

SÍNDROME FEBRIL EN URGENCIAS

CONCEPTO

Se denomina **fiebre** al incremento de la temperatura del núcleo corporal por encima de la variación diurna diaria, como consecuencia de la elevación del punto de control del centro termorregulador. Es decir, se mantiene el funcionamiento del centro termorregulador pero su labor se “fija” a un nivel más elevado, hecho que permite diferenciar la fiebre de la *hipertermia*.

La temperatura normal del núcleo corporal en el adulto puede oscilar en función de las características del individuo, el momento y el lugar de la determinación. De forma consensuada, consideramos que existe fiebre cuando la medición de la temperatura central (realizada en la región axilar del adulto) es superior a 38°C, y se denomina *febrícula* a la temperatura comprendida entre 37,5 y 38°C e *hiperpirexia* a la temperatura superior a 41°C.

ETIOLOGÍA

Las causas de la fiebre son múltiples e incluyen:

- Cualquier posible estímulo inflamatorio: siendo muy frecuente, aunque no específico, el estímulo infeccioso.
- La necrosis tisular: por ejemplo hemólisis o infartos de parénquima.
- Algunas neoplasias: fundamentalmente las hepáticas, linfoides y renales.
- Reacciones inmunes: la activación del sistema inmune conlleva un aumento de la temperatura corporal, y ello puede ocurrir ante una infección pero también en caso de enfermedades autoinmunes o conectivopatías.
- Alteraciones endocrino-metabólicas: por ejemplo la gota, hipertiroidismo, los cambios endocrinos asociados al embarazo o algunas porfirias.
- Fármacos: anfetaminas, yoduros, sulfamidas, barbitúricos...
- Patología neurológica: en la que la enfermedad daña el centro termorregulador. Puede ser infecciosa (meningitis) o no infecciosa (estrés intenso, fiebre psicógena, ACV)

CLÍNICA

En el síndrome febril es posible identificar tres periodos sucesivos con sus correspondientes manifestaciones clínicas:

1. Fase de comienzo: al aumentar el punto termorregulador, el organismo se “siente” frío, y por ello, se estimula la termogénesis y se ponen en funcionamiento los mecanismos ahorradores de calor. Todo ello va a determinar:
 - o Palidez y frialdad cutánea como consecuencia de la vasoconstricción, siendo característico el aspecto “en piel de gallina” por la contracción de los músculos piloerectores, todo ello para evitar pérdidas de calor.
 - o Sensación de frío.
 - o Escalofríos: contracciones musculares bruscas, responsables de la generación de calor, que aparecen si el síndrome febril se instaura rápidamente.

Aquella fiebre que se establezca con lentitud va a poner en marcha estos mecanismos con una intensidad menor, de tal manera que no se desarrollará el fenómeno más significativo que es el escalofrío.

2. Fase de estado: caracterizada por el equilibrio entre la termogénesis y la termólisis y que presenta dos tipos de manifestaciones clínicas:
 - o Dependientes de la termorregulación: a nivel cutáneo (facies febril, rubicunda), circulatorio (aumento del gasto cardíaco a expensas de taquicardia), renal (orina escasa y concentrada), nervioso (si la fiebre es muy alta, fotofobia, cefaleas, convulsiones), respiratorio (polipnea, hiperpnea), digestivo (déficit de secreciones, lengua saburral).
 - o Dependientes de las citocinas proinflamatorias: alteraciones inespecíficas como astenia, anorexia, pérdida de peso o malestar general. Es habitual la tendencia a la somnolencia y la aparición de mialgias y artralgias.
3. Fase de declinación: en la que hay un predominio de la termólisis, hasta que se elimina el exceso de calor acumulado. Si esta pérdida de calor es brusca, aparecerá sudoración profusa, ocasionalmente acompañada de poliuria, sensación de calor y cambios posturales.

EVALUACIÓN CLÍNICA

La evaluación del paciente con fiebre se realizará atendiendo a:

- La historia clínica: anamnesis y exploración física.
- La realización de pruebas complementarias.

