

FIEBRE PROLONGADA COMO CAUSA DE URGENCIA MÉDICA. ANÁLISIS DE 234 CASOS

M. S. Moya Mir, A. Arranz, P. Laguna, A. Lacruz, M. J. Lucero

Servicio de Medicina Interna y Urgencia. Hospital Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Se presentan 234 casos de síndrome febril prolongado (SFP) asistidos en un servicio de urgencias hospitalario, comparándolos con los 527 casos de SFP que no acudieron a urgencia en el mismo período de tiempo. En el primer grupo el tiempo de evolución de la fiebre fue más corto, se consultó menos por fiebre como único síntoma y se utilizaron más antibióticos de forma empírica. Un 51 % del grupo urgente tenía una infección bacteriana, especialmente tuberculosis, abscesos y neumonía y hubo menos fiebre de origen desconocido como diagnóstico final. Se indican las situaciones que convierten la fiebre en urgencia médica y se concluye en la necesidad de descartar esas situaciones ante un SFP, antes de remitir al enfermo a estudio a una consulta ambulatoria de Medicina Interna.

Introducción

La fiebre es una causa frecuente de urgencia médica¹. El motivo de consulta suele ser un síndrome febril agudo, pero ocasionalmente es por síndrome febril prolongado (SFP). Las circunstancias que convierten la fiebre en urgencia médica aparecen en la Tabla I. Éstas pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de SFP, convirtiéndolo en una urgencia médica^{2, 3}. Por otra parte, la estructura sanitaria de nuestro país puede dar lugar a que una excesiva proporción de enfermos con fiebre prolongada acudan a un servicio de Urgencias. En un intento de aclarar estos

dos aspectos y las diferencias según las consultas por SFP tengan lugar de forma programada o urgente, analizamos los enfermos estudiados en nuestro hospital.

Material y métodos

a) Selección de enfermos

Se revisaron retrospectivamente 50.688 historias clínicas de enfermos estudiados en la Clínica Puerta de Hierro (CPH), de Madrid, desde junio de 1964 hasta febrero de 1976, encontrando 602 casos de fiebre de más de dos semanas de duración. Desde febrero de 1976 hasta junio de 1981 se revisaron 11.205 enfermos que acudieron al Servicio de Medicina Interna III, encontrando otros 159 casos de fiebre de más de dos semanas de evolución, que fueron estudiados de forma prospectiva, de acuerdo con un protocolo de estudio y revisados por uno de nosotros.

La procedencia de los enfermos aparece en la Tabla II. De los 761 casos con fiebre prolongada, 234 (30,75 %) acudieron a urgencias. Se analizan las características de estos 234 casos comparándolos con las de los que no precisaron asistencia urgente, realizando un contraste de significación estadística mediante el método del chi cuadrado para variables discontinuas, corregido por Yates para valores inferiores a 10.

b) Características de la CPH

La CPH es un Centro Nacional que recibe enfermos, tanto de Madrid, en cuya zona norte está situada, como del resto del territorio nacional. No dispone de camas de Pediatría ni Obstetricia. En mayo de 1977 se le asignó un sector de la zona norte de Madrid y pueblos próximos, con una población estimada de 344.000 habitantes, para asistencia hospitalaria urgente y para estudio complejo. Al mismo tiempo el hospital sigue funcionando como Centro Nacional.

Resultados

Los resultados aparecen en las Tablas III, IV, V y VI. En ellas se puede observar que hubo diferencias significativas en el tiempo de evolución de la fiebre (163 frente a 376 días, $p < 0,001$) y en el motivo de consulta que fue por fiebre como único síntoma menos frecuentemente en los que acudieron a urgencia

Correspondencia: Dr. M. S. Moya Mir
Servicio de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro
C/ San Martín de Porres, 4
28035 Madrid

($p < 0,001$). El diagnóstico inicial fue simplemente fiebre con más frecuencia en los enfermos «urgentes» ($p < 0,001$).

TABLA I. Circunstancias que convierten la fiebre en urgencia médica

Presencia de complicaciones
Hiperpirexia
Convulsiones febriles
Delirio, estupor, coma
Insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal y/o hepática
Alteraciones hidroelectrolíticas
Grave afectación del estado general
Existencia de una enfermedad que puede empeorar con la fiebre
Cardiopatía grave
Neumopatía o insuficiencia renal avanzadas
Demencia, epilepsia y/o enfermedad vascular cerebral
Edades extremas de la vida
Embarazo
Inmunodeficiencia
Congénita
Adquirida por: tratamiento con esteroides o citostáticos, enfermedad (hemopatía, diabetes, alcoholismo, cirrosis, SIDA, etc.)
Existencia de factores que favorecen o mantienen la bacteriemia (drogadicción, prótesis, etc.)
Sospecha o evidencia de enfermedad que requiera «per se» tratamiento urgente
Sospecha o evidencia de enfermedad infectocontagiosa

En 69 enfermos (29,48 %) de urgencias se utilizaron antibióticos de forma empírica, frente a 43 (8,15 %) en los «no urgentes» ($p < 0,001$).

