

# Paludismo en la infancia. Prevención eficaz y tratamiento adecuado

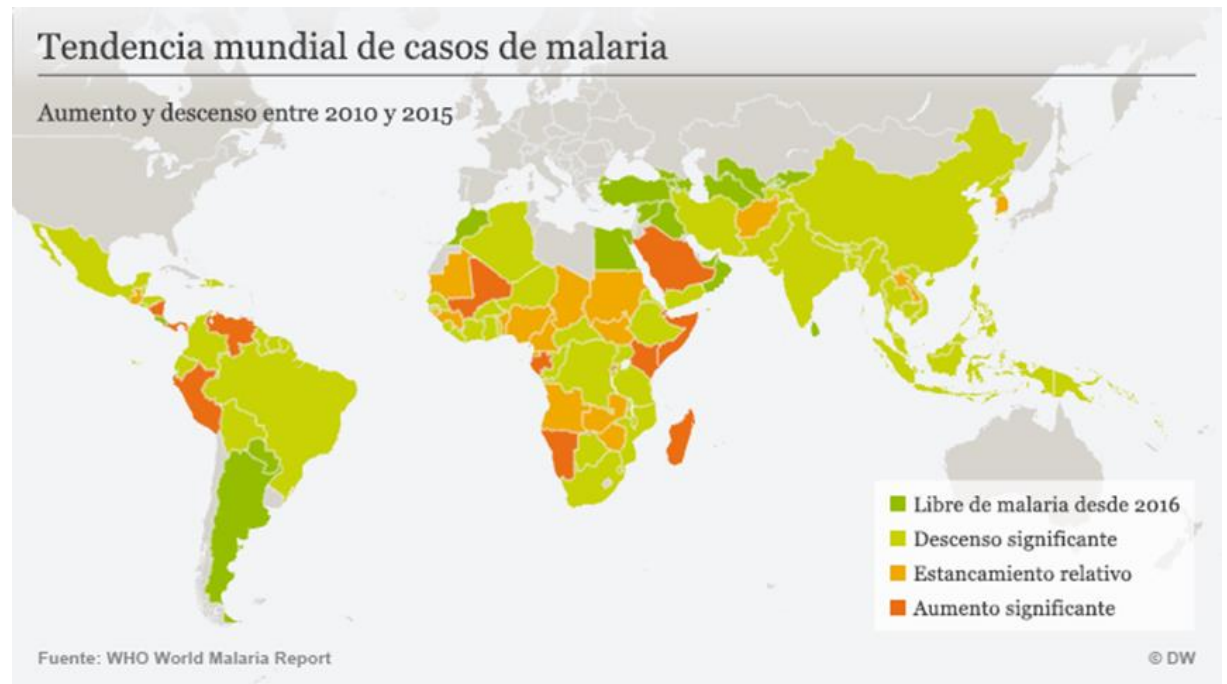
---

Irene Gil Hernández, Matilde Bustillo Alonso

Marzo 2019

# Paludismo: situación actual

- El paludismo es la enfermedad parasitaria más importante en el ser humano, endémica en multitud de países (>100 países según cifras de la OMS).
- El 15-20% de los casos de malaria que se declaran son pacientes pediátricos.



# Etiopatogenia

- Producido por un protozoo intracelular del género *Plasmodium*.
- Transmitido por la picadura del mosquito *Anopheles* hembra.
- Especies de *Plasmodium* que producen la enfermedad en el hombre: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi*.

## Resumen de las características de las distintas especies

<b><i>P. falciparum</i></b>	Mayor morbilidad y tasa de complicaciones Ejemplo: malaria cerebral
<b><i>P. vivax y ovale</i></b>	Fiebre más leve e hiperesplenismo Recaídas hasta 3-5 años más tarde (hipnozoitos)
<b><i>P. malariae</i></b>	Parasitemia asintomática crónica Síndrome nefrótico
<b><i>P. knowlesi</i></b>	Similar a <i>P. falciparum</i> Insuficiencia hepatorrenal grave

# Profilaxis

- Siempre que se realiza un viaje a un país tropical, se debe acudir a un centro de Pediatría Tropical o vacunación internacional.
- La OMS desaconseja viajar a países tropicales a <1 año y especialmente a los <6 meses.
- Es fundamental para una adecuada profilaxis:
  - Conocer el riesgo real del viaje (país y zona específica).
  - Uso de medidas barrera para evitar picaduras (mosquiteras, repelentes e insecticidas).
  - Quimioprofilaxis: elección adecuada del fármaco y duración de la pauta.

