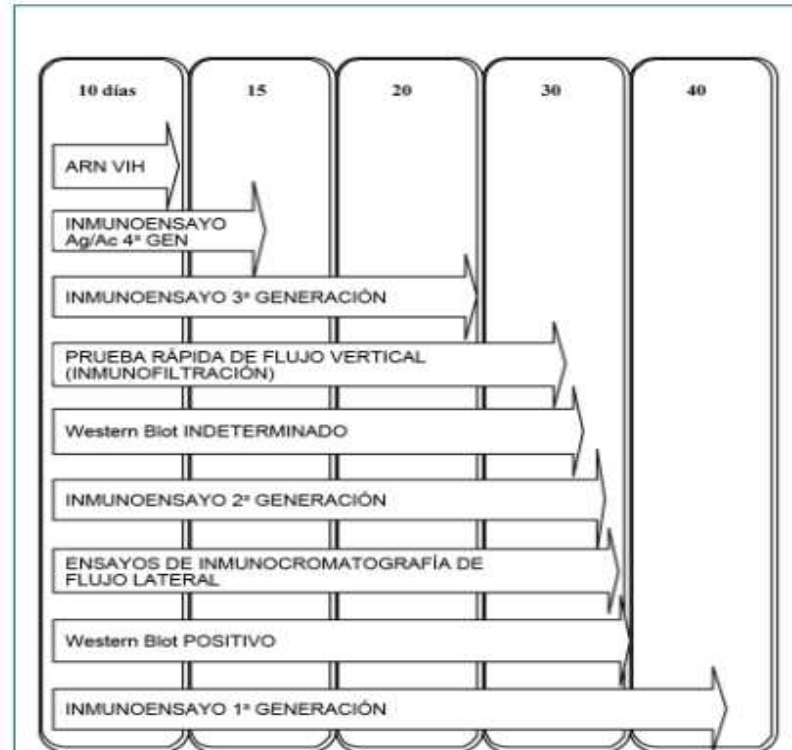


Figura 1. Días transcurridos desde la fecha de infección hasta que se positivizan las técnicas de diagnóstico de infección por el VIH-1

ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH/SIDA



Anamnesis



Vacunación



Comorbilidades



Medicación



Hábitos tóxicos

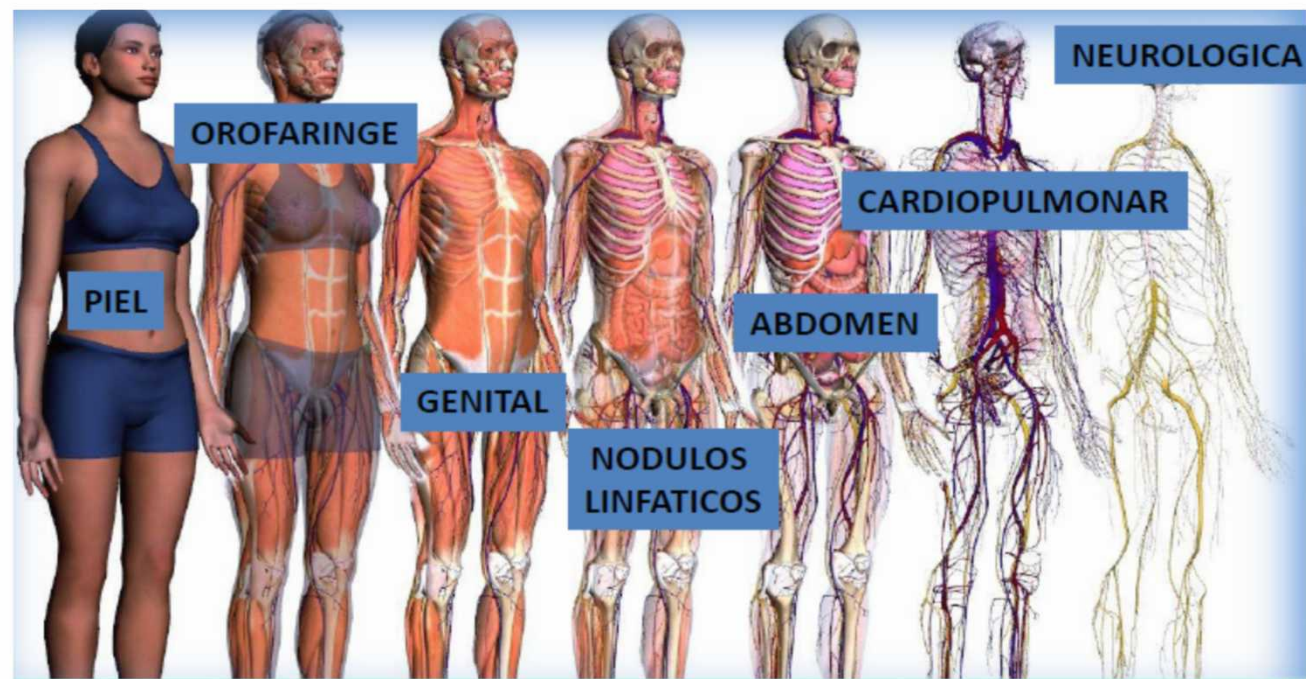


Historia sexual



Apoyo social

Examen físico





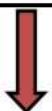
Evaluación inicial

Pruebas complementarias

VIH	Estudio	Comorbilidades
Confirmar VIH	Serología de VHA, VHB, VHC, lúes, cribado ETS	Hemograma, coagulación, bioquímica
Carga viral	Toxoplasma, CMV, rubeola,	Sedimento de orina
CD4+, CD8+, CD4/CD8	Quantiferon/ TBLAM HISTOLAM	Esteatosis hepática
Estudio genotipo de resistencias	<i>Trypanosoma cruzi</i> , <i>Strongyloides</i> ,	Riesgo CV, ECG
HLA B*5701	CV CMV, fondo de ojo, antígeno criptococo en suero si CD4<100	Citología cervical uterina/anal
		Metabolismo óseo



Categorías clínicas			
Categorías inmunológicas	A Infección aguda asintomática o LPG	B Infección sintomática no A no C	C Procesos incluidos en la definición de SIDA
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3



Categoría 1: CD4 > 500cel/ul (>29%)

Categoría 2: CD4 200-499cel/ul (14-28%)

Categoría 3: CD4 < 200cel/ul (<14%)

<u>Categoría clínica A</u>
1. Infección aguda por VIH. 2. Infección asintomática por VIH. 3. Linfadenopatía generalizada persistente

<u>Categoría clínica C</u>
1. Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica. 2. Carcinoma de cervix invasivo. 3. Coccidiomicosis diseminada. 4. Criptococosis extrapulmonar. 5. Criptosporidiosis con diarrea > 1 mes. 6. Retinitis por citomegalovirus o afectación en un órgano diferente de hígado, bazo y ganglios. 7. Encefalopatía-demenia VIH. 8. Infección herpes simple con úlcera > 1 mes o bronquitis, neumonitis o esofagitis. 9. Histoplasmosis diseminada. 10. Isosporidiosis crónica > 1 mes. 11. Sarcoma de Kaposi. 12. Linfoma no Hodgkin (Burkitt, inmunoblastico, células grandes o equivalente). 13. Linfoma cerebral primario. 14. Tuberculosis pulmonar, extrapulmonar o diseminada. 15. Infección por MAC, M. Kansasi, u otras micobacterias diseminada o extrapulmonar. 16. Neumonía Pneumocystis Jirovecii. 17. Neumonía bacteriana recurrente con más de 2 episodios en 1 año. 18. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. 19. Sepsis recurrente por Salmonella no Tifoi. 20. Toxoplasmosis cerebral. 21. Síndrome Wasting (caquexia por VIH).

