

# GOBIERNO FEDERAL



## SALUD

### Guía de Referencia Rápida

## SEDENA

## SEMAR

### Tratamiento antiretroviral del paciente adulto con infección por VIH

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Número de Registro: IMSS-245-09

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



DIF  
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**B24X: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación.**

GPC

**Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH**

ISBN en trámite

### DEFINICIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad compleja que involucra en su atención aspectos clínicos, económicos y sociales, los cuales pueden interferir en la selección de fármacos antirretrovirales (ARV) y por ende en la respuesta al tratamiento.

La infección por el VIH es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional y mundial. Hasta diciembre del año 2009, se notificaron 33.4 millones de personas viviendo con VIH (UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010) el 95% de estos casos en países subdesarrollados. En México, hasta junio del año 2010, se registraron 141,356 casos acumulados, de los que 77.4% (109,438) corresponde a personas en etapa productiva (15 a 44 años) (CONASIDA Registro nacional de casos de Sida, junio 2010), y 17.7 % a mujeres. Aunque este porcentaje fue menor al reportado en la literatura mundial en comparación con el año 2007, se observó un incremento de 1.2 % en este grupo. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en solo 3 años se ha incrementado el número de pacientes en 11.2 %. Durante el año 2009 se registraron 23,531 pacientes vivos. La proporción de pacientes que reciben antirretrovirales (ARV) se ha incrementado de 90.6 % en el año 2007 a 92.26 % en el momento actual, esta tendencia se relaciona con identificación temprana de los casos de infección por el VIH y el momento adecuado para el inicio de tratamiento ARV.

A partir de 1996 en Estados Unidos de Norteamérica y de 1997 en México, se utiliza tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), estrategia que ha logrado disminuir notablemente la morbilidad y mortalidad en pacientes con infección por el VIH (Palella-2006, CDC-2006). Sin embargo, el costo financiero de algunos ARV es elevado y requiere de una selección apropiada para conformar los esquemas que permitan optimizar su eficacia y limitar los efectos secundarios que pueden ocurrir a corto y largo plazo, con énfasis en los tratamientos de rescate.

Actualmente, en el cuadro básico del IMSS, se encuentran disponibles 19 fármacos en diferentes presentaciones para uso clínico, divididos en cuatro grupos farmacológicos: inhibidores de la Proteasa (IP), inhibidores de la Transcriptasa reversa (ITR), inhibidores de la entrada (IE) e inhibidores de la Integrasa (II) que permiten cubrir las necesidades terapéuticas en la mayor proporción de pacientes, no obstante, pueden existir dificultades en la elección de la terapia de inicio, esquemas subsecuentes y combinaciones farmacológicas debido a una amplia variabilidad de la práctica clínica en los médicos especialistas encargados de la atención y seguimiento de este grupo de pacientes, lo que ocasiona de forma directa e indirecta limitaciones en aspectos de planeación, uso de recursos, contención de costos y calidad de la atención a mediano o largo plazo.

La selección adecuada de los esquemas ARV es fundamental en el tratamiento de inicio, debido a su estrecha relación con la tasa de éxito terapéutico, la reducción de la probabilidad de fracaso con el empleo de esquemas subsecuentes y la mejoría de sobrevida libre de complicaciones e infecciones oportunistas. El presente documento desarrollado por profesionales directamente involucrados en la atención de las personas que viven con VIH tiene como objetivo contribuir a la estandarización de los esquemas de tratamiento ARV en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social

