

# DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN  
DE  
SALUD PÚBLICA

## BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN  
PARA LA ACCIÓN



Dirección Seccional  
de Salud de Antioquia

## BROTE DE SINDROME FEBRIL HEMORRÁGICO MUNICIPIO DE NECOCLI - ANTIOQUIA

En la primera semana del mes de marzo de 2006 se notificó tanto al Ministerio de la Protección Social como a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, por parte del Ejército Nacional de Colombia sobre la ocurrencia de tres casos fatales de síndrome febril hemorrágico con compromiso pulmonar agudo en un batallón de 38 soldados campesinos que patrullaban el municipio de Necoclí, Antioquia. Casos con un cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en fiebre, cefalea, dolor retroocular, artralgia, mialgias, dolor abdominal, vómito, diarrea, síndrome de dificultad respiratoria del adulto que evolucionó de manera aguda a muerte. Los tres casos presentaron taquicardia, choque, trombocitopenia, leucopenia y uno de ellos presentó cuadro convulsivo antes de su deceso.

Con base en esta información se contactó a la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Urabá, ubicado en el Municipio de Necoclí, Antioquia, donde informaron la presencia de un primer caso fatal de síndrome febril hemorrágico con compromiso pulmonar agudo en el hermano de un soldado campesino el 3 de marzo de 2006 y la ocurrencia de casos sospechosos vivos remitidos a hospitales de tercer nivel (Hospital Militar de Bogotá, Hospital General Medellín, Hospital Universitario San Vicente Paúl de Medellín, Hospital San Jerónimo de Montería). Además del cuadro clínico antes descrito, se observaron en algunos de ellos manifestaciones gastrointestinales, neurológicas y renales.

Desde el punto de vista epidemiológico, se trabajó con diferentes hipótesis, la información clínica, conjunto con la proveniente de la investigación epidemiológica de campo permitió establecer como diagnósticos diferenciales dengue, malaria, fiebre amarilla, hepatitis viral, hantavirus, leptospirosis, entre otras.

A la fecha, el Instituto Nacional de Salud, el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, el Instituto Colombiano Agropecuario, el CIDEIN de Cali, el Instituto Colombiano de Medicina Tropical ICMT de Medellín y los laboratorios de apoyo internacional (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta – CDC, Estados Unidos, e Instituto de Salud Pública, Chile), han realizado una serie de pruebas diagnósticas de los posibles agentes etiológicos que expliquen el brote (dengue, malaria, fiebre amarilla, adenovirus, hepatitis (A,B,C,D,E), encefalitis equina venezolana, hantavirus, influenza virus, citomegalovirus, leptospira, rickettsia y otros arena virus), lográndose identificar como agente causal de un porcentaje considerable de los casos a *Rickettsia rickettsii* y la circulación en la zona de otros agentes como dengue y leptospira.

Debido a que en el brote de Necoclí se han logrado confirmar casos como Rickettsia, El Ministerio de la Protección Social, consideró importante realizar la caracterización clínica del evento. Por esta razón se hizo necesario establecer un protocolo de vigilancia en salud pública para síndromes febriles, que de orientación frente a las acciones de prevención, atención y control, que sólo se aplicará inicialmente, para los casos procedentes del municipio de Necoclí – Antioquia.

Ante la confirmación por el laboratorio del CDC de Atlanta de 7 casos de 14 estudiados para *Rickettsia rickettsii*, se decide en el protocolo del síndrome febril definir la enfermedad como Fiebre Manchada.

*Rickettsia rickettsii* es transmitida a los humanos por muchas especies de garrapatas y específicamente en Centro y sur América por *Amblyoma cajennense*.

