

En este control se envió una preparación de una extensión de sangre periférica obtenida de un paciente de 43 años, que había regresado de Ruanda hacía dos semanas y que acudió al hospital con hipotensión y alteración del estado mental. Siete días antes había acudido a su médico de cabecera por un episodio de fiebre con escalofríos, tos y mialgias. Se le diagnosticó una bronquitis aguda, de la que fue tratado con azitromicina. Durante los tres días posteriores, tuvo crisis de fiebre y escalofríos al menos tres veces al día.

Cuando ingresó, tenía un hematocrito del 25%, 39.000 plaquetas/ μ l, elevado el tiempo de hemorragia y 20-25 hematíes por campo en orina. Desarrolló un *distress* respiratorio agudo y coma. Fue intubado y se le administró plasma y plaquetas. Una muestra de sangre periférica enviada al laboratorio de microbiología fue diagnóstica. Cuando se estaba planteando la exsanguinotransfusión, el paciente sufrió una parada cardíaca de la que no se pudo recuperar.

Se **solicitaba la identificación** del parásito(s) implicado(s), así como **formular los comentarios** oportunos.

El centro que actuó como referencia observó en las preparaciones la existencia de parasitación por *Plasmodium falciparum*. El grado de parasitación era elevado, del 3-4% según el laboratorio de referencia, el cual no observó gametocitos en la preparación. La tinción utilizada fue el método de Giemsa, técnica habitual en la mayoría de los laboratorios de microbiología clínica para el diagnóstico de los hemoparásitos.

Se recibieron 192 cuestionarios de los 204 enviados, lo que supone un porcentaje de participación del 94,1 %. De los 192 centros que responden, sólo uno no realiza el control pues comenta que su extensión estaba deteriorada. (Cuando eso ocurra, se aconseja contactar la secretaria de la SEIMC y se repondrá una nueva muestra rápidamente). Los resultados se resumen en la tabla siguiente:

Identificación	Nº	%
<i>Plasmodium falciparum</i>	152	79,6
<i>Plasmodium spp</i>	24	12,6
<i>Plasmodium malariae</i>	3	1,6
<i>Plasmodium vivax</i>	3	1,6
<i>Plasmodium ovale</i>	2	1,0
<i>P.falciparum- P.malariae</i>	2	1,0
<i>P.falciparum- P.ovale</i>	2	1,0
<i>P.falciparum- P.vivax</i>	2	1,0
<i>Babesia</i>	1	0,5
Total	191	100

134 centros (70,2%) especifican que el método utilizado para la identificación es la microscopía óptica de la muestra remitida, aunque en este Control se podría obviar dicho dato porque la muestra fue enviada ya preparada por el centro de referencia. Un centro sugiere que pediría sangre periférica para realizar detección de antígeno MRP-2 específico de *P. falciparum* para realizar diagnóstico precoz. Sólo 4 (2,1%) especifican como segundo método de identificación la historia clínica adjunta, aunque este porcentaje no es real ya que, aunque la mayoría no lo especifique hacen referencia en sus comentarios a la clínica del paciente como dato para llegar al diagnóstico de parasitación por *Plasmodium spp*. Dos centros (1,1%) remitieron la muestra a un laboratorio de referencia, en los dos casos para confirmación de su resultado que fue *P. falciparum*.

Los criterios para llegar a la identificación (en los centros que lo especifican) se basan fundamentalmente en las características morfológicas del parásito observado en la preparación. Estas características son: presencia de trofozoítos en anillo con doble cromatina, parasitación múltiple del hematíe y tamaño normal del hematíe. Los centros que responden *P. malariae* destacan entre las características morfológicas la presencia de hematíes de tamaño aumentado y las formas en banda de los trofozoítos observados. Los participantes que observan parasitación de dos especies de plasmodio encuentran estos dos tipos de características. Otro criterio para la identificación del parásito es la gravedad del cuadro clínico presentado y la procedencia geográfica (zona endémica de *P. falciparum* resistente a cloroquina). Tres centros comentan que debería realizarse diagnóstico diferencial con *Babesia spp.*, aunque lo descartan a favor de *P. falciparum* debido a la gravedad del caso y la región geográfica.

De los 24 participantes que identifican el parásito sólo en género hay que tener en cuenta que en sus comentarios 7 indican que probablemente se trata de *P. falciparum*, principalmente por la clínica, aunque también por alguna característica morfológica.

Respecto al grado de parasitación, 27 centros (14,1%) hacen referencia a la elevada parasitación en un rango entre 1-5 % y donde el valor modal se sitúa en el 5%.

Se valora satisfactoriamente el alto grado de identificación por parte de los centros participantes, sin recurrir al laboratorio de referencia, y en un control en el que el criterio fundamental de identificación son las características morfológicas del parásito observado.