

# Paciente procedente del trópico con fiebre

---

Dra. Desiré Gil  
U.E. Infecciosas  
Hospital Universitario Miguel Servet  
Zaragoza, 10 de junio de 2017

# Caso clínico

- Mujer de 33 años que acude a urgencias por segunda vez en 24 horas por síndrome febril

# Caso clínico

- Mujer de 33 años que acude a urgencias por segunda vez en 24 horas por síndrome febril
  - Fiebre de comienzo brusco de hasta 39° C de 4 días evolución con escalofríos y sudoración profusa, cede algo con paracetamol. Náuseas y dolor abdominal en hipogastrio.
    - Antecedente: visita a MAP dos días antes por prurito vaginal y leucorrea. Cotrimazol óvulos
    - E. Física..
    - Exploraciones complementarias..
    - Valoración por..

# Caso clínico

- Mujer de 33 años que acude a urgencias por segunda vez en 24 horas por síndrome febril
  - Primera vez: fiebre de 39° de 4 días evolución con escalofríos y sudoración profusa, no cede con paracetamol. Náuseas y dolor abdominal hipogastrio
    - E. Física
    - Exploraciones complementarias
    - Valoración por Gine
    - Alta: **Pielonefritis** con cefixima y tratamiento sintomático

# Caso clínico

- Mujer de 33 años que acude a urgencias por segunda vez en 24 horas por síndrome febril
  - Primera vez: fiebre de 39° de 4 días evolución con escalofríos y sudoración profusa, no cede con paracetamol. Náuseas y dolor abdominal hipogastrio.
    - E. Física: anodina. Valoración por Gine
    - Exploraciones complementarias
    - Alta: Pielonefritis con cefixima y tratamiento sintomático
- A las 24 horas vuelve al Servicio de Urgencias refiriendo fiebre de 40°C con escalofríos, intensa cefalea frontal y tos seca
  - Exploración física

# Caso clínico

- Bioquímica: PCR 9.6, PCT 10.7
- Hemograma: Leucocitos 4.100, Hb 9.6, Hcto 29%, VCM 81, plaquetas 110.000
- Coagulación: INR 1.20, AP 75%, FD 5.9
- Orina: Proteinuria 0.3, Hemoglobina ++, nitritos -, leucocitos <3 p.c., hematíes 10-25 p.c., flora bacteriana moderada
- Rx tórax y abdomen: anodinos

# Caso clínico

- Bioquímica: PCR 9.6, PCT 10.7
- Hemograma: Leucocitos 4.100, Hb 9.6, Hcto 29%, VCM 81.30, plaquetas 110000
- Coagulación: INR 1.20, AP 75%, FD 5.9
- Orina: Proteinuria 0.3, Hemoglobina ++, nitritos -, leucocitos <3/campo, hematíes 10-25/campo, flora bacteriana moderada
- Rx tórax y abdomen: anodinos
- Ecografía abdominal: fina lámina líquido libre FID
- Valoración por cirugía: no quirúrgico

**INGRESO EN PLANTA CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS  
SECUNDARIA A PIELONEFRITIS**

# Antecedentes personales

- No AMC. No enfermedades médicas ni hábitos tóxicos.  
Hipotiroidismo
- IQ: Quistectomía ovárica laparoscópica
- Soltera. G4P1A3. Relaciones sexuales con preservativo
- Natural de Guinea Ecuatorial, reside desde hace 8 años en España. Viajes frecuentes a su país (Malabo).  
Paludismo en la infancia.
- Tratamiento actual: Eutirox 25 mg/día





AFRICA



- Como antecedente a destacar refiere **viaje reciente a su país natal (Malabo-Guinea Ecuatorial)** donde ha permanecido allí 3 meses.
- Inicio de los síntomas a las 48-72 horas desde su vuelta a Zaragoza.
- No ha realizado quimioprofilaxis.
- En Guinea Ecuatorial se bañó en agua dulce, comió comida de puestos callejeros y bebió agua de grifo.

# Fiebre en paciente que procede del trópico

- La **fiebre** es el motivo de consulta más frecuente en los viajeros procedentes de regiones tropicales y subtropicales, después de la diarrea.



# Fiebre en el paciente que viene del trópico

- La causa de la fiebre puede ser
  - Una **enfermedad importada** adquirida en el trópico.
  - Una **infección común o no tropical** (cosmopolita).
  - Una **causa no infecciosa**: fiebre por hipersensibilidad a algunos de los fármacos utilizados en las pautas de profilaxis antipalúdica
  - En un 25% no se establece diagnóstico etiológico
- En el 70% de los casos ésta aparece durante el viaje o antes de 2 semanas tras la vuelta del mismo y en el 20% de los pacientes la fiebre es el único síntoma que se presenta

# Fiebre del trópico. Importancia

La **fiebre** puede ser un marcador de enfermedad potencialmente grave o indicar la existencia de una infección trivial y autolimitada, siendo éstas indistinguibles en estadios tempranos