## EVALUACIÓN INICIAL Y SUBSECUENTE DEL PACIENTE

- a. Los estudios que deben incluirse en la evaluación inicial de un paciente con infección por VIH/SIDA para estadificar la enfermedad y apoyar la selección del esquema AR son:  
Anticuerpos para VIH, cuenta de linfocitos T CD4+, carga viral, biometría hemática completa, química sanguínea, niveles de transaminasas, nitrógeno ureico, creatinina, examen general de orina, serología para hepatitis A, B y C, glucosa y lípidos en ayuno, citomegalovirus, toxoplasma, VDRL y PPD, radiografía de tórax, electrocardiograma basal en personas mayores de 40 años, prueba de embarazo, revisión de fondo de ojo en pacientes con CD4+ de <50 células/  $\mu\text{L}$ .
- b. Repetir la determinación de:  
Química sanguínea y biometría hemática cada 4 a 6 meses.  
El perfil de lípidos debe repetirse cada 6 meses si es anormal y cada 12 meses si es normal.  
El examen de orina debe repetirse cada 6 meses si el paciente tiene tratamiento que incluya Tenofovir (TDF).  
Solicitar en mujeres la realización de citología cervicovaginal inicialmente y de ser negativa cada año.  
En hombres que tienen sexo con hombres debe realizarse tacto rectal y Papanicolaou; si alguno de estos es anormal realizar anoscopía.
- c. Para el inicio o cambio de terapia ARV, debe solicitarse la cuantificación de la carga viral (CV) antes del inicio de la terapia, y de preferencia 2 a 4 semanas después del inicio, máximo 8 semanas después, o por cambio de tratamiento ARV.
- d. En pacientes que tienen supresión viral pero la terapia ha sido modificada por toxicidad o simplificación, la carga viral (CV) debe ser medida cada 2 a 8 semanas después del cambio.
- e. En pacientes estables con tratamiento ARV, la CV puede repetirse cada 3 a 4 meses de acuerdo a su condición clínica.
- f. La monitorización de pacientes con respuesta subóptima, además de la carga viral debe incluir la evaluación de la adherencia al tratamiento, alteraciones en la farmacología, interacciones medicamentosas, o resistencia.
- g. La frecuencia de monitorización de la cuantificación de linfocitos T CD4+ se recomienda cada 3 a 4 meses para determinar cuándo iniciar la terapia ARV en pacientes no tratados, para evaluar la respuesta inmunológica y para definir el inicio o el retiro de la profilaxis para infecciones oportunistas.
- h. La monitorización de la respuesta terapéutica mediante la cuantificación de linfocitos TCD4+ se considera adecuada cuando el paciente tiene un incremento de 50 a 150 células/ $\text{mm}^3$  por año, posterior al inicio del tratamiento ARV, con una respuesta acelerada en los primeros tres meses. En forma subsecuente en pacientes con buen control virológico, el incremento es de 50 a 100 células/ $\text{mm}^3$  por año.
- i. Debe brindarse información suficiente y de calidad, y efectuar un abordaje integral del paciente con el fin de detectar en forma oportuna factores que influyan en el apego al tratamiento, a través de una adecuada relación médico-paciente.

### CRITERIOS DE INICIO DE TRATAMIENTO.

1. Se deberá iniciar tratamiento ARV lo antes posible en cualquier paciente con conteo de CD4+ <200 células/ $\mu$ L o con enfermedades definitorias de SIDA.
2. Se deberá iniciar tratamiento ARV en cualquier paciente con CD4+ menores a 350 células/ $\mu$ L independientemente de la cifra de carga viral.
3. Si el número de linfocitos CD4 es >500 células/ $\mu$ L se recomienda diferir el TARAA; sin embargo, debe ser considerado en los pacientes con comorbilidades (cirrosis hepática, hepatitis crónica por VHC, VHB con indicación de tratamiento, con CV para hepatitis >105 copias/mL, proporción de linfocitos CD4+ <14%, edad mayor a 55 años, riesgo cardiovascular elevado y nefropatía VIH).
4. Debe iniciarse tratamiento ARV independientemente de la cuenta de linfocitos CD4 en pacientes con nefropatía asociada a VIH, confección con VHB cuando el tratamiento para la hepatitis está indicado.
5. El tratamiento ARV está indicado en la mujer embarazada aunque no reúna criterios, con el fin de prevenir la transmisión perinatal.
6. Considerar el inicio de ARV si el paciente así lo solicita, independientemente del conteo de linfocitos CD4+, tomar en cuenta si el paciente se encuentra apto para el uso de fármacos. Esto puede disminuir la transmisión o si se trata de pareja serodiscordante.

