

**Recomendações Portuguesas
para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH- 2
2015**

Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 (2015 v01).

Autores¹

Cristina Guerreiro (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Isabel Aldir (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Joaquim Oliveira (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Kamal Mansinho (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Laura Marques (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Luís Mendão (Forum Nacional da Sociedade Civil para o VIH)

Manuela Doroana (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Ricardo Camacho (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Rui Sarmiento e Castro (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Sónia Dias (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Teresa Branco (Conselho Científico PNI VIH/SIDA)

Consultores

António Sarmiento

Fernando Maltez

Francisco Antunes

José Malhado

Saraiva da Cunha

Coordenador

António Diniz

¹ Capítulo 9: foram coautores Flora Candeias, Graça Rocha e José Gonçalo Marques.

Capítulo 10: foram coautores Flora Candeias, Graça Rocha e José Gonçalo Marques.

Declaração de Interesses

Cristina Guerreiro (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Recebeu honorários pela sua presença em reuniões de Scientific Advisory Board de Gilead Sciences e Bristol-Myers Squibb. Não considero que haja qualquer conflito de interesses, visto que as minhas orientações para este trabalho advêm da minha prática clínica.

Isabel Aldir (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Participou e recebeu honorários por atividades de formação, conferências e reuniões de consultadoria científica de: Abbott, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Gilead Sciences, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag Farmacêutica, Merck Sharp & Dhome, Roche e ViiV Healthcare

Joaquim Oliveira (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Participou e recebeu honorários por atividades de formação e reuniões de consultadoria científica de: Boehringer Ingelheim, Abbott, Bristol-Myers Squibb, Janssen-Cilag Farmacêutica, Gilead Sciences, Merck Sharp&Dhome ViiV Healthcare

Kamal Mansinho (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Participou em reuniões de consultoria científica dos laboratórios. Recebeu honorários por conferências e participação em eventos científicos patrocinados por: Laboratórios Abbott, Bristol-Myers Squibb, Gilead Sciences, Janssen-Cilag, Merck Sharp & Dome, ViiV Healthcare.

Laura Marques (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Recebeu apoio para inscrição e deslocação a congressos e reuniões científicas, das companhias farmacêuticas Glaxo-Smith-Kline, Octapharma, Pfizer, Novartis, Sanofi Pasteur MSD, Jansenn Cilag e Gilead Sciences. Parcipou num advisory board da Jansenn Cillag.

Manuela Doroana (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Recebeu honorários pela sua presença em reuniões de Scientific Advisory Board de várias entidades promotoras. Não considero que haja qualquer conflito de interesses, visto que as minhas orientações para este trabalho advêm da minha prática clínica.

Ricardo Camacho (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Recebeu honorários por atividades de formação e consultadoria científica, suporte na organização de reuniões científicas e suporte na deslocação a reuniões científicas de: Laboratórios Abbott, Merck Sharp & Dohme, Boeringer-Ingelheim, Gilead Sciences, Roche, Janssen Cilag, GlaxoSmithKline, ViiV Healthcare, Bristol Meyers Squibb. Recebeu apoio para projetos de investigação de Merck Sharp & Dohme, ViiV Healthcare e Gilead Sciences.

Rui Sarmiento e Castro (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Participou em palestras ou Scientific Advisory Boards das seguintes empresas: Gilead Sciences, ViiV Healthcare, Bristol Myers Squibb, Laboratórios Abbott, Merck Sharpe and Dohme, Roche Farmacêutica e Janssen.

Sónia Dias (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Sem interesses a declarar.

Teresa Branco (Conselho Científico PNVIH/SIDA)

Recebeu subsídios para deslocação a congressos e reuniões científicas e honorários pela participação em reuniões de consultadoria científica ou oradora em reuniões científicas das seguintes empresas farmacêuticas: Bristol-Meyer-Squibb, Abbott, Roche, Merck Sharp & Dome, Boehringer Ingelheim, Janssen Cilag, ViiV Healthcare.