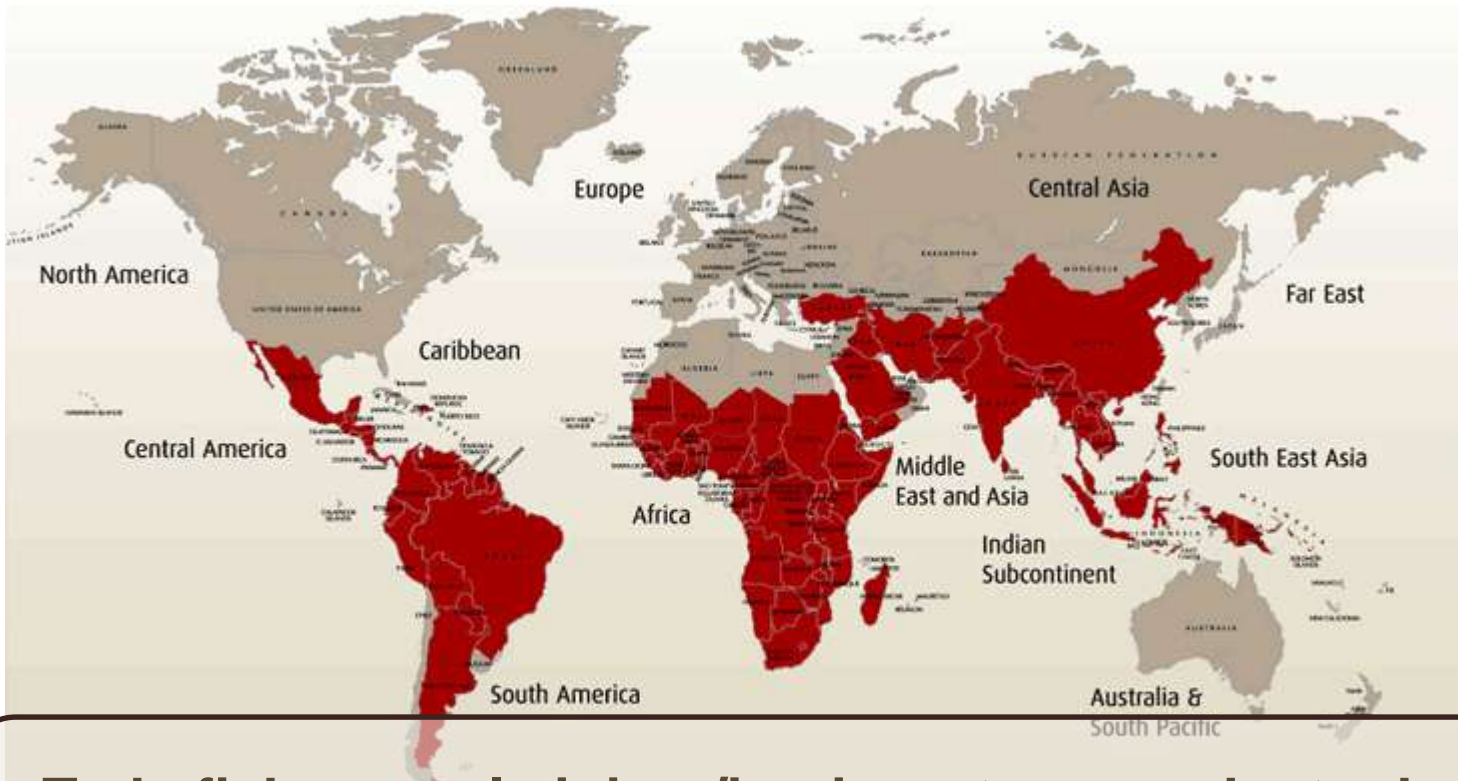
En los pacientes con fiebre y antecedente de viaje reciente a regiones tropicales o subtropicales hay que descartar:

Enfermedades con alta morbimortalidad/ enfermedades graves  
(malaria, fiebre tifoidea, meningitis, tifus)

Enfermedades que suponen un **peligro de salud pública y son potencialmente transmisibles** (fiebre hemorrágica viral, tuberculosis...)

Enfermedades tratables

# Causas de fiebre más frecuentes en el viajero que procede del Trópico/subtrópico



Toda fiebre en el viajero/inmigrante procedente de área endémica es **malaria** hasta que no se demuestre lo contrario y debe ser descartada

# Fiebre sin foco en viajero del Trópico.

## Valoración inicial



- Anamnesis, exploración física, y datos epidemiológicos
- Valorar si:
  - **Gravedad clínica y/o sepsis: UCI**
    - Manifestaciones neurológicas (confusión, bajo nivel de conciencia, crisis comiciales..)
    - Distress respiratorio / EAP
    - Hipotensión arterial
    - Manifestaciones hemorrágicas
  - **Sospecha alerta epidemiológica**
    - Pacientes con signos hemorrágicos que han llegado en los últimos 21 días de un área donde se ha notificado fiebre hemorrágica viral en los últimos 5 años. Aislamiento estricto. Traslado a Unidad de aislamiento del H. Royo Villanova
    - Contacto con fluidos corporales de enfermos con fiebre Crimea-Congo, Ébola, Marbug, Lassa. Aislamiento estricto. Traslado a Unidad de aislamiento del HRV
    - Sospecha o certeza de tuberculosis: aislamiento respiratorio
  - **Si procede de área endémica de malaria: SIEMPRE PRIMERA SOSPECHA**

