

Guía de posicionamiento del tratamiento antirretroviral en personas con VIH

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción

1.1. Justificación del documento

1.2. Objetivos de la guía

1.3. Fuentes de evidencia y metodología

2. Análisis de la situación en Andalucía

2.1. Contexto y necesidad de armonización

2.2. Epidemiología del VIH en Andalucía

2.3. Acceso y uso del tratamiento antirretroviral en el sistema sanitario público

2.4. Adherencia y retención en el tratamiento

2.5. Evaluación del uso según guías clínicas

2.6. Conclusiones: por qué es necesaria esta guía

3. Tratamiento en personas con VIH no tratadas previamente (naive)

3.1. Pacientes naive sin comorbilidades ni coinfecciones.

3.2. Pacientes que adquieren VIH durante tratamiento con profilaxis preexposición

3.3. Paciente embarazada

3.4. Paciente con tuberculosis activa o latente

3.5. Paciente con hepatopatía crónica (VHB y/o VHC y/o con enfermedad hepática metabólica)

3.6. Pacientes con enfermedad renal crónica

CAURM_PROT_006_20250917_v1

4. Tratamiento en personas ya tratadas o con necesidad de cambio

4.1. Motivos habituales de cambio con carga viral suprimida

4.2. Estrategias prácticas por indicación

4.2.1. Simplificación del tratamiento

4.2.2. Manejo de efectos secundarios y toxicidades

4.2.3. Situaciones en las que valorar el cambio a pauta parenteral bimensual (cabotegravir + rilpivirina)

4.2.4. En caso de fracaso virológico

5. Situaciones especiales

5.1. Embarazo

5.2. Tuberculosis y tratamiento con rifampicina

5.3. Hepatopatías crónicas (VHB, VHC, enfermedad hepática avanzada)

5.4. Enfermedad renal crónica

5.5. Regímenes no preferentes pero útiles en casos específicos

6. Fármacos que no deberían utilizarse

6.1. Monoterapias con darunavir, dolutegravir o cualquier otro antirretroviral

6.2. Antirretrovirales obsoletos o con toxicidad elevada

7. Bibliografía

8. Abreviaturas y glosario útil

9. Anexos

9.1. Estrategia de implementación y difusión

9.2. Evaluación del impacto

9.3. Tratamiento antirretroviral en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica

1. Introducción

1.1 Justificación de este documento

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha revolucionado el manejo del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), transformándolo en una condición crónica controlable. La morbilidad y mortalidad asociadas al VIH se han reducido significativamente mejorando la calidad de vida, pero también generando nuevos desafíos como:

- Una mayor esperanza de vida y, por tanto, el envejecimiento y una mayor carga de morbilidad de la población con VIH. Este fenómeno plantea nuevos desafíos clínicos, entre los que destaca la coexistencia del VIH con enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento, como las patologías cardiovasculares, la diabetes, el cáncer o las enfermedades neurodegenerativas. Asimismo, se observa con mayor frecuencia la presencia de alteraciones en la función renal y hepática, así como trastornos relacionados con la salud mental, lo que complica aún más el abordaje integral de estos pacientes.
- Prolongación de la duración de los tratamientos crónicos, con la necesidad de garantizar una adecuada adherencia terapéutica a largo plazo. Esta situación puede tener repercusiones en la efectividad de los tratamientos, especialmente debido al riesgo creciente de aparición de resistencias a los antirretrovirales.
- Refuerzo de las estrategias de prevención y reducción de la transmisión del VIH, tanto farmacológicas como no farmacológicas. Entre estas se incluyen la profilaxis preexposición (PrEP), la promoción de la educación sexual y la implementación de pruebas diagnósticas rápidas como herramientas clave para el diagnóstico precoz y el control de la epidemia.
- Aumento de los costes sanitarios asociados a los tratamientos y a la atención médica en general, a la prevención y al control de la transmisión del virus.

El manejo de la infección por VIH, así como de las coinfecciones, enfermedades oportunistas y comorbilidades asociadas, requiere un abordaje multidisciplinar en todas las etapas de la vida. La marcada heterogeneidad de los pacientes con VIH requiere además un abordaje individualizado, sobre todo en contextos clínicos complejos como el embarazo, la presencia de comorbilidades, interacciones farmacológicas o la existencia de antecedentes de tratamientos con respuesta subóptima.

Las alternativas farmacológicas son cada vez mejores y más numerosas: más de 40 fármacos pertenecientes a 6 familias terapéuticas, cuyas combinaciones presentan perfiles diversos en términos de eficacia, toxicidad, perfil de resistencias, barrera genética, tropismo, interacciones e indicaciones de uso en situaciones especiales (Guía GeSIDA 2025). Esta diversidad terapéutica no solo permite una mayor personalización del TAR, sino también el desarrollo de estrategias eficaces para la prevención, como la PrEP, así como nuevos enfoques para el cambio de tratamiento y la optimización de regímenes terapéuticos.

En un contexto de constante evolución de las opciones terapéuticas, la variabilidad en la práctica clínica y la necesidad de optimizar la eficacia, seguridad y adherencia a los tratamientos resulta fundamental disponer de una guía clínica basada en la mejor evidencia disponible. Dicha guía debe ser accesible para los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) involucrados en la atención de estos pacientes y debe garantizar el acceso a los tratamientos adaptados a las necesidades y características individuales de cada paciente.

1.2 Objetivos de este documento

- Proporcionar recomendaciones sobre el uso de TAR en pacientes con VIH, considerando su situación clínica y antecedentes terapéuticos.
- Optimizar la selección de TAR que garantice la eficacia virológica, la transición a esquemas de tratamiento recomendados en base a la evidencia actual, así como la adherencia terapéutica, minimizando los efectos adversos, las interacciones farmacológicas por la reducción del uso de fármacos no recomendados.
- Minimizar el impacto sobre el desarrollo de resistencias.
- Homogeneizar la atención a las personas con VIH en el SSPA, mediante el uso de tratamientos efectivos, seguros y adaptados a las necesidades de los pacientes.
- Realizar un análisis de situación sobre el uso de TAR en los hospitales del SSPA durante el periodo de tiempo comprendido entre octubre de 2023 y septiembre de 2024.
- Definir las estrategias de tratamiento diferenciadas para pacientes naive o pretratados, para mujeres embarazadas, personas con comorbilidades (diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal, entre otras) y pacientes con coinfecciones como la tuberculosis.

1.3 Metodología

Para la elaboración de este documento de posicionamiento terapéutico se han consultado los Informes de Posicionamiento Terapéutico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicados desde 2023, se han revisado las recomendaciones de las principales guías clínicas nacionales e internacionales más reconocidas en el manejo del VIH, incluyendo la Guía GeSIDA 2025, las recomendaciones del Panel de Expertos del DHHS (Department of Health and Human Services, EEUU) y las directrices de la European AIDS Clinical Society (EACS) publicadas desde 2023 y se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las revisiones sistemáticas, los ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohortes con seguimiento a largo plazo más relevantes publicados en los últimos años que abordaran la eficacia, seguridad, coste-efectividad y aplicabilidad de los tratamientos antirretrovirales. La selección de la evidencia se ha basado en su aplicabilidad en la práctica clínica, su validez metodológica y su relevancia para el contexto del SSPA. En aquellos aspectos donde la evidencia era limitada o inexistente, se ha recurrido al consenso de los expertos del grupo de trabajo.

2. Análisis de situación de Andalucía

2.1. Introducción

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha transformado la infección por VIH en una enfermedad crónica controlable, con una alta esperanza de vida para las personas que reciben tratamiento efectivo. Sin embargo, para optimizar su impacto en términos de salud pública y calidad asistencial, es fundamental evaluar la situación del TAR en Andalucía en términos de acceso, adherencia, retención y adecuación a las guías clínicas actuales.

