

Manejo del síndrome febril inespecífico en Atención Primaria, con alta transmisión y recursos limitados.

Management of non-specific febrile syndrome in Primary Care, with high transmission and limited resources.

Autores:

Daliena Paula Martínez-Martínez <https://orcid.org/0000-0002-0581-4973>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. dalienap99@gmail.com

Luis Alberto Echemendia-Lorenzo <https://orcid.org/0000-0002-6788-3624>
Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar.
Morón. Cuba. lalberto781228@gmail.com

Diana Rosa Cabrera-Linares <https://orcid.org/0009-0006-2075-520X> Universidad
de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar. Morón.
Cuba. 211217sofi@gmail.com

Alina Báez Portal <https://orcid.org/0000-0002-2837-996X> Universidad de Ciencias
Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar. Morón. Cuba.
alina7837@infomed.sld.cu

Leticia Domínguez Ramírez <https://orcid.org/0009-0007-0191-1227> Universidad de
Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Capítulo de Medicina Familiar. Morón. Cuba.

Resumen

Se condujo un estudio descriptivo transversal en la Atención Primaria de Salud (APS) para evaluar el manejo clínico-epidemiológico del Síndrome Febril Inespecífico (SFI) en un escenario de brote de arbovirosis (octubre-noviembre de 2025) caracterizado por la alta transmisión y la restricción de recursos. El estudio incluyó 208 pacientes con SFI, con el objetivo de caracterizar las limitaciones en la

confirmación diagnóstica y validar la utilidad del criterio clínico-epidemiológico. Los métodos revelaron que 47 pacientes (22.6%) no pudieron ser investigados serológicamente por la limitación de reactivo IgM. Adicionalmente, de los 161 pacientes con indicación, 108 (67.1%) se negaron a la toma de muestra, citando el dolor articular incapacitante (típico de Chikungunya) y la incredulidad sobre el impacto del resultado diagnóstico en su tratamiento. Solo 53 pacientes se realizaron la prueba, resultando 18 positivos (34.0%). El manejo del SFI en APS demostró ser seguro y resolutivo, fundamentado en el robustecimiento del nexo epidemiológico y el criterio clínico. Esta se consolidó como la estrategia esencial para la vigilancia y el control en un contexto donde las fallas en el suministro y el rechazo de los pacientes a la toma de muestra de IgM comprometen la confirmación laboratorial, limitando la capacidad de respuesta a la morbilidad de la comunidad.

Palabras Clave: Arbovirosis; Atención Primaria de Salud; Chikungunya; Diagnóstico Clínico; Síndrome Febril Inespecífico; Vigilancia Epidemiológica.

Introducción

Las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente las arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika), representan un desafío constante para los sistemas de salud pública en Latinoamérica, impulsadas por factores sociales y ambientales que favorecen la proliferación del vector *Aedes aegypti* ^(1, 2). El diagnóstico y manejo oportuno de estas afecciones en la fase aguda es vital para reducir la morbilidad y la letalidad.

En Cuba, el Síndrome Febril Inespecífico (SFI) se establece como la categoría clínica inicial en la APS para la vigilancia, la cual es crucial para la detección temprana de brotes. Sin embargo, en el último cuatrimestre de 2025, el país experimentó un incremento de casos, con áreas como Ciego de Ávila reportando alta transmisión de arbovirosis en un contexto de recursos limitados ⁽³⁾. Estas limitaciones incluyeron la escasez de combustible para las acciones de control

vectorial (fumigación y pesquisa) y, críticamente, la intermitencia en el suministro de reactivos para la serología IgM ⁽⁴⁾.

Esta situación traslada la carga del diagnóstico y la toma de decisiones al nivel primario, donde el Médico y la Enfermera de la Familia deben apoyarse casi exclusivamente en la clínica y la epidemiología. La confirmación laboratorial, considerada el pilar de la vigilancia, se vio comprometida, generando un escenario idóneo para analizar la robustez del manejo primario.

Objetivo: Evaluar la capacidad resolutoria del manejo clínico-epidemiológico del Síndrome Febril Inespecífico en la Atención Primaria de Salud ante un escenario de alta transmisión de arbovirosis con escasez de recursos diagnósticos, identificando las limitaciones en el suministro de recursos y el rechazo a la toma de muestra de IgM de los pacientes que impidieron la confirmación laboratorial de casos.

