

Paludismo importado en docente

Julián Manuel Domínguez Fernández⁽¹⁾; Monserrat Hernández Suriñach⁽²⁾

¹Médico especialista en Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina del Trabajo.

Jefe de Sección-Responsable del Servicio de Medicina Preventiva, Salud Pública y Prevención de Riesgos Laborales.

Jefe de Estudios de Formación Sanitaria Especializada. Coordinador de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral. Hospital Universitario. Ceuta. España.

²Médico residente de Medicina del trabajo (R3). Unidad docente Multiprofesional de Salud Laboral.

Hospital Universitario de Ceuta

Correspondencia:

Julián Manuel Domínguez Fernández

Dirección: Hospital Universitario. Loma Colmenar s/nº.

Edificio 2. Planta -1. 51003-Ceuta. España

Teléfono: 856907118-9

Correo electrónico: jdominguez@ingesa.msbs.es

La cita de este artículo es: GAUTORI. Paludismo importado en docente.

Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2020; 29: 65-69

RESUMEN.

En Europa, las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, en particular el paludismo, siguen constituyendo un problema de salud importante, sobre todo a través de viajeros infectados que regresan de países en los que estas enfermedades son endémicas. Objetivo: presentar un caso clínico de paludismo importado en España en relación a un desplazamiento de origen profesional. Material y métodos: un profesor que viaja como cooperante a Guinea Ecuatorial y regresa a España. Se valora la historia clínico-laboral en relación a su cuadro clínico de paludismo. Conclusión: en caso de

MALARIA FROM A FOREIGN COUNTRY IN A TEACHER

ABSTRACT

In Europe the infectious diseases with transmission by vectors, as malaria, constitute an important health problem, mostly in the cases of travelers from endemic areas. Objective: it shows a clinic case of imported malaria in Spain after a professional travel. Material and methods: it is included a Spanish cooperating teacher who travelled from Equatorial Guinea to Spain, considering his clinical-occupational record and his malaria symptoms and signs. Conclusion: if it will be a professional travel, it is necessary preventive measures as a complete

viajes profesionales se insiste en la necesidad de medidas preventivas como son un completo asesoramiento en consulta médica, valorando la posible necesidad quimioprofilaxis frente a paludismo y la administración de distintos tipos de vacunas.

Palabras clave: paludismo; enfermedad profesional; enfermedades relacionadas con el trabajo; medidas preventivas; quimioprofilaxis.

clinic information, including the possibility of chemoprophylaxis against malaria and the administration of different types of vaccines.

Keywords: malaria; occupational diseases; work-related diseases; preventive measures; chemoprophylaxis..

Fecha de recepción: 6 de agosto de 2019

Fecha de aceptación: 20 de abril de 2020

Introducción

El paludismo es uno de los problemas de salud más graves existentes en el mundo. Causa de 300 a 500 millones de casos clínicos al año, estando un 40-60% de la población mundial en riesgo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾, en 2017 se estima que ocurrieron 219 millones de casos de malaria en todo el mundo (intervalo de confianza del 95% [IC]: 203-262 millones), en comparación con 239 millones de casos en 2010 (IC 95%: 219-285 millones) y 217 millones de casos en 2016 (IC 95%: 200-259 millones).

Aunque hubo un estimado de 20 millones menos de casos de malaria en 2017 que en 2010, los datos para el período 2015-2017 ponen de manifiesto que no se lograron avances significativos en la reducción de los casos de malaria en este período⁽²⁾.

