



Medicent Electrón. 2026;30:e4346

ISSN 1029-3043

Artículo Especial

## **El síndrome febril agudo inespecífico y las infecciones por arbovirus (emergentes y reemergentes)**

Nonspecific acute febrile syndrome and arbovirus infections (emerging and reemerging)

Gerardo Álvarez Álvarez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3066-8223>

Marcos Chaviano Carballea<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4743-803X>

Esteban Roig Caraballo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000/0003-1575-1301>

Giordano Serrano Morales<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-2616-8590>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [gerardoaa@nauta.cu](mailto:gerardoaa@nauta.cu)

### **RESUMEN**

El síndrome febril agudo inespecífico resulta extremadamente complejo, importante y frecuente, dado que múltiples enfermedades transitan por su estadio. Por lo cual, el objetivo del trabajo es abordar sus elementos fundamentales, su epidemiología clínica, su etiología y su diagnóstico, para ofrecer un diagnóstico lo más certero posible. El médico debe agotar los recursos de orden epidemiológico y clínicos, incluso, aunque las pruebas auxiliares diagnósticas sean el elemento confirmatorio definitivo. Sin embargo, en muchas ocasiones, estas no están al



alcance de la atención primaria de salud u otras instituciones sanitarias. Se realizó un abordaje exploratorio de las principales claves para el reconocimiento clínico de algunas de las entidades (de curso agudo y presunta etiología viral), que se presentan con mayor frecuencia en nuestro medio, sin obviar que varias enfermedades de curso subagudo o crónico, incluyendo la fiebre de origen desconocido, tienen un período que pueden llevar a confusión.

**DeCS:** fiebre por causa desconocida; epidemiología clínica; diagnóstico.

### **ABSTRACT**

Nonspecific acute febrile syndrome is extremely complex, important and frequent given that multiple diseases go through this stage. Therefore, the objective of the work is to address its fundamental elements, clinical epidemiology, etiology and diagnosis in order to offer an accurate diagnosis as much as possible. The doctor must exhaust epidemiological and clinical resources even if auxiliary diagnostic tests are the definitive confirmatory elements. However, these are not always within the reach of primary health care or other health institutions. An exploratory approach was carried out on the main keys for the clinical recognition of some of the entities that frequently occur in our environment (acute course and presumed viral etiology) without forgetting that several diseases with a subacute or chronic course including fever of unknown origin have a period that can lead to confusion.

**MeSH:** fever of unknown origin; clinical epidemiology; diagnosis.

Recibido: 24/09/2025

Aprobado: 7/11/2025



## INTRODUCCIÓN

*...la fiebre constituye un magnífico indicador  
de la reactividad orgánica...*

Anónimo

El síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) es extremadamente frecuente y complejo. Múltiples y variadas entidades clínicas (agudas, subagudas o crónicas, banales o benignas y graves) transitan por este estadio. En este sentido, el profesional se enfrenta a un desafío cuando esta entidad aparece y de ello depende el diagnóstico más certero, aun al considerar que disímiles enfermedades son autolimitadas y no tienen trascendencia en el orden clínico.

La fiebre es la manifestación más común, universal y conocida de enfermedad. Su presencia ha sido registrada por los más profanos. Las observaciones de Wunderlich establecieron la normalidad de la temperatura corporal alrededor de los 37° C, con un rango de variación entre 35,2 y 37,8 (mecanismos de termogénesis y termólisis). Estos límites se presentan en los márgenes de variabilidad de un parámetro biológico continuo, en este caso, sometido a cambios fisiológicos como el ritmo circadiano (que establece el nadir de la temperatura corporal hacia las 6 am y el cenit entre las 4 y 6 pm).

Aunque es un signo inequívoco de enfermedad, es oportuno aclarar, que no siempre su causa es de origen infecciosa. Se debe recordar, que la variación diurna de la fiebre matinal, en vez de la vespertina y al invertirse el ritmo circadiano, sugiere tuberculosis miliar.<sup>(1,2)</sup> Asimismo, debe considerarse que el síndrome febril agudo inespecífico y la hiperpirexia no son sinónimos. Este último término debe utilizarse para elevaciones térmicas por encima de 41°C, asociadas generalmente a infecciones graves o alteraciones del sistema nervioso central (SNC). Mientras, la hipertermia obedece o traduce un fracaso en la



termorregulación, lo que ocasiona una elevación de la temperatura (golpe de calor, síndrome neuroléptico maligno o disautonomía con dificultad para eliminar el calor).