Desarrollo

Métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Población y Período: El universo estuvo conformado por los 208 pacientes de todas las edades que presentaron SFI y fueron atendidos en un Consultorio Médico de la Familia (CMF) de una zona de alta transmisión en Ciego de Ávila durante el periodo de octubre y noviembre de 2025. El SFI se definió según la normativa vigente como la presencia de fiebre aguda de menos de siete días de duración, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Variables:

- ⇒ Incidencia Logística: Número y proporción de casos con SFI a los que no se les pudo indicar IgM por indisponibilidad de reactivo.
- ⇒ Incidencia Social: Número y proporción de casos con indicación de IgM que se negaron a la realización de la prueba, junto con las razones de rechazo.

⇒ Confirmación Diagnóstica: Número y proporción de resultados IgM positivos entre las muestras efectivamente procesadas.

Resultados

Durante el período analizado, el CMF gestionó 208 casos de SFI, todos bajo sospecha clínico-epidemiológica de arbovirosis debido a la alta transmisión local. Los resultados en la cadena diagnóstica serológica se distribuyeron en:

Tabla 1: Distribución de Casos de Síndrome Febril Inespecífico (SFI) y Limitaciones Diagnósticas

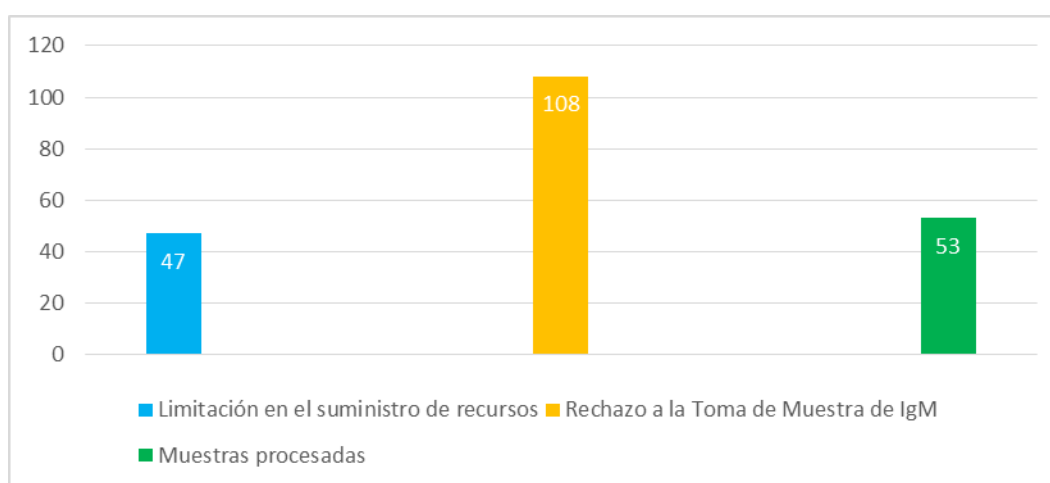
Categoría Diagnóstica	Subcategoría	Frecuencia	Proporción sobre el Total de SFI	Proporción sobre el Grupo Relevante
Total de Casos con SFI	-	208	100%	-
Limitación en el suministro de recursos	No se pudo indicar IgM (Falta de reactivo)	47	22.6%	-
Casos con Indicación de IgM	-	161	77.4%	-
Rechazo a la Toma de Muestra de IgM	Pacientes que rechazaron la toma de muestra	108	51.9%	67.1%
Muestra Efectivamente Procesada	Pacientes que se realizaron la IgM	53	25.5%	32.9%

 I Simposio Internacional de MEFAVILA 2025 Voces frente al CHIKUNGUNYA. Ciencia, pacientes y sociedad Hemicavila / Prosalud 				
Confirmación Diagnóstica	Resultados de IgM Positivos	18	8.7%	34.0%

Tabla 2: Motivos de Rechazo para la realización de la IgM

Motivo de Rechazo	Frecuencia	Proporción sobre el Total de Rechazo
Dolor Articular Invalidante (Sospecha de Chikungunya)	65	60.2%
Incredulidad sobre el impacto del resultado en el tratamiento	43	39.8%
Total de Pacientes No Adheridos	108	100%

La representación gráfica de las limitaciones es la siguiente:



De los 161 pacientes a los que sí se les pudo indicar la IgM, 108 manifestaron negación a realizarse la prueba. Los motivos principales documentados fueron:

Confirmación Diagnóstica: Debido a estas limitaciones, solo 53 pacientes lograron realizarse la IgM. El índice de positividad fue de 34.0%, con 18 casos confirmados.

Esto contrasta fuertemente con la alta carga de morbilidad percibida y el elevado número de casos con diagnóstico clínico-epidemiológico presuntivo.