Capítulo 1	Preâmbulo
Capítulo 2	Categorização da robustez da informação
Capítulo 3	Recomendações para o início da terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes adultos e adolescentes com infeção crónica por VIH-1.
Capítulo 4	Recomendações para o início da terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes adultos e adolescentes com infeção crónica por VIH-2.
Capítulo 5	Recomendações para mudança da terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes adultos e adolescentes em falência terapêutica.
Capítulo 6	Recomendações para mudança da terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes adultos e adolescentes com carga vírica suprimida.
Capítulo 7	Recomendações sobre a terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) na infeção primária por VIH.
Capítulo 8	Recomendações sobre terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em doentes com outras coinfeções. 8.1 Infeção por VHB 8.2 Infeção por VHC 8.3 Tuberculose
Capítulo 9	Saúde reprodutiva e gravidez. Recomendações para prevenção da transmissão mãe-filho da infeção por VIH.
Capítulo 10	Recomendações sobre terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em crianças com infeção por VIH-1.
Capítulo 11	Considerações finais

Documentos de referência

Lista de siglas e acrónimos

10. Recomendações sobre a terapêutica antirretrovírica combinada (TARc) em crianças com infeção crónica por VIH-1.¹

A TARc tem objetivos comuns em todos os doentes infetados. Em idade pediátrica reveste-se de algumas especificidades que é importante considerar:

- A infeção é adquirida por transmissão mãe-filho na maioria dos casos.
- Existe frequentemente exposição perinatal a fármacos ARV.
- É necessário utilizar testes virológicos para o diagnóstico abaixo dos 18 meses de idade.
- A infeção ocorre num período de grande imaturidade imunológica e fisiológica, cursando com manifestações clínicas diferentes e morbilidade e mortalidade mais elevadas e mais precoces que no adulto.
- Os valores normais de linfócitos T CD4⁺ variam consoante a idade, sendo mais elevados em idades mais precoces.
- O valor da carga vírica nos lactentes e crianças é muito elevado e a resposta à TARc pode ser mais lenta que no adulto
- A farmacocinética dos ARV modifica-se com a idade, de acordo com a maturação dos órgãos envolvidos no metabolismo dos fármacos.
- Os lactentes e crianças necessitam de formulações pediátricas.
- Existem especificidades da adesão à terapêutica nas diferentes faixas etárias.

10.1 Quando iniciar a TARc em crianças infetadas pelo VIH1 sem terapêutica prévia

A decisão de iniciar a TARc deve ser individualizada e discutida com a criança e com a família, tendo em conta o risco de progressão segundo a idade, o valor dos linfócitos CD4⁺ e da carga vírica, as coinfeções e comorbilidades, os efeitos secundários dos fármacos, a situação psicossocial e a dificuldade de uma adesão elevada e continuada. Atualmente verifica-se uma tendência para um início mais precoce da TARc e para uma continuação com esquemas simplificados e de menor toxicidade.

¹ Estas recomendações aplicam-se a recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes em estágio pubertário I a III, segundo a escala de Tanner. Para os adolescentes em estágio pubertário IV ou V aplicam-se as recomendações terapêuticas para adolescentes e adultos.

Tabela 10.1 Quando iniciar a TARc em crianças com infecção pelo VIH1 sem terapêutica prévia

Idade	< 1 ano	1 a <3 anos	3 a < 5 anos	≥ 5 anos
Estadio clínico	Todos	CDC B* e C	CDC B* e C	CDC B* e C
CD4 ⁺ /mm ³		≤ 1000/mm ³	< 750/mm ³	≤ 500/mm ³ ***
CD4 ⁺ %**	Todos	ou < 25%	ou < 25%	
Carga vírica	Todos	> 100 000 cópias/mL****	>100 000 cópias/mL****	> 100 000 cópias/mL****

* Categoria B: exceto episódio único de infecção bacteriana grave,

** Confirmar em 2 determinações dada a variabilidade no valor dos CD4⁺ na criança: 3% na percentagem e 30% no valor absoluto.

