

Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia

Jorge Alberto Cortés^{a,b*}, Luis Felipe Romero-Moreno^b, Camila Andrea Aguirre-León^b, Laura Pinzón-Lozano^b, Sonia Isabel Cuervo^{b,c}

Resumen

El síndrome febril agudo se refiere a un conjunto de enfermedades que cursan con fiebre en el contexto de exposición en áreas tropicales y que constituyen un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias. Este artículo revisa el enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia y de las enfermedades más prevalentes o graves que lo causan. Se presenta el enfoque sindromático y se establece una revisión sucinta de los síntomas principales, signos de alarma, tratamiento, prevención y notificación en el sistema de vigilancia en salud pública.

Palabras clave: Síndrome febril agudo; Malaria; Dengue; Virus chikungunya; Hepatitis; Fiebre amarilla; Infecciones por rickettsia; Leptospirosis; Absceso hepático; Fiebre hemorrágica ébola

Clinical approach to acute febrile syndrome in Colombia

Abstract

Acute febrile syndrome refers to a group of diseases with fever as a main symptom, in a context of living in or having been exposed to tropical climates. It is a frequent cause for consultation in the emergency room. This paper reviews the clinical approach to acute febrile syndrome and the most prevalent or severe causes. We present the syndromatic approach to the patient and a short review of the main symptoms, alarm signs, treatment, prevention and notification to the public health surveillance system of the most frequent causes.

Keywords: Acute febrile syndrome; Malaria; Dengue; Chikungunya virus; Hepatitis; Yellow fever; Rickettsia infections; Leptospirosis; Liver abscess; Hemorrhagic fever ebola

Introducción

Colombia es un país ubicado en el trópico y endémico para distintas enfermedades febriles agudas de origen infeccioso, de las cuales, en el caso de malaria se puede realizar un diagnóstico oportuno y rápido, no así en las otras causas de síndrome febril no palúdico, por lo que quedan sin diagnóstico etiológico claro. A pesar del intento de la OMS por generar algoritmos diagnósticos y terapéuticos en la enfermedad febril aguda, todavía existe mucha confusión acerca del enfoque y manejo del paciente con fiebre sin foco aparente en el servicio de urgencias y, más aún, en su seguimiento hospitalario e incluso ambulatorio¹⁻³.

Se define síndrome febril agudo (SFA) como el estado mórbido con inicio repentino de fiebre, de menos de 7 días de

evolución, en pacientes entre 5 y 65 años, en los cuales no se hayan identificado signos ni síntomas relacionados con un foco infeccioso aparente⁴. Actualmente, en Colombia existen más de 60 enfermedades infectocontagiosas consideradas de interés en salud pública, con un comportamiento endemoepidémico en más del 85% del territorio nacional, que se manifiestan a través de SFA⁵. Debido a la diversidad de enfermedades causantes y a la posibilidad de que el cuadro corresponda a un caso de malaria, dengue, rickettsiosis u otras enfermedades potencialmente letales y de importancia en salud pública, es muy importante para el médico colombiano tener la capacidad de abordar los casos para garantizar una atención apropiada y una selección de las pruebas diagnósticas apropiadas, con las limitaciones usuales en nuestro medio, y de tomar las decisiones terapéuticas en un tiempo razonable.

a Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

b Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

c Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas en Cáncer y Alteraciones Hematológicas, GREICAH, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.,

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jacortesl@unal.edu.co, jorgecortes@yahoo.com (J.A. Cortés).

Recibido: 25/08/2015; Aceptado: 20/11/2015

Cómo citar este artículo: Cortés JA, et al. Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia. Infectio. 2016.