### SELECCIÓN DEL ESQUEMA DE INICIO

TRATAMIENTO BASE	ESQUEMA PREFERIDO	ESQUEMA ALTERNATIVO
COMBINACION	2 ITRAN + 1 ITRNN	2 ITRAN + 1 IP/r
ITRAN	TDF+FTC	ABC+LMV ZDV+ LMV
ITRNN	EFV	*NVP
IP	ATV/r	LPV/r FPV/r

\*NVP Contraindicada en mujeres con más de 250 linfocitos CD4+, o en hombres con más de 400 linfocitos CD4+

1. No se recomienda utilizar EFV durante el primer trimestre del embarazo o en mujeres que no tienen un método anticonceptivo efectivo o están tratando de embarazarse.
2. No debe usarse ATZ/r en pacientes que requieren más de 20 mg de omeprazol o su equivalente por día debido a interacción medicamentosa.
3. La NVP no debe ser usada en pacientes con daño hepático severo o moderado.
4. No debe ser usada la NVP en mujeres con >250 linfocitos CD4/ $\text{mm}^3$  ni en hombres con >400 linfocitos CD4/ $\text{mm}^3$ .
5. Seleccionar el esquema que contenga menos píldoras, menos dosificaciones al día y menor toxicidad, para facilitar la adherencia.
6. LPV/r una vez al día no se recomienda en mujeres embarazadas.

### CRITERIOS PARA DEFINIR FALLA TERAPÉUTICA

1. El concepto de falla terapéutica puede aplicarse a 3 escenarios: Viroológico, inmunológico o clínico:
  - a. La falla virológica debe entenderse como la incapacidad de lograr o mantener la supresión de la replicación viral. (CV > 50 copias/mL dependiendo de la metodología utilizada).
  - b. La falla inmunológica se define como la incapacidad para mantener o incrementar el nivel de células CD4+ a pesar de lograrse supresión virológica.
  - c. La falla clínica o progresión se define como la aparición de enfermedades relacionadas con supresión inmunológica.
2. El manejo de pacientes con fallas múltiples a ARV es compleja, por lo que la asesoría de expertos es fundamental.
3. El diseño de un nuevo esquema debe identificar al menos dos, idealmente tres agentes completamente activos.
4. Suspender o interrumpir brevemente la terapia en un paciente con viremia puede conducir a un incremento rápido en el RNA viral, disminución de los linfocitos CD4+ e incremento en el riesgo de progresión clínica, por lo que esta estrategia no se debe hacer.
5. No existe un consenso sobre la conducta a seguir en pacientes con supresión virológica sostenida y falla inmunológica. Estos deberán ser evaluados en forma individual.

### EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN FALLA TERAPÉUTICA

Situación clínica	Recomendación
<b>Sospecha de Falla Viroológica</b>	1. Investigar y en su caso corregir cualquier alteración de tipo social, conductual, psicológica o psiquiátrica que afecte la respuesta al tratamiento ARV, o que condicione adherencia inadecuada al esquema
	2. Investigar y en su caso corregir, la presencia de condiciones que afecten la absorción de los medicamentos y la presencia de interacciones farmacológicas entre ARV y con otros fármacos
	3. Deberá repetirse la determinación de carga viral de 4 a 6 semanas posteriores al estudio donde se detectó la falla a fin de confirmar la presencia de la misma.
	4. Si se confirma la falla virológica y la carga viral es superior a 1000 copias/mL, deberá realizarse prueba de resistencia a fin de evaluar el esquema posterior.
<b>Carga viral entre 51 y 1000 copias/mL</b>	1. Evaluar adherencia terapéutica, interacciones farmacológicas y condiciones de la toma de los fármacos
	2. Corregir los factores que se hayan detectado y repetir la determinación de carga viral de 6 a 8 semanas después de la intervención
<b>Carga viral superior a 1000 copias/mL</b>	1. Realizar prueba de resistencia (genotipo viral) bajo presión farmacológica en forma temprana (tan pronto como se detecte), con el esquema que recibe en el momento de la falla
	2. Enviar al Grupo de Expertos en Resistencias a Antirretrovirales (GERA en el IMSS) para la modificación del esquema con base en el genotipo y evaluación integral.
	3. En caso de que no se disponga de pruebas de resistencia, el GRERA deberá modificarse todos los elementos del esquema evitando utilizar fármacos para los que exista resistencia cruzada con el esquema en falla

