



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Informe

Número:

Referencia: ANEXO I

Anexo I

Protocolo de recupero

Se define infección por VIH la que presenta un paciente adulto o niño mayor a 18 meses en quien se determine al menos una prueba de tamizaje (por metodología ELISA, aglutinación de partículas o test rápido) positiva para VIH con un test confirmatorio por carga viral. El uso de Western Blot u otros estudios de tipo de los inmunoensayos de línea debe limitarse a situaciones puntuales.

En niños menores de 18 meses se considera el diagnóstico con dos pruebas de PCR positivas para VIH.

Fundamento terapéutico general:

Debe ofrecerse el tratamiento antirretroviral a todas las personas con infección por VIH, independientemente del recuento de células CD4. El tratamiento antirretroviral debe iniciarse lo más pronto posible.

Prestaciones incluidas en el módulo:

Una vez se ha tomado la decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral, la elección del esquema a utilizar debe seguir las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica, tanto nacionales, como internacionales, y adecuarse a la situación vital de cada persona para garantizar la adherencia al mismo. A modo de ejemplo pueden citarse las siguientes especificaciones:

En el momento de la elección del esquema deben considerarse las comorbilidades del paciente, edad, estado HLA B5701 (solo cuando se utilice abacavir), embarazo, test de resistencia cuando esté indicado, y/o contraindicaciones específicas de los medicamentos.

Para el inicio del Terapia Antirretroviral (TARV) se recomienda una combinación de uno o dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI), asociados a otro antirretroviral de alguna de las siguientes clases, preferentemente utilizando combinaciones de dosis fijas una vez al día:

- Un inhibidor no nucleosídico de la transcriptasa inversa (INNTI)
- Un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir (IP/r) o cobicistat (IP/c)
- Un inhibidor de la transferencia de cadena mediada por integrasa (INSTI)

Fallo de tratamiento: se define como fallo virológico a la presencia de carga viral (CV) plasmática por encima del límite de detección después de al menos 24 semanas de tratamiento. Este dato debe ser confirmado en 2 muestras consecutivas. Si la carga viral plasmática es muy elevada antes del inicio del TARV puede requerirse más de 24 semanas para lograr la no detectabilidad. También constituye fallo virológico cuando la CV aumenta por encima del límite de detección luego de haber alcanzado la no detectabilidad, dato que requiere también confirmación con una segunda muestra. Se considera fallo al valor de CV mayor a 200 copias/ml.

El esquema utilizado después del primer fallo y subsiguientes, dependerá del test de resistencia y de la historia de drogas antirretrovirales utilizadas. Se considerará como fallo virológico a la situación clínica donde la carga viral y la historia clínica lo confirmen, aun sin la disponibilidad del test de resistencia, cuando dicha situación sea justificada por causales válidas. La condición de multifallo solo podría ser considerada a partir de un segundo fallo.

Resulta fundamental en todas las situaciones el chequeo de la correcta adherencia.

El cambio de TARV en pacientes con Carga Viral suprimida (no detectable), puede ser realizado luego de objetivar al menos 6 meses de carga viral no detectable. Puede responder a diferentes motivos incluyendo:

- Simplificación: utilización de un esquema de menos comprimidos o menor dosis
- Intolerancia o toxicidad: Se modifica la droga a la que se atribuye la intolerancia o toxicidad y se la reemplaza.
- Interacciones medicamentosas
- Embarazo

En todos estos casos, en los cuales el cambio se realiza con carga viral suprimida, no se requiere test de resistencia.