*** Grau de evidência A1 para CD4⁺ < 350 céls/mm³ e BII para < 500 céls/mm³, de acordo com as recomendações do CDC.

**** As crianças com carga vírica >10⁵ cópias/mL têm maior probabilidade de ficar rapidamente sintomáticas (BII)*.

As crianças com SIDA ou sintomas significativos (*categoria clínica do CDC B, com exceção de episódio único de infecção bacteriana grave, ou C conforme Tabela 10.1 – Anexo*) têm um maior risco de mortalidade. Recomenda-se o início de TARc com carácter de urgência nesse grupo. A evidência de benefício clínico da TARc nestas crianças é tão grande que a recusa dos pais em tratar constitui uma questão que deve ser exposta à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

10.2 Como iniciar a TARc em crianças infetadas por VIH-1 sem terapêutica prévia

Recomenda-se:

- A avaliação e resolução das questões relacionadas com a adesão e sua abordagem sistemática com a família antes de iniciar a TARc.
- A realização prévia de um teste genotípico de resistência aos antiretrovíricos.
- Considerar os seguintes fatores na escolha do regime terapêutico: perfil de resistências do vírus, idade, exposição prévia a fármacos (incluindo *in útero*), genótipo HLA-B*5701, coinfeções, formulações disponíveis e probabilidade de adesão.
- Iniciar TARc com 3 fármacos: 2 NITR, associados a um IP/r ou a um NNITR.
- Verificar e ajustar a posologia em cada consulta de acordo com a evolução do peso ou superfície corporal. Este aspeto é particularmente importante nos períodos de

crescimento rápido, especialmente nos lactentes. As doses devem ser sempre arredondadas para cima e ajustadas à formulação em solução oral ou comprimidos.

- f) Explicar cuidadosamente aos pais ou cuidadores a posologia, modo de administração, não interrupção (não deixar acabar a medicação), repetição após vômito, modo de contacto fácil com os profissionais de saúde. O fornecimento de instruções escritas é importante.
- g) Reavaliar a criança mensalmente quando se inicia o tratamento, de modo a assegurar a adesão e aferir potenciais efeitos adversos. A periodicidade de avaliação clínica será subsequentemente individualizada de acordo com as necessidades de cada criança.

Atualmente o regime preferencial em crianças sem terapêutica prévia e sem evidência de resistência aos ARV envolve dois NITR e um NNITR ou um IP/r. Deve ser preferido o esquema com IP/r nas crianças abaixo dos 3 anos, sobretudo quando se prevê que possa haver adesão irregular (ver tabela 10.2).

Tabela 10.2 Regimes preferenciais de TARc recomendadas em crianças com infeção por VIH-1

Idade < 3 anos	3 a 5 anos	≥ 6 anos	>12 anos
LPV/r ¹ + 3TC + ABC ² ou ZDV	EFV + 3TC + ABC ²	EFV + 3TC + ABC ²	EFV + (FTC + TDF) ou (3TC + ABC ²)
	ou	ou	ou
	LPV/r + 3TC + ABC ²	ATV/r + 3TC + ABC ²	ATV/r + (FTC + TDF) ou (3TC + ABC ²)
		ou	ou
		LPV/r + 3TC + ABC ²	DRV/r + (FTC + TDF) ou (3TC + ABC ²)

¹ Não usar em RN < 14 dias de idade pós-natal ou < 42 semanas idade pós-menstrual.

² Em crianças HLA B*5701 negativas; nas positivas, substituir por ZDV.

Os fármacos disponíveis em Portugal, a sua posologia e o grupo etário para o qual estão aprovados, estão referidos na Tabela 10.2 - Anexo.

10.3 Quando mudar a TARc

A TARc pode ser alterada por três motivos:

- a) Por toxicidade dos fármacos ARV previamente utilizados.
- b) Para simplificação do regime terapêutico: reduzir o número de fármacos ou de comprimidos; passar a uma toma diária; substituir o IP potenciado por NNITR após supressão virológica e adesão assegurada.
- c) Por falência terapêutica.

