



IV JORNADA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
María Valencia y Sonia Navas. Enfermeras SUAP Escola Graduada

MIRADA DE SALUD GLOBAL DESDE URGENCIAS

A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO

NIÑO DE
14 AÑOS

FIEBRE

VÓMITOS

CEFALEA

ORIGEN SENEGALÉS

**Acude a un Servicio Urgencias
Atención Primaria (SUAP) y...**



CASO CLÍNICO

Octubre 2021

Paciente de 14 años que consulta en SUAP por fiebre, cefalea y vómitos desde ayer.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Llegado de Senegal hace 2 días. Viene con padre.
- Hermana con clínica similar.

VISITAS A URGENCIAS

Día 1, 10 am: SUAP: sospecha GEA

Ciprofloxacino + paracetamol

Día 1, 22 pm: Urgencias Hospital Inca

Día 1:

- Fiebre de 36 horas de evolución + vómitos + dolor abdominal.
- Exploración física: TA 75/35mmHg, Tª 38º7, FC 135, Glasgow 15
- Análisis: Linfopenia (820/ μ l) + anemia leve (Hb 10.8 g/dL) + plaquetopenia (67000/ μ l) + Bilirrubina Total: 3,2 mg/dL.
- Elevación reactantes de fase aguda (PCR 105.6 mg/l)
- Rx tórax normal. PCR SARS-Cov-2 negativa.

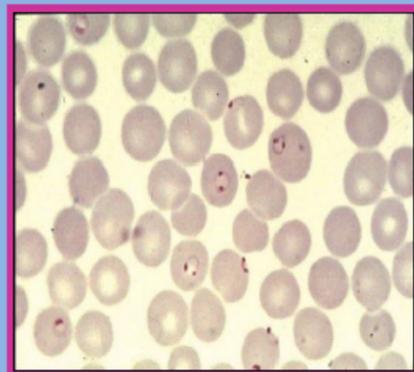
INGRESO HOSPITALARIO

Día 2, 10 am: Síndrome febril a estudio.

- Urocultivo, hemocultivo, coprocultivo, parásitos en heces.
- Serologías: IgG+ (VHA, rubeola, varicela-zóster, parotiditis).
- IgM e IgG +: *Chlamydomphila Pneumoniae/M.Pneumoniae*.
- Gota gruesa + *Plasmodium falciparum*. (Parasitemia 0,8%). PCR

TRASLADO UCI PEDIATRICA HUSE

- Paciente somnoliento.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Parasitemia del 3 %



