

## MANEJO CLINICO DEL SINDROME FEBRIL A LA VUELTA DEL TRÓPICO

Dr. Diego Torrús Tendero. Unidad de Referencia de Enfermedades Importadas y Salud Internacional, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante. Profesor Asociado Área de Parasitología, Universidad Miguel Hernández. Director Oficina Cooperación Internacional, Colegio Oficial de Médicos de Alicante.

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los viajeros procedentes de regiones tropicales y subtropicales después de la diarrea, afectando a un 10-20% de los mismos. Las infecciones causan la gran mayoría de las fiebres en el viajero, aunque son responsables sólo del 2-3% de la mortalidad durante los viajes. Son muchas las causas responsables de fiebre en el viajero pero unas pocas entidades agrupan el 80% de los casos. La fiebre suele presentarse antes de dos semanas de la fecha de retorno pero en alrededor del 10% de los casos lo hace incluso después de seis meses<sup>6</sup>. Muchos de estos viajeros acuden a los servicios de urgencias hospitalarios en primera instancia, sobre todo cuando la enfermedad causal tiene un período de incubación corto y los síntomas se presentan de forma aguda antes o durante el viaje de vuelta. A parte del especialista en medicina tropical o del viajero, los médicos a menudo se encuentran inseguros cuando se enfrentan a un síndrome febril importado porque no suelen tener suficientes conocimientos sobre enfermedades tropicales y se encuentran confusos ante el amplio diagnóstico diferencial y las numerosas pruebas complementarias que pueden ser utilizadas. Además, saben que algunas enfermedades tropicales pueden ser graves y potencialmente mortales cuando no son diagnosticadas y tratadas correctamente a tiempo, tales como la malaria, la fiebre tifoidea o la leptospirosis.

A este respecto deben tenerse en cuenta los siguientes puntos clave: 1. A menudo se trata de una infección común (respiratoria, urinaria, viriasis,...) pero siempre hay que descartar una posible y grave infección que ponga en peligro la vida; 2. Si el paciente procede de áreas donde existe transmisión palúdica debe suponerse que la fiebre es paludismo mientras no se demuestre lo contrario; 3. El objetivo en la evaluación inicial no va a ser llegar a un diagnóstico de certeza en todos los casos, sino reconocer o descartar enfermedades que tienen una elevada morbimortalidad (malaria, fiebre tifoidea, tífus) o que representan un peligro para la salud pública (fiebre hemorrágica viral, tuberculosis); 4. La fiebre puede comenzar meses e incluso años después del regreso y estar relacionada con el viaje; 5. Se debe preguntar por antecedentes de viaje a todos los enfermos febriles, ya que si éste ha tenido lugar meses atrás el paciente puede no considerarlo relevante; y 6. Pueden existir casos de *infecciones tropicales* sin antecedentes de viaje, como es el caso de la malaria de los aeropuertos.

La aproximación inicial se basa en cruzar los resultados de la aplicación del método clínico habitual con ciertos conocimientos epidemiológicos y con el periodo de incubación de los distintos procesos, de manera que la larga lista de causas quede reducida a unas pocas posibilidades. En la anamnesis, además de la historia clínica general, será importante concretar los siguientes puntos: destino, vacunaciones que se han efectuado previamente, quimioprofilaxis antipalúdica, exposiciones y actividades, periodo de incubación, síntomas y hallazgos físicos coexistentes, duración y patrón de la fiebre y signos de gravedad clínica. Teniendo todo esto en cuenta podremos estimar las probabilidades de las distintas causas del síndrome febril así como la necesidad de atención urgente, de hospitalización, de las pruebas complementarias a realizar y de la necesidad de un tratamiento empírico.

A cualquier viajero con fiebre procedente de un área endémica de malaria se le deben practicar pruebas para descartar esta enfermedad. El paludismo grave y complicado, fundamentalmente por *Plasmodium falciparum*, suele afectar a personas no inmunes, como es el caso de los viajeros, y se debe la mayor parte de las veces a un retraso en el diagnóstico o a un tratamiento incorrecto. Además del frotis de sangre periférica es muy recomendable realizar gota gruesa, ya que aumenta la sensibilidad diagnóstica, y un test rápido de detección de antígenos de *Plasmodium* para disponer rápidamente del resultado. Tan pronto como uno de los tests sea positivo e independientemente de la especie de *Plasmodium* el médico debe decidir si es necesaria la hospitalización y administrar el tratamiento antipalúdico más apropiado, dependiendo de la gravedad, de la especie y del grado de parasitemia, del origen de la infección, de las potenciales contraindicaciones y de las recomendaciones terapéuticas nacionales. Un problema frecuente es que los resultados de las pruebas de malaria pueden demorarse bastante tiempo debido principalmente a la falta de experiencia de los microscopistas de nuestros laboratorios. Cuando esta demora es mayor de 3 horas y no ha sido documentado otro diagnóstico se debe administrar tratamiento antimalárico empírico, si la probabilidad de malaria es alta (procedencia de área geográfica endémica de malaria o plaquetas < 150.000/ml o BT > 1 mg/dl).