



Capítulo 53

SÍNDROME FEBRIL EN URGENCIAS

A. Julián Jiménez

INTRODUCCIÓN

El centro termorregulador está situado en el Hipotálamo anterior y trata de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor.

La temperatura "*normal del organismo en un adulto*" puede oscilar en función de las características del individuo, el momento y el lugar de la determinación, entre 36.4° - 37.7° C ya que:

- ▲ Se considera como media el intervalo entre 36.8° +/- 0.4° C.
- ▲ Existe un *ritmo circadiano* (que se mantiene incluso en los procesos febriles) con valores mínimos de la temperatura a las 6:00 horas y máximos a las 16:00 horas.
- ▲ En general se mide en la axila pero en ocasiones hay que hacerlo en el recto (habría que añadir 0.6°C a la medida axilar), boca o en una muestra de orina.

Es una consulta muy frecuente en Urgencias (5-10%), siendo originada muchas veces por procesos autolimitados y banales.

Aunque deberíamos considerar siempre el *origen infeccioso* del síndrome febril, hasta demostrar lo contrario, no es exclusivo del mismo: neoplasias, enfermedades hematológicas, endocrino-metabólicas, colagenosis, fármacos, etc. pueden ser sus causas. Otras veces, nos encontramos ante enfermedades infecciosas que cursan sin fiebre e incluso se manifiestan con hipotermia (sobre todo en ancianos, diabéticos, alcohólicos, inmunodeprimidos...).

¿A QUÉ LLAMAMOS FIEBRE?. CONCEPTOS

Fiebre: temperatura corporal a partir de los 38°C como respuesta del organismo a distintas agresiones (infecciones, inflamaciones, tumores...).

Fébrícula: intervalo entre 37-37.9°C. Valorar su significado en cada situación.

Hipertermia: aumento de la temperatura por fallo del centro termorregulador.

Fiebre de corta duración: desde el inicio de la misma hasta su consulta no han pasado más de 2 *semanas*. Algunos autores hablan de *Fiebre de "Breve duración"* si lleva menos de 48 horas o "*Fiebre Aguda*" si está presente menos de una semana.

Fiebre de larga evolución: cuando el proceso se prolonga *más de 2-3 semanas*.

Fiebre de origen desconocido: para definirla como tal se requiere la existencia de temperaturas de más de 38.3°C en determinaciones repetidas, con una duración de más de 3 semanas y donde no se ha podido llegar a un diagnóstico tras una semana de ingreso y estudio hospitalario. Por todo ello rara vez se diagnostica en Urgencias.

Manejo del paciente con Síndrome Febril en Urgencias.

Cuando un enfermo llega con fiebre al Servicio de Urgencias siempre surgen distintas preguntas que reclaman respuestas y decisiones inmediatas.

- ¿Cómo son las características y el patrón de la fiebre?.
- ¿Conocemos la causa?. ¿Existe un foco de la misma?.
- ¿Representa la fiebre una urgencia médica?.
- ¿Cuáles son considerados Criterios de Gravedad?.
- ¿Debo bajar la fiebre en Urgencias? .¿Qué tratamiento le pongo?.
- ¿Tengo que ingresar al enfermo?.

Para poder contestar a éstas y otras preguntas tres herramientas básicas nos aproximarán al problema del enfermo:

1. *Historia clínica exhaustiva.*
2. *Exploración física cuidadosa.*
3. *Pruebas complementarias precisas y seleccionadas.*

Después de esta toma de contacto deberemos adoptar las medidas y decisiones apropiadas en cada caso.