Este análisis justifica la necesidad de una **Guía de Posicionamiento del TAR en personas que viven con VIH (PVVIH)**, que permita homogeneizar la práctica clínica en toda la comunidad,

garantizando su adecuación a las recomendaciones científicas y optimizando los recursos sanitarios.

2.2. Epidemiología del VIH en Andalucía

Andalucía es una de las comunidades autónomas con mayor número de personas que viven con VIH. Según los últimos datos epidemiológicos extraemos las siguientes conclusiones:

- En el año 2023 se notificaron 507 nuevas infecciones de VIH en Andalucía, lo que supone una tasa de 5,9 casos por 100.000 habitantes. Respecto a 2022 se observa un descenso de 43 casos.
- El 50,6% de los nuevos casos en 2023 tenían una cifra de linfocitos CD4 ≤ 350 células/ μ L en el momento del diagnóstico y, por tanto, fueron considerados diagnósticos tardíos.
- Se observa una alta prevalencia de comorbilidades en personas con VIH, incluyendo hepatopatías, enfermedades cardiovasculares y metabólicas y patología relacionada con la salud mental, lo que influye en la selección del TAR.

2.3. Acceso y cobertura del TAR en Andalucía

Los datos de consumo de TAR en Andalucía (octubre-23 a septiembre-24) reflejan un alto acceso a la terapia, con:

- 11,88 millones de dosis consumidas.
- Más de 700.000 envases dispensados en los hospitales de referencia.
- El coste total del TAR supera los 145 millones de euros, con una variabilidad significativa entre hospitales, lo que podría reflejar diferencias en la adherencia a las guías clínicas, en la experiencia de los equipos asistenciales o en la aplicación de protocolos locales.

Si bien la disponibilidad de TAR está garantizada, se han identificado diferencias en la prescripción y utilización de determinados regímenes, lo que hace necesaria una estrategia de optimización basada en la evidencia clínica con criterios de eficacia, seguridad y coste-efectividad.

2.4. Adherencia y Retención al TAR

La adherencia al TAR es fundamental para lograr la supresión virológica y evitar el desarrollo de resistencias. En Andalucía podemos afirmar que:

- La retención en tratamiento es globalmente alta, aunque se identifican dificultades en colectivos vulnerables.
- Persisten barreras a la adherencia relacionadas con efectos adversos, interacciones y factores psicosociales.
- Se requiere promover la simplificación terapéutica, priorizando esquemas con menor carga de pastillas y mejor tolerabilidad.

2.5. Uso del TAR y adecuación a guías clínicas

Las principales guías clínicas recientes (GeSIDA 2025, EACS 2023, DHHS 2024, IAS 2022) mantienen la recomendación de los inhibidores de la integrasa (INI) como opción preferente, habitualmente en combinación con dos análogos de nucleósidos. El análisis de consumo de Andalucía muestra que:

- El 55,8 % de las dosis corresponden a esquemas con dolutegravir o bictegravir, lo que refleja una buena adecuación a las recomendaciones actuales. ☑
- Se mantiene un uso considerable de combinaciones de un solo comprimido (STR), que favorecen la adherencia y simplificación. ☑
- Un 9,7 % del consumo corresponde a regímenes potenciados con cobicistat o ritonavir, ya sea con inhibidores de la proteasa o de la integrasa, asociados a mayor riesgo de interacciones y toxicidad. ⚠
- Aún persisten prescripciones de fármacos obsoletos o no recomendados, como zidovudina, nevirapina o darunavir en monoterapia. ⚠

Los tratamientos más utilizados en Andalucía fueron:

Tratamiento farmacológico	(% de pacientes en tratamiento con cada régimen TAR en el momento del corte de datos)
Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida	27.6
Dolutegravir/Lamivudina	22.9
Darunavir/Cobicistat	5.3
Dolutegravir/Rilpivirina	5.3
Darunavir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida	3.7
Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir alafenamida	3.4
Dolutegravir	3.0
Doravirina	2.1
Raltegravir	1.6
Dolutegravir/Abacavir/Lamivudina	1.3
Raltegravir	1.1
Lamivudina	1.0
Emtricitabina/Tenofovir alafenamida	0.9
Abacavir/Lamivudina	0.6
Rilpivirina	0.6
Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida	0.5

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. MicroStrategy. Módulo de Tratamiento de la Información (SAS). Datos extraídos en 2025

Para optimizar el TAR en Andalucía, es necesario:

- Evitar el uso de esquemas con toxicidad a largo plazo.
- Asegurar la prescripción de regímenes de primera línea recomendados.
- Actualizar protocolos hospitalarios para un uso homogéneo del TAR.

2.6. Conclusiones y justificación de la Guía de Posicionamiento

Este análisis pone de manifiesto la necesidad de una Guía de Posicionamiento del TAR en PVVIH en Andalucía, que permita:

- Garantizar la adecuación del TAR a las guías clínicas más actualizadas.
- Reducir la variabilidad en la prescripción entre hospitales.
- Optimizar los recursos sanitarios, priorizando tratamientos coste-efectivos y bien tolerados.
- Mejorar la adherencia y retención en el tratamiento a través de esquemas simplificados.

El desarrollo de esta guía permitirá homogeneizar la atención a las personas con VIH en Andalucía, asegurando tratamientos efectivos, seguros y adaptados a las necesidades de los pacientes.

3. Manejo del TAR en paciente naïve

El inicio del TAR se recomienda en todos los pacientes VIH con independencia del recuento de linfocitos CD4.

Siempre que sea posible, se recomienda realizar un estudio genotípico de resistencias antes de iniciar el tratamiento antirretroviral, especialmente en pacientes con factores de riesgo de transmisión de cepas resistentes o antecedentes de exposición previa a antirretrovirales (como PrEP o profilaxis postexposición).

3.1. Pacientes naïve sin comorbilidades ni coinfecciones

En personas con infección por VIH no tratadas previamente, tanto dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) como bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC) constituyen opciones recomendadas por las principales guías internacionales (GeSIDA, EACS, DHHS), por su elevada eficacia, buena tolerabilidad y administración en un único comprimido diario.

La elección entre ambos esquemas debe basarse en una evaluación integral que considere la eficacia demostrada tanto en ensayos clínicos como en la práctica real, el impacto sobre el peso y el metabolismo, la barrera genética frente a resistencias, el potencial de simplificación terapéutica y la relación coste-efectividad. La guía considera que ambos esquemas (DTG/3TC y BIC/TAF/FTC) son opciones válidas para el tratamiento inicial, con el siguiente posicionamiento diferenciado en función del perfil del paciente:

- DTG/3TC como opción preferente en:
 - Personas sin infección activa por VHB y con buena adherencia y seguimiento clínico.
 - Escenarios en los que se busca una estrategia de simplificación terapéutica y reducción de exposición a fármacos innecesarios.
- BIC/TAF/FTC como opción preferente en:
 - Coinfección activa por VHB o riesgo de infección oculta.
 - Necesidad de una elevada barrera genética frente a resistencias, especialmente en contextos de adherencia subóptima o cuando no se dispone de información completa sobre resistencias previas.

3.2. Pacientes que adquieren VIH durante tratamiento PrEP*

Se debería hacer test genotípico de resistencias y, hasta disponer del resultado, iniciar cualquiera de estas triples terapias:

- Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC).
- Dolutegravir más tenofovir disoproxil fumarato/emtricitabina (DTG + TDF/FTC).

*El único tratamiento financiado en España actualmente para la PrEP es TDF/FTC (julio 2025).

3.3. Paciente embarazada.

Ver apartado 5.1 en este documento.

3.4. Paciente con tuberculosis TBC activa o latente (en tratamiento activo de TBC que contenga rifampicina).

- Dolutegravir 50mg/12 horas más tenofovir disoproxil fumarato/emtricitabina (DTG + TDF/FTC).
- Efavirenz 600mg más tenofovir disoproxil fumarato/emtricitabina (EFV + TDF/FTC).