La mayoría de los casos de malaria en 2017 fueron en la Región de África de la OMS (200 millones o 92%), seguidos por la Región de Asia Sudoriental de

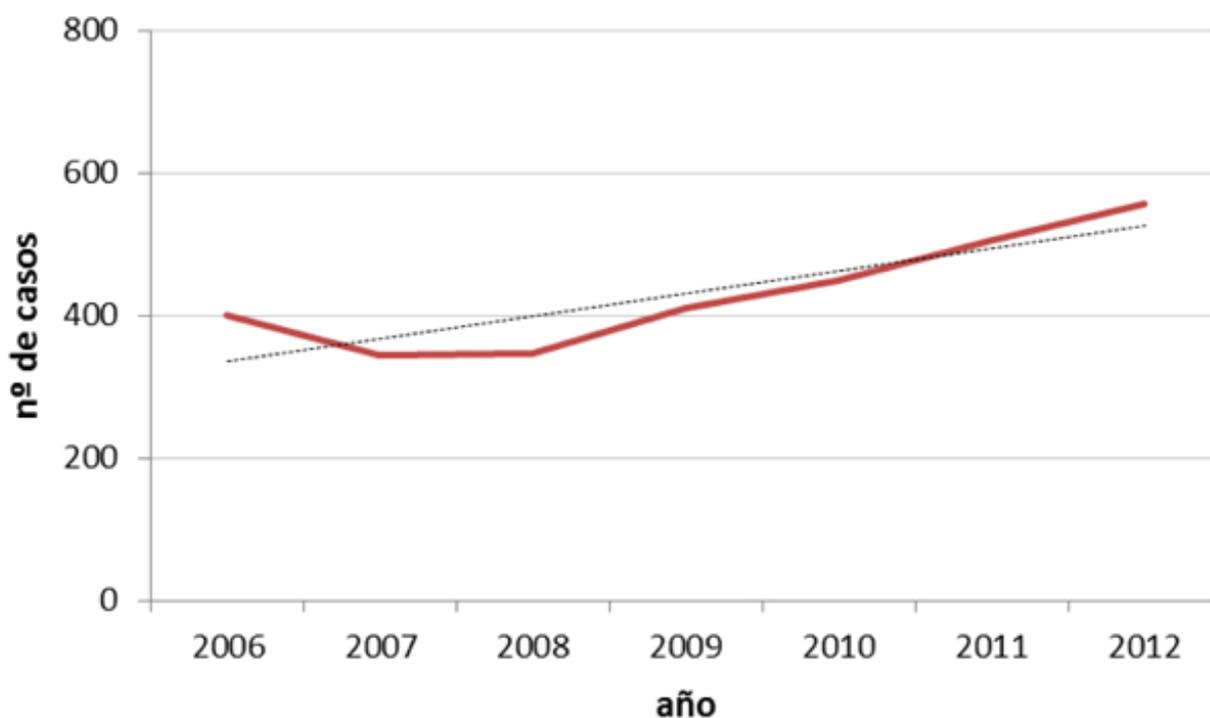
la OMS (5%) y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (2%)⁽³⁾.

Quince países del África subsahariana y la India soportaron casi el 80% de la carga mundial de malaria. Cinco países representaron casi la mitad de los casos de malaria en todo el mundo: Nigeria (25%), República Democrática del Congo (11%), Mozambique (5%), India (4%) y Uganda (4%)⁽⁴⁾.

En Europa, las enfermedades transmitidas por vectores, en particular el paludismo, siguen constituyendo una carga destacable para los Estados miembros, sobre todo a través de viajeros infectados que regresan de países en los que estas enfermedades son endémicas. Las tasas globales de paludismo en la Unión Europea (UE) permanecen estables, en torno a un caso por 100.000 habitantes⁽⁵⁾.

El paludismo fue erradicado en España en el año 1964. Posteriormente se ha pasado de declarar 21 casos anuales en 1967 a 263 casos anuales en 1995, todos ellos importados. Aproximadamente el 65% de

FIGURA 1. CASOS DE PALUDISMO NOTIFICADOS A LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. ESPAÑA, 2006-2012.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

los casos son debidos a cepas de *P. falciparum* y el 23% a *P. vivax*.

El número de casos de paludismo declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se mantenía desde el año 2000 en 300-400 casos anuales, si bien estos últimos años se observa un aumento, llegando a cerca de los 500 casos en 2012⁽⁶⁾ (Figura 1).