HISTORIA CLÍNICA

Este motivo de consulta representa uno de los casos donde seguramente la historia clínica necesita individualizarse y ser "más curiosa y policial" que nunca. Siguiendo el modelo base de toda historia investigaremos con especial atención:

1.- Antecedentes personales y epidemiológicos:

- ▲ *Enfermedades crónicas:* diabetes, insuficiencia renal, cirrosis, insuficiencia cardíaca o respiratoria, tumores, inmunodepresión, etc.
- ▲ *Enfermedades infecciosas previas:* tuberculosis, hepatitis, VIH, ETS...
- ▲ *Ingresos hospitalarios y cirugías anteriores.* ¿Alguno reciente?.
- ▲ *Contacto o convivencia con enfermos potencialmente infectocontagiosos.* ¿Existen familiares u otras personas del entorno del enfermo con el mismo cuadro?.
- ▲ *Portador de algún tipo de prótesis, sondajes o derivaciones.*
- ▲ *Tratamientos farmacológicos.* Pudieran ser la causa o atenuante de la fiebre. Se debe preguntar específicamente por la toma de antibióticos, antitérmicos y antiinflamatorios.
- ▲ *Hábitos tóxicos:* drogas, alcohol, tabaco. Cantidad. ¿Cuándo fue la última dosis?.
- ▲ *Hábitos y conducta sexual.* ¿Posibilidad de embarazo?.
- ▲ *Historia dental:* extracciones o manipulaciones recientes.
- ▲ *Lugar de residencia:* domicilio, residencia de ancianos, colegio, cuartel.
- ▲ *Viajes fuera del entorno del enfermo.*
- ▲ *Contactos con animales o insectos:* mordeduras, picaduras.
- ▲ *Hábito alimentario:* ingesta de agua de ríos o pozos, consumo de leche o quesos sin control sanitario, "carnes poco hechas", pescados o mariscos crudos.
- ▲ *Accidentes o traumatismos, hematomas.*
- ▲ *Profesión:* actual y anteriores. Contactos o inhalaciones de productos tóxicos.

2.- Características de la fiebre:

- ▲ *Duración:* ¿cuándo empezó?.
- ▲ *Forma de inicio:* ¿cómo se dio cuenta que tenía fiebre?. Por el termómetro, por sensación de calor, sudores, escalofríos. ¿Apareció bruscamente o poco a poco?
- ▲ *Patrón:*
 - ¿Es continua?. Oscilación diaria de menos de un grado.
 - ¿Remitente?. Oscilación diaria de más de un grado sin llegar a ser normal.
 - ¿Intermitente?. Alterna días con fiebre y días con temperatura normal (con un ritmo fijo).
 - ¿Recurrente?. Periodos de fiebre continua a los que siguen otros con temperatura normal. Ejemplos: Fiebre de Pel-Ebstein en la enfermedad de Hodgkin donde vemos 3-10 días con fiebre y 3-10 días sin ella. Fiebre Palúdica donde la recurrencias se ven cada 72 -96 horas (terciana-cuartana).



- ¿Tiene grandes oscilaciones?. Fiebre en agujas (Héctica). Picos elevados y descensos profundos a lo largo del día. P.Ejemplo: bacteriemias, abscesos.
- ¿A qué hora tiene la fiebre?. Matutina, vespertina. ¿Hasta qué grados sube?.

3.- Síntomas acompañantes:

Después de lo aportado por el enfermo en su relato dirigiremos el interrogatorio por aparatos. Todo ésto nos ayudará a valorar la situación clínica del enfermo y localizar el foco. Tan importantes son los datos positivos como los negativos (tienen que quedar reflejados en la Historia):

- ▲ *Generales*: malestar, sudoración, escalofríos, tiritona, somnolencia, postración, astenia, anorexia, pérdida de peso.
- ▲ *Neurológicos*: cefalea, convulsiones, alteraciones del nivel de conciencia, pérdida de fuerza.
- ▲ *Cardio-respiratorios*: tos con o sin expectoración, dolor torácico, disnea, hemoptisis, palpitaciones.
- ▲ *Digestivos*: disfagia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, color de las heces.
- ▲ *Urológicos*: disuria, polaquiuria, poliuria, dolor lumbar, hematuria.
- ▲ *Otros*: mialgias, artralgias, lesiones dermatológicas, adenopatías.