## DESARROLLO

La fiebre se define como una elevación de la temperatura corporal, medida en cavidad oral, por encima de los 37,2° C en la mañana y de los 37,7 ° C en la tarde. La temperatura axilar es aproximadamente 0,5° C menor que la oral. En el anciano, la reacción febril puede ser escasa o moderada, incluso en presencia de una infección grave, y la temperatura basal puede ser inferior en los senescentes (más viejo más frío).<sup>(2)</sup>

Por tal razón, en una persona anciana con una infección, la presencia de anorexia, estado confusional agudo o hipotensión no explicada, pueden ser más relevantes que la fiebre. Además, hay que tener presente en la ausencia de respuesta orgánica con fiebre a pacientes con insuficiencia renal crónica, cetoacidosis diabética y los que reciben tratamiento antiinflamatorio, inmunosupresor, o quimioterapia contra el cáncer; y en determinadas situaciones fisiológicas, se producen alteraciones de la temperatura corporal, como el embarazo y la menstruación.<sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso modificar el sistema de vigilancia internacional de enfermedades de notificación obligatoria, bajo el concepto de vigilancia sindrómica. Dentro de estas enfermedades se encuentra el síndrome febril agudo inespecífico (SFAI), definido como: el estado mórbido con inicio brusco de fiebre, con menos de siete días de evolución, en pacientes entre 5 y 65 años, en el cual no se han identificado signos o síntomas relacionados con foco infeccioso en la población. La evaluación cronológica de la fiebre posee interés en el diagnóstico diferencial.<sup>(4)</sup>



Un cuadro febril de duración inferior a una semana, sin datos de focalidad infecciosa ni de gravedad, obedece generalmente a un proceso vírico, y la fiebre desaparecerá de forma espontánea (afección autolimitada). Por tanto, en estos casos, es conveniente evitar una antibioticoterapia, impropia, a ciegas.<sup>(2,5)</sup>

El SFAI es un desafío diagnóstico para el médico, debido a las múltiples etiologías y similitudes en sus manifestaciones clínicas. Los datos epidemiológicos y clínicos cobran un valor extraordinario para un acercamiento diagnóstico lo más preciso posible. Obviamente, el interrogatorio y la exploración clínica exhaustiva alcanzan una mayor dimensión para tales fines; mientras que los exámenes complementarios, de gran utilidad y confirmación siempre, no son viables en muchas ocasiones dada la tecnología y la complejidad en su realización, especialmente en áreas comunitarias y en la atención primaria de salud. Los elementos de examen previamente mencionados deben determinar si no existe un foco de infección detectable. En el caso de las mujeres, es necesario realizar un examen de orina para descartar una infección urinaria que, de ser positiva, la excluiría de esta denominación de SFAI.<sup>(6)</sup>

En la actualidad, Cuba es afectada por determinadas infecciones de arbovirus, algunas conocidas por nuestros profesionales y la población, como el dengue, puede presentarse una co-circulación de virus, tal es el caso de la fiebre de Oropouche, descrita en varias latitudes del Caribe; en 1955, en Vegas de Oropouche y en la isla de Trinidad-Tobago,<sup>(7)</sup> hasta principios de la década del 60 del pasado siglo, que se detectó en Brasil. En el transcurso de las últimas décadas ha ido ascendiendo a otras latitudes continentales; de ahí que en la actualidad, la región del Caribe se enfrente a enfermedades emergentes y reemergentes.

Se debe mantener una estrecha vigilancia sobre el SFAI, dado que, generalmente, la fiebre es su primera manifestación clínica o carta de presentación. El diagnóstico diferencial adecuado de los SFAI ocurridos en los adultos es crucial; su aparición puede indicar el inicio de la epidemia estacional de



influenza, el inicio de una nueva infección emergente como la provocada por el SARS (por sus siglas en inglés, Severe Acute Respiratory Syndrome), causado por un coronavirus, el pródromo de un ántrax por inhalación causado por un ataque de bioterrorismo o el inicio de brotes de enfermedades virales reemergentes como el dengue. Las complejidades diagnósticas del SFAI están dadas por la variabilidad de su expresión clínica. Las manifestaciones clínicas del dengue, por ejemplo, son múltiples, incluyendo, infecciones asintomáticas, síndromes febriles agudos, y casos severos con manifestaciones hemorrágicas y de hipovolemia.<sup>(8,9)</sup>