En estos casos no está recomendado el empleo de TAF por interacción con rifampicina.

3.5. Paciente con hepatopatía crónica (VHB y/o VHC y/o con enfermedad hepática metabólica) (Ver también apartado específico en este documento: 5.3)

- Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC).

3.6. Pacientes con enfermedad renal crónica (FG <50mL/min/1,73 m²) (Ver también apartado específico en este documento: 5.4).

- Dolutegravir/lamivudina (DTG/3TC) salvo en hepatitis crónica por VHB* o tras fracaso de la PrEP[§].
- Bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC).

*No se aconseja esta doble terapia por falta de cobertura para la hepatitis B.

§En este caso se desaconseja la doble terapia por baja barrera genética frente a las posibles resistencias producidas.

4. TAR en personas con VIH pretratadas o con necesidad de cambio

En pacientes con carga viral plasmática (CVP) suprimida y buena adherencia, pueden considerarse cambios de TAR por motivos no relacionados con fracaso virológico.

4.1. Principales motivos de cambio con CVP suprimida

- Simplificación: reducir número de comprimidos, tomas, o interacciones.
- Prevención o gestión de toxicidades.
- Deseo gestacional o embarazo.
- Cambio de vía (formulación inyectable intramuscular (IM)).

Revisar siempre: historia de TAR, resistencias, serología VHB, toxicidades e interacciones.

4.2. Estrategias prácticas por indicación

4.2.1. Simplificación del tratamiento

- En ausencia de mutaciones conocidas o fracaso previo:
 - BIC/FTC/TAF
 - DTG/3TC
 - DTG/RPV*
 - CAB + RPV IM cada 2 meses
- Con antecedentes de resistencia o fracaso: considerar también DTG + FTC/TAF o DRV/c/FTC/TAF, asegurando ≥ 2 FAR activos, mediante revisión del historial clínico y genotípico. Evitar pautas con baja barrera genética (p. ej. ITINN + 2 ITIAN).

Tras el cambio a un esquema simplificado, se recomienda realizar un control de CVP a las 4 - 8 semanas para confirmar el mantenimiento de la supresión virológica.

* Considerar DTG/RPV como alternativa cuando el resto de pautas ocasionen toxicidad, intolerancia o dislipemia.

4.2.2. Manejo de efectos secundarios y toxicidades

- En el caso de alteraciones en el perfil lipídico o existencia de interacciones se recomienda cambiar IP.

En población con riesgo de alteración del perfil metabólico, INI + TAF puede asociarse a ganancia de peso.

4.2.3. Situaciones en las que valorar el cambio a pauta parenteral bimensual (CAB + RPV)

- Indicada en pacientes estables sin fracaso virológico (FV) ni resistencias a INI o RPV.

- Riesgo aumentado de fallo virológico si: IMC >30 kg/m², resistencias archivadas.
- Garantizar adherencia a la administración bimensual*.

Situaciones en las que valorar el cambio a pauta parenteral bimensual:

- Pacientes con barreras documentadas a la adherencia oral, pero con buena vinculación asistencial (p. ej., olvidos frecuentes, dinámicas de vida complejas, consumo activo de sustancias).
- Situaciones de riesgo elevado de abandono o discontinuación del TAR oral, donde el formato inyectable pueda favorecer la continuidad asistencial.
- Personas que viven con el VIH en contextos de alta vulnerabilidad social o estigmatización, donde la terapia oral diaria representa un recordatorio visible del diagnóstico y puede generar miedo al rechazo, discriminación o violencia. En este sentido, se recomienda considerar especialmente en:
 - Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que no han revelado su estado serológico o que viven en entornos sociales o familiares hostiles.
 - Mujeres trans y personas no binarias, especialmente en contextos de marginación o exclusión.
 - Personas migrantes en situaciones de precariedad o sin apoyo estructural.
 - Trabajadores sexuales que priorizan la discreción del tratamiento.

Para el empleo de CAB + RPV es necesario establecer un circuito asistencial que garantice la administración de las dosis cuando correspondan, que asegure un seguimiento clínico adecuado y en el que exista un plan de contingencia ante retrasos o interrupciones del tratamiento.

Del mismo modo, para asegurar lo anterior, es fundamental que aquellas personas sin recursos o vulnerables, puedan contar con el apoyo de ONG trabajadores sociales o gestores de casos, en función de las posibilidades de cada área de salud.

*** Esquema de actuación ante retrasos o interrupciones en la administración de TAR intramuscular (cabotegravir + rilpivirina)**

Fecha prevista (FP)	Continuar con TAR IM cada 2 meses
FP + retraso de 7 días	Continuar con TAR IM cada 2 meses
FP + retraso de 7-30 días	Extraer CVP en ese momento, poner dosis IM y citar en dos meses. Si indetectable, continuar con pauta IM cada 2 meses
FP + retraso >30 días	Abandono. Extraer CVP en ese momento e iniciar TAR de alta barrera genética.
Interrupción programada	A los dos meses de la última dosis comenzar TAR oral

4.2.4. En caso de fracaso virológico

El fracaso virológico suele estar asociado a problemas de adherencia. Es fundamental revisar el patrón de cumplimiento antes de atribuirlo exclusivamente a resistencia viral.

Definiciones clave

- Fracaso virológico: CVP >200 copias/mL, confirmada, transcurridas más de 24 semanas desde el inicio del TAR.
- Elevaciones transitorias y aisladas de CVP (Blips) <200 copias/mL: sin relevancia clínica.

Recomendaciones generales

- Actuar precozmente para evitar acumulación de resistencias.
- Elegir al menos 2 FAR activos, uno con alta barrera (DTG, DRV/p).
- Valorar DTG/BIC si no hay mutaciones de INI.
- No añadir un cuarto fármaco (no mejora la eficacia).

En casos avanzados o con multirresistencia

- DRV/p y/o DTG son pilares del rescate.
- Considerar lenacapavir en caso de:
 - CVP $\geq$ 400 copias/mL durante 8 semanas.
 - Resistencia documentada a al menos 2 FAR de al menos 3 de las 4 principales clases terapéuticas (ITIAN, ITINN, IP, INI).
 - Disponibilidad de no más de 2 FAR completamente activos de las principales clases terapéuticas con los que se pueda combinar y cuya enfermedad ha respondido inadecuadamente o que no son elegibles a la terapia utilizada en la práctica clínica habitual por intolerancia o contraindicación.
- Evitar monoterapia funcional.
- Derivar a centros con acceso a ensayos o programas especiales si las opciones del centro hospitalario del paciente son limitadas.

5. Situaciones especiales

5.1. Embarazo

El objetivo del TAR durante el embarazo es conseguir y mantener CVP indetectables durante el mayor tiempo posible, especialmente en el tercer trimestre y en el momento del parto.

A la hora de elegir el tratamiento más adecuado, hay que individualizar cada caso, teniendo en cuenta las posibles resistencias.

TAR recomendados durante el embarazo:

- El TAR de elección consiste en la combinación de TDX (tenofovir disoproxil fumarato o tenofovir alafenamida)/FTC junto con DTG una vez al día o RAL dos veces al día. DTG + TDF/FTC es el régimen preferente por su eficacia, seguridad y amplia experiencia acumulada en el embarazo. No obstante, cuando exista indicación clínica para el uso de tenofovir alafenamida (TAF) (por ejemplo, toxicidad ósea o renal con TDF), puede considerarse el esquema DTG + TAF/FTC.
- En mujeres con TAR y CVP indetectable se mantendrá el mismo TAR siempre que haya demostrado seguridad y eficacia.
- En caso de que una mujer esté recibiendo biterapia y se quede embarazada, en general se recomienda el cambio a triple terapia.