Tabela 10.3 Falência virológica

Falência Virológica	Resposta incompleta à terapêutica: <ul style="list-style-type: none">- Redução da carga vírica basal <1log após 8-12 semanas de TARc;- VIH RNA >200 cópias/mL, depois de 6 meses de TARc- detecção de ARN VIH-1, após 12 meses de TARc "rebound" viral: crianças anteriormente com ARN VIH indetetável e que surgem com detecção repetida e frequente.*
----------------------------	--

* Valores ocasionais de carga vírica <1000 cópias/mL, precedidos e seguidos por cargas víricas indetetáveis (blip) não constituem falências virológicas.

10.4 Avaliação da criança/adolescente com falência terapêutica

Logo que for identificada a causa da falência terapêutica a criança deve ser avaliada para determinar se a alteração da TARc é necessária.

1. Avaliar a adesão à terapêutica (a falta de adesão é a causa mais frequente do falência terapêutica).
2. Avaliar a intolerância aos medicamentos usado.
3. Avaliar a farmacocinética: existem variações individuais na absorção, distribuição e metabolismo dos fármacos particularmente nos pequenos lactentes. Considerar determinação das concentrações séricas dos fármacos.
4. Realizar teste de resistência: se o teste genotípico não revela mutações associadas aos ARV que estão a ser administrados é porque a criança não está a tomar a medicação.

O teste de resistência deve ser feito antes da suspensão do regime terapêutico ou no máximo 4 semanas após a sua descontinuação.

10.4.1 Alteração da TARc

A decisão de alteração da TARc deve ser individualizada tendo em consideração a história anterior de tratamento, toxicidades, deteção atual ou passada de vírus resistentes, carga viral, estágio imunológico e clínico, capacidade de adesão ao novo regime e opções terapêuticas disponíveis.

O objetivo da mudança do regime terapêutico é conseguir uma supressão virológica mantida (AI). Quando tal não pode ser conseguido o objetivo deve ser preservar ou restaurar a função imunológica, prevenir a progressão da doença e preservar futuras opções terapêuticas (AII).

Deverá ser consultado um pediatra com experiência no tratamento da infeção VIH.

10.4.2 Estudos de Farmacocinética

A realização de estudos de monitorização da concentração sérica de fármacos (TDM)²¹ não está recomendada em todas as crianças, mas pode ser útil na avaliação de:

- a) Toxicidade.
- b) Interação medicamentosa.
- c) Virémia detetável após aparente boa adesão à terapêutica.
- d) Disfunção renal ou hepática.
- e) Utilização de regime terapêutico insuficientemente estudado na criança.
- f) Terapêuticas de resgate.
- g) Simplificação do tratamento.

Pode também ser necessário realizar estudos farmacocinéticos nos recém-nascidos e no 1º ano de vida.

A realização de TDM não está indicada nos INTR porque os níveis intracelulares dos metabolitos ativos são difíceis de medir. A concentração plasmática não é um bom indicador da sua atividade.

Tabela 10.1 - Anexo **Classificação Clínica CDC**

Categoria N: Assintomático

Crianças sem sintomas atribuídos a infecção VIH ou com apenas uma das situações listadas na categoria A

Categoria A: Ligeiramente sintomático

Crianças com 2 ou mais sinais ou sintomas listados e sem nenhum da categoria B ou C

- Linfadenopatia.
- Hepatomegália ou esplenomegália.
- Dermatite.
- Parotidite.
- Infecção das vias aéreas superiores, sinusite ou otite média recorrentes ou persistentes.

