

**TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS (HONGOS) EN LOS ENFERMOS
INFECTADOS POR EL VIH**

Microorgan. <u>Hongos</u>	Localización	Tto. infección activa		Tto. Quimioprolifáctico (Qmx)	
		De elección	Alternativo	De elección	Alternativo
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Pulmón	TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL 20/100 mg/Kg q24h IV o VO x21 d (A)	PENTAMIDINA ISETIONATO 4 mg/Kg q24h IV o [DAPSONA 100 mg q24h VO + TRIMETOPRIM 20 mg/Kg q24h VO] o [CLINDAMICINA 600 mg q6h IV o VO + PRIMAQUINA (B) 15 mg q24h VO] o ATOVAQUONA 750 mg q8h VO ...siempre x21 d	<u>Qmx 1ª(C) y 2ª</u> TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL 160/800 mg q24h o x3/sem VO (D)	PENTAMIDINA ISETIONATO 4 mg/Kg/mes IV o DAPSONA 100 mg q24h o 200 mg q7d VO o FANSIDAR 1 comp q7d VO o [PIRIMETAMINA 25 mg VO + DAPSONA 100 mg VO] x2-3/sem
<i>Candida sp</i>	Orofaringe Esófago Intestino Vulvovaginal	FLUCONAZOL 200 mg (1 ^{er} d), y 100 mg q24h VO, hasta mejoría (5-7d, orofaringe; 2-3 sem, esófago) (E)	KETOCONAZOL 200 mg q12h VO O ITRACONAZOL 100 mg q12h VO o NISTATINA 5-10 ml (0,5-1,0 x 10 ⁶ U) x3-5 veces q24h (enjuagar y tragar) x1-3 sem	<u>Qmx 2ª</u> FLUCONAZOL 100 mg q7d VO (F)	KETOCONAZOL 200-400 mg q24h VO, intermitente o NISTATINA 5-10 ml (0,5- 1,0 x 10 ⁶ U) x3-5 veces q24h (enjuagar y tragar) (E)

	Hemocultivos Lesiones MTS: - Retina - Hígado - Bazo	ANFOTERICINA B 0,6 mg/Kg q24h IV x7d, después 0,8 mg/Kg q24h (hasta dosis total 0,5-1,5 g) (G)	FLUCONAZOL 400 mg VO (1 ^{er} d) y 200 mg q24h x4 sem x6-8 sem, si lesiones MTS	<u>NO Qmx</u>	
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Hemocultivos Meninges Pulmón	ANFOTERICINA B DEOXICOLATO 0,7 mg/Kg q24h IV (hasta dosis total 2,5 g) ó ANFOTERICINA LIPOSOMAL 4 mg/kg q24h IV x2 sem (en ambos casos con/sin FLUOROCITOSINA 25 mg/kg q6h) (H) Seguido de <u>tratamiento de consolidación</u> con FLUCONAZOL 400 mg q24h VO x8sem (I)	FLUCONAZOL 400-800 mg q24h VO x8-10 sem (con/sin FLUOROCITOSINA 25 mg/kg q6h x2 primeras sem) (H)	<u>Qmx 2ª</u> FLUCONAZOL 200 mg q24h VO (J)	ANFOTERICINA B 1,0 mg/kg q7d IV
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Pulmón Diseminado	ANFOTERICINA B 0,7-1,0 mg/Kg q24h IV x 2 sem	ITRACONAZOL 200 mg q8h VO x 3 días, seguido de 200 mg q12h VO x 12 sem (K)	<u>Qmx 2ª</u> ITRACONAZOL 200-400 mg q24h VO	ANFOTERICINA B 1,0 mg/kg q7d IV
<i>Aspergillus</i> sp	Pulmón SNC Diseminado	ANFOTERICINA B 0,7 mg/Kg q24h IV (hasta dosis total 2,5 g) (L)	ITRACONAZOL 200 mg q12h VO x2 sem, seguido de 200 mg q24h VO (mín. x8 sem)	<u>NO Qmx</u>	

(A) Si PaO₂ < 60 mm Hg, iniciar tto. corticosteroide VO (unos minutos antes del tto. anti-Pneumocystis): PREDNISONA 40 mg q12h x5d, seguir con 40 mg q24h x5d y después 20 mg q24h x11d.

- (B) La solicitud de Primaquina se efectuará por vía compasiva a través de la dirección del hospital.
- (C) Si: 1) $CD4+ < 200/mm^3$, 2) $CD4+ < 20\%$, o 3) criterios de SIDA.
- (D) Puede interrumpirse la Qmx cuando se logre una recuperación inmunológica estable ($CD4+ > 200/mm^3$), debiendo reintroducirse si vuelven a darse las circunstancias referidas anteriormente
- (E) En las formas orofaríngeas puras puede considerarse tto. de elección la administración de KETOCONAZOL (si no contraindicación) o de NISTATINA, según la pauta indicada.
- (F) En algunos casos puede ser aceptable administrar tto. solamente cuando existe infección sintomática; generalmente puede prescindirse de la Qmx con la recuperación inmunológica.
- (G) Si endoftalmitis, vigilar evolución por Oftalmología, para indicar la necesidad de vitrectomía; considerar la asociación de FLUOROCITOSINA 12-40 mg/Kg q6h.
- (H) Está indicado añadir 5-FLUOROCITOSINA especialmente si existe afectación del SNC. Vigilar toxicidad hematológica.
- (I) Es fundamental vigilar la presión intracraneal: si elevada, es preciso reducirla mediante punción lumbar con drenaje repetido de LCR.
- (J) Tal vez puede plantearse su retirada tras consolidar la recuperación inmunológica ($CD4+ > 200/mm^3$), manteniendo una estrecha vigilancia ante eventual recidiva: aún no existe experiencia suficiente.
- (K) Itraconazol sólo puede utilizarse en las formas leves o moderadas sin afectación del SNC, o como continuación después del tratamiento inicial con Anfotericina B IV.
- (L) En las formas invasivas puede ser necesario continuar tratamiento con ITRACONAZOL 200 mg q24h VO, hasta completar 16 sem.