Las enfermedades transmitidas por garrapatas se reportan mensualmente durante todo el año en Estados Unidos, aunque el 90 - 93% de los casos ocurre durante el período de abril a septiembre, coincidiendo con el pico de ataque de las garrapatas a los humanos. Se presentan con

mayor frecuencia en hombres, probablemente por exposición ocupacional al hábitat de las garrapatas. Estudios previos reportan altas tasas de incidencia en menores de 10 años. Sin embargo datos más recientes (2003) demuestran alta incidencia específica para fiebre manchada en el grupo de edad de 40-64 años.

Los signos y síntomas iniciales de las fiebres manchadas son inespecíficos y se parecen a los de otras enfermedades infecciosas y no infecciosas. La mayoría de los pacientes acuden al médico durante los primeros 2 a 4 días de enfermedad. Luego de un período de incubación de aproximadamente 5 a 10 días luego de ser picado por una garrapata.

Los síntomas iniciales comúnmente incluyen fiebre de inicio súbito, escalofrío y dolor de cabeza, asociados a malestar general y mialgias. En adultos se puede observar fotofobia. También pueden referir en la fase temprana de la enfermedad, náuseas, vómito, y anorexia. Puede ocurrir ocasionalmente diarrea. Otros signos y síntomas frecuentemente observados en niños son dolor abdominal, alteración del estado de conciencia, e inyección conjuntival.

Ciertos hallazgos están descritos en la literatura pero en la clínica se observan menos como edema periorbitario bilateral, edema del dorso de manos y pies. Como los signos y síntomas son inespecíficos inicialmente es importante tener en cuenta la historia epidemiológica y otras características paraclínicas relevantes.

El rash también se ha asociado como hallazgo importante, típicamente aparece 2 a 4 días luego del inicio de la fiebre; sin embargo la mayoría de los pacientes consultan antes de este período y ocurre más tempranamente en los niños que en los adultos siendo observado en aproximadamente el 90 % de los casos de niños.

Típicamente comienza como máculas rosadas pequeñas en los tobillos, muñecas, o antebrazos que evolucionan a

maculopápulas. En la mitad de los casos puede evolucionar a petequias en los siguientes días y expandirse e involucrar el cuerpo entero, incluyendo palmas y plantas, pero su presencia en la cara es usualmente limitada. Discernirlo en personas de piel oscura puede ser difícil. El petequial generalizado o manchado usualmente no es aparente hasta el quinto a sexto día de la enfermedad y significa progresión de la enfermedad.

Ante un síndrome clínico similar es importante determinar claramente a través de la historia clínica:

- Historia de exposición o picadura por garrapata.
- Viaje reciente a áreas endémicas
- Enfermedad similar en otros miembros de la familia, compañeros de trabajo o mascotas.

Todo caso sospechoso se manejará así:

#### PRIMER O SEGUNDO NIVEL

- Anamnesis para identificar factores de riesgo eco-epidemiológico y nexos con casos sospechosos o confirmados.
- Diligenciamiento de historia clínica completa (Resolución 1995/99).
- Observación intrahospitalaria y medidas de soporte.
- **Notificación** de la presencia de casos sospechosos inmediata a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
- Curva térmica y control horario estricto de signos vitales, balance de líquidos y oximetría de pulso.
- Evaluación horaria del paciente y registro en la historia clínica.
- Cuadro hemático completo, extendido de sangre periférica y control cada seis horas para identificar la presencia de hemoconcentración (aumento del 20%) y formas inmaduras.