La clínica es una actividad dialéctica; en ella, el profesional dialoga consigo mismo, se plantea preguntas y respuestas; al no encontrar respuestas dentro de su propio marco de conocimientos, tiene que recurrir a otras fuentes, como los expertos y los textos. Una característica de la medicina clínica es que trabaja con probabilidades y creencias, no con certezas. A menudo, esta condición no es bien comprendida por el público, y menos por los representantes de las ciencias duras. Lo más común es que prevalezca la duda en torno a si la decisión tomada fue acertada o no. En este resbaladizo terreno trabajan los clínicos, y asumen recomendaciones que pueden no solo ser equivocadas, sino atentar contra la vida y el bienestar de sus enfermos.<sup>(10)</sup>

Sobre la termorregulación debe acotarse, lo siguiente: la temperatura corporal central (temperatura de la sangre en la aurícula derecha) tiene un valor promedio de 37° C, con variaciones diarias no mayores de 0,6° C. En condiciones fisiológicas normales, cuando la temperatura corporal central se eleva, se produce una vasodilatación cutánea y un aumento de la sudoración, que disipan el calor por convección y evaporación, respectivamente. Si la temperatura corporal central descende, se aumenta la producción de calor por incremento insensible del tono muscular, y se atenúa su pérdida por disminución de la sudoración y vasoconstricción. Cuando el estrés por frío es intenso, los escalofríos incrementan



la producción de calor durante un tiempo breve, casi tanto, como un ejercicio intenso o máximo.

Por tanto, la red termorreguladora sería más compleja. Las neuronas de la región preóptica y del hipotálamo anterior reciben, además, información de receptores cutáneos y de la médula espinal. Los mecanismos termorreguladores regidos por el SNC (centros termorreguladores hipotalámicos) son involuntarios y automáticos, y permiten que la temperatura corporal desarrolle cambios diarios y previsibles (el ritmo circadiano que se adquiere en los primeros meses de vida y se conserva para siempre).

Las variaciones circadianas se mantienen aún durante los episodios febriles, en los cuales la temperatura media permanece elevada, a pesar de que la agresión se mantiene durante todo el día (por ejemplo, la endocarditis infecciosa). Los seres humanos participan en la termorregulación a través de distintas conductas voluntarias (vestimenta, alimentación, calefacción o refrigeración de ambientes).<sup>(11)</sup>

La fiebre es una respuesta adaptativa normal del cerebro, estereotipada, recurrente, independiente del desencadenante, mediada por una cascada de citocinas (prostaglandinas) y producida por múltiples procesos que generan inflamación (infecciones o no).

La respuesta febril se activa cuando agentes externos al huésped, como pirógenos exógenos (producidos en un foco infeccioso, por ejemplo, exotoxinas del *Streptococcus* grupo A, lipopolisacáridos endotóxicos de bacilos gram negativos, etc.) estimulan la síntesis y liberación a la circulación de proteínas proinflamatorias de bajo peso molecular y vida media corta, llamadas citocinas. Estas tienen un efecto de pirógeno endógeno que se generan en las células huésped, como interleucinas 1, la beta (quizás la más potente), factor de necrosis tumoral (FNT), y algunos interferones. Las citocinas pirogénicas circulantes establecen la comunicación entre el sistema inmune y el SNC. A partir de esto, se establecen una serie de mecanismos celulares con formación de prostaglandinas



(PGE), capaces de estimular centros hipotalámicos y originar la aparición del incremento de la temperatura corporal.<sup>(12, 13)</sup>

Por ello, es prudente reconocer que, aunque los patrones fisiopatológicos infecciosos son los más demostrativos como origen de la fiebre, existen un sinnúmero de situaciones clínicas que originan fiebre de causas no infecciosas, como: los traumatismos, las quemaduras, las neoplasias, la isquemia, las enfermedades inflamatorias, inmunológicas o genéticas, las reacciones adversas a drogas, el ejercicio extenuante, el estrés psicológico, la depresión grave, la esquizofrenia, entre otros.

Estas situaciones clínicas determinan en el huésped una respuesta multisistémica, que aparece en horas o días, y se expresa por un conjunto de síntomas y signos, modificaciones humorales, endocrinas, inmunohematológicas, conocidas como respuesta de fase aguda. La fiebre en sí misma es un reactante de fase aguda.