4.- Exploración física:

Deberá seguir la misma sistemática que se comentó en el capítulo 1: "La Historia Clínica". Con especial atención trataremos de identificar:

1. *Tensión arterial. Frecuencias cardíaca y respiratoria. Temperatura.*
2. Estado general. Nivel de conciencia y atención. Coloración de piel y mucosas. Hidratación. Sudoración. Signos meníngeos.
3. Existencia de adenopatías palpables en algún territorio ganglionar.
4. Presencia de lesiones dermatológicas (exantema, petequias, vesículas, estigmas de vasculitis o de embolismos sépticos...), hemorragias subungueales, nódulos.
5. Cabeza y cuello: lesiones de foliculitis, eczema seborreico. Palpación de arterias temporales. Alteraciones conjuntivales. Fondo de ojo (retinitis, manchas de Roth, embolismos o infartos...). Examen O.R.L (boca, oídos, faringe, senos paranasales). Alteraciones tiroideas. Defectos en algún par craneal. Rigidez de nuca.
6. Tórax: tumoraciones condrocostales. Auscultación cardíaca: Ritmo, roce, soplos. Auscultación pulmonar: Descripción de ruidos patológicos: crepitantes, roncus, sibilancias, soplo tubárico, abolición de la ventilación en alguna zona.
7. Abdomen: hepatomegalia, esplenomegalia, palpación de masas, puntos o áreas dolorosas, signos de irritación peritoneal, Blumberg, Murphy, ascitis, ruidos intestinales. Zona lumbar: puño-percusión renal.
8. Extremidades: signos de trombosis venosa, pulsos, edemas, úlceras, áreas de celulitis, abscesos, examen osteoarticular descartando fenómenos inflamatorios, puntos dolorosos.
9. Examen genital y ano-rectal.
10. Exploración ginecológica.

- ▲ Siempre dejad reflejado la existencia o no de rigidez de nuca y signos meníngeos.
- ▲ En ocasiones (sobre todo en enfermos graves y los que permanecen en observación) hay que repetir la exploración física buscando cambios o certificando los hallazgos de la misma.

5.- Pruebas complementarias:

Las pruebas a realizar en el Servicio de Urgencias dependerán de la sospecha diagnóstica, que se basará en la historia recogida, sintomatología acompañante del proceso febril, los resultados de la exploración física y la situación del enfermo.

▲ Las pruebas básicas y **"consideradas obligatorias" en todo enfermo que decido ingresar para estudio de un Síndrome Febril** son las siguientes: Hemograma, Bioquímica (glucosa, iones, urea, creatinina), S. Orina, Radiografía de tórax y abdomen y Hemocultivos.

Otras pruebas se realizarán si se considera que pueden aportar algún dato para aclarar el origen o si pudieran influir en la toma de decisiones en Urgencias.

- ▲ Hemograma: nos fijaremos en la fórmula leucocitaria. Leucocitosis con neutrofilia o desviación izquierda y leucopenia (infecciones graves, bacterianas), monocitosis (virales), eosinofilia (parásitos, fármacos), "linfocitos activados o atípicos" (mononucleosis), existencia de trombopenia o anemia acompañante.
- ▲ Bioquímica: glucosa, iones, perfiles renal y hepático (su alteración es signo de mal pronóstico), CPK (si sospecho rabdomiolisis).
- ▲ Gasometría arterial basal (si sospecho infección o insuficiencia respiratoria) o venosa en otras situaciones.
- ▲ S.Orina: nitritos positivos y leucocituria-piuria sugieren infección urinaria.
- ▲ Radiografías de tórax PA y lateral, simple de abdomen y en bipedestación, de senos paranasales, de columna, sacroilíacas...
- ▲ Hemocultivos: se obtienen en enfermos con sospecha de bacteriemia, portadores de prótesis, endocarditis, osteomielitis. En pacientes que ingreso para estudio o que no tienen foco claro o que impresionan de gravedad. Antes de comenzar un tratamiento antibiótico empírico o simultáneos al mismo si urge comenzar con antibióticos.
- ▲ Estudio de coagulación, PDF, Etanol, Dímero D. Cuando sospecho sepsis o coagulopatía de consumo.
- ▲ VSG: en sospecha de polimialgia reumática-arteritis de la temporal.
- ▲ Ecografía de abdomen, cervical-tiroidea, de partes blandas, etc (múltiples indicaciones)
- ▲ ECG: ver bloqueos, alteraciones de la repolarización o arritmias (pericarditis, miocarditis).
- ▲ Ecocardiograma: en sospecha de pericarditis, endocarditis.
- ▲ TAC craneal, torácico o abdominal.
- ▲ Análisis citológico, bioquímico, Gram, Ziehl de líquidos estériles (punción lumbar, toracocentesis, paracentesis, artrocentesis).
- ▲ En ocasiones y según la sospecha: urocultivo, coprocultivo, cultivo y Ziehl en esputo (TBC), Rosa de Bengala (brucelosis), Paul-Bunnell (mononucleosis), extensión sangre periférica (paludismo, enfermedades hematológicas), otras serologías.
- ▲ En enfermos seleccionados puede ser de gran utilidad recoger y archivar una muestra ("Suero Archivo") que en función de la evolución o de nuevos datos o sospechas nos permitiría solicitar estudios de un suero inicial o "virgen de tratamientos" sin recurrir a las "peticiones a cañonazos" sobre todo cuando estamos perdidos respecto al origen de la fiebre.