# Fiebre sin foco en paciente procedente del Trópico. Sospecha diagnóstica clínica inicial

Patrón de la fiebre, síntomas acompañantes y hallazgos en la exploración física

- **Datos sobre el patrón de la fiebre:**
    - Contínua (fiebre tifoidea)
    - Regular a intervalos 48-72h (malaria)
    - Bifásica en joroba de camello (dengue, zika, chikungunya, fiebre hemorrágica viral)
  - **Síntomas acompañantes:** artralgias, cefalea, diarrea, prurito, tos, disnea, dolor abdominal
  - Hallazgos en la **exploración física:** rash, adenopatías, hepatoesplenomegalia, picaduras, conjuntivitis, y otros sugerentes de focalidad.
- IMPRESCINDIBLES LOS ANTECEDENTES  
EPIDEMIOLOGICOS**

# Aproximación al paciente con fiebre procedente del trópico. Exploración física

| <b>ENFERMEDADES PROBABLES SEGÚN EXPLORACION FÍSICA</b> |   |
|--|---|
| <b>Alteraciones neurológicas</b>                       | Meningitis meningocócica y otras, malaria, fiebre tifoidea, leptospirosis, rickettsia, encefalitis viral                      |
| <b>Ictericia</b>                                       | Hepatitis viral, malaria, leptospirosis, fiebre amarilla y hemorrágicas virales, borrelia                                     |
| <b>Adenopatías localizadas</b>                         | Piodermitis, bartonella, TBC, toxoplasma, turalemia, tripanosomiasis  |
| <b>Conjuntivitis</b>                                   | Leptospira, zika  |
| <b>Manifestaciones hemorrágicas</b>                    | Meningococemia, dengue, Fiebre hemorrágica viral, leptospira  |
| <b>Espleno/hepatomegalia</b>                           | Malaria, leishmania, mononucleosis, dengue, esquistosoma, absceso amebiano, hepatitis viral                                   |
| <b>Rash</b>  | Dengue y otras viriasis (Zika), rickettsia, f. tifoidea, VIH  |
| <b>Escara</b>  | Rickettsia, tripanosomiasis africana, turalemia   |
| <b>Diarrea</b>   | Amebiasis, cólera, VHA/VHE, F. tifoidea y otras salmonelosis, disentería por Shigella sp o E.coli enteropatógenos, giardiasis |
| <b>Distress respiratorio/tos/disnea</b>                | TBC, psitacosis, neumonías por hongos, estrombiloidiasis  |



# Fiebre sin foco en viajero del Trópico.

## Antecedentes epidemiológicos

- Se deben registrar en la historia clínica datos sobre:
  - Destino del viaje, itinerario seguido, tiempo de estancia, si es zona rural o urbana y el grado de contacto con la población, ingesta de aguas, lácteos o comidas poco cocinadas, baños en ríos/lagos, picaduras, etc (registrar el país de procedencia y/o de visita)



- **Vacunaciones y quimioprofilaxis** recibidas (la quimioprofilaxis no excluye la malaria ya que es eficaz en el 80%)



# Fiebre sin foco en paciente del Trópico.

## Epidemiología

| <b>EXPOSICIONES DE RIESGO Y POSIBLE ETIOLOGÍA</b> |  |
|---|--|
| Contacto agua dulce                               | Esquistosoma, leptospira, amebiasis de vida libre                                    |
| Contacto con animales                             | Rabia, brucelosis, fiebre Q, Fiebres hemorrágicas virales, peste, turalemia, ántrax  |
| Contacto sexual de riesgo                         | VIH, VHC, VHB, VEB, CMV, Gonorrea, Sífilis   |
| Contacto con personas enfermas                    | Tuberculosis, meningitis, F. hemorrágicas virales, fiebre de Lassa, fiebre de Ebola  |
| Consumo de lácteos                                | Brucella, tuberculosis, F. tifoidea, shigella  |
| Consumo de agua no tratada                        | Amebiasis, cólera, VHA/VHE, Fiebre tifoidea y otras salmonellas, giardiasis          |
| Comida poco cocinada                              | Salmonella, F.tifoidea, VHA, infec. entéricas, triquinosis, toxoplasmosis, amebiasis |
| Contacto directo con tierra (caminar descalzo)    | Anquilostomiasis, estrongiloidiasis, larva migrans cutánea, tungiasis.               |

# Fiebre sin foco en paciente del Trópico. Epidemiología

| EXPOSICIONES DE RIESGO Y POSIBLE ETIOLOGÍA |   |
|--|---|
| Cuevas                                     | Histoplasmosis, rabia   |
| Picaduras artrópodos                       | <p><b>Mosquitos:</b> Malaria, dengue, chikungunya, fiebre amarilla, filariasis.</p> <p><b>Moscas:</b> Leishmaniasis, tripanosomiasis africana, oncocercosis, bartonelosis</p> <p><b>Garrapatas:</b> Rickettsia, borrelia, fiebre Q, tularemia, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo</p> <p><b>Pulgas:</b> Peste, tifus murino</p> <p><b>Triatomineos:</b> Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas)</p> <p><b>Piojos:</b> Tifus exantemático, fiebre recurrente</p> <p><b>Ácaros:</b> Fiebre de los matorrales</p> |

