Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):952

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-043 - AISLAMIENTO DE MALARIA Y FACTORES DE INGRESO EN UMI

I. Marrero Medina[1], K. Mohamed Ramírez[1], M. Pérez Ramada[1], E. González Aragonés[1], Y. Ramírez Blanco[1], E. Espinosa Vega[1], A. Cañas Pedrosa[2] y A. Conde Martel[1]

[1]Medicina Interna, [2]Microbiología y Parasitología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y los hallazgos clínicos/analíticos que se asocian a mayor gravedad e ingreso en Unidad de Medicina Intensiva (UMI) en los pacientes diagnosticados de malaria.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los casos existentes en los últimos 5años en los que se habían detectado pruebas microbiológicas positivas para malaria (frotis fino, gota gruesa, test de diagnóstico rápido (TDR), pruebas de biología molecular y serología). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, nacionalidad, tiempo de residencia en España, viajes recientes, motivo del mismo, profilaxis, antecedentes personales, manifestaciones clínicas, criterios de gravedad (según SEMTSI 2015), seguimiento en CCEE o ingreso; en caso de este último duración y si precisó cuidados intensivos. También se recogió una amplia batería analítica, tratamiento y la morbilidad generada. Se utilizó el SPSS para determinar qué factores se asocian con el ingreso en UMI.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 20 pacientes, analizándose 19 al presentar uno de ellos Ac. Anti P. falciparum sin parasitación. El 63,2% eran varones y el 36,8% mujeres, con una edad media de 42,89 años. El 57,9% eran africanos, 21,1% asiáticos, 15,8% europeos (2 españoles) y 5,2% sudamericanos. De los pacientes africanos el 72,7% se infectaron como Visiting Friends and Relatives (VFRs) y de los pacientes asiáticos el 100% se infectaron en viajes laborales en África. El 63,1% había realizado profilaxis. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre 100% y la cefalea 68,4%. El 36,8% (7 de 19 pacientes) presentaron ictericia, mialgias, vómitos y dolor abdominal; le siguieron en frecuencia artralgias 32,6%, hepatomegalia 26,3% y diarreas 15,8%. Como criterios de gravedad destacan la hiperparasitación en el 31,6% de los casos, el fracaso renal agudo 32,6%, la alteración del nivel de consciencia 21,1%; en el 15,8% de los casos hiperlactacidemia (> 5 mmol/L), postración, shock (TAS 70 mmHg) e insuficiencia respiratoria aguda, SDRA en el 10,5%, convulsiones e hipoglucemias en el 5,3%. El 68,42% precisaron ingreso, el 21% en UMI. Los pacientes no ingresados fueron valorados en CCEE en 7,5 días de media sin precisar ninguna otra medida diagnóstica/terapéutica. Analíticamente destacaba la trombopenia en el 89,5% de los casos. Al 100% de los pacientes se le realizó una gota gruesa, frotis fino al 73,7%, Ag Plasmodium al 82,4% y TDR al 26,3%. Se aisló P. falciparum en el 89,5% de casos, P. vivax en el 5,3% y coinfección P. vivax/P. ovale en el 5,3%. La quinina/doxiciclina (52,6%) y Malarone (26,3%) fueron los tratamientos más empleados. El 15,3% precisó terapia de sustitución renal y transfusiones, el 10,2% precisó tratamiento antibiótico. En la convalecencia inmediata el 52,4% presentaba anemia y el 21,1% insuficiencia renal; la supervivencia fue del 100%. Se relacionó con el ingreso en UMI la hiperlactacidemia 5 > mmol/l (RR 2, IC95 1,08-3,72), la PCR > 171,08 mg/l (p 0,037), la PCT > 11,05 ng/ml (p 0,01) y la linfopenia 765/ul (p 0,018). La ictericia se

relacionó con mayor gravedad (RR 12, IC95 1,83-78,36) sin embargo carece de significación estadística para predecir ingreso en UMI.

Discusión: La malaria es una de las infecciones tropicales más frecuentemente diagnosticada en nuestro medio, debiendo tener consciencia de las múltiples expresiones clínicas, siendo la fiebre el síntoma más orientador, otros como la diarrea y los vómitos pueden generar confusión. Ante los pacientes con criterios de gravedad se debe determinar si precisan de ingreso en UMI. En nuestra serie la ictericia determinó gravedad de manera significativa mientras que la hiperlactacidemia, la elevación de PCR y de PCT fueron predictores de ingreso en UMI.

Conclusiones: La malaria se debe sospechar en todo viajero con fiebre que provenga de un área endémica, aunque existan síntomas poco comunes acompañantes. El tratamiento antipalúdico adecuado a las resistencias regionales así como el tratamiento de soporte es fundamental para evitar complicaciones y reducir la morbimortalidad.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.