Otros marcadores inespecíficos son: la eritrosedimentación globular incrementada, la anemia de trastornos crónicos, la neutrofilia, la leucocitosis, y la positividad de proteína C Reactiva. No se debe obviar, que las enfermedades de fase subaguda o crónica transitan por el estadio inicial, de síndrome febril agudo inespecífico.<sup>(2,9)</sup>

Consideraciones de orden clínico-epidemiológico: se ha insistido en que el desafío del médico es realizar el diagnóstico, en este caso, de un cuadro inespecífico, en ocasiones atípico, cuya manifestación cardinal y relevante es la fiebre, en sus inicios, como única revelación de interés. Por tanto, es imprescindible apoyarse en todos los datos que el enfermo pueda ofrecer sobre las manifestaciones clínicas, como la búsqueda de información epidemiológica (incluidos los antecedentes familiares, las condiciones laborales y la ingesta de medicación habitual o eventual), así como, las condicionantes biometeorológicas que puedan estar presentes.



Hay que insistir en los siguientes puntos de la anamnesis: la profesión, el posible contacto con animales, los viajes recientes, las circunstancias epidemiológicas estacionales o de la región de residencia del paciente, las prácticas sexuales de riesgo, los procedimientos médicos o quirúrgicos previos (incluyendo odontológicos) y las lesiones cutáneas.<sup>(2)</sup>

Se ha constatado, que el espectro etiológico puede ser abarcador y, en ocasiones, decepcionante. Por tal razón, la anamnesis exhaustiva, prolija y el examen físico meticuloso guardan un alto valor en tales casos. Se concuerda en que, en el SFAI la fiebre posee un papel principal. Generalmente, puede acompañarse de sintomatologías como: malestar general, cefalea, artromialgias, anorexia, debilidad, con una duración inferior a siete días.<sup>(14)</sup> Se insiste en la calidad de la historia clínica como asunto primordial y recordatorio, pues es la base del trabajo guía para el diagnóstico médico.

Se recomienda prestar atención especial al examen de las fosas nasales y otras cavidades (boca, faringe, recto y vagina), las conjuntivas, las uñas y la región subungueal, a la palpación y la auscultación del tiroides, la búsqueda y la palpación de adenomegalias (recordando las epitrocleares), el examen del escroto, la detección de posibles soplos cardíacos o hepáticos (carcinoma hepatocelular y hepatitis alcohólica) y el examen del fondo de ojo en la búsqueda de coriorretinitis, manchas de Roth, tubérculos coroideos u otras.<sup>(2)</sup> La información proporcionada por una historia clínica de calidad, sin omisiones, meticulosa y bien documentada, es básica para apoyar la causa de un cuadro clínico con manifestación de inespecificidad y variabilidad etiológica múltiple.

Así pues, se precisarán algunos aspectos de entidades clínicas que pueden debutar como SFAI. En nuestro medio cobra un inestimable valor la detección de cuadros víricos, generalmente arbovirosis, como el dengue, la fiebre de Oropouche, el Zika, el Chikungunya, la fiebre amarilla, sin desestimar la influenza, la hepatitis A o la leptospirosis, con una alta incidencia, sobre todo en áreas rurales, dado que existen datos epidemiológicos que la apoyan. De acuerdo con



lo expresado anteriormente, se expondrán aspectos esenciales de algunas arbovirosis presentes en nuestro medio y otras entidades a considerar.<sup>(15)</sup>

**Dengue.** Se debe tener presente, como caso sospechoso, a todo paciente de cualquier edad, que resida o proceda de una región donde haya transmisión de la enfermedad, y presente un cuadro febril agudo inespecífico o compatible con una infección viral.

Caso probable de fiebre por dengue o dengue grave: todo paciente sospechoso con fiebre, y que presente dos o más de las siguientes características: cefalea, artralgia, mialgias, exantema, dolor retro ocular; en infantes, el único síntoma que se debe considerar es la fiebre.

