



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Documento de Consenso

Resumen ejecutivo de las Guías Española de Diagnóstico y Manejo de Enfermedades Febriles Importadas de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI), el Grupo de Patología Importada de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y microbiología clínica (GEPI-SEIMC), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)[☆]



Daniel Camprubí-Ferrer^{a,*}, Marta Díaz Menendez^{b,c}, Clara Crespillo-Andújar^{c,d}, Harkaitz Azkune Galparsoro^e, Moncef Belhassen-García^f, Juan Cuadros González^g, Jose M. Rubio^{c,h}, Jara Llenas García^{c,i,j,k}, Jose A. Oteo^l, Sara Gayoso Martín^m, Laura Santos Larrégolaⁿ, Fernando Salvador^{c,o}, Gerardo Rojo-Marcos^p, Leire Balerdi-Sarasola^a, Xabier Kortajarena Urkola^e, Manuel Jesús Soriano Pérez^q, María Ángeles Onieva-García^r, Iñaki Alegría Coll^{s,t}, Javier Arranz^u y Javier Membrillo de Novales^v

^a Servicio de Salud Internacional, ISGlobal, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Patología Importada y Salud Internacional, CSUR Enfermedades Tropicales, Hospital La Paz-Carlos III, IdIPaz, Madrid, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Unidad de Referencia Nacional para el estudio de Enfermedades Tropicales Importadas, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^e Servicio de Enfermedades Infecciosas, H.U. Donostia, Biogipuzkoa, EHU-UPV, Donostia, España

^f Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Salamanca, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^g Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias-UAH, Alcalá de Henares, Madrid, España

^h Malaria & Parasitic Emerging Diseases Laboratory, National Microbiology Center, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

ⁱ Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante, España

^j Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio), Valencia, España

^k Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España

^l Departamento de Enfermedades Infecciosas – Centro de Rickettsiosis y Enfermedades Transmitidas por Artrópodos Vectores del Hospital Universitario San Pedro – CIBIR, Logroño, España

^m Hospital Universitario El Escorial, Madrid, España

ⁿ Centro de Salud Buenos Aires, Fundación iO, Madrid, España

^o International Health Unit Vall d'Hebron-Drassanes, Infectious Diseases Department, Vall d'Hebron University Hospital, PROSICS Barcelona, Barcelona, España

^p Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^q Unidad de Medicina Tropical, Servicio Medicina Interna, E.P. Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

^r Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Córdoba, España

^s Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España

^t Hospital General de Gambo, Gambo, Oromia, Etiopía

^u CS Escola Graduada, IBSALUT, Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IDISBA), Palma, España

^v Unidad NRBQ-Infecciosas, Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», CSVE, Madrid, España

R E S U M E N

Palabras clave:

Enfermedades febriles importadas
Enfermedades emergentes
Medicina del viajero
Arbovirus
malaria

La Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI), la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) han elaborado un documento de consenso sobre el diagnóstico y manejo de pacientes con enfermedades febriles importadas.

[☆] El documento de consenso completo está disponible como anexo A en el material adicional.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daniel.camprubi@isglobal.org (D. Camprubí-Ferrer).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.05.002>

0213-005X/© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Veinte autores que representaban diferentes perspectivas de la atención médica (atención primaria ambulatoria, especialistas en medicina tropical y del viajero, urgencias, atención hospitalaria, microbiología y parasitología y salud pública), identificaron 39 preguntas clínicamente relevantes, que se organizaron en 7 bloques temáticos. Tras una revisión sistemática de la literatura, los autores elaboraron 125 recomendaciones, así como varias tablas e imágenes para ser utilizadas como herramientas de consulta. Este resumen ejecutivo muestra una selección de las preguntas y recomendaciones más relevantes incluidas en las presentes guías.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Executive Summary of the Spanish Guidelines for the Diagnosis and Management of Imported Febrile Illnesses from the Spanish Society of Tropical Medicine and International Health (SEMTSI), the Imported Pathology Group of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (GEPI-SEIMC), the Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFYC), the Spanish Society of Primary Care Physicians (SEMERGEN) and the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES)

A B S T R A C T

Keywords:

Imported febrile illnesses
Emerging diseases
Travel medicine
Arboviruses
Malaria

The Spanish Society of Tropical Medicine and International Health (SEMTSI), the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC), the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES), the Spanish Society of Primary Care Physicians (SEMERGEN) and the Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFYC) have elaborated a consensus statement on the diagnosis and management of patients with imported febrile illnesses.