MALARIA GRAVE / COMPLICADA

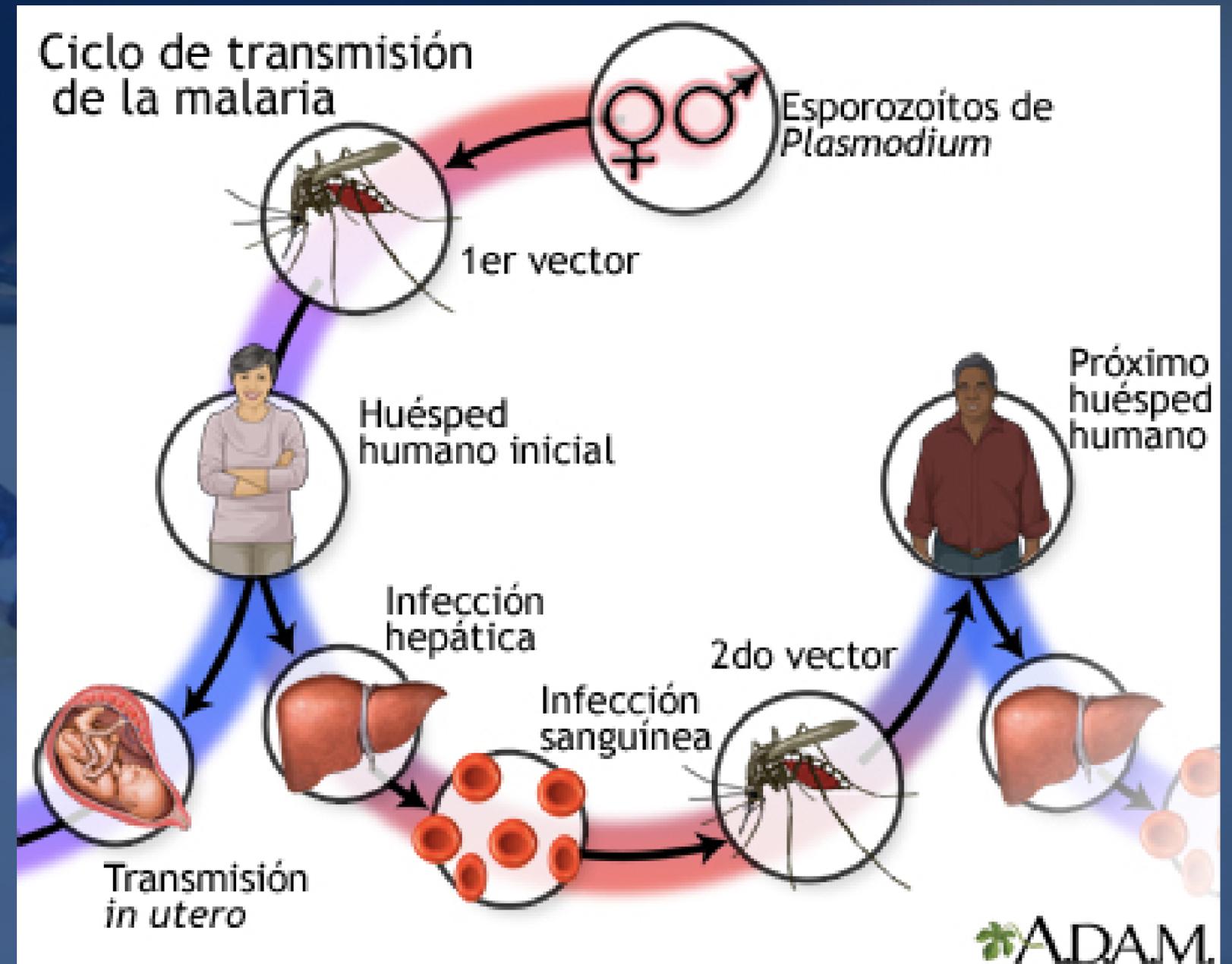
ARTESUNATO 2,4 MG / KG EV

CASO CLÍNICO



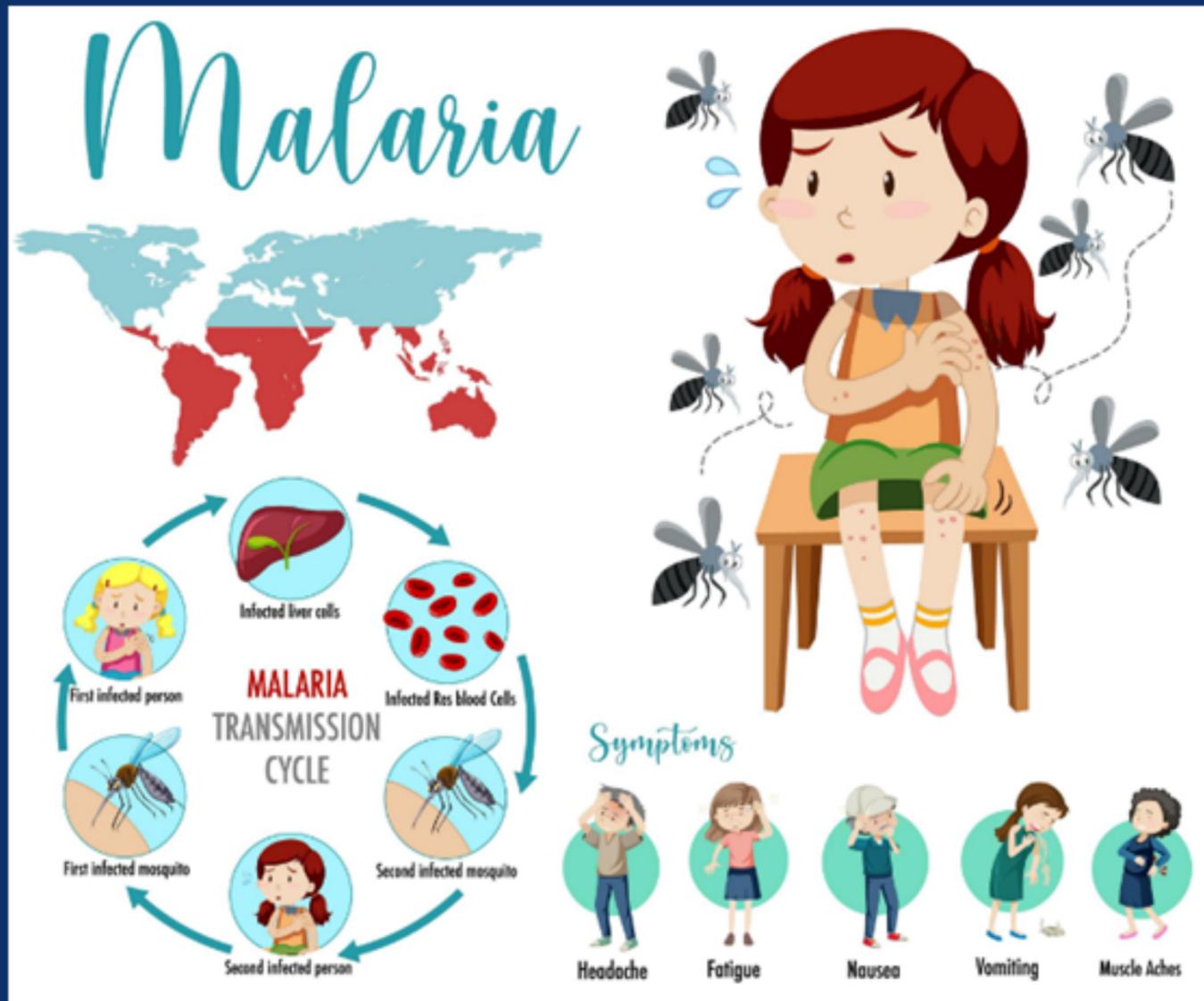
Sobre la malaria

- Agente causal: parásito del género *Plasmodium*.
- Mecanismo de transmisión: vectorial (Anopheles), vertical y transfusional.
- Periodo de incubación: 7-30 días. Excepción: quimioprolaxis, transfusiones y recaídas de *P. Vivax/Ovale*.





Su sintomatología



- Síntomas iniciales inespecíficos.
- Paroxismo palúdico 90% (escalofríos/fiebre elevada/sudoración).
- Náuseas y vómitos, cefalea (90%), astenia, ictericia, dolor abdominal, mialgias, hepatomegalia.
- Anemia/trombocitopenia (80%)/aumento transaminasas y bilirrubina.



MALARIA GRAVE/COMPLICADA

- *P.falciparum/vivax*. África subsahariana.
- Deterioro rápido en 24 horas.
- Niños paludismo cerebral.
- Diagnóstico precoz/detección signos de gravedad.



Disminución de la conciencia y/o coma

Convulsiones de repetición: > 2 episodios al día

Distress respiratorio

Edema pulmonar

Hemorragias espontáneas

Hiperparasitemia: >2.5% en no inmunes y >10% en semiinmunes

Anemia severa: Hb <5gr/dl, Hto < 15%

Hipoglucemia: < 40mg/dl

Acidosis metabólica: pH < 7,35, bicarbonato < 15mEq/L

Fallo renal: Diuresis menor de 0,5 ml/kg/hora, Creatinina mayor de 1.5 g/dl

Ictericia (indicador de fallo hepático): Bilirrubina sérica > 3 mg/dl

Shock y fallo multiorgánico (hipotensión, hipoperfusión).