5.2. Tuberculosis

De forma global y, salvo casos de meningitis tuberculosa, las guías nacionales recomiendan iniciar el TAR independientemente de la cifra de linfocitos CD4 en las dos primeras semanas tras el diagnóstico, una vez se compruebe la tolerancia del tratamiento tuberculostático. Si el paciente presenta meningitis tuberculosa, se debe retrasar el inicio del TAR al menos 4 semanas, y comenzar el tratamiento según la situación clínica del paciente.

TAR recomendados (en pautas de TBC que llevan Rifampicina)

- El TAR de elección consiste en la combinación de TDF/FTC como pareja de análogos y como tercer fármaco se considera de elección dolutegravir (DTG) 50 mg/12 horas (doble dosis) o efavirenz (EFV) a dosis estándar (en desuso, por su toxicidad).

Interacciones

- Fármacos contraindicados con rifampicina: rilpivirina (RPV), etravirina (ETR), doravirina (DOR), IP (potenciado o no), cobicistat (COBI), elvitegravir (EVG), bictegavir (BIC) y cabotegravir (CAB) inyectable.
- Se recomienda evitar el uso de tenofovir alafenamida (TAF) con rifampicina.
- En aquellos pacientes en los que sea necesario emplear un IP, por presentar resistencias a otros antirretrovirales, se recomienda sustituir la rifampicina por rifabutina.

5.3. Hepatopatías crónicas

En pacientes coinfectados por VHB y/o VHC o con enfermedad hepática metabólica iniciar el TAR tan pronto como sea posible.

- En pacientes con hepatopatía crónica y función hepática conservada, incluida la cirrosis estadio A de Child-Pugh se puede utilizar cualquier TAR.

- En pacientes con insuficiencia hepatocelular moderada/grave (Child-Pugh B) el TAR de elección consiste en la combinación de TAF/FTC, junto con BIC, DTG o RAL.
- En pacientes en estadio de Child-Pugh C, están contraindicados ABC y los IP potenciados y deben considerarse preferentes las pautas basadas en RAL, DTG o BIC. Asimismo, no está recomendado emplear DTG/3TC.
- En pacientes coinfectados por VIH y VHB usar una pauta que incluya TAF o, como alternativa si no es posible, TDF.
- Se recomienda un seguimiento estrecho de la función hepática y de la carga viral de los virus hepatotropos tras el inicio o la modificación del TAR, para detectar de forma temprana posibles descompensaciones o rebotes virológicos.

5.4. Enfermedad renal crónica

Ajuste de dosis de ITIAN

En pacientes con insuficiencia renal es necesario ajustar la dosis de algunos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIAN). A continuación, se presenta una tabla con las recomendaciones de ajuste según el aclaramiento de creatinina (CICr):

Tabla 1. Ajuste de dosis de ITIAN en insuficiencia renal

Fármaco	Eliminación renal (%)	CICr >50 mL/min/1,73 m ²	CICr 30-49 mL/min/1,73 m ²	CICr 10-29 mL/min/1,73 m ²	Hemodiálisis
Abacavir (ABC)	<1%	No requiere ajuste	No requiere ajuste	No requiere ajuste	No requiere ajuste
Emtricitabina (FTC)	70%	200 mg 1 vez/día	200 mg cada 48 h	200 mg cada 72 h	200 mg cada 96 h
Lamivudina (3TC)	70%	300 mg 1 vez/día	150 mg 1 vez/día	100 mg 1 vez/día	50 mg 1 vez/día
Tenofovir disoproxil (TDF)	70-80%	300 mg 1 vez/día	300 mg cada 48 h	300 mg cada 72-96 h	300 mg cada 7 días
Tenofovir alafenamida (TAF)	<1%	No requiere ajuste	No requiere ajuste	No recomendado	No recomendado*

*TAF no está indicado si el aclaramiento de creatinina (CICr) es <15 mL/min/1,73 m², salvo en pacientes en hemodiálisis estable.

No es preciso un ajuste de dosis para los ITINN, IP, INI, RAL, DTG o CAB. En pacientes con insuficiencia renal severa en tratamiento con RPV, se recomienda monitorización clínica, analítica y ECG si procede.

5.5. Regímenes no preferentes pero útiles en casos específicos

5.5.1. Pautas basadas en raltegravir

- Recomendadas en embarazo, situaciones con alto riesgo de interacciones farmacológicas e intolerancia a otros inhibidores de la integrasa (INI).

5.5.2. Pautas basadas en darunavir/cobicistat

- Alternativa en casos donde no pueden utilizarse los INI (por resistencia o efectos adversos).
- Opción en pacientes con historial de mala adherencia, debido a su barrera genética elevada frente a resistencias.

5.5.3. Pautas basadas en doravirina

- Considerar cuando no pueden utilizarse los INI debido a resistencia o efectos adversos.
- Menor impacto en perfil metabólico y menor riesgo de interacciones en comparación con otros ITNN.

5.5.4. Pautas basadas en rilpivirina

- Alternativa cuando no pueden utilizarse los INI por resistencia o efectos adversos.
- Requiere carga viral <100.000 copias/mL y recuento de linfocitos CD4 >200 células/ μ L.
- Evitar en uso concomitante con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

5.5.5. Pautas basadas en efavirenz

- Indicado en pacientes con tuberculosis, debido a su menor riesgo de interacciones con rifampicina.
- Se debe vigilar la tolerancia neuropsiquiátrica y el impacto metabólico.

5.5.6. Pautas basadas en tenofovir disoproxil (TDF)

TDF puede utilizarse como alternativa a TAF en aquellos pacientes que no presenten alteración renal u ósea o aumento del riesgo de desarrollarlas.

Criterios de elección entre TDF y TAF

Criterios de valoración	Tenofovir Disoproxilo Fumarato (TDF)	Tenofovir Alafenamida (TAF)
Coste-efectividad Seguridad renal y ósea Perfil lipídico Coinfecciones Edad y comorbilidades	- Pacientes jóvenes (<50 años) sin factores de riesgo renal u óseo - Buen perfil lipídico - Coinfección con TBC (rifampicina) - Bajo riesgo cardiovascular	- Riesgo de progresión de enfermedad renal crónica (FG <60 mL/min/1,73 m² o albuminuria) - Osteopenia, osteoporosis o alto riesgo de fractura - Comorbilidades que desaconsejen TDF
	En mayores de 50 años, valorar individualmente en función de comorbilidades, salud ósea y función renal.	

6. Antirretrovirales que no deberían utilizarse

Con los avances en el tratamiento del VIH, algunos tratamientos antirretrovirales (TAR) han quedado obsoletos debido a su baja eficacia, toxicidad elevada, interacciones desfavorables o la disponibilidad de opciones superiores. A continuación, se detallan los fármacos que ya no tienen indicación en la práctica clínica actual y que no deberían formar parte del TAR en pacientes con VIH, salvo en situaciones excepcionales de rescate.

6.1. Monoterapia con darunavir, dolutegravir o cualquier otro antirretroviral

- La monoterapia NO está recomendada en ningún contexto, ya que se asocia con un mayor riesgo de fallo virológico y desarrollo de resistencias.
- Se ha demostrado que los regímenes duales bien seleccionados (p. ej. dolutegravir + lamivudina o dolutegravir + rilpivirina) pueden ser eficaces, pero la monoterapia con un único fármaco no es viable en ningún caso.

6.2. Antirretrovirales obsoletos o con toxicidad elevada

6.2.1 Análogos de Nucleósidos (ITIAN) que no deben utilizarse

Zidovudina (AZT) ✕

- Alta toxicidad hematológica (anemia, neutropenia).
- Mayor toxicidad mitocondrial con efectos adversos a largo plazo.