# Profilaxis

- Ninguna pauta garantiza un 100% de protección. El fracaso no tiene por qué significar que hay resistencia al fármaco.
- Dependerá de la zona visitada y de la resistencia del *Plasmodium* en esa zona:
  - Áreas con *P. falciparum* sensible a cloroquina (América Central y la mayoría de los países del Oriente Medio): fosfato de cloroquina (Resochin®): dosis única semanal, 1-2 semanas antes del viaje, hasta 4 semanas más tras el regreso.
  - Áreas con *P. falciparum* resistente a cloroquina:
    - ✓ Atovacuona/proguanil (Malarone Pediátrico®): en dosis única diaria, mejor con alimento. Empezando 1 día antes del viaje, durante todo el viaje y una semana después (>5 kg).
    - ✓ Mefloquina (Lariam®): una vez a la semana, empezando 1-2 semanas antes del viaje, continuando durante el viaje y 4 semanas más al regreso (>5 kg).
    - ✓ Doxiciclina (Proderma®): solo en niños mayores de 8 años. Dosis única diaria comenzando 1-2 días antes del viaje, durante este y 4 semanas más al regreso.

# Tratamiento

- Hay que tener en cuenta la especie y la zona de procedencia a la hora de valorar la posible resistencia a los fármacos antipalúdicos. Para ello se puede consultar:
  - [http://www.cdc.gov/malaria/travelers/country\\_table/a.html](http://www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table/a.html)
  - <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/>
- *P. falciparum* o especie no identificada:
  - Artemeter-lumefantrina.
  - Dihidroartemisina-piperaquina.
  - Artesunato + amiodaquina.
  - Atovacuona proguanil.
- *P. malariae* o *P. knowlesi*: cloroquina.
- *P. vivax* y *P. ovale*:
  - Zona *Plasmodium* sensible: cloroquina.
  - Zona *Plasmodium* resistente: artemeter-lumefantrina.

Al finalizar tratamiento añadir primaquina para erradicar hipnozoítos y evitar recaídas.

# Tratamiento

- **Infecciones mixtas:** la infección por varios parásitos tiene menos riesgo de producir complicaciones graves que la malaria por *P. falciparum* aislado. Se debe cubrir *P. falciparum* y si existe infección por *P. vivax* y *P. ovale* debe continuarse tratamiento con primaquina.
- Si sospecha de **malaria grave:** traslado a UCIP y tratamiento precoz (*P. falciparum*, *P. vivax*).
  - Artesunato: administración i.m. o i.v. Posteriormente, si tolera la vía oral: artemeter-lumefantrina durante 3 días (según pauta de tratamiento). Si no hay tolerancia oral: continuar con artesunato i.v. o i.m.
  - Gluconato de quinina.

## Puntos clave

---

- Se ha de sospechar paludismo ante un niño que presenta un cuadro febril o alteración de la conciencia 1 semana o más después de haber estado en una zona de transmisión malárica.
- En general se esperará la confirmación diagnóstica para iniciar el tratamiento excepto en los casos en los que existan criterios de gravedad.
- Si se trata de paludismo por *P. vivax*, añadir Primaquina tras finalizar el tratamiento.
- Evitar el tratamiento con Atovacuona-proguanil (Malarone) si se ha utilizado como profilaxis.
- Ninguna pauta de profilaxis garantiza el 100% de protección.
- Importante conocer la procedencia y la especie de *Plasmodium* antes de iniciar el tratamiento.