Caso confirmado de fiebre por dengue o dengue no grave: todo caso probable en el que se confirme una infección reciente por virus de dengue mediante técnicas de laboratorio y esté asociado epidemiológicamente a otro caso confirmado o no se disponga de resultados de laboratorio.<sup>(16)</sup>

Entre sus principales diagnósticos diferenciales se encuentra la Influenza. El SFAI es indistinguible, aunque hay algunos datos de valor como son: la presencia de petequias, melena, cefalea, dolor retro orbital, artralgias y mialgias manifiestas, así como, náuseas y vómitos, en el dengue; la presencia de exantema en ausencia de tos y de síntomas respiratorios, que inclinan más el diagnóstico hacia el dengue al igual que la leucopenia, el exantema y la ausencia de odinofagia sugieren dengue.<sup>(8)</sup>

**Fiebre de Oropouche:** zoonosis producida por el virus de Oropouche (VORO), transmitidos a los humanos por la picadura de mosquitos *Culicoide paraensis*. Caso probable: paciente con fiebre igual o mayor de 38° C o con fiebre y cefalea intensa con tiempo menor de 7 días y presencia de uno o más de los siguientes síntomas: escalofríos, anorexia, mialgias, fotofobia, mareos o dificultad para caminar.

Casos confirmados o descartados de fiebre de Oropouche: requieren pruebas específicas como el aislamiento viral por cultivo celular, la prueba de sangre para



detectar la presencia de inmunoglobulinas (anticuerpos IgM para VORO mediante ELISA), en muestra única, al 5to día, para zonas endémicas o en brotes o resultado negativo de Ac VORO en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor de 10 días en zonas de transmisión, respectivamente).<sup>(17)</sup>

Su principal diagnóstico diferencial es con el dengue, con el cual puede cocircular. Se debe considerar, que puede ocasionar casos de meningitis aséptica o cuadros de polineurorradiculitis aguda como el síndrome de Guillain-Barre. La mayoría de los casos se recuperan antes de los siete días, a pesar de que existen casos en que pueden persistir por semanas e incluso, adoptar cuadros recurrentes descritos en la literatura médica.

**Zika.** La definición de caso establece, que se trata de un cuadro febril agudo, más, la presencia de exantema maculopapular y conjuntivitis no purulenta, acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, artralgias, cefalea o dolor retro ocular. Hay reportes atípicos de casos afebriles, más representados por exantema pruriginoso, mioartralgias severas, cólicos abdominales y cuadro diarreico, entre otros.<sup>(15)</sup>

**Chikungunya.** En su expresión clínica destacan la presencia de cuadro febril agudo, más poliartalgias severas e incapacitantes o artritis de comienzo agudo. Además, la identificación de alguna asociación epidemiológica (con presencia del vector *aedes aegyptis* o *albopictus*), evidencia de áreas de transmisión dos semanas antes del inicio del cuadro clínico o la certeza de casos confirmados en la localidad de residencia. Puede presentar una fase posaguda, superior a tres semanas hasta el final del tercer mes o presentarse períodos asintomáticos e intermitentes. La fase crónica se evidencia después de los tres meses, con persistencia de artralgias con edemas o rigidez articular. De igual forma, pueden suscitarse casos de madres con niños con microcefalia. Siempre se le debe preguntar al paciente sobre la infestación por este virus o estancia en zonas de infección endémica o epidémica.<sup>(18)</sup>



**Fiebre amarilla.** Es otra arbovirosis transmitida por la picadura del mosquito *aedes aegypti*, endémico de zonas tropicales de América y África. Tiene un período de incubación de tres a seis días. Clínicamente se caracteriza por la presencia de cuadro febril, eritema facial, conjuntivitis, ictericia, diátesis hemorrágica y, progresivamente, insuficiencia renal y hepatitis. Es una de las fiebres hemorrágicas. La sintomatología fluctúa de cuadros moderados a graves, incluso llegar a la muerte. Y a pesar de que la vacunación brinda un buen nivel de protección, los casos se han incrementado en las dos últimas décadas. Constituye una preocupación para la salud internacional.<sup>(19)</sup>

**Hepatitis viral aguda.** Enfermedad infecciosa del hígado caracterizada por inflamación y necrosis hepatocelular. El cuadro clínico y las lesiones histológicas causadas por los diferentes virus hepatotropos primarios pueden ser prácticamente indistinguibles, aunque existen diferencias en relación con el mecanismo de transmisión, incubación y evolución. En este sentido, se hará énfasis en la hepatitis por virus A, donde los antecedentes de orden epidemiológico cobran extremo valor. Tiene tendencia a aparecer en brotes comunitarios, dado que su transmisión es de tipo fecal-oral, al igual que la originada por el virus E. Generalmente, son de evolución no complicada y no deben pasar a la cronicidad, este último puede verse en las embarazadas.