Estavudina (d4T) y didanosina (ddl) ✕

- Asociadas a toxicidad mitocondrial severa, neuropatía periférica y pancreatitis.
- Generan alta resistencia y no tienen justificación en tratamientos modernos.

6.2.2. Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Nucleósidos (ITINN) en desuso

Nevirapina (NVP) ✕

- Alto riesgo de hepatotoxicidad grave y reacciones cutáneas severas.

Etravirina (ETR) (excepto en rescate complejo) ✕

- No tiene indicación en primeras líneas de tratamiento.
- Solo se usa en pacientes con resistencia amplia a otros fármacos como parte de un esquema de rescate individualizado.

6.2.3 Inhibidores de la Proteasa (IP) en desuso

Nelfinavir, indinavir, saquinavir, fosamprenavir y lopinavir/ritonavir ✕

- Obsoletos debido a su alto perfil de toxicidad y malas propiedades farmacocinéticas.
- Lopinavir/ritonavir tuvo un uso extenso, pero ha sido desplazado por darunavir/cobicistat, que es más potente y con mejor tolerabilidad.

Atazanavir ✕

- Riesgo de hiperbilirrubinemia y nefrolitiasis.
- Requiere ajustes con IBP.
- No se recomienda su uso frente a otras opciones como darunavir o regímenes con inhibidores de la integrasa (INSTI).

6.2.4 Otras familias de antirretrovirales en desuso

Enfuvirtide (T-20, inhibidor de la fusión) ✕

- Administración subcutánea con efectos adversos locales frecuentes.
- No tiene indicación salvo en rescate muy complejo, pero ya existen mejores alternativas.

Elvitegravir (EVG, inhibidor de la integrasa) ✕

- Desplazado por bictegravir y dolutegravir, que presentan menos interacciones y mejor perfil de resistencia.
- Requiere potenciación con cobicistat, lo que genera más interacciones.

Maraviroc (MVC, antagonista del CCR5) (excepto en rescate complejo) ✕

- Solo útil en pacientes con tropismo CCR5 puro, lo que limita su indicación.
- Ha sido reemplazado por otras opciones más eficaces.

Conclusión: Los fármacos mencionados NO deben utilizarse en la práctica clínica habitual, ya que existen opciones más eficaces, seguras y con mejor tolerabilidad. En casos de rescate complejo, algunos de estos medicamentos pueden considerarse, pero solo bajo indicaciones estrictas y con justificación clínica.

7. Bibliografía

Guías clínicas y documentos de consenso

- **GeSIDA / Ministerio de Sanidad.** Documento de consenso sobre el tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el VIH. Actualización enero 2025.
- **Panel DHHS (Department of Health and Human Services).** Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2024. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov>
- **EACS (European AIDS Clinical Society).** Guidelines Version 12.1 – October 2023. Disponible en: <https://www.eacsociety.org/guidelines>
- **IAS-USA Panel.** Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2022 recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*. 2022; 328(4):403–417.
- **WHO.** Updated recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Geneva: World Health Organization; 2022.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS RELEVANTES

Eficacia y simplificación de regímenes preferentes

- **Aboud M, Orkin C, Podzamczar D, et al.** Dolutegravir plus lamivudine vs. triple therapy: 96-week results of GEMINI trials. *Lancet HIV*. 2020; 7(7):e486–e495.
- **Cahn P, Rolón MJ, Figueroa MI, et al.** Dolutegravir-lamivudine as initial therapy in high viral load or low CD4 counts: STAT Study. *Clin Infect Dis*. 2023; 76(6):1125–1132.
- **Sax PE, Rockstroh JK, Pozniak A, et al.** Bictegravir/FTC/TAF vs DTG/ABC/3TC: 144-week outcomes in naive patients. *AIDS*. 2021; 35(2):281–290.

Terapias inyectables y mantenimiento virológico

- **Orkin C, Arasteh K, et al.** Long-acting injectable cabotegravir and rilpivirine for HIV maintenance: FLAIR and ATLAS trials. *N Engl J Med*. 2020; 382:1124–1135.
- **Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, et al.** Monthly cabotegravir and rilpivirine vs. oral ART: efficacy and safety. *N Engl J Med*. 2020; 382(12):1112–1123.
- **Gatell JM, Barber TJ, et al.** Long-acting cabotegravir/rilpivirine: impact on stigma and preference. *AIDS Res Ther*. 2022; 19(1):1–12.
- **Ministerio de Sanidad. Informe de Posicionamiento Terapéutico de la combinación de cabotegravir (Vocabria®) y rilpivirina (Rekambys®) inyectables en la infección por VIH** [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2023 [citado 2025 jun 24]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-086-2023-Vocabria.pdf>

Tratamiento de VIH multirresistente

- **Kozal M, Aberg JA, Pialoux G, et al.** Fostemsavir in multidrug-resistant HIV-1 infection (BRIGHT Study). *N Engl J Med.* 2020; 382:1232–1243.
- **Ogbuagu O, Segal-Maurer S, Brinson C, et al.** Efficacy and safety of capsid inhibitor lenacapavir: CAPELLA trial. *Lancet HIV.* 2023; 10:e497–e505.

Toxicidad, coste-efectividad y decisiones estratégicas

- **Hill A, Pozniak A.** Comparative cost and access of antiretroviral drugs: oral vs. injectable vs. generics. *J Int AIDS Soc.* 2023; 26(5):e26134.
- **Crespo M, Ribera E.** Simplificación del TAR: impacto clínico y económico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2022; 40(Supl 1):S1–S7.
- **Martínez E, Arribas JR.** Decisiones clínicas sobre abandono de antirretrovirales en desuso. *Rev Esp Quimioter.* 2021; 34(2):94–100.
- **Pérez-Molina JA, Domingo P.** Nuevos retos del tratamiento del VIH: adherencia, toxicidad y simplificación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.* 2021; 39(Supl 2):19–24.
- **Servicio Andaluz de Salud. Plataforma MicroStrategy del Módulo de Tratamiento de la Información (SAS).** Datos extraídos en 2025.

8. Abreviaturas utilizadas

- **3TC:** Lamivudina
- **ABC:** Abacavir
- **ATV:** Atazanavir
- **BIC:** Bictegravir
- **BIC/FTC/TAF:** Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida
- **BID:** Dos veces al día (del latín *bis in die*)
- **CAB:** Cabotegravir
- **CD4:** Linfocito T colaborador con receptor CD4
- **CICr:** Aclaramiento de creatinina
- **COBI / Ic:** Cobicistat (potenciador farmacocinético)
- **CVP:** Carga viral plasmática
- **DHHS:** Department of Health and Human Services (EE. UU.)
- **DOR:** Doravirina
- **DRV:** Darunavir
- **DTG:** Dolutegravir
- **DTG/3TC:** Dolutegravir/Lamivudina
- **DTG/RPV:** Dolutegravir/Rilpivirina
- **EFV:** Efavirenz
- **ETR:** Etravirina
- **EVG:** Elvitegravir
- **FAR:** Fármaco antirretroviral
- **FTC:** Emtricitabina
- **FV:** Fracaso virológico
- **GeSIDA:** Grupo de Estudio del SIDA
- **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres
- **IBP:** Inhibidores de la bomba de protones
- **IM:** Intramuscular
- **INI:** Inhibidor de la integrasa
- **IP:** Inhibidor de la proteasa
- **ITIAN:** Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido/nucleótido
- **ITINN:** Inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido
- **LPV:** Lopinavir
- **MVC:** Maraviroc
- **NVP:** Nevirapina
- **PrEP:** Profilaxis preexposición
- **PVVIH:** Personas que viven con VIH
- **QD:** Una vez al día (del latín *quaque die*)
- **RAL:** Raltegravir
- **RPV:** Rilpivirina
- **SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **STR:** Single Tablet Regimen (régimenes en un solo comprimido)
- **TAF:** Tenofovir alafenamida
- **TAR:** Tratamiento antirretroviral
- **TDF:** Tenofovir Disoproxil fumarato

- **TDX:** Tenofovir (TDF o TAF), cuando ambas opciones son válidas según criterio clínico.
- **VF:** Virological failure (*Fracaso virológico*, en inglés)
- **VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana
- **VHB:** Virus de la hepatitis B
- **VHC:** Virus de la hepatitis C
- **ZDV:** Zidovudina

9. Anexos

9.1. Estrategia de implementación y difusión

Con la finalidad de dar a conocer de forma eficaz el contenido de esta guía de recomendaciones y facilitar el cumplimiento de los objetivos principales del presente documento, se establecerá una estrategia de comunicación que asegure su adecuada difusión entre los gestores y profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes.