¿CUÁNDO PUEDE SER LA FIEBRE UNA URGENCIA MÉDICA?

Con frecuencia tenemos la tendencia a dejar al paciente con fiebre "en los últimos puestos" a la hora de clasificar o hacer el triage, sobre todo, cuando el Servicio de Urgencias se encuentra en "hora punta". Pero debemos reconocer a aquellos enfermos con fiebre que se convierten en prioritarios y necesitan una valoración rápida. Así ocurriría en algunos casos:

Enfermos que precisan de una valoración rápida y deben considerarse prioritarios

- ▲ Cuando existe una temperatura superior o igual a 41°C (Hiperpirexia) hay que disminuirla inmediatamente porque la termorregulación está condenada a fracasar y se multiplicará la posibilidad de que aparezcan complicaciones (pérdidas hidroelectrolíticas, hipercatabolismo, alteraciones hemodinámicas).
- ▲ Cuando surgen complicaciones en relación con la fiebre que hay que tratar:
 - El enfermo impresiona de grave afectación general.
 - Alteración del nivel de conciencia: desde la bradipsiquia hasta el coma.
 - Convulsiones o historia de epilepsia.
 - Alteraciones del equilibrio ácido-base o hidroelectrolíticas.
 - Insuficiencia o deterioro funcional de algún órgano vital (cardíaca, renal, respiratoria, hepática).
- ▲ Enfermos pluripatológicos, ancianos y mujeres embarazadas.
- ▲ Enfermos con patologías (cardíaca, respiratoria, renal, neurológica) que pudieran empeorar con la presencia de fiebre.
- ▲ Cuando sospecho que la fiebre es consecuencia de una patología que precisa una atención y actuación inmediata: meningitis, artritis séptica, empiema, peritonitis.
- ▲ Enfermos inmunodeprimidos o considerados debilitados crónicamente por:
 - Insuficiencia renal.
 - Diabetes.
 - Neoplasias sólidas o enfermedades hematológicas malignas.
 - En tratamiento esteroideo o con quimioterapia (¿neutropénico?).
 - Esplenectomizados o con trasplante de algún órgano.
 - Portadores de prótesis, catéteres, reservorios, derivaciones, sondas.
 - Inmunodeficiencias primarias, infección por VIH.
 - Alcohólicos, consumidores de drogas vía parenteral (CDVP).
 - Cirróticos.

**Son situaciones especiales que hay que valorar de forma individualizada.*

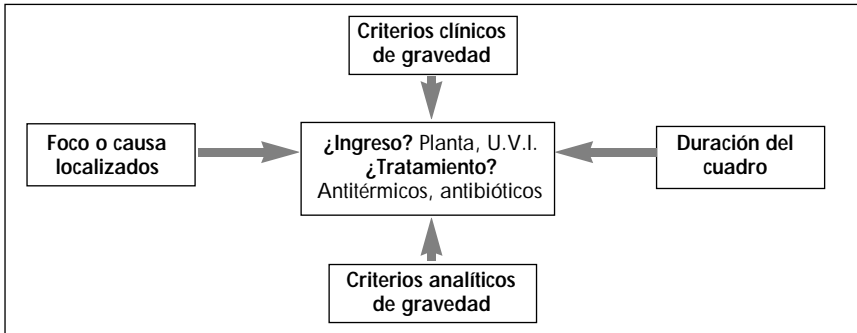
¿CUÁNDO DEBO INGRESAR AL ENFERMO CON FIEBRE?