<u>Categoría clínica B</u>
1. Angiomatosis bacilar. 2. Candidiasis orofaríngea (Muguet). 3. Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento. 4. Displasia cervical moderada o grave o carcinoma in situ. 5. Fiebre > 38,5°C, o pérdida de peso o diarrea de > 1 mes de duración por VIH, sin otras causas que lo expliquen. 6. Leucoplasia oral vellosa. 7. Herpes Zoster (dos episodios o uno que afecte a más de un dermatoma). 8. Púrpura trombocitopénica idiopática por VIH. 9. Listeriosis. 10. Enfermedad inflamatoria pélvica especialmente si se complica con absceso tuboovárico. 11. Neuropatía periférica por VIH. 12. Otras enfermedades relacionadas con la infección por VIH.

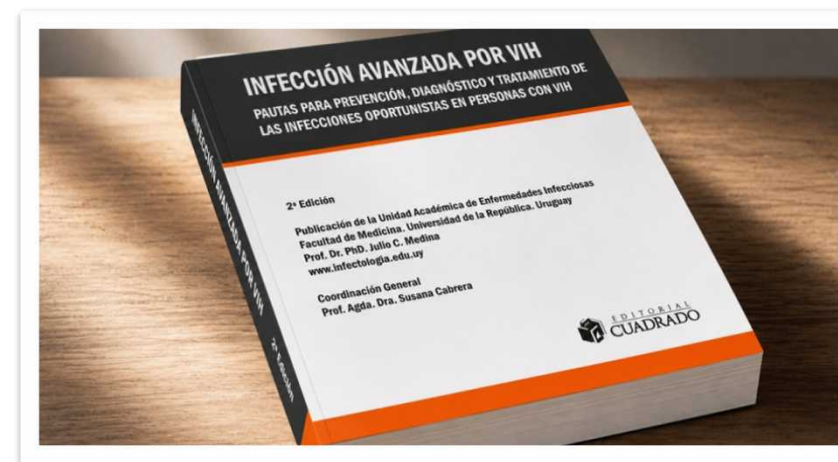
CDC. Revisión de la definición de caso de vigilancia de los CDC para el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. MMWR 1987;36:1-15S.

Infecciones oportunistas

- ✓ Se presentan generalmente como consecuencia de la severa inmunodepresión en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- ✓ La incidencia suele ser varias veces mayor respecto a la población general e incluso respecto a poblaciones con otras causas de inmunodepresión.

INFECCIÓN AVANZADA POR VIH

- ✓ LA OMS define a la infección o enfermedad avanzada por el (VIH) a las que se presenta en personas adolescentes o adultas con recuento de CD4+ < 200 cél/mm3 o con clínica de los estadios 3 o 4 de la OMS.
- ✓ Esta forma de presentación puede ocurrir al debut o más tarde en la evolución en personas no retenidas en cuidados de salud.



Paquete de intervenciones en la infección avanzada por VIH

- ✓ Búsqueda sistemática de síntomas que orientan a determinadas IO
- ✓ Aplicación de pruebas de tamizaje o de diagnóstico
- ✓ Indicación de profilaxis y tratamientos oportunos
- ✓ Inicio rápido de la TARV.

En el contexto epidemiológico local se justifica :

- ✓ Búsqueda sistemática de tuberculosis
- ✓ Búsqueda de meningoencefalitis por **Cryptococcus neoformans**
- ✓ Búsqueda de **histoplasmosis**
- ✓ Indicar profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) para prevención de neumonía por **Pneumocystis jirovecii** y la encefalitis por **Toxoplasma gondii**.





Tamizajes recomendados en PV con infección avanzada con VIH

Intervenciones	Recuento de CD4+			Comentarios
	≤ 100 cél/mm ³	100- 200 cél/mm ³	No disponible	
Tamizaje "4S"	SI	SI	SI	Positivo: descartar TB
Xpert MTB/RIF, Xpert MTB/RIF Ultra	SI	SI	SI	En muestra respiratoria y en otras según clínica
TB-LAM (orina)	SI	NO (SI*)	SI	*Con síntomas u hospitalizado
AgCr en suero	SI	SI	SI	Si es reactivo, realizar AgCr en LCR
AgHis	SI	SI	SI	Si es reactivo, buscar enfermedad
Fondo de ojo	SI*	NO	SI*	*Con CD4 <50 cel/mm ³ o con síntomas
Hemocultivos	SI*	SI*	SI*	En paciente que se hospitaliza
Siglas: 4S: 4 síntomas (tos actual, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre); Ag: antígeno; AgCr: antígeno criptocócico; LAM: lipoarabinomano; LCR: líquido cefalorraquídeo; TB: tuberculosis; Xpert MTB/RIF: prueba de amplificación de ácidos nucleicos para diagnóstico de M. tuberculosis y resistencia a rifampicina.				