Otros agentes virales pueden ocasionar hepatitis, tales serían, los casos del virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus del Herpes Simple, de la Varicela-Zoster, Parvovirus B-19, el de la fiebre amarilla y, con menor frecuencia, el de la rubeola, adenovirus y enterovirus. Los virus B, C y D de la hepatitis, se transmiten por vía parenteral, especialmente la vía sanguínea. Aunque el virus B puede tener otras vías de transmisión, su expresión clínica puede ser variada y tener cuatro estadios: incubación, prodrómico, estado y convalecencia.

En la hepatitis A puede haber cuadro febril de hasta 39° C, de corta duración, no acompañada de escalofríos, con náuseas, vómitos, dolor en hipocondrio derecho (hepatomegalia moderada, blanda y dolorosa), diarreas con sensación de



distensión abdominal, artralgia, cefalea, exantema urticariforme, coluria e hipocolia o acolia e ictericia (que puede durar de dos a seis semanas, acompañada de pérdida de peso). Generalmente, tiene un curso benigno, sin secuelas.<sup>(20)</sup>

**Leptospirosis.** Infección zoonótica de comportamiento endémico, producida por espiroquetas del género *Leptospira*. El ser humano se expone al estar su piel lesionada o sus mucosas en contacto con agua contaminada u orina de animales portadores. Esta infección se caracteriza por un amplio espectro de manifestaciones clínicas, que van desde la infección asintomática hasta cuadros fulminantes y letales con grave afectación multisistémica. La forma leve se manifiesta con síntomas inespecíficos, tales como: fiebre (SFAI), cefalea y mialgias; la forma grave se caracteriza por ictericia, disfunción renal y diátesis hemorrágica, también llamada síndrome o enfermedad de Weil.<sup>(21)</sup>

La leptospirosis es una enfermedad de difícil diagnóstico. Se debe realizar una clasificación sindrómica, sistemática y detallada, ya que existe una importante variedad de manifestaciones clínicas y similitudes con otras patologías. Es imprescindible, que el personal médico la tenga presente entre los diagnósticos diferenciales de un cuadro febril agudo, pues un tratamiento eficiente repercute de forma directa en la salud del paciente.<sup>(22)</sup>

En esta enfermedad cobra un valor extraordinario el diagnóstico precoz, fundamentado por los elementos clínicos y, sobre todo, epidemiológicos. Se debe indicar antibioticoterapia precoz. Para lo cual, son buenas opciones la doxiciclina, la penicilina o cefalosporina; las dosis y las vías de administración están relacionadas con la magnitud del cuadro del paciente.<sup>(23)</sup>

**SARS-CoV-2.** En años recientes, el mundo y el país estuvieron afectados por una pandemia de gran repercusión y devastación para los seres humanos: el SARS-CoV-2. Esta originó una alta morbilidad y mortalidad que no se debe subestimar. En el de cursar del tiempo, y según determinados parámetros establecidos por los



especialistas, estas enfermedades generalizadas fueron categorizadas de diferentes formas.

Así, una epidemia es un mal que se propaga durante un tiempo determinado en un país o una región específica. Por otra parte, una pandemia es una epidemia que se extiende en el tiempo y en el espacio, y afecta a gran cantidad de individuos, para la que no existen tratamientos ni vacunas conocidas. En el caso del SARS-CoV-2 (en las Américas en 2020, y asociado a la circulación de los virus respiratorios previamente presentes en la región, incluyendo influenza y virus sincitial respiratorio) se han observado niveles elevados de actividad de enfermedad respiratoria aguda (enfermedad tipo influenza -ETI- e infección respiratoria aguda grave (IRAG), durante 2023.