Los objetivos del plan de difusión son garantizar que todos los profesionales sanitarios involucrados conozcan en profundidad las recomendaciones de la guía y las apliquen correctamente en su práctica clínica. Asimismo, se pretende informar a los profesionales responsables de la gestión económica con el fin de facilitar una adecuada planificación de los tratamientos antirretrovirales, promoviendo la eficiencia en la adquisición, uso y seguimiento de estos fármacos.

El público objeto de difusión son, por una parte los profesionales sanitarios y de gestión del Sistema Andaluz de Salud (equipos directivos, comisión de trabajo relacionadas con el uso racional del medicamento, servicios de farmacia hospitalaria y profesionales sanitarios implicados en las pautas de tratamiento con antirretrovirales) y por otro lado, el colectivo de personas que viven con el VIH, así como aquellas que reciben tratamiento profiláctico pre-exposición al VIH (PrEP).

La elección de este público multidisciplinar garantiza que la guía llegue de manera efectiva a todos los actores clave en la prescripción, dispensación y gestión de los tratamientos antirretrovirales, abarcando tanto el ámbito de la práctica clínica como el de la gestión económica, así como a las personas que reciben o se benefician de dichos tratamientos.

9.1.1. Difusión entre profesionales y gestores

La estrategia de difusión se iniciará mediante la notificación de este documento a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y a la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud, así como a la Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo de la Consejería de Salud de Andalucía por parte de la Comisión Autónoma del Uso Racional del Medicamento de Andalucía (CAURM).

Desde la CAURM se difundirá dicho documento a todos los comités de Uso Racional del Medicamento Hospitalarios. Dichas comisiones realizarán una evaluación de la consecución de las recomendaciones de la guía para valorar el grado de implantación.

En lo que respecta a la difusión del plan entre el personal sanitario, el Sistema Sanitario llevará a cabo una campaña informativa dirigida a los colectivos profesionales involucrados en su implementación. Para ello, se emplearán los canales y recursos institucionales disponibles, tales como la publicación en la intranet, el envío de comunicaciones electrónicas a las gerencias de los hospitales y a las áreas de gestión sanitaria, así como la distribución de boletines informativos. Asimismo, el equipo responsable pone a disposición la posibilidad de organizar una webinar dirigida a los profesionales sanitarios, con la finalidad de facilitar la comprensión y el conocimiento de esta guía de recomendaciones.

Asimismo, se solicitará que la guía sea incorporada como documento de referencia en los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA). Adicionalmente, se considera oportuno habilitar la visibilidad de dichas prescripciones en el ámbito de la atención primaria, con el objetivo de reforzar la seguridad del paciente y prevenir posibles interacciones o incompatibilidades farmacológicas.

De forma complementaria, y para optimizar el proceso de difusión de la guía entre los profesionales implicados se va a solicitar al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos y a las asociaciones científicas andaluzas implicadas en esta área de conocimiento (Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria, Sociedad Andaluza de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Andaluza de Medicina Interna) la difusión de este documento a sus afiliados.

Por último, sería conveniente que estas acciones fueran temporalizadas en un plazo máximo de 2 meses tras la aprobación de este documento.

9.1.2. Implicación del tejido asociativo

Para complementar la efectividad de este plan de difusión y conseguir alcanzar los objetivos, consideramos pertinente que una adaptación de este documento sea facilitada al tejido asociativo que trabaja con la población objeto de estos tratamientos, con la finalidad de disminuir las resistencias al cambio de tratamientos por parte de los usuarios gracias a su empoderamiento por medio del conocimiento de esta información.

Previo a este procedimiento, los representantes del grupo mantendrán una reunión con referentes del tejido asociativo con el fin de presentar una propuesta adaptada del documento y analizar la factibilidad de su difusión a través de los canales correspondientes.

9.2. Evaluación del impacto

Es pertinente y necesario estimar la difusión del plan para valorar la efectividad de este, analizando si ha llegado correctamente a la población objetivo, así como el grado de conformidad con dicho documento.

Esta acción se puede realizar mediante una encuesta online dirigida a los agentes implicados, en la que se recoja a través de qué canales han recibido la información y si existe alguna discrepancia respecto a su práctica asistencial habitual.

Desde las comisiones de uso racional del medicamento hospitalarias se hará una evaluación a los 6 y 12 meses de la difusión de este documento con el objetivo de evaluar el efecto coste-económico ocasionado por el consumo y prescripción de estos tratamientos, así como el análisis de los posibles cambios con respecto a años anteriores, donde se recogerán los siguientes indicadores que serán remitidos a la comisión autonómica de uso racional del medicamento.

Indicadores:

- “Porcentaje de pacientes tratados con regímenes no recomendados al inicio de 2025 vs. 2026” junto con la justificación si fuera oportuna de este mantenimiento.
- “Porcentaje de transición a TAR preferentes a los 6 y 12 meses”.
- “Porcentaje de pacientes con tratamiento antirretroviral ajustado según la guía de recomendaciones”.
- Variabilidad interhospitalaria en el uso de regímenes de TAR en el SSPA, expresada como “porcentaje de diferencia en la prescripción de esquemas recomendados entre hospitales/áreas”.
- “Porcentaje de pacientes en TAR que mantienen la misma pauta a los 12 meses desde su inicio”.

Anexo 9.3. Tratamiento antirretroviral en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica (SNG)

Medicamento	Disponibilidad de forma farmacéutica en solución o suspensión	¿La cápsula o comprimido puede ser pulverizado y dispersado?	Recomendaciones	Administración por sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía	Administración por sonda transpilórica o yeyunostomía
Abacavir \$	20 mg/mL solución	Sí	No se recomienda el uso de la solución para la administración por sonda por el alto contenido en sorbitol (70%) y alto riesgo de producir diarrea.	Triturar y dispersar en 20 mL de agua y administrar inmediatamente.	Misma recomendación que para SNG o gastrostomía.
Abacavir/lamivudina \$	NO	No información		Disponible cada principio activo por separado en solución.	
Abacavir/lamivudina/Zidovudina \$	NO	No información		Disponible cada principio activo por separado en solución.	No se recomienda
Atazanavir \$	50 mg/1,5 g polvo para solución (no comercializado en España)	No se recomienda	Abrir la capsula y dispersar en 10 mL de agua. Administrar inmediatamente.	Sí	No se recomienda
Bictegravir/emtricitabina/TAF 1,2,3	No	Sí, aunque no recomendado por el fabricante. Se han publicado casos con administración disueltos en agua con resultados positivos ¹ .	Disolver en 30–60 mL de agua. Evitar compota. Separar de la nutrición enteral si se administra por sonda. No masticar ni triturar sin diluir.	Posible vía PEG y SNG disuelto en agua. Separar de la nutrición enteral. Administrar inmediatamente tras la dilución.	No hay evidencia publicada específica. Se desaconseja por posible alteración en la absorción del bictegravir (poca solubilidad) en intestino distal.
Cabotegravir ¹³	No	No evaluado su uso triturado o partido.	Debe tragarse entero. No se recomienda partir ni triturar por riesgo de pérdida de fármaco.	No recomendado. No existen datos clínicos ni farmacocinéticos.	No recomendado. Ausencia total de evidencia; riesgo de alteración en absorción.
Darunavir \$	No	Sí	Pulverizar y dispersar en 20 mL de agua.	Sí	No especificaciones al respecto