Twenty authors with different backgrounds and representing different healthcare perspectives (ambulatory primary care, travel and tropical medicine specialists, emergency medicine, hospital care, microbiology and parasitology and public health), identified 39 relevant questions, which were organized in 7 thematic blocks. After a systematic review of the literature and a thoughtful discussion, the authors elaborated 125 recommendations, as well as several tables and figures to be used as a consulting tool. The present executive summary shows a selection of some of the most relevant questions and recommendations included in the guidelines.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bloque 1: Causas de fiebre importada

¿Cuáles son las principales causas de fiebre en viajeros?

- Las principales causas de fiebre importada son infecciones de distribución universal, como las infecciones respiratorias o gastrointestinales, y patologías tropicales comunes como la malaria y el dengue (**A-I**).
- Dada su potencial gravedad y la presentación inespecífica, deben valorarse desde el primer momento causas como la malaria, el dengue, la fiebre tifoidea, las rickettsiosis y las fiebres virales hemorrágicas (FVH), y síndromes infecciosos cosmopolitas como la sepsis y la meningitis (**A-I**).

Bloque 2: Manejo inicial del paciente con fiebre importada

¿Qué preguntas deben incluirse en la anamnesis del paciente con fiebre importada?

- La anamnesis debe incluir las zonas geográficas visitadas, cronología del viaje y de los síntomas (período de incubación), exposiciones de riesgo durante el viaje y medidas preventivas (especialmente, vacunación y profilaxis antimalárica) (**A-II**).

¿Cuándo debe sospecharse y qué debemos hacer ante una sospecha de enfermedad infecciosa de alto riesgo?

- Ante cualquier paciente febril que cumpla criterios epidemiológicos y clínicos de enfermedad importada de alto riesgo (EIAR) debe

valorarse la necesidad de manejo en una Unidad de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) (**B-II**).

- Deben sospecharse FVH (como ébola, Marburg, Lassa, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo [FHCC]) en pacientes con fiebre, hemorragia, vómitos o diarrea, hipotensión o *shock*, que en los últimos 21 días hayan estado en una zona de brote de FVH, o hayan estado en una zona endémica de FVH y hayan tenido una exposición de riesgo (contacto con personas enfermas, animales o picadura de garrapata en el caso de FHCC) (**B-II**).
- Debe sospecharse una EIAR respiratoria en pacientes con síntomas o signos de infección respiratoria de vías bajas que en los últimos 14 días hayan estado en una zona de brote o endémica de EIAR respiratoria, especialmente si han tenido una exposición de riesgo (contacto con personas enfermas o camellos en el caso de síndrome respiratorio de Oriente Medio [*Middle East respiratory syndrome*, MERS]) (**B-II**).

¿Cuáles son los signos y/o marcadores analíticos de alarma o gravedad en los pacientes con fiebre importada?

- Ante un paciente con fiebre importada deben considerarse los siguientes signos de alarma o criterios de gravedad:
 - Clínicos: letargia/obnubilación/postración, meningismo, >2 crisis comiciales en 24 horas, focalidad neurológica, signos hemorrágicos, cianosis, disnea, dolor abdominal persistente/incapacitante o peritonismo, vómitos persistentes/intolerancia a la vía oral, oliguria o anuria, signos de mala perfusión, necrosis acra, *shock*, ictericia.

- ii. Analíticos: hemoconcentración, plaquetas $< 50 \times 10^9/L$, fracaso renal agudo, AST, ALT o GGT $> 1.000 IU/L$, insuficiencia hepática, lactato $> 2,5 \text{ mmol/L}$ (**A-III**).
- En caso de diagnóstico o sospecha de malaria o dengue, deberán valorarse los criterios de gravedad y signos de alarma específicos para estas enfermedades (**A-II**).