# Fiebre sin foco en un viajero del Trópico.

## Periodo de incubación

| P. incubación             | FRECUENTES   | Menos frecuentes o raros   |
|---------------------------|--|--|
| <b>Menos de 10 días</b>   | <b>Plasmodium</b><br><b>Arbovirus</b> (dengue, chikungunya, zika), Virus de la gripe<br>Rickettsia<br>Leptospira<br>Salmonella Typhi y S. parathyphi | Virus de las fiebres hemorrágicas (arenavirus, bunyavirus, ebola-virus, filovirus, flavivirus, togavirus)<br>Yersinia pestis<br>Trypanosoma cruzi<br>Otros                           |
| <b>Entre 10 y 21 días</b> | Plasmodium<br>Rickettsia<br>Leptospira<br>Salmonella Typhi y S. Paratyphi  | <b>Virus de las fiebres hemorrágicas</b><br>Coxiella burnetti<br>Brucella<br>VIH (primoinfección)<br>Trypanosoma brucei<br>Micosis endémicas<br>Otros microorganismos                |
| <b>Más de 21 días</b>     | Plasmodium<br>CMV  | VHA, VHB, VIH (primoinfección)<br>Coxiella burnetti<br>Brucella<br>M. tuberculosis<br>Schistosoma<br>Leishmania<br>Entamoeba histolytica, Micosis endémicas<br>Otros microorganismos |

# Exploraciones a solicitar

- Analítica general con transaminasas, bilirrubina, LDH, PCR/PCT. Hemograma y coagulación. Orina
- Microbiología
  - Hemocultivos, urocultivo y coprocultivos. Examen de parásitos en heces y orina concentrada.
  - Gota gruesa y extensión sanguínea si el paciente procede de una zona palúdica
  - Detección antigénica con inmunocromatografía en sangre (Plasmodium, virus del Dengue) u orina (leishmaniasis visceral).
  - Detección por TAAN de Plasmodium, virus del Dengue, chikungunya y zika
  - Serología para VHA, VHB, VIH, Leishmania, Rickettsia, Leptospira, Schistosoma, E. histolytica, histoplasma, dengue y Plasmodium, rosa de Bengala, fiebres hemorrágicas
- Diagnóstico por imagen
  - Rx tórax
  - Ecografía abdominal

# Fiebre sin foco en paciente procedente del trópico

- **Paciente con criterios de gravedad y/o sepsis**
  - Si existe posibilidad de malaria, se debe iniciar tratamiento empírico inmediato con **tratamiento activo para *P. falciparum* cloroquin-R + Ceftriaxona 2g/ día/IV + Doxiciclina 100mg/12h.**
- **En el resto de los casos, esperar a resultados**
- **Pacientes que requieren ingreso:**
  - Malaria confirmada con criterios de gravedad (ingreso en UCI)
  - Malaria confirmada sin criterios de gravedad (ingreso en U.INFECCIOSOS).
  - Fiebre sin foco con sospecha de malaria y probabilidad alta (ingreso en U. INFECCIOSOS vs UCI según criterios de gravedad)
  - Diagnóstico subyacente que requiera ingreso
  - **Sospecha de Fiebre hemorrágica** (Unidad del HRV)
- **Pacientes que requieren observación:**
  - **Impresión de gravedad** sin orientación diagnóstica.
  - Enfermedad que requiere tratamiento urgente y ver evolución.
  - Foco infeccioso sospechado o identificado hasta resultado de investigación de parásitos si el proceso no requiere ingreso

# CASO CLÍNICO



## Informe de resultados de Microl

Prueba

Resultado

ID: 1206747

Muestra: SANGRE

Detección de Ag de plasmodium (ICT)

Gota Fina (Tinción Giemsa)

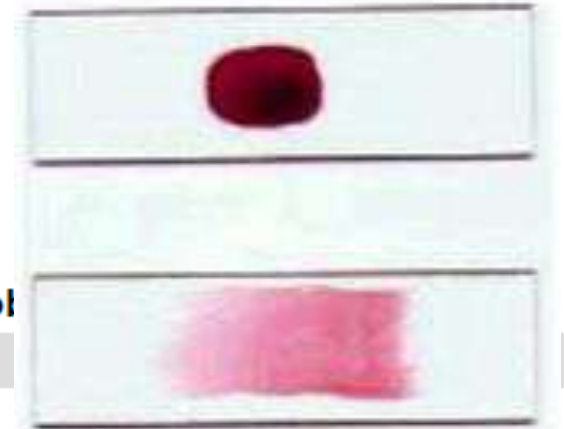
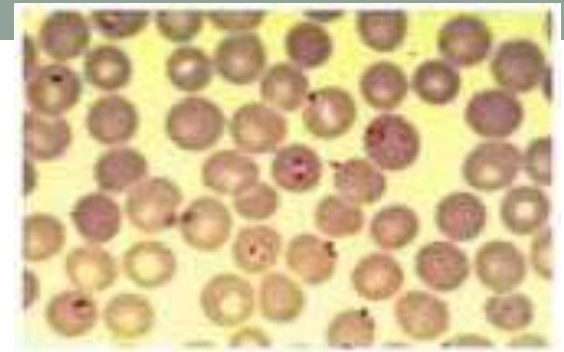
Estudio parasitológico

**Positivo a Plasmodium falciparum pendiente de descartar doble parasitación**

Resultado del examen de gota fina: se observan 1-2% de hematíes parasitados por Plasmodium falciparum.