Categoria B: Moderadamente sintomático

Crianças sintomáticas não A nem C. Exemplos:

- Anemia (<8g/dL), neutropenia (< 1000/mm³) ou trombocitopenia (< 10⁵/mm³) durante mais de 30 dias
- Meningite bacteriana, pneumonia ou *sepsis* (episódio único)
- Candidíase orofaríngea persistindo mais de 2 meses em crianças com mais de 6 meses
- Cardiomiopatia
- Infecção por vírus citomegálico (VCM) com início antes da idade de 1 mês
- Diarreia recorrente ou crónica
- Hepatite
- Estomatite por vírus *Herpes simplex* (VHS) recorrente (mais de 2 episódios num ano)
- Bronquite, pneumonite ou esofagite por HSV antes do mês de idade
- Infecção por vírus *Herpes zoster* (VHZ) envolvendo pelo menos 2 episódios ou mais de um dermatomo
- Leiomiomasarcoma
- Pneumonia Intersticial linfoide (LIP)
- Nefropatia
- Nocardiose
- Febre com duração > 1 mês
- Varicela disseminada

Categoria C: Gravemente sintomático

Crianças com doenças definidoras de SIDA exceto LIP que é categoria B:

- Infecções bacterianas graves múltiplas ou recorrentes (pelo menos 2 episódios confirmados com cultura num período de 2 anos) dos seguintes tipos: *sepsis*, meningite, pneumonia, infecções ósseas ou articulares, abscesso de órgão interno ou cavidade (excluindo otite média, abscessos cutâneos ou mucosos superficiais e infecções relacionadas com cateteres).
- Candidíase esofágica ou pulmonar (brônquios, traqueia, pulmões).
- Coccidiodomicose ou histoplasmoze disseminadas.
- Criptococose extrapulmonar.
- Criptosporidiose ou isosporidiose com diarreia persistente > 1 mês.
- Doença por VCM com início > 1 mês (exceto fígado, baço ou gânglios linfáticos).
- Encefalopatia.
- Infecção por VHS com úlcera mucocutânea >1mês ou bronquite, pneumonite ou esofagite >1mês de idade.
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma cerebral primário.
- Linfoma.
- Tuberculose disseminada ou extra-pulmonar.
- Infecção disseminada por micobacteria de outro tipo.
- Infecção por *Mycobacterium avium* ou *Mycobacterium kansasii* disseminada.
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*.
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- *Sepsis* recorrente por *Salmonella* (não tifóide).
- Toxoplasmose cerebral com início > 1 mês de idade.
- Síndrome de emaciação, na ausência de outras doenças simultâneas.

Tabela 10.2 - Anexo FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL PARA USO NA CRIANÇA