¿Cuándo debe derivarse un paciente a un servicio de urgencias hospitalarias?

- Se recomienda derivar a un servicio de urgencias hospitalario a los pacientes con fiebre importada que presenten alguno de los siguientes criterios:
 - i. Signos o marcadores analíticos sugestivos de gravedad o qSOFA ≥ 2 .
 - ii. Niños, pacientes de edad avanzada, con comorbilidades o inmunosupresión.
 - iii. Dificultad para obtener un diagnóstico rápido de malaria (en pacientes que regresen de una zona endémica de malaria).
 - iv. Sociales o implicaciones de salud pública (**A-III**).

Bloque 3: Síndromes febriles importados

¿Cuáles son las principales causas y qué exploraciones complementarias debo solicitar ante un paciente que presenta fiebre importada y fenómenos hemorrágicos?

- Ante un paciente con síndrome febril importado y fenómenos hemorrágicos debe valorarse la posibilidad de una FVH (**A-II**).
- Ante la sospecha de FVH, no deben realizarse exámenes complementarios que impliquen contacto con sangre o fluidos, si no se realizan bajo medidas de UAA (**A-I**).
- Tras descartar la sospecha de una FVH, se deberían realizar pruebas para excluir malaria, dengue, leptospirosis. (**A-I**) También deben incluirse en el diagnóstico diferencial la meningococemia, tífus, rickettsiosis, hepatitis virales y fiebre amarilla (**A-II**).

¿Cuáles son las principales causas de la fiebre exantemática importada?

- Ante una fiebre exantemática importada, deben considerarse de forma prioritaria las arbovirosis y las rickettsiosis (**A-II**).
- El diagnóstico diferencial también incluye infecciones virales (sarampión, rubeola, virus mononucleósidos, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), bacterianas (fiebre tifoidea, meningococemia, sífilis, leptospirosis), fúngicas, parasitarias (esquistosomiasis aguda, tripanosomiasis africana), infestaciones por artrópodos y picaduras, además de causas no infecciosas (reacciones alérgicas y farmacológicas) (**A-III**).

¿Cuáles son las principales causas y qué exploraciones complementarias debo solicitar ante un paciente que presenta fiebre importada e ictericia?

- Las causas más frecuentes de fiebre importada e ictericia, una vez descartada la malaria, son las hepatitis víricas (sobre todo virus de la hepatitis A [VHA] y virus de la hepatitis E [VHE]), leptospirosis y las infecciones de vía biliar. Otras causas menos frecuentes a considerar son la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla y el dengue (**A-III**).
- En el estudio de la fiebre importada con ictericia debe valorarse la necesidad de pruebas de imagen abdominal (**A-III**).
- Deberá considerarse el diagnóstico de hemólisis diferida por artemisininas en pacientes con signos de hemólisis y antecedente de

malaria tratada con artemisininas entre 1 y 4 semanas previas (**A-III**).

¿Cuáles son las principales causas de fiebre importada y hepatoesplenomegalia?

- Las causas más importantes de fiebre importada y hepatoesplenomegalia, una vez descartada la malaria, son los síndromes mononucleósicos, la fiebre tifoidea, brucelosis y leishmaniasis visceral, hepatitis víricas, infecciones por micobacterias, fiebre Q, leptospirosis, esquistosomiasis y causas no infecciosas (fundamentalmente enfermedades hematológicas) (**A-III**).

¿Cuáles son las principales causas de fiebre importada y eosinofilia?

- La causa más frecuente de fiebre importada y eosinofilia es la esquistosomiasis aguda. Otras infecciones parasitarias que pueden cursar con fiebre eosinofílica son la estrongiloidiasis diseminada, el síndrome de Löeffler, las filariasis y, menos frecuentemente, fascioliasis, toxocariasis y paragonimiasis. El diagnóstico diferencial también debe incluir causas no infecciosas (**A-II**).

¿Qué pruebas complementarias deben realizarse ante un paciente con fiebre importada sin causa evidente de más de siete días de duración?