Profilaxis recomendadas en PV con infección avanzada con VIH

Tratamientos	Recuento de CD4+			Comentarios
	≤ 100 cél/mm ³	100- 200 cél/mm ³	No disponible	
TMP/SMX	SI	SI	SI	
Infección TB latente	SI	SI	SI	Descartada TB activa
Fluconazol	SI*	NO	Considerar*	*SOLO si no se accede a AgCr en suero
Azitromicina	Considerar*	NO	NO	*Con CD4+ < 50 cél/mm ³
Siglas: AgCr: antígeno criptocócico; TB: tuberculosis; TMP/SMX: trimetoprim/sulfametoxazol.				

Tamizaje de tuberculosis en paciente con infección avanzada

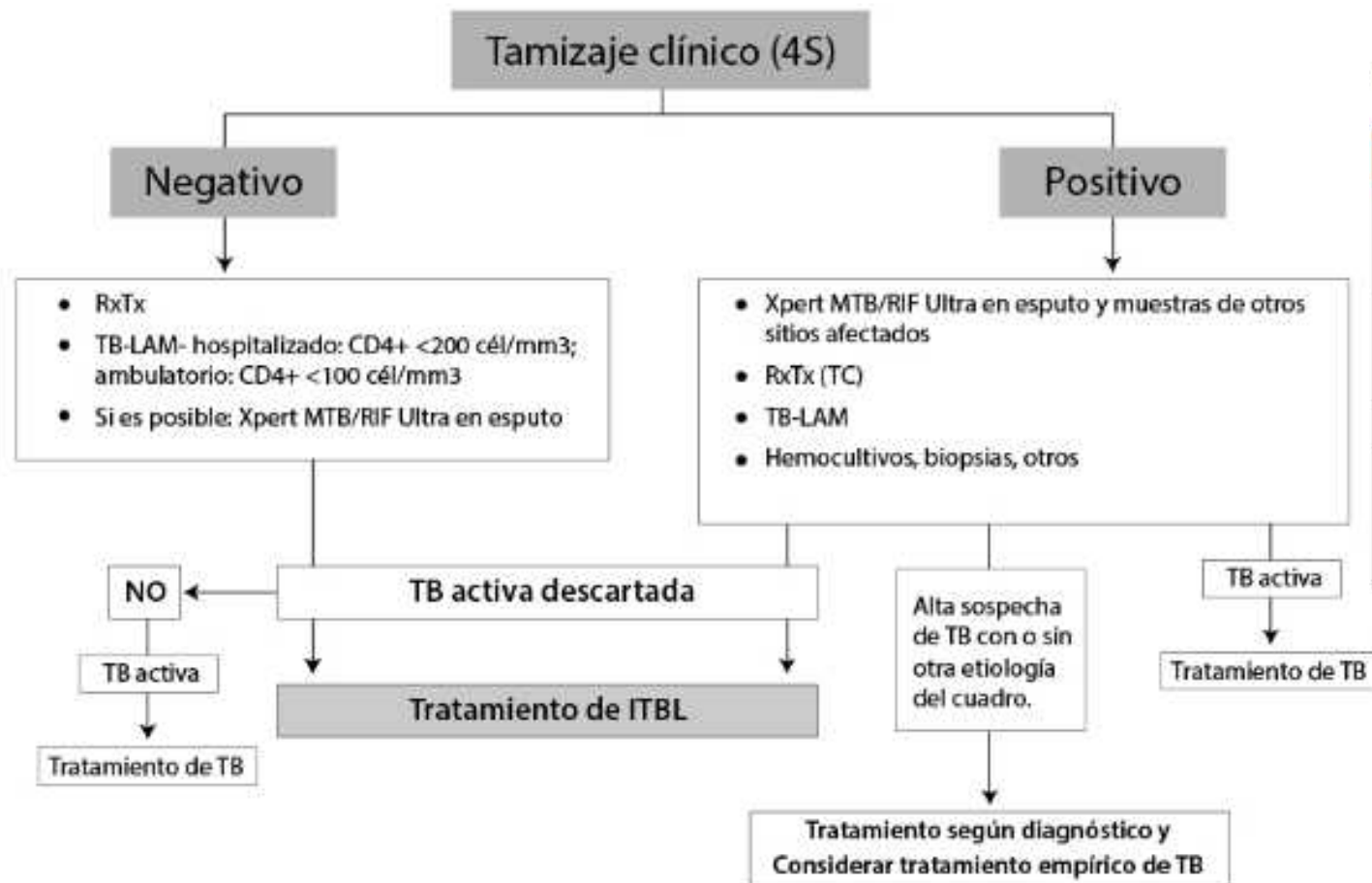


Tabla 1. Tratamiento de la infección tuberculosa latente

	Esquema	Fármaco y dosis	Tiempo
De elección*	3HP (isoniacida + rifapentina)	<50Kg Isoniacida 750 mg vo día + Rifapentina 750 mg vo día	3 meses
		≥50 Kg Isoniacida 900 mg vo día + Rifapentina 900 mg vo día	
Alternativo*	6H o 9H	Isoniacida 5 mg/kg/día vo	6 – 9 meses

*En ambos tratamientos agregar 25mg de piridoxina si el paciente tiene desnutrición, consumo de alcohol, enfermedad renal crónica, polineuropatía.