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

Se seguirá la sistemática de cualquier otra entrevista clínica: antecedentes personales, laborales y epidemiológicos, estado subjetivo actual... intentando identificar la presencia de los síntomas descritos en el apartado anterior y de aquellos que orienten hacia una focalidad concreta.

CARACTERÍSTICAS DE LA FIEBRE

Durante la anamnesis debe hacerse especial hincapié en la descripción de las distintas características de la fiebre, que pueden aportar algunos datos orientadores de su causa:

- Intensidad: fiebre, febrícula (37,5-38°C) o hiperpirexia (>41°C).
- Forma de inicio: algunas enfermedades infecciosas comienzan de forma brusca (neumonía lobar) mientras que en otras la fiebre se establece de forma progresiva.
- Duración: tiempo transcurrido entre la aparición de la fiebre y el momento de la consulta. En función de la duración podemos distinguir:
 - o Fiebre de corta duración: desde el inicio de la misma hasta su consulta no han pasado más de 2 semanas.
 - o Algunos autores hablan de fiebre de *breve duración* si lleva menos de 48 horas o *fiebre aguda* si está presente menos de una semana.
 - o Fiebre de larga evolución: cuando el proceso se prolonga más de 2-3 semanas.
 - o 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.

- Patrón evolutivo: de acuerdo con el curso del síndrome es posible diferenciar distintos tipos de fiebre:
 - Continua: las oscilaciones diarias son inferiores a 1°C.
 - Remitente: con oscilaciones diarias superiores a 1°C, sin que en ningún momento alcance la temperatura normal.
 - Intermittente: con oscilaciones diarias superiores a 1°C, pero existiendo fases de apirexia.
 - Recurrente: fiebre que aparece durante varios días, repitiéndose estos estados con cierta periodicidad
 - Ondulante: en el registro se observan ondas de periodos febriles recidivantes de inicio y final lento con una duración de días o semanas.
 - En agujas o supurativa: súbita, leve, aparatosa. Se asocia a la existencia de bacteriemia.
 - Efímera: sin signos ni síntomas acompañantes y que aparece y desaparece de forma totalmente silente.
 - Irregular: sin características definidas
- Terminación: la fiebre puede finalizar de forma brusca (crisis) o progresiva (lisis).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se realizará una exploración física completa del paciente que incluya la toma de constantes, la valoración del estado general, la exploración de cabeza y cuello, tórax, abdomen, extremidades, examen genital y ano-rectal y exploración ginecológica si procede.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En un servicio de urgencias, las pruebas básicas para el estudio de un paciente con síndrome febril son la realización de un hemograma, estudio bioquímico, sistemático de orina y las pruebas radiológicas. El momento y la complejidad de estos estudios dependerán de la evolución de la enfermedad, de las consideraciones diagnósticas y del estado inmunitario del paciente. Si los datos son focales o si la historia, el contexto epidemiológico o la exploración física sugieren unos diagnósticos concretos, el estudio complementario será más fácil de enfocar.

- Hemograma: dado que las infecciones son causa frecuente de fiebre, será especialmente significativo en análisis de la fórmula leucocitaria: leucocitosis con neutrofilia sugiere infección bacteriana, la existencia de monocitosis sugiere infección viral, la presencia de eosinofilia un origen farmacológico o parasitario y la presencia *linfocitos activados o atípicos* sugiere mononucleosis o existencia de trombopenia o anemia acompañante.
- En el sistemático de orina la presencia de nitritos y leucocituria-piuria sugieren infección urinaria.

