



634 - SÍNDROME AGUDO DE PATERA

Elena Pisos Álamo¹, Christian Betancort Plata¹, Michele Hernández Cabrera¹, Laura López Delgado¹, Nieves Jaén Sánchez¹, Carmen Lavilla Salgado¹, Marta Briega Molina¹ y José Luis Pérez Arellano²

¹Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS), ULPGC, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: El síndrome de patera incluye las manifestaciones clínicas que requieren ingreso hospitalario en migrantes recién llegados que acceden tras una travesía en pequeñas embarcaciones. Las dos formas principales, no excluyentes, son el síndrome agudo de patera (SAP) y la afectación de piel, tejidos blandos y o musculoesquelética (APTBM). El objetivo de esta comunicación es la descripción de una cohorte de pacientes con síndrome agudo de patera.

Métodos: Se trató de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los migrantes llegados con SPA mayores de 14 años del 1 de enero de 2020 a 31 de agosto de 2022. Se definió "síndrome de agudo de patera" (SPA) a la asociación de uno o más de los siguientes: deshidratación, rabdomiólisis, hipotermia o *shock*. Los pacientes con deshidratación se clasificaron en tres grupos: isotónica, hipertónica o hipotónica atendiendo a la osmolalidad plasmática. Atendiendo a los criterios publicados se definió rabdomiólisis cuando la actividad CK (creatinina kinasa) superaba > 1.000 IU/L. La intensidad de la rabdomiólisis se clasificó atendiendo a los criterios de Farkas y el riesgo de insuficiencia renal aguda mediante el puntaje de McMahon. Se consideró que existía hipotermia cuando la temperatura corporal era inferior a 35 °C. La definición de *shock* incluyó la presencia de al menos tres de los siguientes: taquicardia, taquipnea, hipotensión o acidosis metabólica. El estudio se realizó de acuerdo con el protocolo y los principios establecidos en la versión actual de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del centro.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 193 migrantes con síndrome de patera. De ellos, 153 presentaron un SAP, en un 42% aislado y en el resto asociado a APTBM. Los criterios diagnósticos de SAP fueron, en orden descendente de frecuencia: deshidratación (86,9%), rabdomiólisis (71,9%), hipotermia (16,3%) y *shock* (5,8%). En los pacientes con deshidratación, 27% presentaron una forma hipertónica, 31,5% una forma isotónica y 31,5% una forma hipotónica. En los pacientes con SPA y rabdomiólisis, en un 62,7% era leve, en un 30% moderada y en el 7,3% restante grave. Solo en un 1,3% de los pacientes se observó elevación de la creatinina plasmática y en el 2% hiperpotasemia. Ninguno de los pacientes con rabdomiólisis presentaba un puntaje de McMahon superior a 6.

Conclusiones: a) El SAP aislado o asociado a afectación de piel, tejidos blandos y o musculoesquelética es la forma más frecuente de síndrome de patera; b) la manifestación más

frecuente del SAP es la deshidratación, con tres patrones diferentes (hipertónica, isotónica o hipotónica), que implican diferentes mecanismos de producción (p. ej. consumo de agua salada o aporte excesivo de fluidos a su llegada); c) aunque un elevado porcentaje presentaban criterios de rabdomiólisis, es difícil conocer si esta elevación de la actividad de CK puede deberse a características propias de la raza subsahariana y d) el riesgo de insuficiencia renal aguda, es bajo. Por todo ello, se sugiere un manejo conservador del SAP.

Bibliografía

1. Farkas J. <https://emcrit.org/ibcc/rhabdo/>(accessed on 4 January 2024).
2. McMahon GM, et al. JAMA Intern Med. 2013; 173:1821-8.