- Ante un paciente con fiebre importada sin causa aparente de > 7 días de duración, deben considerarse las siguientes exploraciones complementarias: hemocultivos de larga incubación, frotis sanguíneo, PCR de malaria, ampliación de serologías y/o PCR (VIH, otras mononucleosis, *Rickettsia* spp., *Leptospira* spp., *Coxiella burnetii*, *Brucella*, hongos endémicos, *Leishmania* spp., *Schistosoma* spp.) y PCR y/o cultivos de hongos y micobacterias, estudio de autoinmunidad y/o pruebas de imagen (como ecografía abdominal, tomografía axial computarizada [TAC], ecocardiografía, tomografía por emisión de positrones [PET]) (**B-II**).

Bloque 4: Diagnóstico y exámenes complementarios

¿Cuáles son las exploraciones complementarias básicas que deben realizarse en la valoración inicial de cualquier caso de fiebre importada?

- En la valoración inicial del paciente con fiebre importada, se recomienda solicitar analítica con bioquímica que incluya perfil renal y hepático, hemograma completo y hemocultivos de forma preferente, o urgente en caso de sospecha de malaria o gravedad del cuadro según qSOFA ≥ 2 (**A-I**).
- En la valoración inicial del paciente con fiebre importada, deben solicitarse pruebas de detección de malaria (si el paciente ha visitado una zona endémica) (**A-I**) y dengue, en pacientes con periodo de incubación < 14 días (**A-II**).
- No se recomienda la realización de radiografía de tórax de forma sistemática en la valoración inicial de pacientes con fiebre indiferenciada sin síntomas respiratorios (**A-III**).

¿Debe realizarse una PCR de virus respiratorios en muestras de exudado nasofaríngeo de pacientes con fiebre importada indiferenciada?

- Dado el periodo de incubación de pocos días de la mayoría de los virus respiratorios y su amplia distribución geográfica, la realización de PCR de virus respiratorios deberá basarse en la situación

epidemiológica en las regiones visitadas y del país de regreso (**A-III**).

- Se recomienda la realización de PCR para SARS-CoV-2 en cualquier viajero que presenta síntomas compatibles, incluida fiebre indeterminada. En caso de retorno de un país en época de gripe, también se recomienda su realización (**A-II**).
- En pacientes con fiebre y clínica respiratoria de vías bajas provenientes de la Península Arábiga, se recomienda valorar la necesidad de traslado a UAAN y de realización de PCR para MERS-CoV. En ausencia de signos clínico-radiológicos de infección respiratoria de vías bajas, no se recomienda su realización (**A-II**).
- Se recomienda la realización de PCR de otros virus respiratorios en pacientes de alto riesgo (inmunosuprimidos), situaciones de gravedad clínica o para vigilancia epidemiológica (**B-III**).

¿Cuándo debe realizarse y cuál es la prueba de elección para el diagnóstico de la malaria?

- Debe realizarse una prueba para el diagnóstico de malaria en todo paciente con fiebre y antecedentes de haber visitado una zona endémica de malaria en el año previo. La ausencia de fiebre en el momento de la consulta no debe retrasar la realización de dicha prueba (**A-II**).
- La combinación de gota gruesa y PCR garantiza la máxima sensibilidad y especificidad, por lo que ambas deben realizarse en todos los casos de sospecha de malaria, siempre que se disponga de ellas. Si no se dispone de PCR, se recomienda realizar gota gruesa y test de diagnóstico rápido (TDR) (**A-I**).

¿Cuándo debe repetirse una prueba diagnóstica de malaria?

- Ante un paciente con fiebre importada sin diagnóstico, la gota gruesa debe repetirse cada 12–24 horas hasta tres veces si se mantiene la sospecha clínica de malaria y no se dispone de una PCR de *Plasmodium* spp. negativa, especialmente si el paciente presenta trombocitopenia (**A-II**).

¿Cuándo debe sospecharse y qué pruebas deben solicitarse para el diagnóstico de dengue, chikungunya y zika?

