

RESÚMENES DE CONFERENCIAS

RESÚMENES DE CONFERENCIAS PRE-CONGRESO (CP)

1CP. VIH/SIDA LECCIONES APRENDIDAS. Wendy Karly Moncada Navas. Medicina Interna, Infectología. VIH/SIDA. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2011, se estimó que 34.2 millones de personas en el mundo vivían con VIH. Y que cada año, hay alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones. Hay una necesidad urgente de prevención de VIH efectiva. Ya que se conoce que el riesgo de contagio en el período de infección aguda por VIH es mayor. Más de 80% de los adultos infectados con VIH se infectaron a través de exposición de membranas mucosas y el 20% por inoculaciones percutáneas o intravenosas. Independientemente de la ruta de transmisión, el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped es generalmente uniforme y sigue un patrón ordenado ya conocido y estudiado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, submucosa y pasa al tejido linfocelular. El virus no puede detectarse en plasma durante la fase de eclipse o período de ventana, que por lo general dura 7-21 días. El período entre el contagio y el inicio de síntomas en la infección aguda es de 2 a 4 semanas. Del 10-60% de los pacientes puede no presentar síntomas. La constelación de síntomas se conocen como síndrome retroviral agudo e incluye: fiebre linfadenopatías, odinofagia, rash, mialgias, artralgias, cefalea, úlceras mucocutáneas, síntomas gastrointestinales, meningitis aséptica, encefalopatía, tos seca y otros síntomas inespecíficos. Este es un período de rápida replicación viral e infección de las células CD4, los niveles de RNA viral es típicamente muy alta (mayor de 100, 000 copias/ml). Puede haber elevación de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Mononucleosis infecciosa, sífilis, hepatitis viral y otras infecciones virales. El diagnóstico por detección de HIV RNA. Siempre se debe preguntar por exposición de riesgo reciente. Hay controversias sobre el tratamiento.

2CP. CANDIDEMIA: ACTUALIDADES Y MANEJO. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

Las candidas son hongos (levaduras) que viven en el suelo, en el reino vegetal y animal, y son comensales del tracto gastro-intestinal y de la piel de los seres humanos. Existen más de 150 especies, y solo un pequeño número produ-

ce enfermedad invasiva en los humanos, sobresaliendo *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parasilopsis*, *C. guilliermondii*, *C. glabrata* y *C. krusei*, etc., cuyas distribuciones epidemiológicas varían entre los países templados y tropicales. La candidemia que es sinónimo de invasión al torrente sanguíneo, es la segunda causa de infección nosocomial después de las bacterianas, constituyéndose en un problema de salud creciente en muchos hospitales del Mundo, particularmente los de atención terciaria. Generalmente es difícil de diagnosticar y genera hospitalizaciones prolongadas, con tasas de prevalencia de entre 14% y 30%, y tasas de mortalidad de aproximadamente 50%, representando cargas económicas elevadas en los sistemas de salud de los países. La identificación de especies es importante debido a las diversas sensibilidades de las candidas a las drogas antimicóticas, por ejemplo: *C. krusei* y *C. glabrata* son generalmente resistentes al Fluconazole y *C. lusitanae*, a la Anfotericina. En relación al tratamiento de la candidemia, además de las consideraciones asociadas al tipo de fármaco, es muy importante iniciar el mismo al momento de sospechar la enfermedad. El tiempo de duración del tratamiento de candidemia es un dilema de manejo sin resolver. No obstante, la recomendación clásica en pacientes no neutropénicos, es completar el tratamiento 2 semanas después de los últimos resultados de cultivos positivos, y de la resolución de los signos y síntomas de la enfermedad. En los casos en que exista diseminación hacia los órganos, el tratamiento debe ser más prolongado. En los pacientes neutropénicos, el tratamiento antifúngico debe continuar durante 14 días después del último cultivo positivo, de la resolución de los signos y síntomas, y de la recuperación de la neutropenia. Es importante realizar un examen oftalmológico para descartar invasión en el ojo después de la resolución de la neutropenia (igual conducta debe practicarse en neonatos) y un estudio de imágenes (TAC, resonancia magnética) para investigar candidemia hepatoesplénica. Existen pacientes que ameritan un abordaje especial (neonatos, prematuros, ancianos y embarazadas) con respecto a las drogas antifúngicas utilizadas en tratamiento o en profilaxis. Los siguientes son ejemplos de esta variedad farmacocinética: la Anfotericina B es más tolerable en los niños que en los adultos, las Equinocandinas no penetran adecuadamente la barrera hematoencefálica, el Fluconazole es la droga antimicótica con mayor penetración a todos los tejidos, y la anfotericina B es la droga de elección en el embarazo.