Discusión

El análisis de la gestión del Síndrome Febril Inespecífico (SFI) en el CMF durante el brote de arbovirosis (octubre-noviembre 2025) revela que, ante la indisponibilidad de recursos, el sistema de vigilancia se vio obligado a operar bajo un modelo de vigilancia sindrómica reactiva. El bajo índice de confirmación serológica (solo 18 de 208 casos) no solo refleja las fallas, sino que también establece que el manejo clínico-epidemiológico se consolidó como la estrategia resolutoria y segura para la comunidad, confirmando la resiliencia operacional de la Atención Primaria de Salud (APS) cubana, acorde con las directrices de emergencia del MINSAP ⁽⁴⁾. Sin embargo, esta realidad expone vulnerabilidades críticas en la vigilancia poblacional.

La confirmación por laboratorio fue severamente comprometida por la convergencia de dos limitaciones. Primero, limitación en el suministro de recursos por indisponibilidad de reactivo (22.6% de los casos), factor que ha sido señalado como intermitente en la región ⁽¹⁾. Segundo, el rechazo social, que con un 67.1% de rechazo, demostró ser la principal limitación. Esta negación no es pasiva: está modulada por la severidad del cuadro clínico, donde el dolor invalidante (altamente sugestivo de Chikungunya, según literatura reciente) ⁽⁶⁾ funge como una limitación física para el traslado al laboratorio. Adicionalmente, la incredulidad sobre el valor diagnóstico para el tratamiento individual, señalada por el paciente, refleja una brecha de comunicación de la importancia epidemiológica de la confirmación, la cual

es crucial para la toma de decisiones poblacionales (intensificación de la fumigación, activación de protocolos de atención) ⁽²⁾. Este hallazgo exige que el futuro manejo del SFI en la APS traslade el foco de la solución de la exigencia de recursos a la implementación de medidas operacionales flexibles, como la toma de muestra a domicilio, para mitigar el impedimento físico en casos de alta sospecha de CHIKV ⁽⁵⁾. Además, se requiere un fortalecimiento del vínculo comunitario y la comunicación efectiva para revalorizar la participación ciudadana en la vigilancia, logrando que la comunidad entienda y se adhiera a la importancia del diagnóstico para el control colectivo del brote, un aspecto vital para el control antivectorial donde los recursos institucionales son escasos ⁽⁴⁾.

Conclusiones

El manejo del Síndrome Febril Inespecífico en la Atención Primaria demostró una alta capacidad de resolución clínica al gestionar los 208 casos durante el brote, apoyándose de forma eficaz en el robusto criterio clínico y el nexa epidemiológico. No obstante, se confirma que la cadena de vigilancia se vio severamente comprometida, pues la confirmación serológica fue dismantelada por la convergencia de una indisponibilidad de reactivo y un marcado rechazo a no realizarse la IgM, siendo esta última influenciada por la severidad del cuadro clínico y la falta de percepción del valor epidemiológico. Por lo tanto, se concluye que es esencial sostener y formalizar la vigilancia sindrómica como estrategia de primera línea en escenarios de alta transmisión y escasez. Además, se requiere la implementación de medidas operacionales flexibles (como la descentralización de la toma de muestra) y el fortalecimiento de la educación comunitaria para superar las limitaciones físicas y sociales, elevando la sensibilidad del sistema ante futuros brotes de arbovirosis.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 29 Nov 2025]. Disponible en:

<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-28-phe-alerta-chkvorovesfinal.pdf>

2. Organización Panamericana de la Salud. Ante el aumento de casos, expertos analizan la propagación del chikungunya en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 29 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-5-2023-ante-aumento-casos-expertos-analizan-propagacion-chikungunya-americas>
3. Organización Panamericana de la Salud. Síntesis de evidencia: Directrices para el diagnóstico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022 [citado 29 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e82/es/>
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Directivos del MINSAP y expertos en arbovirosis actualizan sobre situación epidemiológica del país y estrategia para enfrentarla. [Documento de Arbovirosis e información esencial 2025.pdf]. La Habana: MINSAP; 2025.
5. Grupo Nacional de Medicina Intensiva y Emergencia Pediátrica de Cuba. Protocolo de manejo e investigaciones para pacientes con Chikungunya. Versión 1.2 / noviembre 2025. La Habana: MINSAP; 2025 [citado 29 Nov 2025]. Disponible en: <https://promociondeeventos.sld.cu/dengue2023/files/2025/11/Chikunguya-Protocolo-Cuba-nov.-2025.pdf>
6. Villagra S, Alarcón P. Características clínicas de la infección por Chikungunya y su impacto en la calidad de vida de pacientes de centros asistenciales del Departamento Central en agosto del 2023. Rev Parag Reumatol. 2024 Jun 28 [citado 29 Nov 2025];56(2):18-26. Disponible en: <https://www.revista.spr.org.py/index.php/spr/article/view/195>