Actualmente, los países del hemisferio norte experimentan una actividad epidémica de enfermedad respiratoria aguda asociada a la circulación de estos tres virus. Así pues, se recomienda mantener preparado y alerta el sistema de atención en salud en todos los niveles, para responder a un posible incremento de casos ambulatorios y hospitalizaciones, especialmente coincidiendo con el período epidémico para otras enfermedades transmisibles de alta demanda asistencial.<sup>(24)</sup>

**FOD:** por último, es preciso hacer una breve referencia a una situación clínica de diagnóstico complejo: la fiebre de origen desconocido (FOD), que incuestionablemente transita por la fase de SFAI. En la actualidad, algunos estudios sugieren, que un cuadro febril de 14 días de duración ya permite considerarla como una FOD. Otros estudios sugieren la evaluación de FOD con un mínimo de cinco a siete 7 días de fiebre en los infantes y adolescentes. En todo momento, los procesos malignos, las enfermedades autoinmunes y las infecciones siguen ocupando un papel relevante en cuanto a causas de FOD.<sup>(25)</sup>



## CONCLUSIONES

Como resultado, se realizó un estudio en torno a los elementos fundamentales para realizar una aproximación diagnóstica a una situación compleja, presentada con extrema frecuencia en la práctica médica, y donde los elementos de orden epidemiológico y clínico son de extrema importancia.

Se revisaron y argumentaron algunas de las más relevantes arbovirosis que inciden en nuestro medio, así como otras enfermedades donde la actuación precoz del personal de salud, en particular los que ejercen la práctica clínica, cobra un valor preponderante. Se insiste en estos aspectos, sin soslayar la importancia de los medios diagnósticos auxiliares, pero en gran medida, se destacan el papel de los datos que pueden obtenerse con una historia clínica adecuadamente registrada, una anamnesis exhaustiva y una exploración médica prolija.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Álvarez G y Cairo Sáez G. Síndrome Febril. En: Temas de Guardia Médica, Ecimed 2020; cap. 21: 213-19.
2. García Soto L: Callejas Pozo JE. Fiebre ¿Cómo medir la temperatura? ¿Cuándo y cómo tratar la fiebre? (v.2/2022) Guía -ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. 2022.
3. Jiménez Rodríguez M, Gómez Barhondo D, Herrera Rojas A, García Ramos P. La importancia del diagnóstico diferencial en atención primaria. Med Gen Fam [Internet]. 2022 [citado 2024 dic. 20];11(5):217-39. Disponible en: <https://mgyf.org/limportancia-del-diagnostico-diferencial-en-atencion-primaria/>



4. Melcon MO, García C. Síndrome febril agudo inespecífico en pacientes ambulatorios: diagnóstico diferencial entre dengue, zika, fiebre hemorrágica argentina y COVID-19. Medicina [Internet]. 2024 [citado 2024 dic. 20]:84(6):1215-25. Disponible en:

[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802024001001215](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024001001215)

5. Yaya Lancheros N, Polo Terán LJ, Faccini Martínez AA, Hidalgo Díaz M. Sistema de vigilancia epidemiológica para el síndrome febril agudo en Villeta, Colombia. Rev Salud [Internet]. 2023 [citado 2024 dic. 20];21:340-48, Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n3/340-348/es>

6. Cabezas C, Vasconcelos Pedro F C. Creciente amenaza de enfermedades emergentes y reemergentes: arbovirus y enfermedades transmitidas por artrópodos en las Américas. Rev Per Experimental y Salud Pública [Internet]. 2024 [citado 2025 en. 39];41:4-6. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2024.v41n1/4-6/es/>

7. Wesselman K, Postigo-Hidalgo I, Pezzi Emilson L, de Oliveira Filho C. Seguimiento de la fiebre de Oropouche en América Latina: una revisión narrativa. The Lancet Enf Infecciosas [Internet]. 2024 [citado 2025 mzo 20];24(7):e439-e452. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/377708350\\_Emergence\\_of\\_Oropouche\\_fever\\_in\\_Latin\\_America\\_a\\_narrative\\_review](https://www.researchgate.net/publication/377708350_Emergence_of_Oropouche_fever_in_Latin_America_a_narrative_review)

8. González-Díaz E, Cruz-Neri RU, Morfín-Otero M, Álvarez-Martínez M, Rimoldi-Carbajal V, Pérez-Gómez HR, et al. Síndrome febril agudo inespecífico. El diagnóstico entre influenza y dengue. Rev Saljal [Internet]. 2018. [citado 2025 mzo 20];5:e43-e58. Disponible en:

<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2845/4640>

9. Paz Balley G, Adams L E, Deen J, Anderson K B, Katzelnick L C. Dengue: The Lancet [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20];403:667-82. Disponible en:

<https://www.binasss.sa.cr/set24/47.pdf>



10. Álvarez Álvarez G. Formas del razonamiento médico. En: Álvarez Álvarez G, El Error en Medicina-Ecimed, Habana [Internet]. 2021. [citado 2025 mzo. 20];4:19-23. Disponible en. <http://www.ecimed.sld.cu/2021/10/27/el-error-en-medicina/>
11. Simei D L. Anamnesis y exploración física, En: Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20];1(6):28-32. Disponible en: <https://catalogo.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=5206&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26SR%3D>
12. Weir Restrepo D, Zubreaga-Gómez M, Valverde Lagorda A, Martin C. Fiebre en pacientes inmunodeprimidos. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20];53(1):1561-3046. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572024000100038](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572024000100038)
13. Jiménez Montero B. Patología infecciosa importada. Boletín de Pediatría [Internet]. 2022. [citado 2025 mzo. 25];62(261):162-65. Disponible en: <https://boletindepediatria.org/boletin/article/view/80>
14. Muñoz Bayona AB. Pruebas de Laboratorio Clínico como apoyo Diagnostico en Enfermedades Febriles. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. [Internet]. 2022. [citado 2025 mzo. 20]. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/laboratorioclinico/docencia/tesis/>
15. Giraldo MI, González Orozco M, Rajsbaum R. Pathogenesis of Zika virus infection. Annu Rev Pathol [Internet]. 2023. [citado 2025 mzo. 20];18(1):181-203. Disponible en: <https://revistabiomedica.org>
16. Salgado Jiménez MA, Rodríguez Pérez FG. Epidemia de dengue y manejo de casos posteriores al huracán Otis en Acapulco. Salud Pub de Mx [Internet]. 2025. [citado 2025 mzo. 20];67(4):422-23 Disponible en: [https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html?ev=su\\_requestFulltext](https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html?ev=su_requestFulltext)



17. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-13-diciembre-2024>
18. Algoritmo de manejo clínico de dengue y Chikunguña. Documento elaborado por el Instituto de Medicina Tropical, República del Paraguay-MSPBS [Internet]. 2023. [citado 2025 mzo. 20]. Disponible en: [https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/06\\_01\\_2023\\_MANEJO\\_CLINICO\\_DE\\_NV\\_CHIKV.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/06_01_2023_MANEJO_CLINICO_DE_NV_CHIKV.pdf)
19. Cabezas C. Fiebre Amarilla en el Perú y las Américas, el riesgo latente de su reurbanización: una amenaza evitable. Rev Per Med Exp y Salud Pub [Internet]. 2025. [citado 2025 mzo. 20];42:113-14 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342025000200113](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342025000200113)
20. Van Damme P, Pinto R M, Feng Z, Cui F, Gentile A, Shouval D. Infección por el virus de la hepatitis A. Nature Review Disease Primers [Internet]. 2023. [citado 2025 mzo. 20];9(1):51 Disponible en: <https://ohiostate.elsevierpure.com/en/publications/hepatitis-a-virus-infection/>
21. Lazo P I, Iahia A, Pérez B, Zambrano G M.C, Del Valle L D. Caracterización clínico-epidemiológica de la leptospirosis durante el periodo 2001- 2022 en el municipio Santa Clara. Int J Sch Res Biol Pharm [Internet]. 2024 [citado 2025 mzo. 20];001-11. Disponible en: <https://srrjournals.com/ijsrbp/content/clinical-epidemiological-characterization-leptospirosis-during-period-2001-2022-santa-clara>
22. Pérez Hernández JL, Salgado Galicia NA, Carrillo Esper R. Hepatitis aguda grave de origen desconocido. Gaceta médica de México [Internet]. 2022. [citado 2025 mzo. 20];158(5):339-42. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132022000500339](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000500339)



23. Rodríguez Fraga T, Issac L, Silva Barbosa A- Leptospirosis. Microb Med Mol [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20]:1849-72. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/4442676/>

24. Kreibohm P. Tres pandemias en la historia. Relaciones Internacionales. [Internet]. 2020 [citado 2025 mzo. 20];29(58):289-94. Disponible en:

<https://revistas.unlp.edu.ar/RRII-IRI/article/view/10290/9066>

25. Kathleen R. Fever of Unknown Origin. Med Clin N Am [Internet]. 2024. [citado 2025 mzo. 20];108:79-92. Disponible en:

[https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125\(23\)00076-7/abstract](https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125(23)00076-7/abstract)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