### FALLA A UN ESQUEMA INICIAL A BASE DE ITRNN

1. Posterior a la falla de la terapia ARV con base de ITRNN, se recomienda el uso de 2 ITRAN activos + 1 IP/r.
2. El IP/r preferido con la evidencia científica es ATV/r pudiendo ser una alternativa el uso de LPV/r.
3. En pacientes con falla a un esquema a base de IP/r, se recomienda modificar a otro IP/r sensible acorde al genotipo, junto con 2 ITRAN activos.

En caso de falla a un esquema con un IP/r debe evitarse el cambio a un IP de barrera genética menor que el prescrito previamente.

### RECOMENDACIONES PARA CAMBIO DE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON OPCIONES LIMITADAS Y MULTIRRESISTENCIA.

<p><b>Recomendaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la adherencia al tratamiento, las interacciones farmacológicas, y optimizar las condiciones de la toma de los fármacos del nuevo régimen.</li> <li>• De ser posible, incluir un IP/r con la mayor actividad acorde al genotipo.</li> <li>• En pacientes con gran experiencia a tratamiento se recomienda incluir un fármaco de blanco terapéutico diferente a los de las clases tradicionales (p.ej. inhibidores de la entrada o inhibidor de integrasa).</li> <li>• Incluir por lo menos dos fármacos con actividad completa en el esquema, idealmente tres. Si se requiere incluir ENF, TPV, DRV, ETV o MVC el caso debe ser evaluado previamente por el Grupo de Expertos Institucional (GERA).</li> <li>• En ningún momento se recomienda la suspensión de tratamiento ARV. Si no existen fármacos activos, debe continuarse el esquema con menor resistencia probada a fin de continuar con respuesta inmunológica y clínica o dejar esquemas de contención, con fármacos que mantengan mutaciones que disminuyen la capacidad replicativa del virus y la progresión inmunológica y clínica (eg LMV o FTC para mantener la mutación M184V).</li> </ul>
<p><b>Objetivo del tratamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con base en los resultados de las pruebas de resistencia y de la historia de fármacos del paciente, debe modificarse el régimen a un esquema supresor de la replicación del VIH, siendo el objetivo lograr carga viral por debajo del límite de detección de la prueba ( eg 50 copias).</li> </ul>

## RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE RESISTENCIA.

<p><b>Indicaciones de la prueba</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar pruebas de resistencia a fármacos, genotipo o genotipo/fenotipo para guiar el tratamiento antirretroviral en pacientes con falla virológica y carga viral de más de 1000 copias/mL</li> <li>• El genotipo es la prueba de resistencia preferida por su mayor accesibilidad y menores costos, siendo una alternativa el fenotipo virtual</li> <li>• Solicitar la prueba de resistencia al detectar falla virológica tanto en el primer esquema en falla como en los subsecuentes</li> <li>• Solicitar prueba de resistencia en pacientes con infección aguda en quienes se pretende iniciar tratamiento ARV</li> <li>• Solicitar prueba de tropismo, en pacientes con falla virológica, en quienes se considera utilizar como opción de tratamiento un inhibidor del correceptor CCR5.</li> </ul>
<p><b>Recomendaciones para realizar pruebas de resistencia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar que la carga viral sea superior a 1000 copias/mL si se va a utilizar una técnica de genotipo estándar</li> <li>• Verificar que el paciente esté tomando tratamiento ARV al momento de realizar la prueba de resistencia</li> </ul>