Resultado del examen de gota gruesa:

**Plasmodium falciparum**



# Malaria. Diagnóstico

- **El diagnóstico de la malaria es siempre urgente**
- Las pruebas de diagnóstico de malaria se han de solicitar a **cualquier paciente con fiebre procedente de un área endémica**
- La sangre debe extraerse en cuanto se sospeche malaria, **haya o no fiebre en ese momento.**
- **3 muestras** para descartar infección (profilaxis o tratamiento previo con antipalúdicos).
- Recomendable disponer del resultado **en menos de 3 h** tras la extracción
- El retraso en el diagnóstico **no debe demorar el inicio de tratamiento** antimalárico empírico si la probabilidad de malaria es alta y el paciente está grave
- Pruebas diagnósticas:
  - Gota gruesa
  - Frotis/extensión de sangre periférica (gota fina)
  - Test de diagnóstico rápido
  - Pruebas de biología molecular
  - Serología
- Si no se dispone de la posibilidad de realizar una gota gruesa, se puede utilizar un test de diagnóstico rápido (TDR) como prueba inicial de cribado.
  - No se recomienda sustituir la microscopia por el TDR, ya que este presenta un elevado número de falsos negativos en casos de malaria no-falciparum

**La gota gruesa seguida de la extensión sanguínea sigue siendo el «gold standar» para el diagnóstico de la malaria importada**



# Malaria. Criterios de gravedad

**Tabla 1**  
Criterios de gravedad de la malaria importada

| Tipo                      | Criterios  | Definición   |
|---------------------------|--|--|
| Clínicos                  | Alteración del nivel de conciencia   | Cualquier alteración del nivel de conciencia no explicable por otras causas (hipoglucemia, infección concomitante)                               |
|                           | Postración   | Debilidad generalizada que le impide andar o sentarse sin ayuda  |
|                           | Múltiples convulsiones   | > 2 crisis comiciales en 24 h  |
|                           | Insuficiencia respiratoria aguda   | PaO <sub>2</sub> < 60 mmHg (FiO <sub>2</sub> 21%), habitualmente causada por edema agudo de pulmón o síndrome de distrés respiratorio del adulto |
| Analíticos y radiológicos | Shock  | Presión arterial sistólica < 70 mmHg a pesar de adecuada reposición de volumen (< 50 mmHg en niños)  |
|                           | Ictericia asociada a lesión de otro órgano diana                             | Ictericia clínica o valores de bilirrubina > 2,5 mg/dl   |
|                           | Sangrado espontáneo  | Presencia de sangrado espontáneo sin otra causa atribuible   |
|                           | Hipoglucemia   | < 2,2 mmol/l o 40 mg/dl  |
|                           | Acidosis metabólica  | pH < 7,35 o bicarbonato < 15 mmol/l  |
|                           | Anemia normocítica grave   | Hb < 5 g/dl, Hto < 15%   |
|                           | Hemoglobinuria   | Presencia de hemoglobina en orina  |
|                           | Hiperlactacidemia  | > 5 mmol/l o > 45 mg/dl  |
|                           | Insuficiencia renal aguda  | Creatinina sérica > 3 mg/dl o > 265 μmol/l   |
|                           | Edema agudo de pulmón o síndrome de distrés respiratorio agudo (radiológico) | Infiltrados alveolares bilaterales en radiografía de tórax   |
| Parasitológicos           | Hiperparasitemia   | > 2,5% en personas no inmunes <sup>a</sup>   |

Modificada de WHO<sup>96</sup>.

<sup>a</sup> Una cifra de parasitemia de más del 2,5% en pacientes no inmunes es un factor pronóstico para el desarrollo de malaria grave. En pacientes semi-inmunes las elevadas parasitemias se toleran mejor. Una cifra > 20% es un factor de riesgo en cualquier paciente.

- La mayor parte de los casos de malaria grave están producidos por *P. falciparum*, y en mucha menor frecuencia por *P. vivax* y *P. knowlesi*
- De media, el 10% de las malaras importadas cumplen criterios de gravedad y un 2-3% fallecerán

# Malaria. Indicaciones de tratamiento



Se recomienda iniciar tratamiento en los siguientes casos:

- a) Todo **paciente sintomático** con una **prueba diagnóstica positiva**
  - b) Pacientes **asintomáticos** con **gota gruesa** o PCR positivas para malaria
  - c) Paciente **sintomático con alta sospecha diagnóstica de malaria grave** y dificultado retraso para acceder a las pruebas diagnósticas
- 
- En estos casos, y debido a la alta morbimortalidad asociada, el tratamiento antipalúdico debe instaurarse de forma urgente sin esperar a la confirmación parasitológica