P. falciparum es el parásito de la malaria más prevalente en la Región de África de la OMS, representando el 99,7% de los casos estimados de malaria en 2017, así como en las Regiones de la OMS del Sudeste Asiático (62,8%), Mediterráneo Oriental (69%) y Pacífico Occidental (71,9%). *P. vivax* es el parásito predominante en la Región de las Américas de la OMS, representando el 74,1% de los casos de malaria.

Los viajes intercontinentales a países tropicales conllevan un riesgo potencial de contraer diversas

enfermedades; de las cuales el paludismo es una de las más frecuentes. Además, existe en nuestro país una evidente desinformación entre los viajeros que se dirigen a áreas tropicales sobre las vacunaciones necesarias que se requieren para dicho lugar y la profilaxis que se debe realizar.

Historia clínica

Presentamos un caso de paludismo importado, procedente de África occidental (Guinea ecuatorial), siendo el motivo de desplazamiento de origen profesional (Profesor educación básica como cooperante). El paciente de 30 años y sin antecedentes de interés, residente en Madrid, decide irse a Guinea ecuatorial el 21/02/2019 para trabajar en un colegio. Su estancia en el país es de 5 meses regresando 21/06/19 a España (Madrid).

Posteriormente se traslada a Ceuta el 28/06/19 a visitar a sus padres. Comienza el sábado 29/06/19 malestar general, astenia y fiebre 37°-38°C, sin foco aparente. El domingo (30/06/19) comienza con pico febril de 39°-40°C con sudoración profusa acudiendo al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta. Ante la sospecha de posible infección parasitaria (dada la zona endémica de la que provenía) se solicita:

Análítica completa (bioquímica, hemograma y coagulación)

Hemocultivos (por cuadro febril sin foco aparente)

Frotis de sangre y gota gruesa

Pendiente de los resultados analíticos, siendo su primera analítica con valores dentro de la normalidad o no alarmantes (PCR 5,2 mg/dL, Hb 16 mg/dL, Hto 47,5 mg/dL, Leucocitos 4.300 /mL, Plaquetas 139.000/mL) y sin resultado de gota gruesa aún, el paciente se traslada a domicilio y tratamiento con paracetamol para el control de los síntomas con buena respuesta.

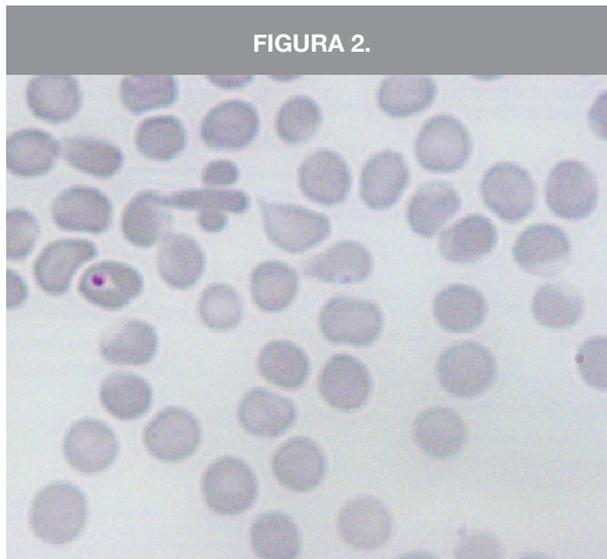
El 2/07/2019 avisan desde Análisis Clínicos por positividad para Plasmodium en la prueba, por lo que es localizado para tramitar ingreso.

El examen de la extensión sanguínea y el de la gota gruesa mostró la presencia de hematíes con formas intraeritrocitarias en anillo. Estos datos morfológicos coinciden con paludismo por *Plasmodium falciparum* (Figura 2).

En cuanto a los parámetros analíticos a su ingreso, (Hb: 12,23 gr/dL, hematíes: 4.04 106/mm³, hematocrito: 35,21%, leucocitos (5.3 mil/mmc) y trombopenia (35.000/mmc), PCR 20 mg/dL. La bilirrubina total era alta (3,4 mg/dL), la urea se encontraba ligeramente elevada (47 mg/dL).