- Debe sospecharse una arbovirosis (dengue, chikungunya o zika) en pacientes que presenten fiebre o exantema, especialmente si se acompañan de cefalea retro-ocular, leucopenia, hipertransaminasemia o ausencia de síntomas respiratorios, y que haya comenzado con síntomas en un periodo máximo de 14 días tras haber dejado una zona endémica de arbovirus (**A-II**).
- Se recomienda solicitar pruebas diagnósticas de arbovirus en las fiebres indiferenciadas no-maláricas (FINM) con periodo de incubación ≤ 14 días, como primera opción (**A-II**).
- En áreas no endémicas de arbovirus pero con presencia de mosquitos *Aedes* spp., debe valorarse la sospecha de arbovirosis (dengue, chikungunya, zika) en pacientes con cuadro clínico compatible y en ausencia de diagnóstico alternativo aunque no hayan viajado recientemente (**C-III**).
- Para el diagnóstico de dengue, chikungunya y zika, se recomienda realizar una técnica de detección directa como la PCR en sangre (durante los siete primeros días de síntomas), y serologías emparejadas con suero de fase aguda (a partir del día cinco de síntomas) y fase convaleciente (**A-II**).
- En el caso de dengue, se recomienda realización de TDR que incluyan NS1, IgM e IgG durante los primeros siete días de los síntomas (**A-II**).
- En el caso de zika, además se recomienda la determinación de PCR en orina, entre los días 5 a 15 de la enfermedad (**A-III**).

¿Cuándo debe sospecharse y qué pruebas deben solicitarse ante una sospecha de fiebre tifoidea?

- La fiebre tifoidea debe sospecharse en pacientes que han viajado a áreas endémicas, especialmente Asia y Sudeste asiático, pero también África y América latina, y presentan FINM y alguno de los siguientes: dolor abdominal con estreñimiento o diarrea, aspecto tóxico y hepatoesplenomegalia (**A-II**).
- A pesar de su baja sensibilidad, la prueba diagnóstica de elección para el diagnóstico de la fiebre tifoidea importada son los hemocultivos (**A-I**).
- Aunque no se recomienda la realización de coprocultivo de forma sistemática, la identificación de *Salmonella typhi/paratyphi* en coprocultivo permite confirmar el estado de colonización y puede ser de ayuda en pacientes con fiebre importada con sospecha de fiebre tifoidea sin identificación microbiológica en los hemocultivos (**B-II**).
- No se recomienda el uso del test de Widal (**D-III**) ni otros TDR para el diagnóstico de fiebre tifoidea (**D-I**).

¿Cuándo deben sospecharse y qué pruebas deben solicitarse para el diagnóstico de rickettsiosis?

- Se establecerá la sospecha de rickettsiosis en pacientes con fiebre importada que hayan tenido mordedura o exposición a garrapatas, especialmente si presentan exantema o escara. Aunque se recomienda establecer también la sospecha de rickettsiosis en FINM, a pesar de que no haya un riesgo epidemiológico ni manifestaciones clínicas claras (**A-II**).
- Para el diagnóstico de infección por *Rickettsia* spp., se recomienda recoger una muestra para PCR de la escara si la manifestación cutánea está presente, y realizar serología en fase aguda y en fase convaleciente (pasados al menos cuatro semanas) (**A-III**).

¿Cuándo deben sospecharse y qué pruebas deben solicitarse para el diagnóstico de leptospirosis?

- Deberá sospecharse leptospirosis en aquellos pacientes con fiebre importada, que reporten contacto con agua dulce, estancia en zona con inundaciones o posible exposición a secreciones contaminadas, especialmente si además refieren mialgias y cefalea, insuficiencia renal o ictericia (**A-II**).
- Ante una sospecha de leptospirosis, se recomienda pedir PCR en sangre en los primeros 10 días de síntomas, y PCR en orina y serología a partir del día 7 de sintomatología (**B-II**).

Bloque 5: Tratamiento del paciente con fiebre importada

¿Cuándo debe iniciarse un tratamiento empírico para la malaria?