Hemoglobinuria

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



DIAGNÓSTICO PRECOZ

- Microscopía (gota gruesa/extensión fina).
- Test rápidos por inmunocromatografía.
- Diagnóstico molecular: PCR.



TRATAMIENTO

Dependerá de:

- tipo de Plasmodium.
- resistencias a antipalúdicos.
- Criterios gravedad del paciente.

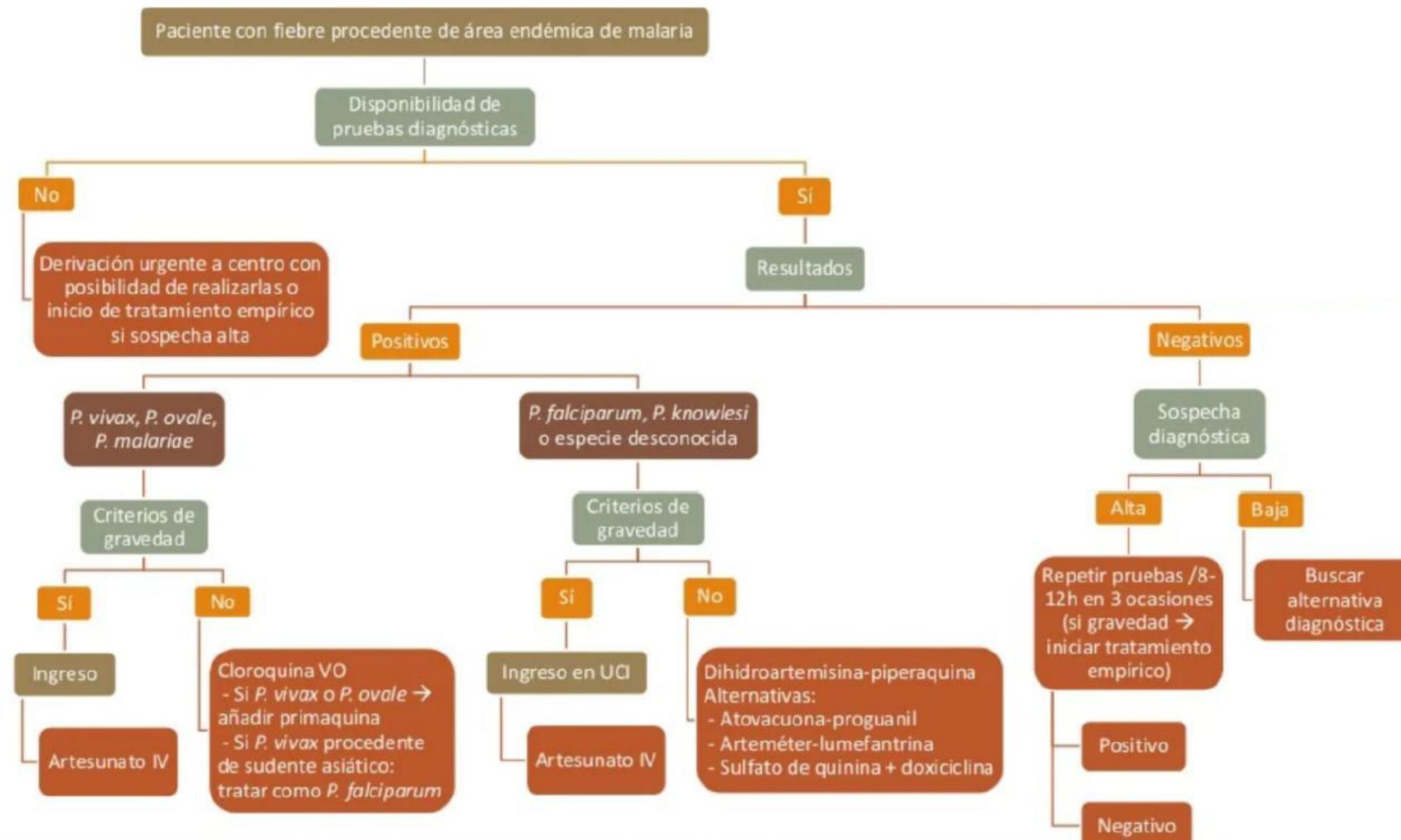
Tratamiento de soporte.



