



I-162 - ESTUDIO DESCRIPTIVO-RETROSPECTIVO DE LOS CASOS DE MALARIA REGISTRADOS EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

L. Urbina Soto¹, A. Casado Díez¹, C. Marcote Ibáñez¹, J. Valbuena Balbás¹, M. Sánchez Escamilla¹, S. García Ávila¹, B. Negueruela García¹, A. Arnáiz García²

¹Departamento de Medicina Interna. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Resumen

Objetivos: La malaria es una enfermedad parasitaria producida por el género Plasmodium. Entre 700.000 y 2,7 millones de personas mueren al año por causa de malaria, de los cuales más del 75% son niños en zonas endémicas de África. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los casos de malaria en nuestro hospital en los últimos 25 años.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de todos los casos registrados de malaria en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla durante el período: 1 enero de 1990 a 31 de diciembre de 2014. Se elaboró un protocolo incluyendo parámetros clínicos, analíticos y manejo diagnóstico-terapéutico realizado. Para analizar los cambios a lo largo del tiempo, se compararon dos períodos de 12 años (período A desde enero 1990 a diciembre 2002 y período B desde enero 2003 a diciembre 2014). Se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se registraron un total de 56 casos en 49 pacientes. La media de edad al diagnóstico fue de 32 ± 16 años. El 52% eran mujeres. La estancia media hospitalaria fue de 8 ± 6 días. Los países de procedencia con mayor número de casos fueron Guinea Ecuatorial (29%), Senegal (16%), Países Asiáticos (7%) y Nigeria (6%). Se registraron 5 casos en cooperantes españoles. El 9% del total de casos era VIH. Hubo 1 caso en una mujer embarazada. El 56% de los pacientes habían tenido un episodio previo de malaria. La media de días transcurridos hasta el diagnóstico fue de 9 ± 15 . En cuanto a la sintomatología al ingreso: fiebre (99%), anemia (43%), cefalea (36%), paludismo cerebral (6%) y diarrea (7%). Las especies de Plasmodium aisladas fueron *P. falciparum* (82%), *P. vivax* (14%) y *P. ovale* (4%). En 2 pacientes hubo coinfección por *P. vivax* y *P. ovale*. La antigenemia de paludismo fue positiva en el 75% de los casos, la gota gruesa en el 73% y se detectaron formas intraeritrocitarias en el frotis sanguíneo en 46%. El nivel medio de parasitemia fue $6,21 \pm 10,71$ y su negativización se produjo a los 6 ± 5 días. Se objetivó trombopenia en 24 pacientes. Realizaron profilaxis antimalárica de forma correcta sólo 4 pacientes, siendo cloroquina (46%), mefloquina (46%) y doxiciclina (7%) los fármacos más utilizados. Los antimaláricos más empleados en el tratamiento fueron quinina (49%), mefloquina (22%), cloroquina (11%) y atovaquona (7%). En cuanto a las complicaciones: paludismo cerebral (8%), fracaso renal (5%) y requirieron ingreso en UCI 10 pacientes. La mortalidad fue del 6%, produciéndose el exitus a los 31 ± 3 días tras el diagnóstico. Los factores pronóstico de mortalidad fueron: edad > 40 años (OR 5,32, $p = 0,021$), ingreso durante

el período A (OR 4,33, p = 0,037), antecedentes de neoplasia (OR 6,17, p = 0,055), parasitemia > 20 (OR 3,54, p = 0,06), insuficiencia renal (OR 8,58, p = 0,03) e ingreso en UCI (OR 4,92, p = 0,27).

Conclusiones: Observamos que el grado de adherencia a la profilaxis antimalárica en el subgrupo de viajeros a zonas endémicas de malaria es bajo (8%), a pesar de que se trata de una enfermedad potencialmente mortal. De los 11 casos registrados de paludismo complicado, el 64% (7 pacientes) eran españoles desplazados a países endémicos, lo que puede traducir que los pacientes originarios de zonas endémicas al tener cierta inmunidad adquirida presenten episodios más leves. Esto podría explicar junto con el aumento del flujo migratorio en los últimos años que hayan aumentado ligeramente los casos de paludismo diagnosticados en nuestro hospital en el último período (de 24 en período A a 32 en período B). Por tanto, debemos informar e insistir a la población general en la importancia de la prevención cuando se viaja a países endémicos de paludismo. La mortalidad (6%) en nuestra serie viene determinada por la edad > 40 años, ingreso durante el período A, antecedentes de neoplasia, parasitemia elevada, presencia de insuficiencia renal e ingreso en UCI.