- Suputtamongkol Y, Chierakul W, et al. Fool's gold: Why imperfect reference tests are undermining the evaluation of novel diagnostics: A reevaluation of 5 diagnostic tests for leptospirosis. *Clin Infect Dis*. 2012;55:322-31.
21. Vijayachari P, Sugunan AP, Shriram AN. Leptospirosis: An emerging global public health problem. *J Biosci*. 2008;33:557-69.
 22. Ministerio de Salud y Protección Social. La hepatitis A es una enfermedad ligada a la pobreza y el subdesarrollo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. p. 1-8.
 23. Trepo C, Chan HL, Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet*. 2014;384:2053-63.
 24. Gardner CL, Ryman KD. Yellow fever: A reemerging threat. *Clin Lab Med*. 2010;30:237-60.
 25. Villar LA, Rojas DP, Besada-Lombana S, Sarti E. Epidemiological trends of dengue disease in Colombia (2000-2011): A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9:e0003499.
 26. INS. Boletín Epidemiológico Semanal N.º53. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2014. p. 1-45.
 27. Restrepo BN, Beatty ME, Goetz Y, Ramirez RE, Letson GW, Diaz FJ, et al. Frequency and clinical manifestations of dengue in urban Medellín, Colombia. *J Trop Med*. 2014;2014:872608.
 28. Malagón JN, Padilla JC, Rojas Alvarez DP. Guía de atención clínica integral del paciente con dengue. *Infectio*. 2011;15:293-301.
 29. Quintero JC, Hidalgo M, Rodas JD. Rickettsiosis, una enfermedad letal emergente y re-emergente en Colombia. *Univ Sci*. 2012;17:82-99.
 30. Faccini-Martinez AA, Garcia-Alvarez L, Hidalgo M, Oteo JA. Syndromic classification of rickettsioses: An approach for clinical practice. *Int J Infect Dis*. 2014;28:126-39.
 31. Hidalgo M, Faccini-Martinez AA, Valbuena G. Rickettsiosis transmitida por garrapatas en las Américas: avances clínicos y epidemiológicos, y retos en el diagnóstico. *Biomédica*. 2013;33(Suppl 1):161-78.
 32. Bello S, Rodríguez F. Manual de procedimientos para el diagnóstico por laboratorio de Rickettsiosis. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2011. p. 1-19.
 33. Yañez E, Mattar S, Durango A. Determinación de *Salmonella* spp. por PCR en tiempo real y método convencional en canales de bovinos y en alimentos de la vía pública de Montería, Córdoba. *Infect*. 2008;12:246-53.
 34. Wain J, Hendriksen RS, Mikoleit ML, Keddy KH, Ochiai RL. Typhoid fever. *Lancet*. 2015;385:1136-45.
 35. Crump JA, Luby SP, Mintz ED. The global burden of typhoid fever. *Bull World Health Organ*. 2004;82:346-53.
 36. Franco DA. Putting *Salmonella* contamination in perspective. *Clinical infectious diseases*. 2003;36:933-4, author reply 4-5.
 37. Carrilloñañez L, Cuadra Urteaga JL, Canelo-Aybar C, Pintado Caballero S, Gil Fuentes M. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Rev Gastroenterol Peru*. 2010;30:46-51.
 38. Cosme A, Ojeda E, Zamarreno I, Bujanda L, Garmendia G, Echeverría MJ, et al. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102:90-9.
 39. Mezhir JJ, Fong Y, Jacks LM, Getrajdman GI, Brody LA, Covey AM, et al. Current management of pyogenic liver abscess: Surgery is now second-line treatment. *J Am Coll Surg*. 2010;210:975-83.
 40. Pinilla AE, Lopez MC, Castillo B, Murcia MI, Nicholls RS, Duque S, et al. Aproximación diagnóstica al absceso hepático. *Rev Med Chile*. 2003;131:1411-20.
 41. Viasus D, Pinilla A, Lopez MC. Inmunología del absceso hepático amebiano. *Rev Salud Pública*. 2004;6:80-96.
 42. Montero A. Chikungunya - Una nueva amenaza global. *Med Clin*. 2014.
 43. Rodríguez-Morales AJ, Villamil-Gomez W, Merlano-Espinosa M, Simone-Kleber L. Post-chikungunya chronic arthralgia: A retrospective follow-up study of 39 cases in Colombia. *Clin Rheumatol*. 2015.
 44. Hoz JM, Bayona B, Viloria S, Accini JL, Juan-Vergara HS, Viasus D. Fatal cases of Chikungunya virus infection in Colombia: Diagnostic and treatment challenges. *J Clin Virol*. 2015;69:27-9.
 45. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la atención clínica integral de pacientes con Chikungunya en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2015. p. 1-20.
 46. Musso D, Cao-Lormeau VM, Gubler DJ. Zika virus: Following the path of dengue and chikungunya. *Lancet*. 2015;386:243-4.
 47. Pino LE, Salina JE, López MC. Descripción de un brote epidémico de toxoplasmosis aguda en pacientes inmunocompetentes miembros de las fuerzas militares de Colombia durante operaciones de selva. *Infectio*. 2009;13:83-91.
 48. Sepulveda-Arias JC, Gomez-Marin JE, Bobic B, Naranjo-Galvis CA, Djurkovic-Djakovic O. Toxoplasmosis as a travel risk. *TravMed Infect Dis*. 2014;12:592-601.
 49. Solano-Iturri G, Pérez-Velásquez C, Solano-López D, Miguel-de la Villa F. Fiebre sin foco en viajeros: a propósito de un caso. *Gac Méd Bilbao*. 2010;107:8-11.
 50. Gómez-Moreno J. Fiebre en el viajero: actuación en urgencias. *Emergencias*. 2004;16:152-61.