

## Colombia

En el país se lleva a cabo la notificación semanal de 21 eventos y la vigilancia intensificada de 53 enfermedades transmisibles. De los hallazgos surgen las recomendaciones para la configuración del caso y la información; el análisis de la información y la orientación de la acción. Asimismo, el árbol de decisiones está basado en un algoritmo que permite el tamizaje de potenciales diagnósticos diferenciales.

En 1998 se inició un proyecto para la vigilancia sindrómica de la enfermedad febril aguda (SFA). Estaba destinado a establecer algoritmos basados en exámenes de laboratorio para la determinación etiológica del síndrome febril agudo, a partir de sus manifestaciones clínicas.

La población en que se llevó a cabo el proyecto fue de 1.500 pacientes con SFA, usuarios de servicios de urgencia de 22 hospitales locales, unidades centinelas localizadas en el norte y centro del país. Se incluyó pacientes con SFA o antecedentes de fiebre en los últimos 4 días, que no hubiesen viajado fuera de la zona en los últimos 20 días antes del comienzo de la enfermedad febril. Se excluyó del estudio a los niños menores de 5 años de edad, a los pacientes ya hospitalizados al tiempo de aparición de fiebre, la existencia de una patología evidente que cursara con fiebre, turistas, o la previsión de un viaje que impidiera el seguimiento.

Cada unidad centinela debía cumplir con una cuota de individuos a ser incluidos en el estudio. Todos los casos deberían tener información clínica básica, factores de riesgo relacionados con enfermedades infecciosas agudas, resultados del laboratorio en la fase aguda y convalescente (Figuras 31 y 32) y deberían ser seguidos por un período de 7 a 14 días.

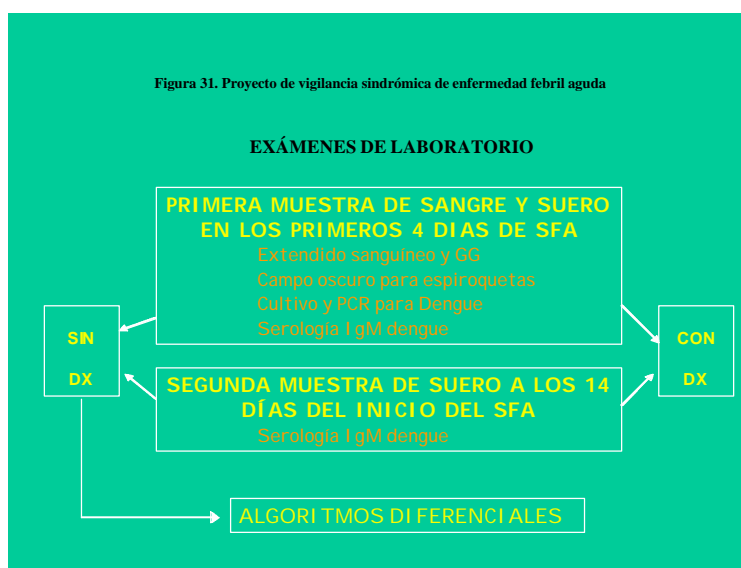
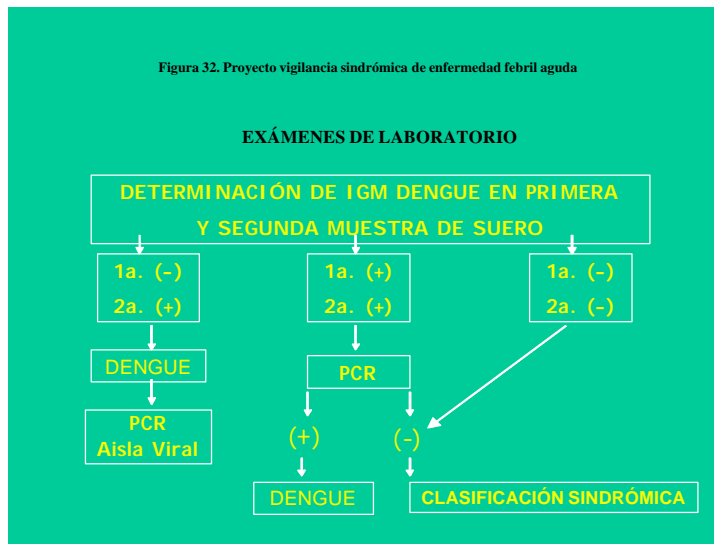


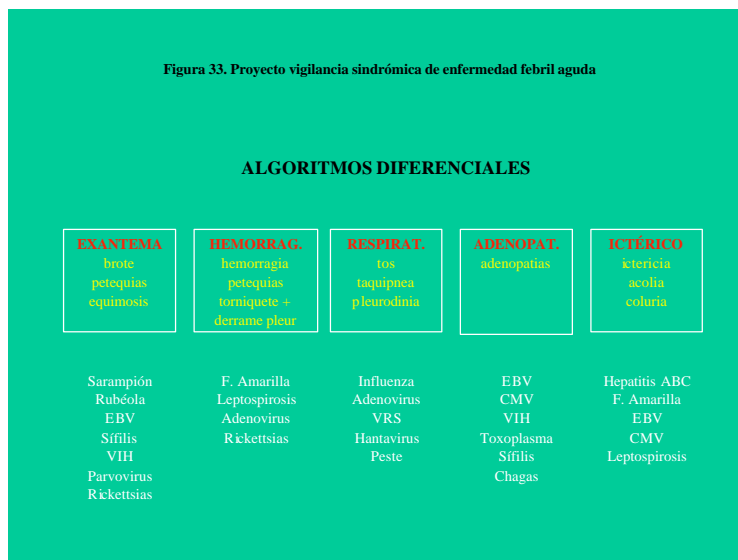
Figura 32. Proyecto vigilancia sindrómica de enfermedad febril aguda