**Tabla 5**

Esquema de recomendaciones del tratamiento de la malaria importada en España

| Malaria por <i>P. falciparum</i> sin criterios de gravedad |               |  |  |
|--|---------------|--|--|
| Población  | Línea         | Fármaco y dosis  | Comentarios  |
| Adultos  | Primera línea | Dihidroartemisina-piperaquina (Eurartesim® 40 mg/320 mg)<br>< 75 kg, 3 comp./día × 3 días (total 9 comp.)<br>75-100 kg, 4 comp./día × 3 días (total 12 comp.)<br>Atovacuona-proguanilo (Malarone® 250 mg/100 mg) 4 comp./día × 3 días (total 12 comp.)<br>Artemether-lumefantrina (Riamet® o Coartem® 20 mg/120 mg) 4 comp. a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 h (total 24 comp.) | Tomar en ayunas<br><br>Tomar con comida rica en grasa<br><br>Tomar con comida rica en grasa. Medicación extranjera   |
|  | Segunda línea | Sulfato de quinina (comp. 300-325 mg) 2 comp./8 h + doxiciclina 100 mg/12 h × 7 días (total 56 comp.)  | Tomar con comida, un vaso grande de agua (200 ml) y sin tumbarse al menos en una hora  |
| Embarazadas: primer trimestre                              | Primera línea | Sulfato de quinina (comp. 300-325 mg) 2 comp./8 h + clindamicina oral 450 mg/8 h durante 7 días  |  |
| Embarazadas: segundo y tercer trimestre                    | Primera línea | Artemeter-lumefantrina (Riamet® o Coartem® 20 mg/120 mg) 4 comp. a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 h   | Tomar con comida rica en grasa. Medicación extranjera  |
| Embarazadas: cuarto trimestre                              | Primera línea | Sulfato de quinina (comp. 300-325 mg) 2 comp./8 h + clindamicina oral 450 mg/8 h durante 7 días o monoterapia 750 mg v.o. seguido a las 12 h de  |  |
| Niños  | Primera línea | Artemeter-lumefantrina 1 comp./dosis si < 3 años (5-14 kg); 2 comp./dosis (15-24 kg); 3 comp./dosis (25-34 kg); 4 comp./dosis (> 34 kg, igual que adultos). Son a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 h  | Co-formulado en comprimidos de 20 mg arteméter y 120 mg lumefantrina. Existe una formulación pediátrica soluble. Administrar preferiblemente con comida grasa. No recomendado en niños menores de 5 kg de peso<br>Comp. pediátricos: 62,5 mg atovacuona; 25 mg proguanilo. No recomendado en niños menores de 5 kg de peso |
|  | Segunda línea | Atovacuona-proguanilo 5-8 kg: 2 comp. pediátricos/día/3 días; 9-10 kg: 3 comp. pediátricos/día/3 días; 11-20 kg: 1 comp. adulto/día/3 días; 21-30 kg: 2 comp. adulto/día/3 días; 31-40 kg: 3 comp. adulto/día/3 días; >40 kg: 4 comp. adulto/día/3 días (igual que adultos)  |  |
|  | Segunda línea | Sulfato de quinina 5-8 kg: 2 comp. pediátricos/día/3 días; 9-10 kg: 3 comp. pediátricos/día/3 días; 11-20 kg: 1 comp. adulto/día/3 días; 21-30 kg: 2 comp. adulto/día/3 días; 31-40 kg: 3 comp. adulto/día/3 días; >40 kg: 4 comp. adulto/día/3 días (igual que adultos)   | Cápsulas de 300 mg de sal de quinina   |

El tratamiento de la malaria no grave por *P. falciparum* debe incluir fármacos combinados. De elección que contentan artesonato/artemisina.

Son preferibles las pautas más cortas y las combinaciones con dosis fijas porque aseguran una mayor adherencia y reducen la aparición de resistencias.

El tratamiento puede administrarse por vía oral si no presenta vómitos.

Los fármacos de elección para el tratamiento de *P. falciparum* tienen eficacia similar y superior al 95%.

# Malaria. Tratamiento de *P. no falciparum*

Malaria por *P. vivax*, *P. ovale* o *P. malariae* o *P. knowlesi* sin criterios de gravedad

| Adultos                     | Primera línea | Cloroquina oral (Resochin® o Dolquine® 155 mg base)<br>4 comp. + 2 comp. a las 6, 24 y 48 h (4+2+2+2= 10 comp.)<br>Si <i>P. vivax</i> : añadir siempre primaquina (Primaquine® 7,5 mg base) 30 mg base = 4 comp./día × 2 sem<br>Si <i>P. ovale</i> : añadir siempre primaquina (Primaquine® 7,5 mg base) 15 mg base = 2 comp./día × 2 sem | Tomar con comida<br><br><i>P. vivax</i> resistente a cloroquina: Indonesia, Papua Nueva Guinea y sudeste asiático. En estos casos se tratará como <i>P. falciparum</i><br><br>Menos frecuente en algunas zonas de Etiopía, Madagascar, Centroamérica y Sudamérica, donde es razonable usar cloroquina inicialmente. El resto se considera sensible a cloroquina |
|-----------------------------|---------------|---|---|
| Embarazo: todos trimestres  |               | Dolquine® 155 mg base) 4<br>48 h (4+2+2+2= 10 comp.)  | La primaquina está contraindicada en el embarazo por riesgo de anemia hemolítica en el feto. Para prevenir las recaídas se dará cloroquina oral 2 comp. (300 mg) a la semana hasta el parto   |
| Embarazo: segundo trimestre |               | amem® o Coartem®<br>0, 8, 24, 36, 48 y 60 h (total 24   |   |
| Niños                       |               | repartida en 3 días (10 mg/kg<br>mg/kg a las 12, 24 y 48 h)   | Comprimidos de 250 mg sal equivalen a 150 mg base. No existe formulación pediátrica específica  |

