



1900 - DIAGNÓSTICO INICIAL INCORRECTO DE MALARIA COMO PREDICTOR DE MALARIA GRAVE: ¿DEBEMOS CONCIENCIARNOS DE HACER UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

Nerea Castillo Fernández, Esmeralda Manzano López, Laura Castro Coca, Alejandro Moya Ruiz y Manuel Jesús Soriano Pérez

Hospital Universitario de Poniente, El Ejido, España.

Resumen

Objetivos: Describir la proporción y comparar las características de pacientes con malaria que reciben un diagnóstico alternativo inicial, así como analizar su asociación con el desarrollo de una malaria grave.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes Subsaharianos ingresados por malaria en el Hospital Universitario de Poniente desde 2010-2022. Las consultas realizadas en cualquier servicio sanitario tras comenzar los síntomas fueron recogidas. La malaria grave se definió según los criterios de la OMS y/o el ingreso en UCI. El análisis bivariado se realizó mediante chi cuadrado o test de Fisher para categóricas y mediante U Mann Whitney para variables cuantitativas. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística mostrando una $p = 0,435$ para el test de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 297 pacientes fueron ingresados por malaria. De ellos, en 137 (46,1%) no se sospechó el diagnóstico en la primera atención médica, recibiendo un diagnóstico alternativo erróneo. El diagnóstico inicial erróneo fue más frecuente en el ámbito extrahospitalario en comparación con los atendidos directamente en Urgencias hospitalarias (87,5 vs. 12,5%; $p < 0,001$). Dentro del ámbito extrahospitalario, el diagnóstico erróneo fue más frecuente en Urgencias extrahospitalarias que en Atención Primaria (84,2 vs. 15,8%, $p = 0,040$). La presencia de fiebre, dolor abdominal y cefalea, así como la coexistencia de 3 síntomas o más en el momento de la atención médica ($p < 0,001$) se asoció con una mayor probabilidad de diagnóstico inicial correcto de malaria. Los pacientes con diagnóstico inicial incorrecto presentaron un recuento de plaquetas significativamente menor ($106,8$ vs. $78,7 \times 10^3/\mu\text{L}$; $p < 0,001$) y un valor absoluto de proteína C reactiva más elevado ($8,7$ vs. $13,6$ mg/dL; $p < 0,05$). En el análisis multivariante, el diagnóstico erróneo inicial (OR ajustada = 2,323 [IC95% 1,078-5,007] $p = 0,031$) y la pandemia por SARS-CoV-2 (OR ajustada = 3,980 [IC95% 1,167-13,58] $p = 0,027$) fueron factores de riesgo independientes de desarrollar una malaria grave.

Conclusiones: Incluso en un área que atiende regularmente a un porcentaje elevado de población inmigrante de origen subsahariano y con un importante número de casos anuales de malaria, casi la mitad de los pacientes son diagnosticados de forma errónea en una primera atención médica. Esto

se relaciona significativamente con un mayor riesgo de desarrollar malaria grave de forma independiente y con un mayor retraso diagnóstico. Estos datos distan mucho del objetivo de la OMS sobre la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, siendo fundamental realizar una adecuada historia clínica incluyendo el antecedente epidemiológico de estancia en zona endémica. La pandemia por SARS-CoV-2 podría relacionarse con un mayor riesgo de malaria grave, aunque estos datos deben interpretarse con cautela dado el escaso número de pacientes diagnosticados por las restricciones y un probable infradiagnóstico de casos leves.