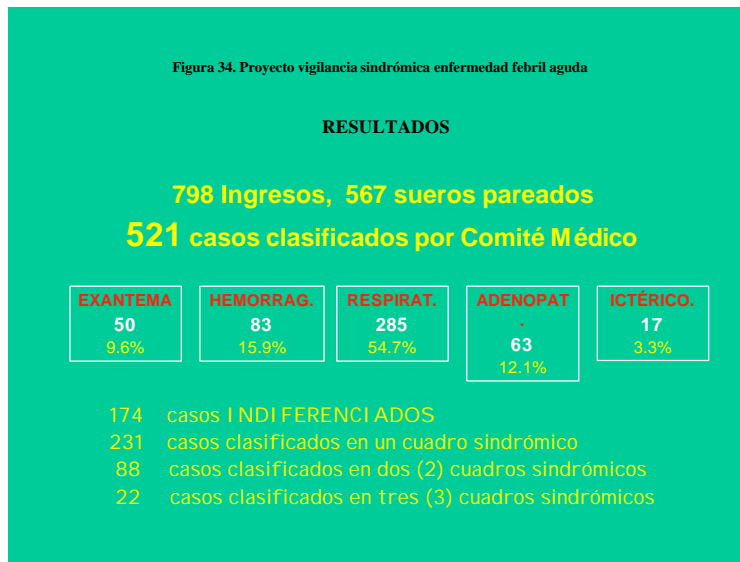
Durante la ejecución del proyecto se detectaron varios problemas. En ocasiones faltó precisión en los diagnósticos, por variaciones del observador, múltiples examinadores, o sesgos de clasificación. En oportunidades, faltó adherencia de los pacientes, no se cumplieron los criterios de inclusión y/o exclusión y además hubo 25% de pérdidas. Asimismo, los problemas en el reclutamiento de casos durante períodos epidémicos y/o sesgos de selección se pueden relacionar con la pérdida de sensibilidad y especificidad del/los algoritmo(s) utilizados. Asimismo, hubo problemas logísticos originados en un exceso de unidades centinelas lo que dificultó el monitoreo y seguimiento y produjo un incremento de los costos.

En la figura 33 se muestran los distintos algoritmos clínicos que debían ser tenidos en cuenta y la posible etiología. Al final se contabilizaron 798 ingresos y 567 sueros pareados. El Comité Médico clasificó 521 casos, más de 50% de ellos, como respiratorios.

Figura 33. Proyecto vigilancia sindrómica de enfermedad febril aguda



Los resultados fueron 174 casos indiferenciados; 231 clasificados en un cuadro sindrómico; 88 en dos, y 22 casos en tres (Figura 34).



Los resultados de la correlación entre el diagnóstico de dengue, malaria e influenza y el signo clínico predominante se describen en la figura 35. Por ejemplo, 74 de los 134 pacientes con dengue tuvieron síntomas respiratorios y lo mismo ocurrió con 15 de los 27 pacientes con influenza. La concordancia, sensibilidad, especificidad y valor predictivo entre los diagnósticos clínicos y el hallazgo de laboratorio sugieren que todavía hay que refinar aún más el diagnóstico clínico.



La situación epidemiológica del país, sobre todo por la diseminación del vector *Aedes aegypti* y el potencial peligro de fiebre amarilla (FA), hizo que se considerara

necesario establecer un sistema de vigilancia centinela (5 centros) para enfermedades febriles transmitidas por vectores. El énfasis fue en dengue, fiebre amarilla y malaria en los Departamentos de Caquetá, Putumayo, Nariño, Valle y Guajira\*.

La vigilancia clínica estuvo dirigida a febriles agudos,  $>38^{\circ}\text{C}$  oral, al menos uno de los siguientes síntomas: cefalea, mialgias, ictericia, sangrado, escalofríos, sudoración y dolores osteomusculares; de menos de 5 días de evolución;  $>5$  años de edad; y más de 10 días en áreas endémicas para FA, dengue y malaria. Esta vigilancia se combinó con exámenes histopatológicos, hematológicos y una vigilancia entomológica vectorial. No se incluyó en la vigilancia aquellos pacientes con una causa visible de la enfermedad febril (por ejemplo infección urinaria; placas purulentas en la garganta; signos manifiestos de infección respiratoria como tos húmeda, sibilancias o roncus a la auscultación, infecciones del sistema nervioso central, otitis media).

El uso del síndrome febril como alerta permitiría:

- Detectar de manera precoz la circulación de los virus dengue y FA, y del parásito *Plasmodium*;
- Establecer los serotipos circulantes de dengue en esos sitios;
- Realizar búsqueda activa de dengue serotipo 3 por el laboratorio;
- Medir la proporción de cuadros febriles producidos por estos agentes en las áreas identificadas para el estudio, por parte de cada departamento participante;
- Correlacionar con los índices de infestación aélicos y distribución de los vectores de malaria y fiebre amarilla selvática en las poblaciones donde se desarrolle la vigilancia centinela;
- Establecer causa de mortalidad en pacientes que fallezcan con cuadro agudo de fiebre, fiebre e ictericia, fiebre y vómito con sangre, fiebre y escalofríos, fiebre y sudoración por medio de virología (IgM-FA, aislamiento viral para dengue y fiebre amarilla) e histopatología (viscerotomía), por parte ecada uno de los departamentos.

La situación epidemiologica en el área justificaba la implementación de medidas que potencialmente permitieran la detección rápida de enfermedades febriles y como respuesta a esa detección, la ejecución de medidas de control.