Siglas. H: isoniacida; P: rifapentina.



Tamizaje de criptococosis en paciente asintomático



Recuento de CD4	Ag Cr en sangre		
	No reactivo	No disponible	Reactivo
CD4+ $\leq$ 100 cél/ mm ³ o desconocido	No tratamiento	PROFILAXIS	AgCr en LCR* Reactivo: tratamiento de meningoencefalitis No reactivo: terapia anti- cipada
CD4+ 100-200 cél/ mm ³	No tratamiento	No profilaxis	

AgCr: Antígeno criptocócico. *Se debe realizar estudio micológico completo de LCR con tinta china y cultivo. En caso de tinta china positiva o negativa se debe tomar la misma conducta que con AgCr en LCR reactivo o no reactivo respectivamente.

. Pauta de profilaxis y terapia anticipada con fluconazol para criptococosis

Estrategia	Dosis	Tiempo
Terapia anticipada	1.200 mg/día vo	14 días
	800 mg/día vo	Semana 3 a semana 10
	200 mg/día vo	Hasta CD4+ > 200 cél/mm ³ y CV indetectable en TARV por un mínimo de 3 meses
Profilaxis	200 mg/día vo	Hasta CD4 > 100 cél/mm ³ y CV indetectable en TARV por un mínimo de 6 meses