- Se recomienda iniciar un tratamiento empírico para la malaria en pacientes procedentes de áreas endémicas (especialmente África subsahariana) en los que se sospeche malaria con criterios de gravedad si el diagnóstico se va a demorar o no se puede realizar (**A-III**).
- También estaría indicado el tratamiento antimalárico empírico, independientemente de la demora en el diagnóstico, si la situación clínica del paciente lo requiere o en casos en los que se sospeche malaria sin criterios de gravedad si el diagnóstico se va a demorar, especialmente si presentan trombocitopenia, hiperbilirrubinemia o esplenomegalia (**B-III**).

¿En qué casos y qué antibióticos deben incluirse para el tratamiento empírico del paciente con fiebre importada?

- En pacientes con FINM clínicamente estables, sin criterios de gravedad ni comorbilidades y con sospecha de una causa no bacteriana de la fiebre, se puede optar por un manejo ambulatorio y no iniciar un tratamiento antibiótico empírico, siempre y cuando se pueda asegurar un seguimiento estrecho (**B-III**).
- En los pacientes con FINM (idealmente tras haber descartado dengue de forma urgente) que requieran ingreso, está indicado el tratamiento antibiótico empírico con una cefalosporina de 3ª generación + doxiciclina. En pacientes ambulatorios con FINM (idealmente tras haber descartado dengue de forma urgente), es prudente iniciar un tratamiento antibiótico empírico con una cefalosporina de 3ª generación oral + doxiciclina o con azitromicina (**A-II**).
- Ante la ausencia de diagnóstico etiológico si se presenta buena evolución clínica, se recomienda no extender el tratamiento antibiótico empírico más allá de los 7 días. Si la sospecha diagnóstica es de fiebre Q, el tratamiento con doxiciclina deberá prolongarse al menos hasta los 14 días (**A-II**).
- Ante la falta de respuesta clínica 48-72 horas tras haber iniciado un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro debe plantearse las siguientes posibilidades: infecciones bacterianas que presentan defervescencia tardía (fiebre tifoidea), melioidosis, infecciones por microorganismos resistentes, infecciones no-bacterianas (víricas, parasitarias o micosis endémicas) o tuberculosis (**A-III**).

¿Cuál es la pauta antimicrobiana más recomendable en un paciente crítico o con criterios de gravedad con fiebre importada?

- Ante un paciente crítico o con criterios de gravedad que presente fiebre importada sin una sospecha clara de la causa de la fiebre (o en el que no se pueda obtener un diagnóstico etiológico rápido) se recomienda iniciar un tratamiento empírico que incluya artesanato (para personas procedentes de áreas endémicas de malaria) y un régimen antibiótico de amplio espectro que incluya doxiciclina 100 mg/12 h y un beta-lactámico de amplio espectro (**A-III**).

¿Debe realizarse un cribado de microorganismos multirresistentes al viajero que regresa con fiebre y requiere ingreso hospitalario?

- Se recomienda el cribado de colonización por microorganismos multirresistentes en pacientes que en los 12 meses previos realizaran un viaje a zonas de alta prevalencia (Asia del sur y Sudeste asiático), precisaran hospitalización, consumo de antibióticos o desarrollaran un cuadro diarreico durante el viaje (**A-II**).
- Hasta tener los resultados del cribado, si la logística del centro lo permite, se recomienda que estos pacientes se manejen con precauciones de aislamiento de contacto (**B-II**).

¿Cuándo debe contemplarse la cobertura antibiótica para microorganismos multirresistentes de forma empírica en el manejo de la fiebre importada?

- En pacientes con viaje reciente a Asia del sur y sudeste asiático se debe considerar la posibilidad de fiebre tifoidea extremadamente resistente (XDR) (fundamentalmente Pakistán) o con resistencia a cefalosporinas y utilizar empíricamente azitromicina o un carbapenem (**A-II**).
- En pacientes con viaje reciente a Asia del sur, sudeste asiático o norte de Australia debe considerarse la posibilidad de melioidosis (sobre todo en caso de sepsis grave/shock séptico) y utilizar ceftazidima o un carbapenémico (**A-II**).

sis (sobre todo en caso de sepsis grave/shock séptico) y utilizar ceftazidima o un carbapenémico (**A-II**).