¿QUÉ TRATAMIENTO LE PONGO?

Dependerá de muchas circunstancias y tras individualizar cada caso nos apoyaremos en cuatro pilares:

- 1.- La existencia o no de foco o causa de la fiebre.
- 2.- La duración del cuadro.
- 3.- Presencia de criterios clínicos de gravedad.
- 4.- Presencia de criterios analíticos de gravedad.

Con todo ello se tomará una actitud con cada enfermo; decidiendo su alta, ingreso y medidas terapéuticas.



"Criterios de gravedad clínicos"

- ▲ Alteración nivel de conciencia: desorientación, estupor, coma.
- ▲ Hipotensión (T.A.S menor o igual a 100 mm Hg) o signos de hipoperfusión periférica.
- ▲ Taquicardia > 120 l.p.m.
- ▲ Taquipnea > 25-30 r.p.m.
- ▲ Crisis convulsivas.
- ▲ Pacientes con enfermedades de base o crónicas debilitantes.
- ▲ Hipertermia rebelde a medicación antipirética adecuada.
- ▲ Sospecha de infección bacteriana sin respuesta a tratamiento antibiótico empírico.
- ▲ Sospecha de "infecciones graves": meningitis, artritis, empiema, colecistitis.

"Criterios de gravedad analíticos"

- ▲ Acidosis metabólica.
- ▲ Alteraciones metabólicas ($\text{Na}^+ < 130$), rabdomiolisis.
- ▲ Insuficiencia respiratoria ($\text{PO}_2 < 60$ en ancianos o $\text{PO}_2 < 75-80$ en jóvenes).
- ▲ Insuficiencia renal ($\text{Cr.} > 2-2,5$).
- ▲ Alteración de la función hepática, ictericia.
- ▲ Leucocitosis > 12.000-15.000 o leucopenia < 4.000 con desviación izquierda (> 10-20% cayados).
- ▲ Coagulopatía (CID), trombopenia.
- ▲ Anemia ($\text{Hb} < 10$, $\text{Htco} < 30$).
- ▲ Neutropenia (< 1.000 Ne)

Estos valores analíticos son orientativos y habrá que ser flexibles en su interpretación sobre todo en enfermos crónicos y ancianos.

ACTITUD ANTE EL PACIENTE CON FIEBRE

Tras analizar cada caso (recordad que las recomendaciones son "flexibles") podremos tener distintos supuestos:

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE CORTA DURACIÓN, SIN FOCO Y SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

Lo más frecuente es que se trate de un proceso infeccioso, probablemente de etiología viral y autolimitado. *Actitud:*

- Remitir a su médico de atención primaria, observación domiciliaria.



- No pautar antibióticos.
- Recomendar medidas físicas y valorar antipiréticos tipo paracetamol 500-650 mg/6-8 horas o ácido acetilsalicílico 500 mg/6-8 horas u otros antiinflamatorios no esteroideos en casos seleccionados.

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE CORTA DURACIÓN, SIN FOCO Y CON CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

Estos enfermos precisan ingresar para observación y ser reevaluados en corto periodo de tiempo. Volver a explorar y buscar de nuevo el foco. *Actitud:*

- Obtener *Hemocultivos* y *Urocultivo* previos al inicio de tratamiento antibiótico de amplio espectro vía i.v si continuamos sin conocer el foco (recomendaciones en capítulo 54: Sepsis. Tratamiento empírico de las infecciones). Valorar la posibilidad de archivar una muestra en microbiología.
- Si descubro foco, tratamiento según la entidad causante. (Ver capítulos correspondientes).

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE CORTA DURACIÓN, CON FOCO Y SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

El enfermo no precisa ingresar. *Actitud:*

- Tratamiento específico según el problema. (Ver capítulos correspondientes).
- Remitir a su médico para seguimiento.