El tratamiento de la malaria no grave por *P. vivax*, *ovale* y *malariae* de primera elección es la cloroquina, excepto en los casos de *P. vivax* que provienen del sureste asiático

Si existe cualquier duda sobre la sensibilidad a la cloroquina por el origen geográfico debe tratarse como *P. falciparum*

En las infecciones importadas por *P. vivax* o *P. ovale* siempre hay que realizar un ciclo de tratamiento con primaquina para eliminar los hipnozoítos (formas quiescentes) y evitar recidivas de la infección. Antes de iniciar el tratamiento siempre hay que determinar los niveles de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa

# Caso clínico 2

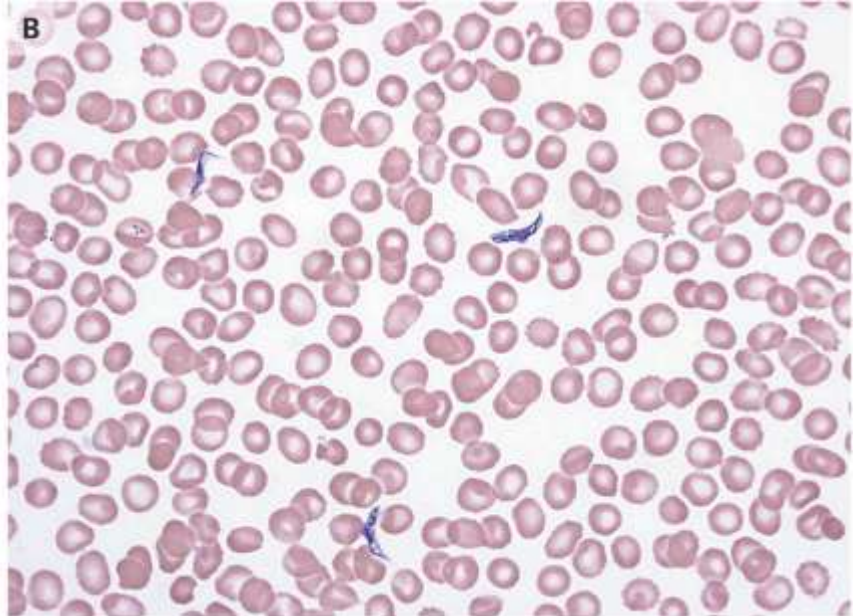
- Varón de 52 años con antecedentes de HTA que a los 3 días de llegar a España procedente de la India inicia fiebre de hasta 40°C de inicio brusco, escalofríos, mialgias, y dolor retroorbitario; inicia paracetamol.
- Tres días después presenta rash máculo-papular generalizado que evoluciona a pequeñas petequias.
- Analítica: Leucocitos 3.200, plaquetas 70.000
- ¿?
- Gota gruesa, extensión de sangre periférica, PCR y antígeno de malaria son negativos
- ¿?

# Caso clínico 3

- Mujer de 44 años que consulta por fiebre de 39°C de 3 días de evolución acompañada de intensas poliartralgias simétricas (dedos, muñecas y codos). La paciente refiere vuelto hace 1 semana de República Dominicana
- En la exploración no signos de artritis aunque movilización muy dolorosa. Conjuntivitis no purulenta. Rash maculopapular pruriginoso
- Analíticas: leucocitos 3000, plaquetas 110000
- ¿?

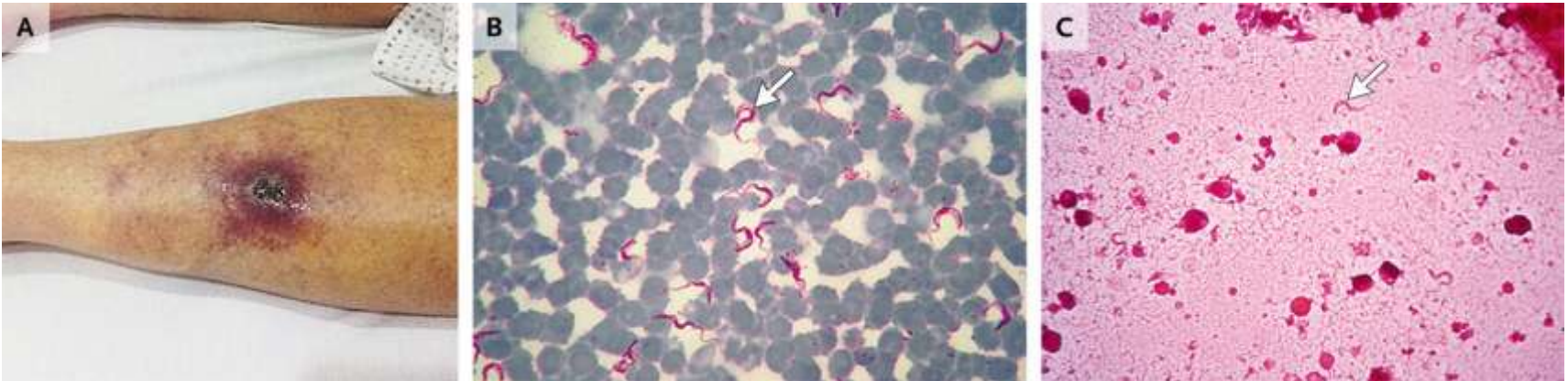
# Caso clínico 4

- Mujer de 60 años cuadro de 3-4 días evolución de fiebre, escalofríos, mialgias, cefalea y dos lesiones pruriginosas en la espalda. Viaje reciente a Bostwana y Zimbawe durante 2 semanas (vuelta 12 días antes). Vacunada y profilaxis malaria correcta.
- Leucopenia y trombopenia