Dada su procedencia, Guinea Ecuatorial, considerada zona de elevada transmisión de *P. falciparum* cloroquina-resistente, y ante los datos de Malaria no complicada se trató con la combinación de Sulfato de Quinina (10 mg/kg/8 h) y Doxiciclina² (100 mg/12 h) durante 7 días, ya que era lo disponible en ese momento, aun cuando lo indicado hubiera sido dihidroartemisinina/piperaquina (presentación de 40mg/320mg) de 36-74 Kg 3 comp/día por 3 días, 75-100kg 4 comp/día por 3 días. Tomar en ayunas (3h

FIGURA 2.



antes o después de comer) o atovacuona-proguanil⁴ (250mg/100mg) 4 comp/días por 3 días, que no estaba disponible. Al segundo día de ingreso se pudo comenzar con atovacuona-proguanil (150mg, 4 comp/día en una sola toma 3 días), siendo retirada la Quinina. La evolución fue favorable, remitiendo la fiebre a las 72 horas postratamiento y siendo dado de alta a los 8 días de su ingreso.

Discusión

P. falciparum transmite la forma más peligrosa de malaria con los índices más altos de complicaciones y mortalidad, produce el 80 % de todas las infecciones de malaria y 90 % de las muertes por la enfermedad. Predomina en el África subsahariana más que en otras áreas del mundo. Es el único capaz de producir malaria cerebral. Causa la muerte por coma y anemia. Invade cualquier tipo de eritrocitos y produce el paludismo terciario maligno.

El riesgo de introducción de casos de malaria por *P. falciparum* y la diseminación de cepas de esta especie de Plasmodium con diferentes perfiles de resistencia antimalárica se ve afectada por movimientos de población dentro y entre países.

Ante todo síndrome febril a la vuelta de zonas palúdicas hay que pensar siempre en el Paludismo como posible causa de la fiebre y hay que efectuar las pruebas diagnósticas lo más rápido posible y un

tratamiento adecuado. El retraso en el diagnóstico y por tanto del tratamiento puede tener graves consecuencias para el paciente. Por ello un síndrome febril a la vuelta de zona endémica es siempre una urgencia médica. Se debe mantener el seguimiento clínico, microbiológico y epidemiológico del paciente durante un año, de ser negativas, pasado este tiempo, garantizarán el alta epidemiológica.

Debería existir en nuestro país una clara información entre los viajeros que se dirigen a áreas tropicales sobre la profilaxis que se debe realizar. Ya que en este caso el paciente hizo una correcta vacunación para la fiebre amarilla, fiebre tifoidea y hepatitis A. Pero una profilaxis incompleta de malaria con atovacuona/hidrocloruro de proguanil, ya que abandono la profilaxis por decisión propia el 10º día de su estancia en Guinea. Debiendo ser Adulto >40kg 250/100mg día vía oral (Inicio 24-48 horas antes de entrar en una zona geográfica donde el paludismo es endémico, continuar durante el periodo de estancia y finalización al 7º día después de abandonar dicha zona). Debiendo haber continuado hasta siete días posteriormente a su regreso del viaje³.

Por otra parte, es evidente el aumento en el número de casos, por lo que los servicios de farmacia hospitalarios deberían disponer de forma rutinaria

de artesunato, dihidroartemisinina/piperaquina o atovacuona-proguanil al menos⁵.

Bibliografía

1. World Health Organization. From malaria control to malaria elimination: a manual for elimination scenario planning [Internet]. Geneva:WHO; 2014.
2. World Health Organization. Guidelines for the treatment of malaria [Internet]. Geneva:WHO; 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Paludismo. Prevención y control: mantener los logros alcanzados y reducir la transmisión. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo EB128/14. 128.ª reunión 25 de noviembre de 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2010.
4. Lanaspá M, Renom M, Bassat Q. La malaria en el mundo en 2010: ¿qué hay de nuevo acerca de esta vieja enfermedad?. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2010; 12: 48.
5. Restrepo CA. Informe final paludismo, año 2013. En: *Vigilancia y control en salud pública. Informe epidemiológico nacional 2012*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2012: 23-45
6. World Health Organization. Malaria [Internet]. Geneva:WHO; 2010.