- Se recomienda la cobertura empírica de enterobacterias productoras de BLEE (beta-lactamasas de espectro extendido) con carbapenémicos en pacientes con sepsis grave/shock séptico que hayan realizado un viaje internacional en los 12 meses previos sobre todo en el caso de viaje a Asia del sur, especialmente India, sudeste asiático o norte de África y más aún si existe el antecedente de hospitalización, consumo de antibióticos o diarrea durante el viaje (**A-II**).
- Además, se recomienda la cobertura empírica de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en pacientes con sepsis grave/shock séptico que hayan tenido una hospitalización durante un viaje internacional en los 12 meses previos (**A-II**).

Bloque 6: Diagnóstico y manejo de poblaciones especiales

¿Qué particularidades presenta el diagnóstico y manejo de la fiebre importada en embarazadas, niños y pacientes inmunodeprimidos?

- En embarazadas procedentes de zonas endémicas de malaria con fiebre y gota gruesa y/o TDR negativos, debe valorarse la realización de una prueba molecular con PCR si persiste la sospecha diagnóstica (**A-II**).
- En embarazadas provenientes de zonas endémicas de arbovirus con fiebre y un periodo de incubación ≤ 14 días, debe realizarse un estudio molecular de virus Zika y dengue en sangre y antígeno de dengue (durante los siete primeros días de síntomas), PCR en orina de zika (entre los días cinco a 15 de la enfermedad) y serologías para detección de anticuerpos (a partir del día 5 de síntomas) (**A-II**).
- En niños refugiados con fiebre conviene considerar con mayor frecuencia las enfermedades prevenibles con vacunas dada la baja cobertura vacunal (**B-II**).
- En pacientes inmunodeprimidos las infecciones importadas pueden presentar formas clínicas más graves. Ante un paciente inmunodeprimido con síndrome febril importado deben considerarse especialmente malaria, leishmaniasis, la estrongiloidiasis, la tuberculosis o las micosis endémicas (**A-II**).
- En embarazadas, niños y pacientes inmunosuprimidos se debe valorar la instauración precoz de antibioterapia empírica en fiebres indiferenciadas dada su mayor susceptibilidad a patologías infecciosas graves (**B-III**).

Bloque 7: Medidas de salud pública

¿Qué enfermedades deben declararse a la autoridad de Salud Pública?

- Se debe notificar a la autoridad de salud pública cualquier sospecha o confirmación de enfermedad de declaración obligatoria (EDO), incluyendo cualquier situación epidémica o brote que pueda suponer un riesgo para la salud poblacional. Las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de carácter urgente, se notificarán ante sospecha o confirmación, por el medio más rápido posible (**A-II**).

¿Qué recomendaciones de salud pública deberían plantearse en un paciente con fiebre importada no-malárica?

- Se recomienda realizar educación sanitaria sobre las medidas de prevención y control para evitar la transmisión local de zika,

dengue, chikungunya y/o fiebre amarilla, especialmente en los pacientes que residen en zonas con presencia puntual o establecida de vectores competentes para su transmisión (**C-III**).

- Se recomienda que los casos sospechosos o confirmados de infección por zika usen correctamente preservativos durante las relaciones sexuales o se abstengan de la actividad sexual, durante tres meses para los hombres y durante dos meses para las mujeres desde el inicio de los síntomas. Si la pareja sexual del caso con infección por zika está embarazada, se recomienda el uso correcto de preservativos o la abstención sexual durante todo el embarazo (**A-II**).

Consideraciones éticas

Este documento de consenso no precisa de la aprobación de un Comité de Ética de la Investigación.

Financiación

La publicación del manuscrito cuenta con la financiación de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI). No se ha recibido ninguna otra financiación por parte de instituciones de ámbito privado o público.

Conflictos de intereses

Los autores, revisores y coordinadores declaran no tener conflictos de intereses con relación al documento.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.eimc.2024.05.002](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.05.002).