VACUNAS

- La OMS recomienda el uso generalizado de la vacuna contra la malaria a los niños del África subsahariana con transmisión moderada a alta de la infección por *P. falciparum*.

Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España



40%

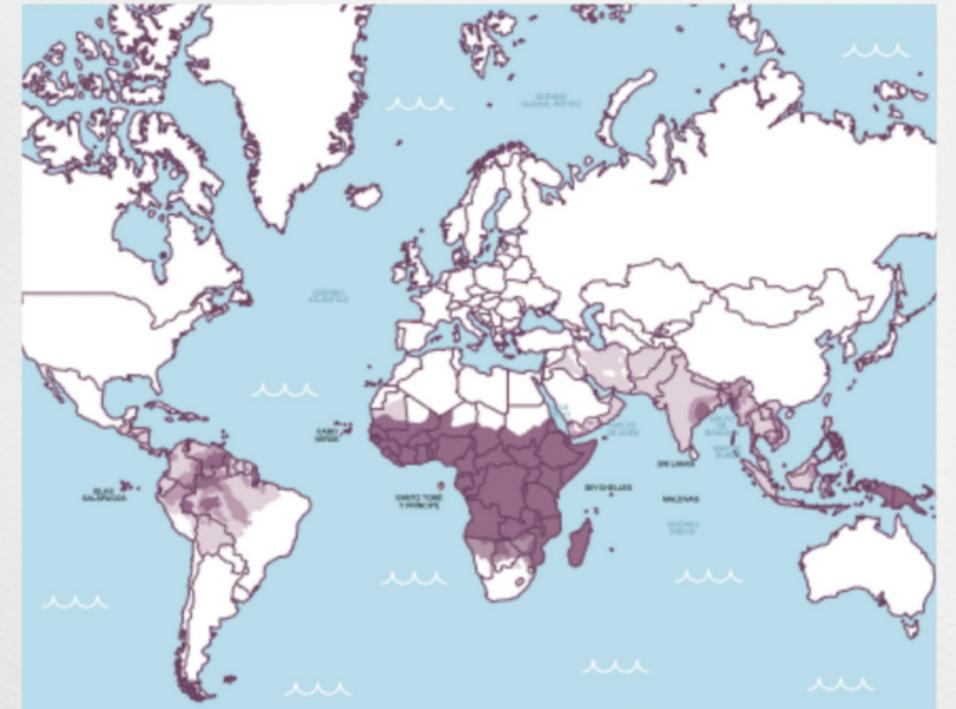
**POBLACIÓN
MUNDIAL VIVE EN
ZONA DE RIESGO DE
MALARIA**

Según la OMS, en el año 2019 murieron 405.000 personas de malaria y hubo más de 229 millones de casos, la mayoría en el continente de África (92%)

125 MILLONES

**VIAJEROS
VISITAN ESTOS
PAÍSES CADA
AÑO**

10.000 personas regresarán a Europa con malaria. Aumento de los viajes por turismo, cooperación, negocios o inmigrantes que se desplazan temporalmente a sus países de origen.



Mapa de zonas de riesgo de malaria

LA MALARIA EN ESPAÑA



MALARIA IMPORTADA

En España se declaran cada año unos 600 casos de malaria importada (se estima una cifra mucho mayor debido a la alta infranotificación). Tendencia creciente. Es una Enfermedad de declaración obligatoria.



RIESGO EPIDEMIOLÓGICO

El vector (mosquito anófeles) presente en España es eficiente para el desarrollo de P.Vivax, no hay evidencia de P.Falciparum: Riesgo de transmisión autóctona muy bajo. Importante la vigilancia epidemiológica y entomológica. Ojo! con el cambio climático y resistencias a medicamentos.



PERFIL CASO IMPORTADO

El 95% adquirió la enfermedad en África y el 88-98% se observa en inmigrantes recién llegados o inmigrantes residentes en España que vuelven a su país de origen para visitar amigos y familiares y no realizan profilaxis.

