

## Paludismo inducido en España. 1971-2000

V. Rotaecche Montalvo

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

El paludismo es una enfermedad parasitaria que afecta de forma endémica a muchos países del mundo<sup>1,2</sup>. Está causada por la infección de al menos una de las cuatro especies de *Plasmodium* (*falciparum*, *vivax*, *ovale* o *malariae*) y su modo de transmisión habitual es por picadura del mosquito hembra *Anopheles*. Además de este mecanismo “natural” de transmisión, el paludismo puede adquirirse por inyección o transfusión de sangre procedente de personas infectadas, o por el empleo de agujas y jeringas contaminadas. Los casos así transmitidos son clasificados por la OMS como “paludismo inducido”<sup>3</sup> y cada vez son más frecuentes en los países exentos de la enfermedad<sup>4,5</sup>.

Este artículo describe los casos de paludismo inducido declarados en España en el período 1971-2000, intentando identificar ciertos grupos de población de mayor riesgo y la conducta más adecuada para su prevención y control.

### SITUACIÓN EN ESPAÑA

El último caso de paludismo inducido notificado a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica fue en 1998. La investigación del caso, declarado por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Canarias, no pudo determinar exactamente el mecanismo de transmisión de la enfermedad, pero concluyó que la infección había tenido carácter intrahospitalario. Los antecedentes epidemiológicos indicaban que se trataba de un varón de 70 años de edad, que no había realizado ningún viaje fuera de la isla de Las Palmas desde hacía años, no había recibido transfusiones sanguíneas, no llevaba tatuajes y vivía en el interior de la isla, alejado del muelle y del aeropuerto. El caso había sido ingresado y operado quirúrgicamente por un aneurisma de aorta, recuperando su estado de salud con normalidad.

La encuesta reveló que coincidió unas horas en la misma sala de reanimación, aunque en una cama no contigua, con un marinero de 53 años procedente de Mauritania. El marinero tenía una carga parasitaria del 40% y se le había practicado una exanguinotransfusión.

Además de este caso, en el período estudiado se han declarado otros 61 en forma de brotes o casos esporádicos.

Todos ellos están descritos en los informes anuales correspondientes, presentándose aquí de forma resumida:

– En 1971 se notificó un brote con 53 casos implicados; 43 por transfusión de sangre completa y 11 tras plasmaféresis. Los hemoderivados procedían de un banco de sangre de Barcelona donde frecuentemente donaban trabajadores de origen centro y norteafricano<sup>6</sup>.

– En 1978 fue declarado un caso en Cataluña, en una enfermera que manipulaba material sanitario en contacto con un enfermo palúdico<sup>7</sup>.

– En 1984, la Comunidad de Madrid declaró un brote que afectó a 4 jóvenes adictos a drogas por vía parenteral (ADPV), los cuales habían compartido agujas contaminadas con un caso procedente de Guinea<sup>8</sup>.

– En 1986, Cataluña notificó otro brote que afectó a 2 varones ADVP, que también compartieron agujas contaminadas con un caso procedente de Guinea Ecuatorial<sup>9</sup>.

– La Comunidad Valenciana declaró un caso en 1987, referido a una mujer de 32 años que, tras un parto, había recibido sangre de un donante que había estado en Zaire durante 2 meses<sup>10</sup>.

### RECOMENDACIONES

El diagnóstico de paludismo debe considerarse en toda persona que presente algún síntoma y que además tenga antecedentes epidemiológicos de estancia en una zona endémica. En caso de ausencia de dichos antecedentes, debe tenerse en cuenta esta enfermedad para el diagnóstico diferencial de aquellos pacientes que presenten fiebre de origen desconocido, siendo necesario investigar cualquier tipo de contacto con las personas próximas al enfermo (de su entorno familiar u hospitalario) que, aunque no presenten signos, tengan antecedentes epidemiológicos de probable contacto con el parásito.

Los signos y síntomas de paludismo son variables y pueden ser difusos, pero la mayoría de los pacientes presentan fiebre alta. Otros síntomas comunes son dolor de cabeza, dolor de espalda, escalofríos, sudoración profusa, mialgias, náuseas, vómitos, diarrea y tos.

Ante síndromes febriles inexplicados es necesario recordar las diferentes formas de transmisión de paludismo inducido, para una detección precoz y tratamiento oportuno de los casos de esta enfermedad. Todos los casos de pa-

Centro Nacional de Epidemiología (<http://cne.isciii.es>)  
Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal

SEMERGEN: 2001; 27: 589-590.

ludismo inducido notificados en nuestro país, al igual que en otros países de nuestro entorno<sup>11-15</sup>, pueden incluirse en las siguientes categorías o grupos de riesgo:

1. Entre usuarios de drogas por vía parenteral, ya que pueden haber compartido agujas y jeringuillas con personas con antecedentes de estancia en áreas endémicas<sup>16,17</sup>.