Didanosina\$ (no comercializada)	2 g/mL polvo para solución	Las cápsulas son de recubrimiento entérico y no se pueden abrir. Los comprimidos si es posible triturarlos.	La solución no se usa para administración por sonda porque debe reconstituirse con Alugel.	Mínimo 2 comprimidos para aportar la suficiente cantidad de antiácido para que no se degrade el principio activo; dispersar en 30 mL de agua o zumo de manzana. Agitar la dispersión antes de tomar.	Dispersar en 30 mL de agua o zumo de manzana. Agitar la dispersión antes de tomar.
Darunavir/cobicistat/emtricitabina/TAF^{4,12}	No	Sí, se puede triturar. La biodisponibilidad global se mantiene aceptable.	Triturar y administrar mezclado con 100 g de puré de manzana o disolver en agua.	Posible. Puede triturarse y administrarse por sonda.	No hay datos específicos. Evitar si es posible por posible disminución en absorción de TAF.
Dolutegravir^{10,12}	No	Sí	Triturar comprimido recubierto justo antes de la administración y mezclar con pequeña cantidad de líquido o alimento semisólido. Consumir inmediatamente.	Sí. Hay casos clínicos documentados con respuesta virológica adecuada. En un caso, se recomendó suspender nutrición enteral 2 h antes y después. Considerar ajuste de dosis (hasta 150–200 mg/día) si riesgo de resistencias.	Sí. El dolutegravir se absorbe principalmente en duodeno, por lo que se puede administrar por vía postpilórica. Separar de nutrición enteral si contiene cationes.
Dolutegravir/labacavir/lamivudina^{5,12}	No	Sí, puede triturarse. Estudios y casos clínicos avalan esta práctica y el laboratorio fabricante.	Triturar y dispersar en agua o mezclar con comida semisólida. Consumir inmediatamente.	Sí. Dispersar en 20 mL de agua. Se ha demostrado eficacia clínica y adecuada farmacocinética en 2 casos clínicos.	Sí. Triturar y dispersar en 20 mL de agua. Sin problemas reportado.
Dolutegravir/lamivudina⁶	No	Sí, puede triturarse. Avalado por el laboratorio fabricante en casos excepcionales.	Triturar justo antes de la administración y mezclar con pequeña cantidad de líquido o comida semisólida. Consumir inmediatamente. Evitar pérdida de principio activo.	Sí. Aunque no hay estudios clínicos, no se espera impacto clínico significativo en absorción.	Sí, por analogía con SNG. Preferible evitar pérdida del fármaco y separar de nutrición enteral si es posible.
Dolutegravir/rilpivirina^{7,11}	No	Sí, aunque no recomendado oficialmente. Puede hacerse si el médico lo considera necesario. Avalado por el fabricante.	Triturar justo antes de la administración y mezclar con pequeña cantidad de líquido o comida semisólida. Consumir inmediatamente. Evitar pérdida de principio activo.	Sí. Aunque no hay estudios clínicos ni de compatibilidad con materiales, no se espera impacto significativo en absorción si se hace con comida y trituración adecuada.	No. La rilpivirina requiere ácido gástrico para absorberse, por lo que su administración postpilórica no es recomendable. Puede reducir la eficacia.

Doravirina¹⁴	No Comprimido recubierto (100 mg) en combinación o monoterapia	No (no recomendado por el fabricante).	No se debe triturar, partir ni masticar por riesgo de alteración en la biodisponibilidad. Sin datos clínicos disponibles sobre uso por sonda.	No recomendado. En casos excepcionales y con supervisión clínica, podría valorarse su uso por SNG triturado, pero sin aval científico.	No recomendado. Riesgo elevado de mala absorción pospilórica.
Efavirenz^{\$}	30 mg/mL solución. (No comercializado en España)	Las cápsulas es posible abrir las y dispersarlas.	La solución tiene un sabor picante, para enmascarar el sabor se puede utilizar jalea de uva. Precaución al abrir las cápsulas.	Las cápsulas pueden abrirse, mezclarse con puré de manzana, jalea de uva o yogur natural o dispersarse en agua. Se debe administrar en 30 minutos.	Misma recomendación que para SNG o gastrostomía.
Emtricitabina^{\$}	10 mg/mL solución	No se recomienda	Tener en cuenta que la biodisponibilidad de la solución es un 80% la de la cápsula. (24 mL de solución = 200 mg de cápsula de emtricitabina).	Administrar la solución directamente.	Se recomienda abrir las cápsulas y dispersar el contenido en 20 mL de agua
Emtricitabina/cobicistat/ Tenofovir alafenamida/elvitegravir⁸ ,9,12	No	No recomendado según ficha técnica. Pero hay datos que respaldan su uso triturado.	Puede trituirarse con precaución. Disolver en agua y administrar inmediatamente. Reducción leve en AUC y Cmax de TAF sin relevancia clínica aparente.	Sí. Un caso clínico demostró eficacia (carga viral indetectable) tras administración por gastrostomía con 30 mL de agua.	Sin datos específicos. Evitar si es posible o monitorizar. Considerar separación de administración de nutrición enteral
Estavudina^{\$} (no comercializada)	1 mg/mL polvo para solución	Sí	Si no se usa la solución; se pueden abrir las capsulas y mezclar de yogurt.	Administrar la solución directamente.	Administrar la solución directamente.
Etravirina^{\$}	No	Sí	Enjuague el vaso con agua para asegurar la administración de la dosis completa.	Los comprimidos pueden ser disueltos en un vaso de agua y beberse inmediatamente.	Misma recomendación que para SNG o gastrostomía.
Fosamprenavir^{\$}	50 mg/mL solución	No información		La solución debe diluirse con 20 mL de agua ⁶ .	Misma recomendación que para SNG o gastrostomía.
Indinavir^{\$} (no comercializado)	No	No se recomienda		Es posible preparar una formula extemporánea ⁹ .	No especificaciones al respecto.

Lamivudina ^{\$}	10 mg/mL y 5 mg/mL solución	Si		Administrar la solución directamente	Triturar y dispersar el comprimido en 20 mL de agua y administrar inmediatamente.
Lopinavir/Ritonavir ^{\$}	80/20 mg/mL solución	No se recomienda		Administrar la solución directamente	La solución debe diluirse con 20 mL de agua, si se utiliza por sonda nasoyeyunal ⁶ .
Maraviroc ^{\$}	No	No información			
Nelfinavir ^{\$} (no comercializado)	No	Si	El vaso deberá enjuagarse y tragar para asegurar la administración de la dosis completa. Los alimentos ácidos o zumos no se recomiendan.	Los comprimidos pueden ser disueltos en agua. Debe ser consumida la mezcla en 6 horas.	Misma recomendación que para SNG o gastrostomía.
Nevirapina ^{\$}	10 mg/mL solución	No se recomienda		Administrar la solución directamente.	La solución debe diluirse con 20 mL de agua ⁶ .
Raltegravir ^{\$}	No	Si ^{7,8,10}		Triturar y disolver en 20 mL de agua ⁷ .	Triturar y disolver en 20 mL de agua ⁷ .
Rilpivirina ^{\$}	No	No se recomienda			
Ritonavir ^{\$}	80 mg/mL solución	No se recomienda	El sabor amargo de ritonavir solución puede ser enmascarado cuando se mezcla con batido de chocolate.	Administrar la solución directamente.	Abir las cápsulas y dispersar en 10 mL de solución hidroalcohólica ⁶ .
Saquinavir ^{\$} (no comercializado)	No	No información			
Tenofovir ^{\$}	No	Si	El principio activo es sensible a la humedad y debe ser consumido inmediatamente después de mezclar.	Los comprimidos pueden ser triturados y disolverse en 100 mL de zumo de pomelo, agua o zumo de naranja.	Triturar los comprimidos y disolver en 10 mL de agua.