- Recuento de plaquetas iniciales y control cada seis horas para observar la presencia de trombocitopenia.
- Realización de gota gruesa.
- Radiografía de tórax vertical y lateral para identificar la presencia de infiltrados intersticiales y derrame pleural bibasal.
- Realización de otros paraclínicos complementarios: pruebas de función hepática, pruebas de función renal, pruebas de coagulación, electrolitos.
- En todo caso que ingrese al primer y segundo nivel de atención **se deberá tomar siempre una muestra de sangre para remisión al laboratorio de salud pública departamental. Suero y Sangre total.**
- En todo paciente con una historia compatible con Rickettsiosis o Leptospirosis en quien se observe leucopenia y trombocitopenia o anomalías metabólicas, se debe iniciar terapia antibiótica oral mientras se obtienen resultados de laboratorio para otros agentes. El tratamiento antibiótico apropiado debe ser iniciado inmediatamente ante cualquier sospecha de Rickettsiosis basada en la clínica, los laboratorios o los hallazgos epidemiológicos.
- Se debe realizar inspección corporal buscando evidencias de picaduras por garrapatas e indagar por el antecedente exposicional.
- **La doxiciclina** es el medicamento de elección en niños y adultos. Esta droga es un bacteriostático y la dosis recomendada es 100 mg por dosis administrada dos veces al día para adultos o 2.2 mg/kg de peso administrada dos veces al día para niños con peso menor a 45.4 Kg, para el caso específico de Rickettsia y debe ser iniciado tempranamente ante la sospecha clínica.
- Remitir a tercer nivel a todo paciente sospechoso con empeoramiento de su estado hemodinámico, respiratorio, renal, neurológico en quien no se logre comprobar la causa de su

- cuadro clínico (ver criterios de exclusión)
- Todo caso remitido debe anexar hoja de remisión (resumen de historia clínica) y copia de exámenes paraclínicos realizados.
- Los casos que no sean remitidos deben observarse hasta cuando exista recuperación completa del cuadro clínico y la confirmación de un diagnóstico.
- En caso de fallecimiento es obligatorio realizar necropsia y remitir muestras representativas de todos los órganos al laboratorio de patología del INS (Decreto 786 de 1990 – Ley 9 de 1979).

### TERCER NIVEL

- Anamnesis de todo paciente sospechoso admitido o remitido para identificar factores de riesgo eco-epidemiológico y nexos con casos sospechosos o confirmados
- Diligenciamiento de historia clínica completa (Resolución 1995/99)
- Medidas de soporte generales y específicas. En caso de ser necesario: soporte inotrópico y ventilatorio.
- **Notificación** de la presencia de casos sospechosos inmediata a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
- Curva térmica y control horario estricto de signos vitales, balance de líquidos y oximetría de pulso.
- Evaluación horaria del paciente y registro en la historia clínica.
- Control y realización de los paraclínicos complementarios requeridos.
- En todo caso **se deberá tomar siempre una muestra de sangre (inicial o de control) para remisión a laboratorio de salud pública departamental** para iniciar el estudio

- etiológico o comprobar seroconversión.
- En todo paciente con una historia compatible con Rickettsiosis o Leptospirosis en quien se observe leucopenia y trombocitopenia o anomalías metabólicas, se debe iniciar terapia antibiótica oral mientras se obtienen resultados de laboratorio para otros agentes. El tratamiento antibiótico apropiado debe ser iniciado inmediatamente ante cualquier sospecha de Rickettsiosis basada en la clínica, los laboratorios o los hallazgos epidemiológicos. Adicionalmente se debe realizar inspección corporal buscando evidencias de picaduras por garrapatas e indagar por el antecedente exposicional.
- La doxiciclina es el medicamento de elección en niños y adultos. Esta droga es un bacteriostático y la dosis recomendada es 100 mg por dosis administrada dos veces al día para adultos o 2.2 mg/kg de peso administrada dos veces al día para niños con peso menor a 45.4 Kg, para el caso específico de Rickettsia y debe ser iniciado tempranamente ante la sospecha clínica.
- Todo caso remitido debe anexar hoja de remisión (resumen de historia clínica) y copia de exámenes paraclínicos realizados.
- Los casos que no sean remitidos deben observarse hasta cuando exista recuperación completa del cuadro clínico y la confirmación de un diagnóstico.
- En caso de fallecimiento es obligatorio realizar necropsia y remitir muestras representativas de todos los órganos al Laboratorio Departamental de Salud Pública y de allí al laboratorio de patología del INS (Decreto 786 de 1990 – Ley 9 de 1979).