El estudio de extensión puede incluir, según el caso, la realización de una gasometría arterial, hemocultivos y estudios microbiológicos, estudios de coagulación, ecografía, TAC, ecocardiograma, urocultivo, coprocultivo etc.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

La presencia de ciertas situaciones indica la valoración rápida y consideración prioritaria del paciente con fiebre:

- Cuando existe hiperpirexia, hay que disminuirla inmediatamente porque la termorregulación está condenada a fracasar y se multiplicará la posibilidad de que aparezcan complicaciones.
- Cuando surgen complicaciones en relación con la fiebre: el enfermo impresiona de grave afectación general, existe alteración del nivel de conciencia, presenta convulsiones o historia de epilepsia, hay alteraciones del equilibrio ácido-base o hidroelectrolíticas o se establece insuficiencia o deterioro funcional de algún órgano vital (corazón, riñón, hígado, aparato respiratorio).
- Enfermos pluripatológicos o con patologías que pudieran empeorar en presencia de fiebre, ancianos y mujeres embarazadas.
- Si hay sospecha de que la fiebre es consecuencia de una patología que precisa actuación inmediata: meningitis, artritis séptica, empiema, peritonitis...
- Enfermos inmunodeprimidos o considerados debilitados crónicamente por: insuficiencia renal, diabetes, neoplasias, tratamiento esteroideo o con quimioterapia, esplenectomizados o trasplantados, portadores de prótesis, catéteres, reservorios, derivaciones, sondas, inmunodeficiencias primarias, infección por VIH, alcohólicos, consumidores de drogas vía parenteral o cirróticos.

ACTITUD ANTE EL PACIENTE CON FIEBRE

La actitud a tomar ante un paciente con síndrome febril va a depender fundamentalmente de 3 criterios: la *duración* de la fiebre, la presencia o no de *foco* y la existencia de criterios de *gravedad*.

1. Si el paciente no presenta criterios de gravedad y se trata de una fiebre de corta duración debe remitirse a su médico de atención primaria, valorando tratamiento específico y/o sintomático.
2. La presencia en un paciente de alguno de los criterios de gravedad expuestos anteriormente es indicación de valorar el ingreso del enfermo, con la realización de un estudio de extensión, la realización de distintos cultivos y la valoración, en función del estado clínico, del inicio de tratamiento (barajando la posibilidad de tratamiento antibiótico empírico, adecuado al foco si está presente).
3. Los pacientes que no presentan criterios de gravedad pero que padecen de fiebre de larga evolución deben ser estudiados de forma preferente por Medicina Interna o por un especialista si existe focalidad, valorando también la idoneidad de iniciar el tratamiento.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO EN URGENCIAS.

Los objetivos del tratamiento sintomático consisten en bajar el punto de fijación hipotalámico y facilitar la pérdida de calor. No obstante, hay que tener en cuenta que el uso sistemático de antipiréticos para tratar las fiebres bajas de los pacientes adultos en salas de hospital no está indicado porque se encubre la fiebre y otros indicadores clínicos.

Por el contrario, está totalmente indicado en los enfermos que presentan temperaturas extremas ($>39^{\circ}\text{C}$), con complicaciones o descompensaciones de sus patologías de base derivadas de la fiebre.

Las medidas que se pueden adoptar son las siguientes:

- *Medidas generales:* reposición hidroelectrolítica.

- *Medidas físicas:* compresas empapadas en agua fría, baño, disminución de la temperatura ambiental, mantas hipotérmicas.
- *Medidas farmacológicas:* valorando la situación clínica y hemodinámica del enfermo se puede optar por Paracetamol (0.5-1 gr) o Metamizol (0.5-2 gr) por vía oral o intravenosa. En casos seleccionados se podrán usar salicilatos, otros antiinflamatorios no esteroideos o esteroides.

BIBLIOGRAFÍA

- Harrison (2009). *Principios de Medicina Interna* (Edición 17). McGraw-Hill. Capítulo 16: fiebre e hipertermia. ISBN 978-970-10-6788-8.
- José Luis Pérez Arellano, S. de Castro del Pozo (2006). *Manual de Patología General* (Edición 6). Elsevier España. Capítulo 11: formas de reacción inespecífica (II). Síndrome febril y síndrome de respuesta sistémica a la agresión. ISBN 978-84-458-1540-3.
- Ciril Rozman Borstnar, Pedro Farreras Valentí (2004) *Medicina Interna* (Edición 15). Elsevier España. ISBN 978-84-808-6186-1.