PREVENCIÓN DE LA MALARIA



Medidas antimosquitos

Uso de medidas físicas: ropa adecuada (manga larga y color claro) y mosquiteras (con y sin permetrina).
Uso de repelentes: el DEET es el más recomendado (Relec).



Quimioprolifaxis

La administración de medicamentos antes, durante y después de la estancia en una zona de riesgo, con el propósito de reducir el riesgo de contraer la enfermedad y sobre todo de evitar una malaria grave. La elección del fármaco se valorará en función de la persona, tipo de viaje y la zona, entre otros.



Tratamiento de emergencia

Autotratamiento de emergencia para destinos de transmisión baja-moderada o viajeros con características especiales, se prescribe antimaláricos para usar si se presentan síntomas compatibles con la enfermedad y no se tiene acceso a asistencia sanitaria en 24 horas.



Fármacos utilizados en la profilaxis de malaria

Tabla 5. Tabla general de quimioprofilaxis.

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Ajuste dosis	Interacciones	Embarazo/lactancia
Mefloquina	1 comp. 250 mg semanal	Convulsiones, trastornos psiquiátricos	Epilepsia Patología psiquiátrica Alteraciones del intervalo QT	No ajuste en IR No administrar en IH grave	Separar vacuna tifoidea (mín. 3 días) Fármacos alargan el intervalo QT Anticoagulantes Antagonistas del calcio Antiarrítmicos Antibióticos (quinolonas) Zolmitriptán Vardenafilo Isotretinoína	 
Atovuona/ proguanil	1 comp. 250 mg/ 100 mg cada 24 h	Trastornos digestivos, cefalea	Lactancia IR grave con FG <30	No ajuste No administrar en IR con CICr <30 l/min No ajuste en IH	Separar vacuna tifoidea (mín. 3 días) Anticoagulantes Rifampicina	Ver embarazo  
Doxiciclina	1 comp. 100 mg cada 24 h	Fotosensibilidad, trastornos digestivos, candidiasis	Embarazo Niños <8 años IH grave	No ajuste	Separar vacuna tifoidea (mín. 3 días) Anticoagulantes Anticonceptivos Retinoides Carbamacepina, fenitoína Metotrexato	 
Cloroquina/ proguanil	Cloroquina 1 dosis 5 mg/kg semanal Proguanil 1 dosis cada 24 h	Trastornos digestivos, visión borrosa, crisis psoriásica	Psoriasis Epilepsia Retinopatías IR grave con FG <30 IH grave	No administrar en IR grave con FG <30 No administrar en IH grave	Separar vacuna Tifoidea (10 días) Anticoagulantes Levotiroxina Cimetidina Ciclosporina	Suplemento de ácido fólico en embarazo  

CICr: aclaramiento de creatinina; FG: filtrado glomerular; IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal.
Separar 2-3 h de la toma de antiácidos y antidiarreicos.
Interacción mayor con aurotioglucosa (sales de oro).



PALO-TUNEL



El remedio mallorquín contra la malaria

El PaloTunel. Esta bebida tradicional de Mallorca de quina empezó siendo una medicina en el siglo XVI para combatir la fiebre y la malaria. Como era una medicina difícil de ingerir por su sabor amargo, se le añadían varias cucharadas de azúcar. Además, con el tiempo, vieron que era difícil de conservar, así que para que aguantara más le añadieron alcohol.

“

La **FIEBRE** en un **VIAJERO** procedente de un país con riesgo de malaria dentro de los **3 MESES** siguientes a su llegada, es una potencial **EMERGENCIA MÉDICA** que hay que investigar con urgencia porque puede ser mortal si el tratamiento se retrasa más de **24h**

”





GRACIAS POR TU ATENCIÓN

¿Tienes alguna duda?

¡HAZNOS TU PREGUNTA POR CORREO ELECTRÓNICO!

maria.valencia@ibsalut.es / sonia.navas@ibsalut.es