2. Entre receptores de sangre u hemoderivados conteniendo el parásito<sup>18,19</sup>, siendo la infección parasitaria nosocomial más frecuente. *P. malariae* es la especie que con más frecuencia está implicada en este mecanismo de transmisión, debido a que puede permanecer en el huésped durante muchos años de forma asintomática (se han descrito persistencias de hasta 53 años). Los portadores son habitualmente la fuente de transmisión y, dado que suelen presentar una densidad parasitaria muy baja, la detección o visualización del parásito puede ser difícil en el examen microscópico de sangre periférica<sup>20,21</sup>.

3. Entre pacientes hospitalizados que disponen de vías intravenosas mantenidas con llaves de tres pasos heparinizadas; en éstas se introduce solución de heparina (anticoagulante) compartiéndose la misma jeringa entre varios enfermos<sup>1,22-24</sup>. Esta maniobra debe erradicarse de la práctica clínica.

4. Por accidentes en las actividades de los profesionales sanitarios que manipulan vías intravenosas de enfermos con paludismo<sup>25,26</sup>, así como personal de laboratorio que manipula muestras o material intravenoso contaminado.

5. Por trasplante de órganos de un donante portador<sup>1,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Malaria Surveillance – United States, 1996 y 1997. MMWR 2001; 50: 1-39.
2. Sabatinelli G, Ejov M, Joergensen P. Malaria in the WHO European Region (1971-1999). Eurosurveillance 2001; 6: 61-65.
3. World Health Organization. Terminology of malaria and of malaria eradication. Ginebra: WHO, 1963; 32.
4. Andrade JG. Malaria induced in the State of San Paolo, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop 1991; 24: 157-161.
5. CDC. Malaria Surveillance – United States, 1996 y 1997. MMWR 2001; 50: 1-39 (Definition of Terms, pg. 4).
6. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record, n.º 90, 1972.
7. Investigación entomológica sobre receptividad al paludismo. Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1978; n.º 1336. Sem. 27.
8. Vigilancia del paludismo. Segundo semestre de 1984. Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984; n.º 1671. Sem. 51-52.
9. Vigilancia del paludismo. Segundo semestre de 1984. Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; n.º 1772. Sem. 6.
10. Notificación de un caso de paludismo por transfusión. Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; n.º 1773. Sem. 7.
11. CDC. Malaria surveillance – United States, 1992. MMWR 1995; 44: 1-17.
12. Transfusion-transmitted malaria – Missouri and Pennsylvania, 1996-1998. MMWR 1999; 48: 253-256.
13. Taylor F. Transfusion-associated malaria. Emerg Infect Dis 1996; 2: 152.
14. Editorial Response. Exchange blood transfusion in severe *Falciparum* malaria – The debate goes on. Clin Infect Dis 1998; 26: 853-854.
15. Sáez-Alquezar A. Controle da malária transfusional em região endêmica e não endêmica do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 1996; 31: 27-34.
16. Garcés JM, Tomas S. Paludismo inducido en toxicómanos. ¿Un problema real en nuestro medio? An Med Intern 1990; 7: 492.
17. Franco Vicario R, Martínez Olaizola P, Manzano D et al. Paludismo accidental en ADPV. Enf Infecc Microbiol Clin 1989; 7: 568-569.
18. Pizarro Portillo A, García Polo I et al. Malaria inducida por transfusión. Rev Clin Esp 1998; 198: 559-560.
19. Malaria in the region of Campinas, San Paolo, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop 2000; 33: 53-60.
20. Olivares López F, Pérez Rodríguez GE, Vargas de la Rosa R, Camacho Gutiérrez MR. Paludismo inducido. Salud Publica de México 1977; 19: 701-707.
21. Mungai M, Tegtmeier G, Chamberland M, Parise M. Transfusion-transmitted malaria in the United States from 1961 through 1999. N Engl J Med 2001; 344: 1973-1976.
22. Abultahi HA, Bohlega EA, Fontaine RE, al-Seghayer SM, al-Ruwais AA (Field Epidemiology Training Program. Ministry of Health, Saudi Arabia). Plasmodium falciparum malaria transmitted in hospital through heparin locks. Lancet 1997; 349: 21-25.
23. Haworth FLM. Needlestick malaria. Lancet 1995; 346: 1361.
24. Al-Saigul AM, Fontaine RE, Hadad Q (Field Epidemiology Training Program, Ministry of Health, Saudi Arabia). Nosocomial malaria from contamination of a multidose heparin container with blood. Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21: 329-330.
25. Mortimer PP. Nosocomial malaria. Lancet 1997; 349: 574.
26. Navarro P, Betancurt A, Paublini H, Medina I, Núñez MJ, Domínguez M. Plasmodium falciparum malaria as a nosocomial infection. Bol Oficina Sanit Panam 1987; 102: 476-482.