Tenofovir/emtricitabina ^{\$}	No	Si	El principio activo es sensible a la humedad y debe ser consumido inmediatamente después de mezclar.	Los comprimidos pueden ser triturados y disolverse en 100 mL de zumo de pomelo, agua o zumo de naranja.	Triturar los comprimidos y disolver en 10 mL de agua
Tenofovir/emtricitabina/ Efavirenz ^{\$}	No	No se recomienda	Es posible administrar cada principio activo por separado.		
Tenofovir/emtricitabina/ Ralpivirina ^{\$}	No	No se recomienda			
Tipranavir ^{\$} (no comercializado)	100 mg/mL solución	No información		Administrar la solución directamente	No especificaciones al respecto
Zidovudina ^{\$}	50 mg/5 mL solución	No se recomienda		La solución debe diluirse con 30 mL de agua, por presentar una elevada osmolaridad.	Abir las cápsulas y dispersar en 20 mL de agua ⁶ .
Zidovudinalamivudina ^{\$}	No	Si	Disponible cada principio activo por separado en solución. Pulverizar y dispersar en 15 mL de agua.	Administrar inmediatamente	No información

Adaptado de Arenas Villafranca JJ et al. Farm Hosp. 2013;37(5):412-418. Actualización por Begoña Montero Salgado, Servicio de Farmacia, HU Costa del Sol

En caso de necesidad de adaptar la administración de tratamiento antirretroviral en pacientes con disfagia o con sonda, y especialmente cuando la información sobre el fármaco no sea concluyente, debe solicitarse valoración individualizada al Servicio de Farmacia Hospitalaria.

9.4. Proceso de elaboración y autoría

Esta Guía de Posicionamiento del Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH en Andalucía ha sido elaborada de forma conjunta por el Grupo de Trabajo Farmacoterapia en patologías infecciosas constituido en el seno de la Comisión Autonómica para el Uso Racional de los Medicamentos en el ámbito del SSPA.

El documento recoge el consenso alcanzado por un grupo multidisciplinar de profesionales procedentes de diferentes centros y perfiles asistenciales, técnicos y de gestión sanitaria.

Su desarrollo ha seguido un proceso colaborativo, basado en la evidencia científica y adaptado a la realidad organizativa del SSPA, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones clínicas, promover un uso racional del tratamiento antirretroviral y garantizar la equidad en el acceso.

Autoría:

- Margarita Beltrán García. Facultativo Especialista de Área de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- Francisco Javier de la Torre Lima. Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna grupo de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. Coordinador del Plan Andaluz de ITS, VIH y Sida (PAITSIDA).
- Rocío Fernández Urrusuno. Farmacéutica de Atención Primaria. Coordinadora Científico-Técnico PROA de Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
- Marta Mejías Trueba. Facultativo Especialista de Área de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- José Ángel Pazos Casado. Enfermero de Atención Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Cristina Rodríguez San Pío. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora de UGC Puche - Los Molinos. Distrito Sanitario Almería.
- Cristina Torres Luzón. Enfermera de Salud Pública de Atención Primaria. Distrito Granada / Distrito. Metropolitano de Granada.
- Alejandro Úbeda Iglesias. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste.

Revisores externos:

- Luis Fernando López Cortés. Facultativo Especialista de Área. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología. Grupo de Investigación en Infección VIH y Farmacocinética. Hospital Universitario Virgen del Rocío/Instituto de Biomedicina de Sevilla/ CSIC/Universidad de Sevilla.

- María José Ríos Villegas Facultativo Especialista de Área de Enfermedades Infecciosas. Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Bibliografía:

\$ Información obtenida de: Arenas Villafranca JJ et al. *Farm Hosp.* 2013;37(5):412-418

1. Ferrández JS, García AL, Alonso-Vega GG, González AO, García TM. Successful Bictegravir/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide Treatment in a HIV Patient with Swallowing Difficulties. *Ann Pharmacother.* 2021 Apr;55(4):556-557. doi: 10.1177/1060028020953631. Epub 2020 Aug 29. PMID: 32862660.
2. Fulco PP. Crushed bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in a human immunodeficiency virus-positive patient with esophageal cancer. *Am J Health Syst Pharm.* 2020 Mar 24;77(7):509-510. doi: 10.1093/ajhp/zxaa017. PMID: 32207818.
3. Roa PE, Bazzi R. Crushed bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide in a human immunodeficiency virus-positive patient with pancreatic cancer. *Int J STD AIDS.* 2022;33(1):97-98. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34787026>.
4. Brown K, Jongbloed-de Hoon J, Foisy M, Hughes C. Impact of splitting or crushing on the relative bioavailability of the darunavir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide single-tablet regimen (D/C/F/TAF). *Clin Pharmacol Drug Dev.* 2019 May;8(4):541-548. doi:10.1002/cpdd.632. Epub 2018 Dec 3.
5. ViiV Healthcare. Administration of Abacavir/Dolutegravir/Lamivudine via Nasogastric or Gastric Feeding Tubes [Internet]. ViiV Healthcare; 2024 May.
6. ViiV Healthcare. Administration of Dolutegravir/lamivudine via Gastric Feeding Tubes. MED—ALL-4881, febrero 2025. Documento científico no promocional. Datos en archivo: 2018N389439_00 y 2018N389440_00.
7. ViiV Healthcare. Administration of Dolutegravir/rilpivirine via Nasogastric (NG) or Orogastic (OG) Feeding Tubes [Internet]. MED—ALL—0994. April 2024. Disponible en: <https://www.viivhealthcare.com>
8. Jongbloed-de Hoon M, Colbers A, Velthoven-Graafland K, Duisenberg-van Essenberg M, Kruijssen M, Abbink E, van Crevel R, Burger D. Brief Report: Pharmacokinetics of Crushed Elvitegravir Combination Tablet Given With or Without Enteral Nutrition. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017 Apr 15;74(5):571-574. doi: 10.1097/QAI.0000000000001296. PMID: 28166190.
9. Kaplun O, Pseudos G. Sustained HIV virologic suppression with crushed combination tablets containing elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir alafenamide. *Am J Health Syst Pharm.* 2019 Aug 1;76(16):1180-1181. doi: 10.1093/ajhp/zxz132. PMID: 31287497.
10. ViiV Healthcare. Administration of Dolutegravir via Nasogastric or Gastric Feeding Tubes [Internet]. MED—ALL—0969. Junio 2024.
11. Turley SL, Fulco PP. Enteral Administration of Twice-Daily Dolutegravir and Rilpivirine as a Part of a Triple-Therapy Regimen in a Critically Ill Patient with HIV. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2017 Mar/Apr;16(2):117-119. doi: 10.1177/2325957417692678. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28198203.
12. De Andrés Morera S, Álvarez Criado J, Moreno Palomino M, Granda Lobato P, Jiménez Núñez C, Molina Cabezuelo M, et al. Guía para la administración de medicamentos a pacientes con problemas de deglución. 2da edición. Barcelona: Esmon Publicidad, S.A; 2021.

13. ViiV Healthcare. *Administration and characteristics of cabotegravir tablets*. MED-ALL-6017. Feb 2025. Data on file: 2019N425812_00. Global Data Sheet for Cabotegravir (treatment). Version 11. July 16, 2024.

14. Información proporcionada por el laboratorio. Merck & Co. (MSD). Pifeltro® (doravirine) and Delstrigo®: Product Monograph. Última actualización: 2024.