7. VALORACIÓN DE USO DE PROFILAXIS DE INFECCIONES OPORTUNISTAS

	INDICACIONES	RECOMENDADA	ALTERNATIVAS	COMENTARIOS
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)	CD4 <200 cel/mm ³ , candidiasis oral o enfermedad definitiva de sida	TMP/SMX 160/800mg: 1 comp VO 3 veces/semana	TMP/SMX 160/800mg: 1 comp VO cada 24hs o Dapsona 100 mg VO cada 24hs o 50mg VO cada 12hs o Dapsona 50mg VO cada 24 hs	Suspender profilaxis con CD4 >200células/mm ³ por 3 meses en respuesta a TAR confirmada en cuando menos dos determinaciones consecutivas.
Toxoplasmosis	CD4 <200 cel/mm ³	Profilaxis primaria: TMP/SMX 160/800mg 1 comp VO 3 veces/semana	Profilaxis secundaria: Sulfadiazina 1g c/12hs + pirimetamina 25-50 mg c/24hs + Ácido folínico 10-25mg. c/ 24hs o TMP/SMX 160/800 mg c/ 12hs hasta CD4>200 cel/mm ³ por 6 meses	
Complejo <i>Mycobacterium avium</i> (MAC) enfermedad diseminada	CD4 <50 cel/mm ³ después de excluir infección activa por MAC	Azitromicina 1,200 mg VO semanal o Claritromicina 500 mg c/12 h VO o Azitromicina 600mg VO 2 veces por semana	Rifabutina 300mg VO c/24 h dosis ajustada con base a TAR concomitante, excluir TB activa antes de iniciar rifabutina.	Suspender profilaxis con CD4 >100 células/mm ³ por 3 meses en respuesta al TAR
Tuberculosis	Independiente de los valores de CD4	Rifapentina más isoniazida semanales durante 3 meses (12 dosis): Isoniazida 15 mg/kg Rifapentina (en función del peso corporal) 25,1-32 kg=600 mg, 32,1-49,9 kg= 750 mg Mas de 50 kg = 900 mg Isoniazida más rifampicina diarias durante 3 o 4 meses: Isoniazida 5 mg/kg Rifampicina 10 mg/kg Isoniazida diaria durante 6 meses: 5 mg/kg Rifampicina diaria 3 o 4 meses	Dosis máxima: Isoniazida 900 mg Rifapentina 900 mg Isoniazida 300 mg Rifampicina 600 mg 300 mg 600 mg	



5. DETECCIÓN PRECOZ DE LA NEOPLASIA NO ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR VIH

Dada la mayor supervivencia y por ende el envejecimiento de la población que vive con el VIH estamos asistiendo a un aumento de cánceres no definitorios de SIDA. Por lo tanto, es necesario detectar precozmente neoplasias que tienen mayor incidencia en esta población e idealmente prevenirlos con recomendaciones generales (cese de hábito tabáquico, protección solar, prácticas sexuales seguras).

Se recomienda examen físico periódico con especial atención a piel, adenopatías, orofaringe y rectal anual. Para el resto de los cánceres no asociados a SIDA más frecuentes, a falta de guías específicas en pacientes con el VIH y basándonos en que la detección precoz en la población general disminuye la morbilidad por cáncer, se recomienda seguir las mismas guías que para la población general, que se resumen en la siguiente tabla^{16,17,18}.

Tabla 3. Recomendaciones de cribado de neoplasias no asociadas a SIDA.

CRIBADO DE NEOPLASIAS NO ASOCIADAS A SIDA.	
Cáncer colorrectal	>50 años: sangre oculta en heces, cada 1 o 2 años y/o sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años PVV de alto riesgo colonoscopia iniciando screening a los 40 años o a los 10 años en caso de: antecedente familiar.
Hepatocarcinoma	Ecografía hepática cada 6 meses en cirrosis hepática independiente de su etiología y en aquellos con VHB/VIH.
Cáncer de mama	> 30 años: evaluación de riesgo >40 años: mamografía anual.
Cáncer de próstata	Tacto rectal. A partir de 50 años PSA anualmente, si tiene alto riesgo realizar a partir de los 45 años.
Cáncer anal	Tacto rectal anual. Citología anal, y detección de serotipos oncogénicos de VPH. Si citología anormal, anoscopia de alta resolución con biopsia de áreas sospechosas y tratamiento tópico en lesiones displásicas de alto grado.
Cáncer cervical	Citología vaginal con detección de VPH oncogénicos de forma anual desde 21 a 65 años.