## RECOMENDACIONES PARA CAMBIO DE TRATAMIENTO POR TOXICIDAD.

<p><b>Recomendaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuar evaluación clínica de los pacientes cada 4-6 meses a fin de detectar la presencia de EA del tratamiento ARV</li> <li>• Determinar cada 4-6 meses QS, perfil de lípidos, PFH y BH a fin de detectar la presencia de EA</li> <li>• Clasificar el EA acorde a su severidad en caso de presentarse éste.</li> <li>• Agotar las intervenciones terapéuticas pertinentes para tratar el efecto adverso</li> <li>• Discutir con el paciente los beneficios y limitaciones de la sustitución del fármaco involucrado con toxicidad</li> <li>• Verificar que la CV se encuentre en menos de 50 copias antes de efectuar una sustitución de ARV</li> <li>• Modificar únicamente el o los fármacos involucrados con la toxicidad y conservar el resto de los componentes del esquema</li> <li>• Realizar determinación de carga viral de 6 a 8 semanas posteriores al cambio de tratamiento.</li> <li>• Si se incluye nevirapina o abacavir en el esquema nuevo, solicitar QS y pruebas de funcionamiento hepático de 6 a 8 semanas posteriores al cambio.</li> <li>• Si se incluye TDF en el esquema nuevo, solicitar determinación de urea, creatinina y proteínas en orina de 24 horas de 6 a 8 semanas posteriores al cambio</li> <li>• Evitar suspensiones de tratamiento, particularmente si el esquema a modificar incluye un ITRNN</li> <li>• Evitar sustituciones por medicamentos de barrera genética baja como ITRNN o Raltegravir si el paciente ha tenido 2 o más esquemas de ARV o si la actividad antiviral del resto de los componentes del régimen a modificar es parcial.</li> <li>• No se recomiendan las siguientes terapias de sustitución o simplificación: 1 ITRN + 1 ITRNN, 1 ITRAN + 1 IP sin ritonavir, 1 ITRAN + RTG, 2 ITRAN, combinaciones sin ITRAN a menos que exista toxicidad a todos los fármacos de este grupo</li> </ul>
-------------------------------	---

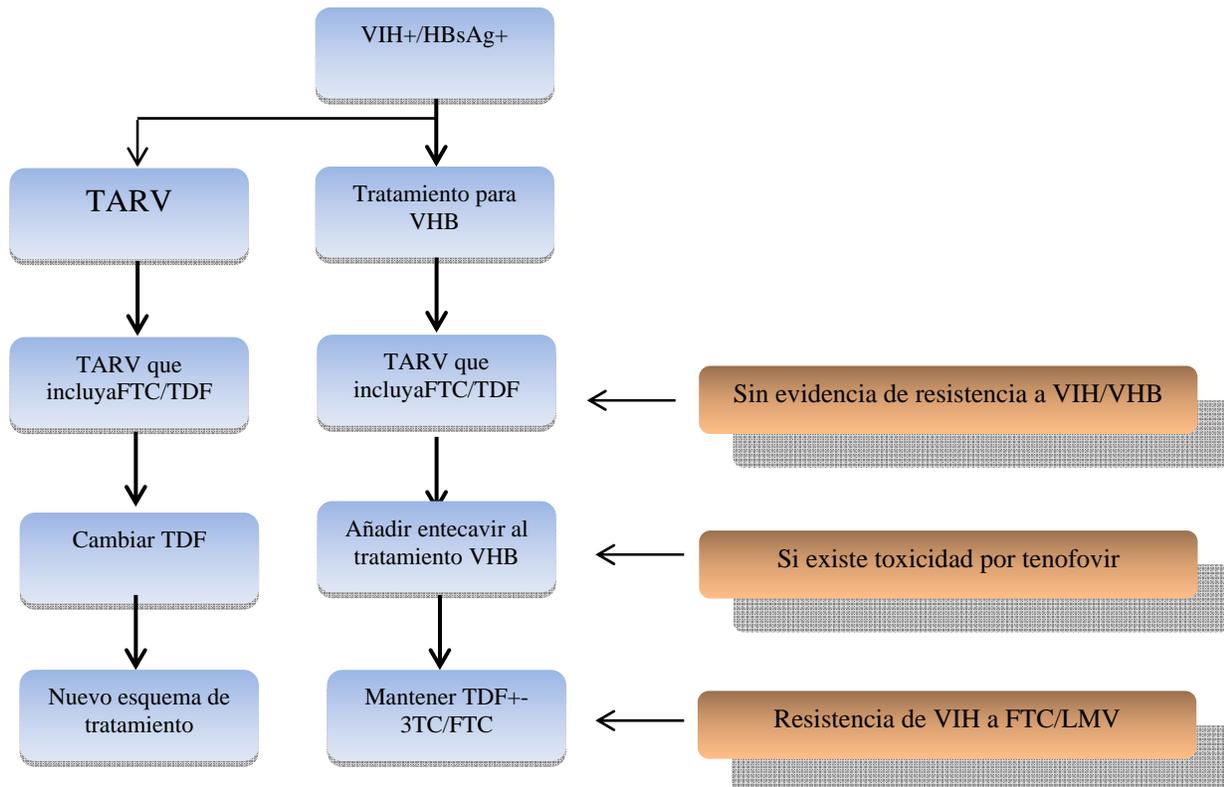
## ANTIRRETROVIRALES QUE NO DEBEN SER RECOMENDADOS

