

## Patología Infecciosa Giennense Conclusiones del Moderador

J. Sillero E. Cañete

**D**e acuerdo con la doctrina expuesta en las ponencias precedentes, podemos —a modo de síntesis final—, ofrecer las siguientes conclusiones:

1. En nuestro medio, se registra una evolución favorable de ciertas patologías infecciosas (p.e., salmonellosis tífica, brucellosis, disentería bacilar...) como consecuencia de un saneamiento ambiental y animal más correcto.
2. La influencia beneficiosa de las vacunaciones sistemáticas se traduce en una decisiva mengua de muchos procesos hasta ahora comunes (sarampión, poliomielitis, rubeola, difteria, tétanos...). En algunos casos, la vacunación predilecta de ciertos segmentos etarios ha desplazado la incidencia hacia otras edades en las que la vacunación no es obligada; así ocurre con la gripe.
3. En general, se observa una frecuencia creciente de patologías virales menos asequibles a nuestra terapia antibiótica en detrimento de las bacterianas, mejor combatidas.
4. Las enfermedades emergentes y re-emergentes, preocupación de nivel mundial, tienen también su reflejo real en nuestra provincia.
5. Las infecciones constituyen, en el área de la atención primaria, la más frecuente causa de enfermedad entre pacientes ambulatorios, la que origina mayor número de consultas en el centro y de visitas a domicilio, y la más habitual razón de urgencia hospitalaria. El porcentaje dominante corresponde a patología respiratoria (aproximadamente un 70%).
6. Los estudios diagnósticos han de ser necesarios, efectivos, prácticos y económicos. Sigue siendo muy rentable en este sentido la historia clínica (anamnesis y exploración detalladas). Las pruebas complementarias deben ser simples e informativas, realizadas por un laboratorio de referencia asequible y de calidad contrastada, estableciéndose deseablemente un contacto entre médico solicitante y técnico de laboratorio informante.
7. Los rasgos de la enfermedad infecciosa de tratamiento habitualmente ambulatorio incluyen: moderada gravedad, alto riesgo de morbimortalidad, bajo de deterioro rápido, causada por un patógeno probable, sensible a terapia antibiótica de uso ordinario, preferiblemente oral.
8. La antibioterapia es muchas veces empírica, probabilística, con recurso a fármacos de amplio espectro (política no deseable) y de escasos efectos colaterales, y se ve lastrada por numerosos incumplimientos. Las resistencias bacterianas, aunque menos frecuentes que en el medio hospitalario, también se registran y con frecuencia creciente.
9. Se proponen bases para una política de antibiosis racional en la medicina ambulatoria.
10. Las infecciones respiratorias representan la causa más frecuente de consulta pediátrica. Entre las de vías aéreas superiores, la responsabilidad causal de los virus es creciente, aunque neumococo y brahnamella jueguen un papel (oído medio, senos) y también el estreptococo beta-hemolítico (orofaringe).

11. De las infecciones respiratorias bajas, la neumonía del niño pequeño debe ser tratada preferiblemente con amoxicilina-clavulánico (neumococo, hemophilus), en tanto que por encima de los 5 años puede preferirse un macrólido (micoplasmas, clamidia neumoniae) pese a la reconocida resistencia de neumococo en cierto número de casos. La bronquiolitis, con el virus sincitial respiratorio como protagonista, requerirá ribavirina en algunos casos graves, y puede ser punto de partida de deterioro bronquial asmático en vida ulterior.

12. Salvo la varicela, que mantiene una elevada incidencia año a año, la regresión de las enfermedades exantemáticas en la infancia es un hecho fehaciente consecuente a una profilaxis vacunal efectiva.

13. Las diarreas infantiles son muchas veces virales (rotavirus, Norwalk) y casi siempre autolimitadas, requiriendo solamente terapia de sostén. El empleo de antibióticos no es en principio aconsejable, ya que pueden convertir al paciente en portador crónico (salmonellas).

14. La invasión por organismos oportunistas (bacterias, virus, hongos, protozoos) es habitual en el paciente VIH (+). Muchos de ellos definen SIDA, y en todo caso procuran un colectivo importante de infectados dentro de la Unidad de Infecciones Hospitalarias. Conocer esta problemática es casi un equivalente a estudiar en extenso la patología infecciosa actual.

15. Tres aspectos caracterizan a estas infecciones: su valor para definir SIDA en muchos casos; la coexistencia de varias a la vez (co-infecciones), y sus presentaciones clínicas irregulares, atípicas.

16. En nuestro medio, la tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) representa la infección oportunista más común, siendo también notable la incidencia de leishmaniasis

visceral. Se ven ahora muchas menos neumonías por *Pneumocystis*, siendo en cambio más habituales las neumocócicas y por hemophilus. Tampoco son raros los casos invasivos de citomegalovirus y varicela-zóster, y las candidiasis preludian o confirman SIDA, según su localización.

17. Existen pautas protocolizadas para la terapia y eventual profilaxis de las infecciones oportunistas; no obstante, algunas de ellas (criptosporidiasis, MAC, etc.) pueden representar un reto terapéutico.

18. El tratamiento de la infección por VIH se basa en cuatro condicionamientos: cinética de la replicación del virus de inmunodeficiencia, carga viral, existencia en el presente de un grupo de fármacos antivirales eficaces y confirmación de la superioridad de la terapia combinada –al estilo de la antituberculosa– porque con ella se gana en eficacia y se evitan o retrasan resistencias.

19. Es opinión creciente la conveniencia de que el tratamiento de la infección VIH del paciente previamente no tratado debe incluir tres fármacos, de los cuales uno al menos ha de ser inhibidor de la proteasa, junto a dos antirretrovirales clásicos.

20. Existen una serie de indicaciones para iniciar esta medicación que incluyen: la comprobación de una infección aguda por VIH, profilaxis de las exposiciones de alto riesgo y de la transmisión vertical, constatación de una carga viral superior a 5.000 ó 10.000 copias de ARN/ml, un recuento de CD4 inferior a 500/mcl o descenso rápido de su tasa y la presencia de síntomas premonitorios de que la infección entra en una fase de replicación acelerada. ◀

J. Sillero F. de Cañete, *Médico Internista.*