# Caso clínico 4

- Mujer de 65 años ingresada por fiebre, astenia, mialgia y artralgias. Antecedente de viaje a Zambia, Malawi, Tanzania 10 días antes del ingreso.
- Dos lesiones violáceas de unos 2 cm con ulceración en EEII.

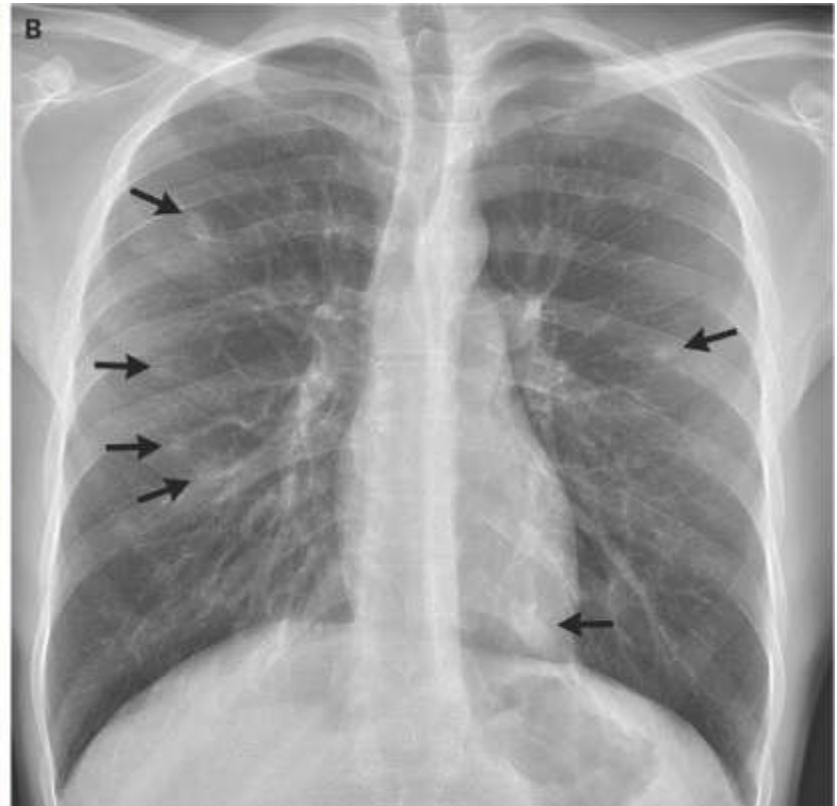


- Picaduras de insectos
- Extensión de sangre periférica y úlcera: *Trypanosoma brucei*
- Tratamiento: pentamidina/suramina



# Caso clínico 5

- Varón de 24 años fiebre, tos seca, astenia, de 4 semanas evolución; últimos días rash. Tres meses antes viaje a Egipto, nadó en río Nilo
- Eosinofilia, aumento transaminasas. Serología



# Caso clínico 6

- Varón de 34 años sin antecedentes de interés ingresado por fiebre de 24 horas de evolución, con escalofríos, mialgias y cefalea. Antecedente de viaje a Etiopía y Uganda y regreso a España 7 días antes.
- Exploración física: anodina
- Expl. Complementarias:
  - Bioquímica y EAB: PCR 0.8, resto normal.
  - Hemograma: normal.
  - Coagulación: normal.
  - ????

# Caso clínico 7

- Varón de 32 años con fiebre 39.3°C, escalofríos, cefalea y mialgias 8 días después de regreso de Liberia.
- Cooperante en ONG en epidemia del virus Ebola, nunca contacto directo, solo visual.
- Exploración “visual” normal.
- ¿?
- Aislamiento en Hospital de referencia: habitación con presión negativa.
- Profilaxis: vacuna tétanos/difteria/tosferina, vacuna fiebre tifoidea, vacuna de fiebre amarilla, profilaxis malaria hasta el regreso
- ¿?

---

***Muchas gracias***

# Bibliografía

- Gómez Gómez J, Gobernado M. Enfoque clínico de los grandes síndromes infecciosos. 4ª Edición.2011.
- Mensa J et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2017.
- Arazo P. et al. Protocolo de fiebre en paciente procedente del Trópico.
- Muñoz J. Et al. Diagnóstico y tratamiento de la malaria importada en España: recomendaciones del Grupo de Trabajo de Malaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(6): e1-e13.
- Sanford C. et al. Illness in the Returned International Traveler. Med Clin North Am. 2016 Mar;100(2):289-302.