

CARTAS AL DIRECTOR

Detección de un caso de paludismo en un Servicio de Urgencias

Sr. Director:

La malaria es una enfermedad causada por 5 especies: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, *P. knowlesi* y transmitida a través de mosquitos del género *Anopheles* de actividad nocturna. Los síntomas típicos son fiebre alta intermitente con días afebriles entre crisis), cefalea, mialgias generalizadas y astenia. Aunque se describieron otros síntomas más atípicos tales como diarrea, vómitos o tos. Puede dar complicaciones multisistémicas por diferentes mecanismos: hemólisis, insuficiencia renal y/o hepática, malaria cerebral, esplenomegalia, CID o edema pulmonar. Los casos severos y las muertes son casi en su totalidad atribuibles a *P. falciparum*.

La inmunidad es específica para cada tipo de plasmodio dejando una inmunidad parcial que, sin contacto con la enfermedad, irá disminuyendo progresivamente hasta desaparecer en un periodo variable que va desde meses hasta dos años.

En el diagnóstico diferencial es importante no olvidar enfermedades habituales en nuestro medio tales como diarrea, infecciones respiratorias y urinarias e incluir dentro de nuestras posibles patologías otras como malaria, dengue, fiebre tifoidea, hepatitis, meningitis, tuberculosis o primoinfección por el VIH.

El diagnóstico clínico es poco específico, se basa en la sospecha epidemiológica si existió un viaje reciente a zona endémica. El tiempo de incubación depende de la subespecie, habiéndose descrito, en ocasiones, hasta un año después de la infección. El diagnóstico de confirmación: gota gruesa o serología (positiva hasta 2 semanas después de la curación).

El tratamiento varía según las especies por las resistencias desarrolladas. Para *P. falciparum*, la primera opción son los derivados de la artemisina en combinación con un segundo antimalárico.

Para el resto, el tratamiento sigue siendo una combinación de cloroquina y primaquina.

CASO CLÍNICO

Varón de 40 años natural de Mauritania que acude a urgencias de hospital comarcal por segunda vez por persistencia de cuadro febril de hasta 40° C de 48 horas de evolución. Estaba en tratamiento con antitérmicos orales sin mejoría. A la exploración presentaba temperatura de 40° C, regular estado general, estaba consciente y orientado, sin signos meníngeos. A la auscultación tonos rítmicos a buena frecuencia, con murmullo vesicular bilateral normal, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias. Ante la persistencia de la fiebre sin focalidad aparente solicitamos hemograma y bioquímica pautando paracetamol 1 g iv.

Tras dos extracciones el analizador es incapaz de dar una lectura correcta respecto a la población leucocitaria (imposible discriminar si se trata de neutrófilos o linfocitos). Hematíes 4.34 106/μl, hemoglobina 13 g/dl, leucocitos 5280/μl, plaquetas 76000, coagulación INR 1.29, bioquímica sin alteraciones. Se reinterroga al paciente sobre antecedentes personales, familiares y posibilidad de haber realizado algún viaje al extranjero en el último mes refiriendo visita a Mauritania hacía 3 semanas (llevaba 6 años en España).

Ante la imposibilidad de realizar frotis sanguíneo de urgencia en nuestro centro y la sospecha de que se trate de un caso de fiebre importada se deriva al hospital de referencia con temperatura al alta de 37.5°C. A la mañana siguiente se analiza la muestra de nuestro centro donde se observan abundantes hematíes parasitados por plasmodium. Se ponen en marcha una alerta sanitaria y comunicación a su médico de familia para localizar al paciente que no acudió al hospital de tercer nivel a pesar de la indicación. A las 48 horas el paciente es localizado y tratado con pauta de cloroquina. Tras compro-

bar déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa se prescribe cura radical con primaquina durante 14 días. El paciente actualmente se encuentra afebril y en seguimiento en consultas especializadas en Unidad de Infeccioso.

CONCLUSIONES

Cada año en España 12-13 millones de personas visitan el extranjero. El porcentaje que visita zona tropical ronda un 9-10% (aproximadamente 1 millón de personas).

En la actualidad no se sabe bien el impacto que la patología importada tiene en nuestro medio aunque se calcula en torno a unas 100.000 visitas al año. Las causas son el aumento de movilidad de nuestros ciudadanos por motivos laborales, turísticos o el retorno temporal de inmigrantes a su tierra (VFR -visitors of friends and relatives-). Estos últimos corren un mayor riesgo (Odds Ratio 4.5) debido a la falta de conciencia de la necesidad de vacunas y determinadas profilaxis, una mayor duración de su estancia, hábitos de más riesgo como consumo de comidas en locales callejeros o no evitar las picaduras de insectos. Esta poca conciencia del riesgo se pone de manifiesto porque solo el 50% acude a consultas pre viajes y de ellas, solo un 61% toma correctamente la profilaxis de malaria.

Es importantísimo ante el cambio de hábitos y, por tanto, de epidemiología, realizar una buena anamnesis en todas las patologías, especialmente en fiebres recurrentes sin focalidad aparente en las que entran en juego una gran variedad de infecciones. Un hemograma y una gota gruesa se hacen necesarios ante el antecedente de un viaje a zona endémica. Como nota que sirva también de ejemplo casi 25% de los VFR atendidos en la unidad de medicina tropical del Hospital Ramón y Cajal fueron diagnosticados de malaria.

Por tanto un cuadro de fiebre en un viajero que estuvo hace menos de 3 meses en una región endémica, debe considerarse malaria hasta que no se demuestre lo contrario (incluidos aquellos que tomaron profilaxis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Moreno J. Fiebre en el viajero: actuación en urgencias. *Emergencias*. 2004; 16:152-161

2. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2010.

3. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Serre N, Teviño B, Torrús D, Matarranz M et al. Infecciones importadas por inmigrantes y viajeros: resultados de la Red Cooperativa para el estudio de las Enfermedades Importadas por Inmigrantes y Viajeros, +Redivi. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30(9): 528-534.

4. Pomeroy G. *International Travel and Health*. Geneva: WHO; 2012.

5. López-Vélez R, Marín Echavarría E; Pérez Molina JA al. Guía de enfermedades infecciosas importadas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/GuiaEnfInflmp.pdf>

6. Norman F, Monje Mailló B, Navarro Beltrá M, Rodríguez Navaza B, Guionnet A, López-Vélez R. Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRs). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Socia; 2009. URL: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInflmporPaisesOrigen.pdf>

7. Díaz Menéndez M, Pérez Molina JA, López-Vélez R. Red cooperativa para el estudio de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes. Fase 3: desarrollo e implantación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012.

Carbajo Martín L

Servicio de Urgencias Hospital de Alta Resolución Utrera

García Gozálbres J

Organizaciones sin ánimo de lucro en países con malaria endémica

laura.carbajo@gmail.com