No se deben recomendar los siguientes esquemas ARV:

1. Monoterapia con ITRAN
2. Esquemas con 2 ITRAN
3. Esquemas con triple ITRAN (excepto ABC+LMV+ZDV (BI), o LMV+ZDV+TDF (BI), o LMV+ZDV+TDF

ALGORITMOS

INICIO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON COINFECCIÓN POR VIH Y VHB



**MEDICAMENTOS INDICADOS EN LA INFECCION POR EL VIH**

Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Efectos adversos	Contraindicaciones
4273	Abacavir	300 mg cada 12 horas, en combinación con otros antirretrovirales	TABLETA. Cada tableta contiene: Sulfato de abacavir equivalente a 300 mg de abacavir. Envase con 60 tabletas.	Cefalea, malestar general, fatiga muscular, náusea, diarrea, vómito, dolor abdominal, fiebre, exantema.	Hipersensibilidad conocida al abacavir o a cualquier componente de la fórmula.
4266	Atazanavir	300 mg día en combinación con otros antirretrovirales.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Sulfato de atazanavir equivalente a 300 mg de atazanavir. Envase con 30 cápsulas.	Cefalea, insomnio, síntomas neurolépticos periféricos, ictus escleral, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náusea, vómito, ictericia, rash eritematoso, astenia.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo,
4289	Darunavir	Oral Adultos: 600 mg, administrado con 100 mg de ritonavir, cada 12 horas, tomar con los alimentos.	TABLETA. Cada tableta contiene: Etanolato de darunavir equivalente a 300 mg de darunavir Envase con 120 tabletas	Dolor de cabeza, diarrea, vómito, náuseas, dolor abdominal, constipación, hipertrigliceridemia.	No debe ser coadministrado con medicamentos que sean altamente dependientes de CYP3A4 para la depuración por aumento en las concentraciones plasmáticas que se asocien con reacciones adversas graves que pongan en riesgo la vida (margen terapéutico estrecho), como astemizol, terfenadina, midazolam, triazolam, cisaprida, pimozida y los alcaloides del "ergot" (ergotamina, dihidroergotamina, ergonovina y metilergonovina).
5323	Didanosida	Oral. Adultos y niños: con más de 60 kg de peso corporal: 400 mg / día; con menos de 60 kg de peso corporal en combinación con tenofovir: 250 mg / día.	CAPSULA CON GRANULOS CON CAPA ENTERICA. Cada cápsula con gránulos con capa entérica contiene: Didanosina 400 mg. Envase con 30 cápsulas	Neuropatía periférica, neuritis óptica, mareo, dolor abdominal, estreñimiento, hepatitis, pancreatitis.	Hipersensibilidad al fármaco o a cualquiera de los componentes de la fórmula.
4370	Efavirenz	Oral. Adultos: 600 mg, una vez al día.	COMPRIMIDO RECUBIERTO. Cada comprimido contiene: Efavirenz 600 mg. Envase con 30 comprimidos recubiertos.	Erupción cutánea, náusea, mareo, diarrea, cefalea, insomnio, fatiga, dificultad en la concentración.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. No administrar durante el embarazo
4276	Emtricitabina	Oral. Adultos mayores de 18 años: 200 mg cada 24 horas.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Emtricitabina 200 mg. Envase con 30 cápsulas.		Hipersensibilidad al fármaco.

