

TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES VIH+

TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS POR PARASITOS EN PACIENTES VIH+

PATÓGENO	TTO DE ELECCION	TTO ALTERNATIVO	PROFILAXIS 1ª
Pneumocistis jiroveci	SMX/TMP 15-20 mg/Kg de TMP, dividido cada 6-8 horas, durante 21 días.	- Clindamicina 300-900 mg/ 6-8 h y primaquina base 15-30 mg/día Pentamidina iv 4 mg/Kg	En pacientes con CD4<200/mm3: SMX/TMP 800/160 mg cada 24 horas.
Toxoplasma gondii	Pirimetamina (50-75 mg/día, dosis inicial de 100 mg/12h) asociada a sulfadiazina (1000-500 mg/ 6h)	Clindamicina 600-1200 mg IV/ 6h durante 6 sem.	SMX/TMP 800/160 mg/día
Isoospora belli	SMX/TMP 800/160 mg/12h, 10 días		
Giardia lamblia	Metronidazol 500 mg/12h (5 días). Valorar asociación con albendazol.		
Blastocystis	Metronidazol		
Cryptosporidium y Microspora	Cryptosporidium: nitazoxanida y paromomicina. Microspora: albendazol.		

TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS POR VIRUS EN PACIENTES VIH+

PATÓGENO	TTO DE ELECCION	TTO ALTERNATIVO	TTO RECURRENCIAS
Virus herpes simplex	Aciclovir oral 400 mg/8h o 200 mg/4h	- Famciclovir 250 mg/8h -Valaciclovir 1000mg/12h	-Aciclovir oral 400 mg/8h.- Famciclovir 500 mg/12h. - Valaciclovir 1000 mg/12h.
Citomegalovirus	Fase de inducción: Valganciclovir oral 900 mg/12h, durante 14-21 días. - Fase de mantenimiento: Valganciclovir oral 900 mg/24h	Fase de inducción: ganciclovir 5 mg/Kg/12 h iv 14-21 días. - Foscarnet 60-80 mg/Kg/8h o 90 mg/Kg/12h. -Cidofovir 5 mg/Kg/7días 14días - Fase de mantenimiento: Ganciclovir 5 mg/Kg/24 h iv. -Foscarnet 90-120 mg/Kg/24h, Cidofovir 5 mg/Kg cada 7días.	No se recomienda
Virus varicela-zóster	-Aciclovir oral 800 mg/4h al día, 5-7 días. - Valaciclovir 1000 mg/8h, 5-7 días. -Famciclovir 500 mg/8h, 5-7 días.	Aciclovir IV 5-10 mg/Kg/8h en las formas más graves	No se recomienda

Poliomavirus			
TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS POR BACTERIAS Y HONGOS EN PACIENTES V			
PATÓGENO	TTO DE ELECCION	TTO ALTERNATIVO	PROFILAXIS 1ª
Criptococcus neoformans	Fase de inducción: Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/Kg/día. Fase de consolidación: Fluconazol 400 mg/día, al menos 8 semanas	Fase de inducción: Anfotericina B liposomal 4-6 mg/Kg/día ± flucitosina 25 mg/Kg/6h, al menos 14 días. Fase de consolidación: Itraconazol 200 mg/12h	No se recomienda.
Candida spp	Candidiasis orofaríngea y esofágica: Fluconazol 100 mg/día (7 días y 14-21 días, respectivamente). Candidiasis orofaríngea: Nistatina.	Itraconazol a dosis de 200 mg/día	No se recomienda.
Mycobacterium avium complex	Claritromicina 500 mg/12h + etambutol 15 mg/Kg/día, vía oral, durante 12 meses.	Azitromicina 500---600 mg/día	Claritromicina oral 500 mg/12h, azitromicina 1200 mg/7días o rifabutina 150 mg/12h.
Mycobacterium tuberculosis	Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, 2 meses, seguida de isoniazida y rifampicina 4 meses		
SMX/TMP: Sulfametoxazol/Trimetroprim; TTO: Tratamiento			

PROFILAXIS 2ª		COMENTARIOS
Paciente que hayan sufrido ya neumonía por <i>Pneumocystis jiroveci</i> : SMX/TMP 800/160 mg/día.		
Pirimetamina (25-50 mg/día), folínico 10-25 mg/día y sulfadiazina 2000-4000 mg/día	Finalizar profilaxis cuando niveles de CD4 > 200/mm ³ durante al menos 3 meses.	
	Asociar paromomicina en casos rebeldes.	
	Fumagilina si la infección es ocular	
TTO SUPRESOR DE RECURRENCIAS		COMENTARIOS
- Aciclovir oral 400-800 mg/2-3 veces/día.- Famciclovir oral 500 mg/12h. -Valaciclovir oral 500 mg/12h.		
PROFILAXIS 2ª		COMENTARIOS
Valganciclovir 900 mg/24h.	Puede valorarse su suspensión si el recuento de CD4 > 100/mm ³ durante 3-6 meses o incluso más, y siempre dentro del contexto del TAR. Reiniciar la profilaxis secundaria siempre que los CD4 < 100/mm ³ .	
No se recomienda		

	No existe una terapia efectiva para el tratamiento
--	--

/IH+

PROFILAXIS 2ª	COMENTARIOS
---------------	-------------

Fluconazol a dosis de 200 mg/día

Aspecto controvertido.	
------------------------	--

Asociar rifabutina en pacientes con :
CD4<50mm3.
elevada carga de micobacterias. Sin tto TAR.

Claritromicina oral 500mg

--	--