

nos vitales. La mayoría de complicaciones y muerte se deben a *Plasmodium falciparum* pero también se pueden complicar los casos por *P. vivax*. De acuerdo a la definición de OMS (2012), la malaria complicada se caracteriza por una o más de las siguientes condiciones: deterioro de consciencia (incluyendo coma); postración (debilidad generalizada que impide que el paciente se siente, se ponga de pie o camine sin ayuda); convulsiones múltiples (>2 episodios en 24 h); respiración acidótica; edema pulmonar agudo y síndrome de distres respiratorio; colapso circulatorio o choque, tensión arterial sistólica <80 mm Hg adultos y <50 mm Hg niños; lesiones renales agudas; ictericia clínica y signos de disfunción de otros órganos vitales; y sangrado anormal. Los datos de laboratorio y resultados de exámenes de gabinete incluyen hipoglucemia (<2.2 mmol/L o <40 mg/dL); acidosis metabólica (bicarbonato plasmático <15 mmol/L); anemia normocítica grave (hemoglobina <7 g/dL, hematocrito <20% adultos; hemoglobina <5 g/dL, hematocrito <15% niños); hemoglobinuria; hiperlactacidemia (lactato >5 mmol/L); disfunción renal (creatinina sérica >265 µmol/L); y edema pulmonar (signo radiológico). El riesgo de complicaciones aumenta si se retrasa el tratamiento de un ataque no complicado. Para tratar la malaria grave, los antimaláricos se administran por vía parenteral durante un mínimo de 24 horas (v.g. quinina, artesunato), completándose el tratamiento por vía oral de acuerdo a la especie parasitaria. En Honduras es importante determinar si un caso importado procede de una zona con resistencia reconocida a los antimaláricos, siendo esto particularmente importante para un puerto como La Ceiba. Se recomienda consultar el sitio web de los Centros de Prevención y Control de Enfermedades, Estados Unidos de América, para identificar información epidemiológica de malaria por país de procedencia, incluyendo la susceptibilidad a las drogas antimaláricas (CDC, Atlanta, GA, <http://www.wnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/table-of-contents>, Capítulo 3, Enfermedades Infecciosas). En el marco de la iniciativa mundial de eliminación de la malaria (<http://www.who.int/malaria/es/>), es importante fortalecer el abordaje clínico y epidemiológico de la malaria en general con énfasis en la malaria complicada.

8CP. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUALIZADO DE LAS LEISHMANIASIS. Concepción Zúniga Valeriano. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Unidad Técnica de Zoonosis, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Las leishmaniasis son endémicas en 98 países, con más de 350 millones de personas en riesgo. Una incidencia estimada de 2 millones de casos nuevos al año (25% de leishma-

niasis visceral y 75% de leishmaniasis cutánea). La leishmaniasis visceral causa más de 50,000 muertes anuales, cifra que entre las enfermedades parasitarias solo es superada por el paludismo, y una pérdida de 2, 357,000 años de vida ajustados en función de la discapacidad, lo cual sitúa a la leishmaniasis en noveno lugar en un análisis mundial de las enfermedades infecciosas. En Honduras se presentan las cuatro formas: Cutánea, Mucocutánea, Visceral y Atípica (cutánea no ulcerada). 1974: primeros casos reportados en Honduras de Leishmaniasis visceral. Agente causal de visceral y cutánea atípica: *L. infantum/chagasi*, Agente causal cutánea y mucocutánea: *L. braziliensis* y *panamensis*. Vector prevalente: *L. longipalpis*. La coinfección por el VIH intensifica la carga de las leishmaniasis visceral y cutánea porque causa formas graves que son más difíciles de tratar. Hasta marzo de 2010 se habían notificado coinfecciones por *Leishmania* y VIH en 35 países endémicos. Más del 90% de la carga de leishmaniasis visceral: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal y Sudán. El diagnóstico de la leishmaniasis debe ser parasitológico, ya sea en extendidos (frotis) o cultivos del material obtenido de la lesión (para los casos de LC y LM) o del material obtenido a partir de aspirado o biopsias de médula ósea, hígado o bazo (en el caso de una LV). Los antimoniales trivalentes fueron introducidos en el tratamiento de las leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas por Vianna en Brasil, en 1912, y de la leishmaniasis visceral por Di Cristina y Caronia en Italia, en 1915. En 1922 La urea estibamina, el primero de una serie de antimoniales pentavalentes. La anfotericina B liposómica en 1996. La miltefosina en 2004. La paromomicina en 2006.

9CP. ACTUALIDADES EN EL MANEJO DE HEPATITIS C. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

La Hepatitis C constituye un enorme problema de salud pública a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por los virus de hepatitis C descubiertos en 1989. Posteriormente, se describieron siete serotipos distribuidos por todo el mundo, cuya transmisión a seres humanos tiene lugar, primordialmente, por la vía parenteral. La infección es generalmente asintomática en el 85% de los casos; no obstante, su fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma en el 80% de las personas, considerándose esta enfermedad, la causa principal de trasplante hepático en los Estados Unidos. Se calcula que a nivel mundial, existen entre 170 y 240 millones de personas infectadas, las que en su gran mayoría no se percatan de lo que tienen hasta que sobrevienen las complicaciones. En Honduras, se ha publicado muy pocos estudios que revelen el verdadero panorama de esta enfermedad; sin embargo, un estudio