Fármaco/Associação	Idade / Peso	Posologia	Comentários
Abacavir (ABC) 20 mg/ml frs 240ml sol oral 300 mg cp ranhurados rpp Aprovado EMA/FDA ≥ 3 M	≥ 3M 14-21 kg 21-30 kg >30 Kg	8 mg/Kg 2xd ½ cp (150mg) 2x/d ½ manhã 1 cp à noite 1 cp 2xd	A dose total (16 mg/kg) pode ser dada 1x/dia a ≥3 anos se estabilidade clínica. Não usar em doentes com o alelo HLA-B*5701 (rastreamento obrigatório)
Didanosina (ddI) 125 mg, 250 mg e 400 mg cáps gastrorresistentes	2S – 3M > 3M 20-<25Kg 25-<60 Kg > 60Kg	50-100 mg/m2 2xd 200-240 mg/m2 1xd 200mg 1xd 250mg 1xd 400 mg 1xd	Mudar para ARV menos tóxico se possível. Dar 30 min. antes ou 2h após refeição. Não associar a TDF
Emtricitabina (FTC) 10 mg/ml sol. oral 200 mg cáps Aprovado EMA ≥ 4 M FDA ≥ 0M	0-3M 3M-17A >33Kg	3mg/Kg 1xd 6 mg/Kg 1xd 200 mg 1xd	Risco de exacerbação de hepatite B quando se suspende
Lamivudina (3TC) 10 mg/ml frs. 240 ml sol. oral 150 mg cp rpp Aprovado EMA/FDA ≥ 3 M	RN > 1M ≥12A ou >36Kg ≥16 A ou ≥ 50 kg	2mg/Kg 2xd 4 mg/Kg 2xd 150 mg 2xd 300 mg 1xd	Risco de exacerbação de hepatite B quando se suspende
Tenofovir (TDF) 245 mgcp rpp Aprovado EMA/FDA ≥ 2 A	≥ 12A e >35Kg tem sido usado: 2-8A > 8A	300mg 1xd 8mg/Kg 1xd 210 mg/m2 1xd	Não associar a ddI e a ATV não potenciado. Risco de desmineralização óssea estádios Tanner 1 e 2 Risco de exacerbação de hepatite B quando se suspende.
Zidovudina (AZT) 10 mg/ml frs 200 sol. oral 100 mg cáps, 300 mg cp Aprovado EMA/FDA ≥ nascimento	4-<9Kg 9 - < 30Kg ≥ 30Kg	12mg/Kg 2xd 9 mg/Kg 2xd 250 mg 2xd	Não associar a d4T. Vigiar anemia e neutropenia Dose RN – ver profilaxia transmissão mãe-filho
ABC + 3TC 600+300mgcp rpp Aprovado EMA ≥ 12 A FDA ≥ 18 A	< 40 Kg ≥ 40 Kg	Ver dose ABC e 3TC individualizada 1 cp 1xd	Comprimido divisível
AZT / 3TC 300 / 150mgcp rpp Aprovado EMA ≥ 14 kg FDA ≥ 30 kg	< 30Kg ≥ 30 Kg	Ver dose AZT e 3TC individualizada 1 cp 2xd	Comprimido divisível
TDF + FTC 245 / 200 mgcp rpp Aprovado EMA ≥ 18 A FDA ≥ 12 A	≥ 12A e >35Kg	1 cp 1xd	Comprimido divisível
TDF+FTC+EFV 245/200/600mg cp rpp Aprovado EMA ≥ 18 A FDA ≥ 12 A	≥ 12A e >35Kg	1 cp 1xd	Comprimido não divisível. Dar afastado das refeições por conter EFV
Efavirenze (EFV) 30 mg/ml frs 180 ml sol. oral 50 mg, 200 mg, 600 mg cp rpp Aprovado EMA ≥ 3 A FDA ≥ 3 M	≥ 3A 10 - <15Kg 15 - <20Kg 20 - <25Kg 25 – 32,5Kg 32,5 - <40Kg ≥ 40Kg	1xd 200 mg 250 mg 300mg 350mg 400mg 600mg	Doses referidas a formulação em cápsulas (podem ser abertas) ou comprimidos (divisíveis). Administrar ao deitar com estômago vazio
Etravirina (ETV) 100 mg cp Aprovado EMA/FDA ≥ 6 A	> 6 anos	Investigação:5,2 mg/kg 2xd (max: 200mg)	Estudos em curso