Recomendaciones de vacunación en pacientes con VIH

Enero-Junio 2023

Rev. Inst. Med. Trop 2023; 18(1): 96-119
10.18004/rimt/2023.18.1.14

ARTICULO ESPECIAL

Primer Consenso Nacional Intersociedades de Inmunización del Adulto

First National Inter-Societies Consensus on Adult Immunization 2023

Elena Candia¹
Stela Samaniego¹
Dulio Núñez¹
Rebeca Guerin¹
Rocio Olmedo¹

Víctor Salinas⁶
Alba Armoa⁶
Perla Alcaraz⁷
Doris Mora⁷
José Daniel Andrada⁸

VACUNA	CD4 ≤ 200	CD4 ≥ 200
Vacuna Covid-19 ARNm bivalente	No vacunados 3 dosis. Intervalo: 0, 1, 2 meses Antecedente de 1 dosis de vacuna monovalente: 2 dosis Intervalos: 0, 1 mes Antecedente de 2 y 3 dosis de vacuna monovalente: 1 dosis	
Influenza tetravalente	Aplicar 1 dosis anual	
Antineumocócica (PCV13, PPSV23)	Aplicar PCV 13, luego de 8 semanas PPSV 23. Si recibió PPSV 23, aplicar luego de 1 año la PCV 13. Refuerzo a los 5 años con una dosis PPSV 23.	
Tétanos, difteria, pertusis (Td /Tdpa)	Aplicar 1 dosis de Tdpa, luego booster con Td/Tdpa cada 10 años. Esquema desconocido: 3 dosis. Intervalo: 0, 1, 6 a 12 meses. Incluir Tdpa en uno de ellos. En heridas contaminadas: aplicar Tdpa si pasaron 5 años de la última dosis. En heridas limpias: aplicar Tdpa si pasaron 10 años de la última dosis.	
Meningococo MenACWY	Aplicar 2 dosis. Intervalo: 0, 2 meses.	
Hepatitis A	Aplicar 2 dosis. Intervalo: 0, 6 meses. En pacientes con serología (HAV IgG) negativa	
Hepatitis B	Aplicar 3 dosis. Intervalo: 0,1, 6 meses. Control serológico a los 30 - 60 días (Anti HBs), si resultado ≤10mIU/ml repetir esquema de 3 dosis. Indicar doble dosis (40ug/IM) en todos casos.	
Haemophilus Influenzae b	Aplicar 2 dosis. Intervalo: 0, 2 meses	
Virus del Papiloma Humano (HPV)	Aplicar 3 dosis. Intervalo: 0, 1, 6 meses Adultos hasta los 45 años	
Herpes Zóster Inactivada (ShingrixR)	Aplicar 2 dosis Intervalo: 0, 2 meses	
Fiebre Amarilla	CONTRAINDICADA	Aplicar 1 dosis de por vida.
Dengue	CONTRAINDICADA	CONTRAINDICADA
Varicela	CONTRAINDICADA	En seronegativos, aplicar 2 dosis. Intervalo: 0, 2 meses
Papera, sarampión, rubéola (SPR)	CONTRAINDICADA	Aplicar 2 dosis. Intervalo: 0, 1 meses



Tratamiento antirretroviral (TAR)

Es el pilar fundamental en el manejo de la infección por VIH

Los fármacos utilizados se han desarrollado basándose en el ciclo de vida del VIH.

Estos medicamentos evitan la entrada del VIH en sus células diana o inhiben las tres enzimas que el virus utiliza para replicarse:

- Transcriptasa Inversa**
- Integrasa**
- Proteasa**

Esquemas recomendados para el inicio de tratamiento

El esquema de inicio de elección es:

- Tenofovir/
- Lamivudina/
- Dolutegravir

TLD



ESQUEMA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL INICIAL PARA ADULTOS.	
Situación	Esquema antirretroviral
Esquema preferencial	TDF/3TC/DTG 300/300/50mg cada 24hs. TAF/FTC/DTG 25/200/50mg cada 24hs.
Alternativa	TDF/FTC 300/200mg + DTG 50mg cada 24hs. ABC/3TC 600/300mg + DTG 50mg cada 24hs. TDF/FTC + IP/r (DRV/r o A _{TV} /r).
Embarazadas	TDF/3TC/DTG 300/300/50mg cada 24hs.
Coinfección Tb/VIH	Elección: TDF/3TC/DTG 300/300/50mg cada 24hs. TAF/FTC/DTG 25/200/50mg cada 24hs. + DTG 50mg cada 24hs. Alternativa: TDF/3TC/EFV 300/300/400mg cada 24hs.





ATENCIÓN INTEGRAL
↓
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO



¡Gracias!



¡Gracias!