

Paludismo y pobreza

Fernando María Navarro Pellicer

Grupo de Enfermedades Tropicales de la SEMG. Máster en Medicina y Cirugía Tropical. Diplomado en Parasitología

Unos años después de finalizar mis estudios de medicina me di cuenta de que realmente de las enfermedades por las que se moría la gente en el mundo no sabía nada y poco me habían instruido sobre ellas en la facultad. Consecuencia lógica de vivir en la burbuja del mundo desarrollado y opulento. Así comenzó mi afición y estudios por la llamada "medicina tropical", por estar entre trópicos, pero también donde está la zona más pobre de la Tierra y donde se aplica la medicina de la miseria.

Hace unos años aplicamos esta medicina para programas de desarrollo, o para ir de turistas; ahora la situación es tan dramática que llegan en pateras a miles los ciudadanos de los trópicos, padecedores de injusticia de pobreza y enfermedad.

El paludismo, enfermedad parasitaria por antonomasia, está producido por un *Plasmodium: malariae, vivax, oval, o falciparum*; este último es el peor por su mortalidad y resistencia antiparasitaria. Es transmitido por la hembra del mosquito *Anopheles*, presente en España. Conocidas fueron antaño las epidemias en Cáceres o la de Sagunto en Valencia. De forma similar al SIDA, constituye un grave problema de salud pública que merma la población mundial, sobre todo en África; la enfermedad cronicada afecta seriamente a la productividad, al desarrollo y al producto interior bruto de los países que lo padecen.

Vemos cómo se rompen los compromisos del milenio contra la pobreza y mejora de la salud de los pueblos, por culpa de guerras que cuyos contendientes pretenden, cada uno por su lado, acaparar las materias primas, como en el caso reciente y repetitivo del Congo.

El paludismo afecta a más de 300 millones de personas y genera un millón de muertos al año; o, si lo

prefieren, mata un niño en África cada treinta segundos. Son razones de peso para que los médicos conozcamos la clínica y el tratamiento, que paso a comentar, aunque lo que pretendo es sensibilizar más que otra cosa.

Todo proceso febril en personas procedentes de un lugar endémico es paludismo mientras no se demuestre lo contrario. Se suele acompañar de sudoración, escalofríos y sensación de frío. La incubación media es de 15 días y en el *P. malariae* se da la particularidad de que la primoinfección puede pasar inadvertida y reaparecer quince o veinte años después.

El diagnóstico es sencillo. La fiebre ya mencionada es habitualmente intermitente, cada 48 ó 72 horas; son las conocidas tercianas o cuartanas en el paludismo sin complicaciones. En el laboratorio la "gota gruesa" supera a otros métodos en eficacia y eficiencia. Hay tests rápidos, como el "QBC malaria test", y técnicas de inmunofluorescencia indirecta o técnicas inmunoenzimáticas ELISA.

Se acompaña de anemia constante, leuconutropenia en paludismo visceral, o leucocitosis con neutrofilia en niños, así como de trombopenia. En el paludismo grave, que podemos considerar como neuropaludismo, la encefalopatía febril con fiebre constante de más de 41 grados es de mal pronóstico, así como la pérdida del reflejo rotuliano y el coma. Puede presentarse oliguria por fallo renal. También hay subictericia con trasaminasas poco alteradas y albúmina baja. En los niños podemos confundir una convulsión febril con una encefalopatía palúdica por *P. falciparum*.

En el embarazo afortunadamente prácticamente no se transmite al recién nacido y éste además gozará de inmunidad durante los tres primeros meses; no

obstante, el paludismo materno y su anemia crónica aumentan el número de abortos, la mortalidad materna y la proporción de nacidos de bajo peso. Son varios los tratamientos que pueden ser empleados en el embarazo: quinina y clindamicina en el primer trimestre, y otros que no es necesario comentar en el resto del embarazo.

Entre los antipalúdicos actuales contamos con los naturales, como la quinina, a los que se suman el *ginghaosu* o derivados de la artemisa, el más conocido el *artemether* (Plasmotrim 200), y las aminoquinoleínas, como la cloroquina (Nivaquine, Resochin), o los aminoalcoholes, como la mefloquina (Lariam). Muy utilizados para el brote palúdico sin complicaciones son las biguanidas, como el proguanil asociado a *atovacuna* (Mallarone).

Antiguamente se utilizaba para prevención y tratamiento la quinina, que al ser empleada de forma continuada o no provocaba un proceso mortal, la fiebre biliar hemoglobinúrica con ictericia y fallo multiorgánico; se trata de un cuadro conocido por los anglosajones como fiebre *black water*, que no se produce con la utilización de las 4 aminoquinoleínas. Al conocer estas cosas descubrí que mi suegro falleció por paludismo en 1965 mientras se encontraba destinado por la UNESCO en el entonces Congo Belga.

Son importantes las campañas oficiales en los países epidémicos para la subvención de mosquiteras impregnadas con insecticida, de obligado uso en la zona para personas no inmunizadas: viajeros y nacidos de más de tres meses. Por tanto, es indispensable su utilización en el embarazo y en los niños.

La vacuna de Patarroyo constituye sin duda una enorme esperanza, con los inconvenientes de las diferencias antigénicas. Pero será necesaria la mentalización de la clase médica y de los gobernantes, y un serio compromiso de su parte, para que los fondos se dediquen a la investigación y a la aplicación de los mismos en campañas de tratamiento, en especial a mujeres embarazadas y a niños. A ello habrá que agregar un estricto control de la falsificación farmacológica, cuyas consecuencias en muchos casos son dramáticas.

El desarrollo de los pueblos depende de su salud.