<p>Nevirapina (NVP) 10 mg/ml frs 240 ml susp. oral 200 mg cp 400 mg LP cp libertação prolongada Aprovado EMA ≥ nascimento FDA ≥ 15 D</p>	<p>15D – 8A ≥ 8A > 13A</p>	<p>200 mg/m² 2xd 150 mg/m² 2xd 200 mg 2xd</p>	<p>Dar metade da dose (1 toma/dia) nas 2 primeiras semanas. Risco de Síndrome Stevens-Johnson e insuficiência hepática</p>
<p>Rilpivirina (RPV) 25 mg cp Aprovado EMA/FDA ≥ 18 A</p>	<p>≥ 18 A</p>	<p>25 mg 1x/d</p>	<p>Tomar com comida Uso cauteloso se insuf. Renal. Não recomendado se disfunção hepática grave</p>
<p>Atazanavir (ATV) 200 mg e 300 mg cáps Aprovado EMA/FDA ≥ 6 A</p>	<p>> 6A 15 - <25Kg 25 - <32Kg 32 - <39Kg ≥ 39Kg</p>	<p>1xd 150mg + 80mg RTV 200mg +100mg RTV 250mg +100mg RTV 300mg +100mg RTV</p>	<p>Sem dose bem estabelecida em TAR-experientes < 25Kg. Não dar com EFV em TAR-experientes Dar com alimentos. Não associar a Omeprazole e similares.</p>
<p>Darunavir (DRV) 100 mg/ml frs 200 ml s. oral 400 mg e 600 mg cp rpp Aprovado EMA/FDA ≥ 3 A</p>	<p>>6A 20 – 30Kg 30 – 40 Kg > 40 Kg</p>	<p>2xd 375mg + RTV 50mg 450mg + RTV 60mg 600mg +RTV 100mg</p>	<p>Dar com alimentos. Risco de alergia cruzada com sulfonamidas. Considerar dose única diária (800+100) em doentes <i>naive</i> 12-18 anos >40 kg</p>
<p>Fosamprenavir (FPV) 700 mg cp rpp Aprovado EMA ≥ 6 A FDA ≥ 4 S</p>	<p>2-18A</p>	<p>18mg/Kg (max.700mg) + RTV 3mg/Kg (max. 100mg) 2xd</p>	<p>Risco de alergia cruzada com sulfonamidas</p>
<p>Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) 80+20 frs 60 ml sol. oral cp rpp Aprovado EMA ≥ 2 A FDA ≥ 2 S</p>	<p>14D – 6M >6M <15Kg 15-40 (45) Kg ≥ 40 (45) Kg</p>	<p>300mg/m² 2xd 230 (300) mg/m² 2xd ou 12 (13) mg/Kg 2xd 10 (11) mg/Kg 2xd 400mg/Kg 2xd</p>	<p>Doses referidas a LPV. Entre parêntesis indicam-se as doses preconizadas quando associado a NVP ou EFV. Não associar a NVP ou EFV em <6M. Máximo: 600mg 2xd</p>
<p>Ritonavir (RTV) 80 mg/ml frs 90 ml sol. oral 100 mg cp rpp Aprovado EMA ≥ 2 A FDA ≥ 1 M</p>		<p>Dose variável de acordo com o IP a potenciar</p>	<p>Utilizado como potenciador de outros IP..</p>
<p>Tipranavir (TPV) 500 mg cp</p>	<p>2-18A</p>	<p>14mg/Kg (max. 500mg) + RTV 6mg/Kg (max. 200mg) 2xd</p>	<p>Contraindicado na insuf. hepática. Risco de alergia cruzada com sulfonamidas</p>
<p>Raltegravir (RAL) 400 mg cp rpp Aprovado EMA ≥ 2 A FDA ≥ 4 S</p>	<p>≥ 16A</p>	<p>400mg 2xd</p>	<p>Usado na mesma posologia em crianças ≥ 6A e > 25Kg</p>
<p>Dolutegravir (DLV) 50 mg cp Aprovado EMA/FDA ≥ 12 A</p>		<p>≥ 12 A ou ≥ 40 kg 50 mg 2xd</p>	<p>Tomar com comida</p>
<p>Enfuvirtide (T-20) Aprovado EMA/FDA ≥ 6 A</p>	<p>≥ 6A</p>	<p>2mg/Kg (max. 90 mg) 2xd</p>	<p>Injeção subcutânea. Associação inexplicada a pneumonia bacteriana</p>
<p>Maraviroc (MVC) 150 mg cp rpp Aprovado EMA/FDA ≥ 18 A</p>	<p>≥ 16A associado a IPs (excepto TPV/r) associado a EFV ou ETR (sem IP)</p>	<p>300mg 2xd 150mg 2xd 600mg 2xd</p>	<p>Estudar previamente o tropismo para CCR5. Dose duplicada quando associado a indutores potentes e na ausência de inibidores potentes da CYP3A (na presença destes é sempre reduzida a metade).</p>

rpp – revestidos por película