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DEL PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH

4396	Emtricitabina-Tenofovir disoproxil fumarato	Oral. Adultos y mayores de 18 años de edad: Una tableta cada 24 horas.	TABLETA RECUBIERTA. Cada tableta recubierta contiene: Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg equivalente a 245 mg de tenofovir disoproxil. Emtricitabina 200 mg. Envase con 30 tabletas recubiertas.	Dolor abdominal, astenia, cefalea, diarrea, náusea, vómito, mareos, exantema, , artralgias, mialgias, insomnio, neuritis periférica, flatulencia, elevación de creatinina sérica, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, creatinfosfoquinasa, lipasa y amilasa.	Hipersensibilidad al fármaco.
4269	Enfuvirtida	Subcutánea. Adultos: 90 mg cada 12 horas. Niños y adolescentes, de 6 a 16 años: 2 mg / kg de peso corporal, 2 veces al día; dosis máxima 180 mg cada 24 horas	SOLUCION INYECTABLE. Cada frasco ampula con liofilizado contiene: Enfuvirtida 108 mg. Envase con 60 frascos ampula con liofilizado y 60 frascos ampula con agua inyectable; 60 jeringas ded 3 ml, 60 jeringas de 1 ml y 180 toallitas humedecidas con alcohol.	Cefalea, neuropatía periférica, mareos, insomnio, depresión, ansiedad, tos, adelgazamiento, anorexia, sinusitis, candidiasis oral, herpes simple, astenia, prurito, mialgia, sudoración nocturna, estreñimiento.	Hipersensibilidad al fármaco.
5294	Estavudina	Oral. Adultos: 15 a 40 mg, 1 ó 2 veces al día. Niños: Aunque la seguridad y la eficacia no están establecidas, podría sugerirse 1 mg / kg de peso corporal, hasta 40 mg cada 12 horas.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Estavudina 40 mg. Envase con 60 cápsulas	Astenia, trastornos gastrointestinales, cefalea, insomnio, neuropatía periférica, artralgias , mialgias, reacciones de hipersensibilidad inmediata, anemia, pancreatitis.	Hipersensibilidad al fármaco. Disfunción hepática y / o renal. Alcoholismo.
4278	Fosamprenavir	Oral. 1400 mg cada 12 horas sin combinar con ritonavir, o 1400 mg cada 24 horas con 200 mg de ritonavir	TABLETA RECUBIERTA. Cada tableta recubierta contiene: Fosamprenavir cálcico equivalente a 700mg	Náusea, vómito, diarrea, cefaleas, exantema	Hipersensibilidad al fármaco
5279	Indinavir	Oral. Adulto: 800 mg cada 8 horas.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Sulfato de indinavir equivalente a 400 mg de indinavir. Envase con 180 cápsulas.	Astenia, fatiga, dolor abdominal, regurgitación, diarrea, nefrolitiasis, sequedad de la piel, prurito, erupción cutánea, disgeusia, hiperbilirrubinemia.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DEL PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH

5282	Lamivudina	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años, con peso mayor de 50 kg: 150 mg cada 12 horas, en terapia antiviral combinada; con peso menor de 50 kg: 2 mg / kg de peso corporal, 2 veces al día, combinado con otros antivirales.	TABLETA. Cada tableta contiene: Lamivudina 150 mg. Envase con 60 tabletas.	Cefalea, neuropatía periférica, parestesias, tos, vértigo, insomnio, depresión, náusea, diarrea, vómito, dolor abdominal, dispepsia, pancreatitis, alopecia, neutropenia, anemia, trombocitopenia.	Hipersensibilidad al fármaco.
4268	Lamivudina y Zidovudina	Oral. Adultos y niños mayores de 12 años: Una tableta cada 12 horas.	TABLETA. Cada tableta contiene: Lamivudina 150 mg. Zidovudina 300 mg. Envase con 60 Tabletas.	Cefalea, náusea, diarrea, vómito, dolor abdominal, fiebre, neuropatía periférica, síndrome pseudogripal, ansiedad, vértigo, alopecia, trombocitopenia, neutropenia, anemia.	Hipersensibilidad a cualquier componente de la fórmula.
4288	Lopinavir y ritonavir	Oral. Adultos: 400 mg / 100 mg cada 12 horas. Dosis máxima de 400 mg / 100 mg cada 12 horas	TABLETA. Cada tableta contiene: Lopinavir 200 mg. Ritonavir 50 mg. Envase con 120 tabletas.	Diarrea, náusea, astenia, cefalea, vómito, anorexia, dolor abdominal, parestesias, rash dérmico, disgeusia.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Lactancia
5296	Nevirapina	Oral. Adultos: 200 mg cada 12 ó 400mg cada 24 horas.	TABLETA. Cada tableta contiene: Nevirapina 200 mg. Envase con 60 tabletas.	Erupciones cutáneas, estomatitis ulcerosa, hepatitis, fiebre, sudoraciones.	Hipersensibilidad a nevirapina. Insuficiencia hepática. Confección por VHB y/o VHC
5280	Raltegravir	Oral. Adultos y mayores de 16 años de edad: 400 mg dos veces al día. Debe administrarse en combinación con otros antirretrovirales.	COMPRIMIDO. Cada comprimido contiene: Raltegravir potásico equivalente a 400 mg de raltegravir Envase con 60 comprimidos.		
5281	Ritonavir	Oral Únicamente como potenciador de inhibidores de proteasa, dosis de acuerdo al inhibidor de proteasa usado	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Ritonavir 100 mg. 2 envases con 84 cápsulas cada uno.	Astenia, cefalea, dolor abdominal, anorexia, diarrea, náusea, vómito, hipotensión arterial, parestesias, exantema, disgeusia.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Lactancia.
5290	Saquinavir	Oral. Adultos: 1000 mg cada 12 horas más 100 mg de ritonavir, tomado al mismo tiempo, en combinación con otros agentes antirretrovirales.	COMPRIMIDO. Cada comprimido contiene: Mesilato de saquinavir equivalente a 500 mg de saquinavir. Envase con 120 comprimidos	Astenia, prurito, mareo, cefalea, náusea, ulceración de la mucosa bucal, diarrea, artralgias, neuropatía periférica.	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula. Lactancia

TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DEL PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR VIH

4277	Tenofovir disoproxil fumarato	Oral. Adultos mayores de 18 años: 300 mg cada 24 horas.	TABLETA RECUBIERTA. Cada tableta recubierta contiene: Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg. Envase con 30 tabletas recubiertas.		
4274	Tipranavir	Oral. Adultos: 500 mg, coadministrada con 200 mg de ritonavir cada 12 horas.	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Tipranavir 250 mg. Envase con 120 cápsulas.	Diarrea, náusea, fatiga, cefalea y vómito.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática.
5274	Zidovudina	Oral. Adultos 250 mg cada 12 horas	CAPSULA. Cada cápsula contiene: Zidovudina 250 mg. Envase con 30 cápsulas.	Cefalea, fiebre, náusea, vómito, síndrome pseudogripal, ansiedad, anemia, neutropenia, leucopenia.	Hipersensibilidad al medicamento.