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE CORTA DURACIÓN, CON FOCO Y CON CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

Se precisa su ingreso en planta o en U.V.I. *Actitud:*

- Obtener Hemocultivos en Urgencias además de los cultivos necesarios según la patología de la que se trate (líquido pleural, ascítico, L.C.R...).
- Comenzar *inmediatamente* con tratamiento antibiótico empírico v.i.v adecuado al foco según las recomendaciones (capítulos 54-63).

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN, SIN FOCO Y SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

El enfermo debe ser estudiado de forma preferente. *Actitud:*

- Algunos autores recomiendan derivar al enfermo a consultas de Medicina Interna o Enfermedades Infecciosas tras sacar, en Urgencias, Hemocultivos, Urocultivo y "Suero Archivo". (Siempre que el enfermo pueda ser visto por el especialista en muy breve espacio de tiempo).
- Otros (incluidos nosotros) optan por ingresar al enfermo para estudio solicitando en Urgencias las pruebas comentadas antes. En función del estado clínico del enfermo se comenzará con tratamiento o no.

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN, SIN FOCO Y CON CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

El paciente quedará ingresado en planta o en la U.V.I *Actitud:*

- Sacar Hemocultivos, Urocultivo y valorar "Suero Archivo".
- Iniciar en Urgencias tratamiento antibiótico de amplio espectro v.i.v. (ver capítulo 54).

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN, CON FOCO Y SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

Dependiendo de la patología causante de la fiebre y el estado del enfermo se ingresará o no. *Actitud:*

- Aplicar tratamiento empírico adecuado y remitir al especialista o médico de atención primaria para seguimiento.
- Si la causa de la fiebre requiere un estudio detallado, atención quirúrgica o reevaluación rápida de la evolución o respuesta al tratamiento se sacarán Hemocultivos y quedará ingresado.

▲ **PACIENTE CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN, CON FOCO Y CON CRITERIOS DE GRAVEDAD.**

Es un enfermo prioritario. Siempre se ingresa. Se obtienen Hemocultivos y se inicia tratamiento adecuado en *Urgencias*. Es necesario reevaluar en breve espacio de tiempo y si no mejora su situación clínica valoración por U.V.I.

▲ **INDICACIONES DE TRATAMIENTO SINTOMÁTICO EN URGENCIAS.**

En los enfermos que presentan temperaturas extremas (>39° C), con complicaciones derivadas de la existencia de fiebre o descompensaciones de sus patologías de base por la misma, sobre todo si conocemos la etiología.

Tras haber obtenido los Hemocultivos y comenzado con los antibióticos, si éstos estuvieran indicados, se podrá bajar la fiebre gradualmente.

- *Medidas físicas:* compresas empapadas en agua fría, baño, disminución de la temperatura ambiental, mantas hipotérmicas.
- *Medidas generales:* reposición hidroelectrolítica.
- *Medidas farmacológicas:* valorando la situación clínica y hemodinámica del enfermo se puede optar por Paracetamol (0.5-1 gr) ó Metamizol (0.5-2 gr) por vía oral o i.v.

En casos seleccionados se podrán usar salicilatos, otros antiinflamatorios no esteroideos o esteroides.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Jeffrey A.G, Dinarello C.A. Fiebre e Hipertermia. En: Fauci AS; Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Et al., editores. Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Madrid. McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 97-102.
- ▲ Mackowiak P. A. Temperature Regulation and the Pathogenesis of Fever. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R., editors. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 th. Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. p. 604-622.
- ▲ Gutiérrez A, Ugalde F, Martínez M. Síndrome febril en urgencias. En: Cisterna Cancer R, editor. Manejo de la infección en urgencias. GlaxoWellcome; 1999. p. 3-11.
- ▲ Hirschmann J.V. Fever of Unknown origin in adults. Clin Infect Dis.1997; 24: 291-302.
- ▲ Moya Mir M.S. Síndrome febril. En: Normas de actuación en urgencias. Ed 2000. Madrid: SmithKline Beecham; 2000. p. 45-50.