Acudieron a urgencias 70 de los 159 (44,03 %) casos del estudio prospectivo y sólo 97 de los 602 (8,15 %) estudiados retrospectivamente ($p < 0,001$).

Discusión

El alto porcentaje de enfermos con SFP que acudieron a urgencias hace pensar que se abusó de este Servicio. Sin embargo, al analizar las características de los enfermos, esta aseveración es más difícil de mantener. Así en el grupo «urgente» el tiempo de evolución de la fiebre era más corto y con más frecuencia tenían un síntoma acompañante de la fiebre que les condujo a consultar, estableciéndose más frecuentemente un diagnóstico de presunción inicial. Todo ello indica que en los enfermos que acudieron a urgencias eran más frecuentes las manifestaciones acompañantes que convierten la fiebre en urgencia médica, dando lugar a un diagnóstico de patología e ingreso urgentes.

Llama, asimismo, la atención el mayor porcentaje de «urgencia» en enfermos mayores de 72 años en los que clásicamente la fiebre se considera una urgencia médica, fundamentalmente por la posibilidad de empeorar alguna enfermedad previa, sobre todo cardiopatías o degeneración del sistema nervioso central⁴.

Más de la mitad de los enfermos tenían una infec-

TABLA II. Procedencia de 761 enfermos con SFP

	Junio-64-mayo-77	Junio-77-junio-81	Total
Madrid	446 (69,48)	97 (81,52)	543 (71,36)
Fuera de Madrid	196 (30,52)	22 (18,48)	218 (28,64)
Total	642 (84,36)	119 (15,64)	761

Entre paréntesis aparece el porcentaje

TABLA III. Edad de los enfermos

	Urgencias	Ritmo normal	p
7 - 17 años	22 (9,40)	107 (20,30)	<0,01
18 - 50 años	106 (45,29)	268 (50,85)	NS
51 - 61 años	58 (24,78)	91 (17,26)	NS
61 - 72 años	31 (13,24)	52 (9,86)	NS
> 72 años	17 (7,26)	11 (2,08)	<0,05
Edad media	45+19	37+18	NS
Número de casos	234	527	

Entre paréntesis aparece el porcentaje

ción bacteriana y, por tanto, eran susceptibles de beneficiarse de un tratamiento precoz. La existencia, junto a la fiebre, de otras manifestaciones hizo que se empleara antibióticoterapia empírica más a menudo que en enfermos con SFP que no utilizaron el Servicio de Urgencias.

Independientemente de lo anterior, la fiebre prolongada «per se» podría considerarse como una urgencia médica por la necesidad de bajar la temperatura, cuando su elevación se mantiene durante largo tiempo. En esta situación se producen cambios metabólicos debidos a que el metabolismo basal aumenta un 15 % por cada grado centígrado que aumenta la temperatura⁵. Hay destrucción proteica en hueso y mús-

culo y disminuyen los depósitos de carbohidratos y, por tanto, hay adelgazamiento. La pérdida de matriz proteica del hueso da lugar a hipercalciuria y puede aparecer litiasis renal. La destrucción proteica muscular parece deberse a la acción del pirógeno endógeno que estimula la proteólisis intralisosomal por aumento de la producción de prostaglandina E₂. La proteólisis da lugar a un balance nitrogenado negativo^{6, 7, 8}.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, pensamos que el SFP constituye a menudo una urgencia médica y ante un enfermo con fiebre prolongada hay que actuar inicialmente igual que ante un síndrome febril de corta duración³, para descartar la existencia de las circunstancias que convierten la fiebre en urgencia mé-

TABLA IV. Características de la fiebre en los enfermos asistidos en urgencias y por ritmo normal

	Urgencias	Ritmo normal	p
Motivo de consulta			
Fiebre	92 (39,31)	297 (56,35)	<0,001
Fiebre + otro síntoma	125 (53,41)	206 (29,08)	<0,001
Otro síntoma	17 (7,26)	24 (4,55)	NS
Tiempo de evolución de la fiebre			
15 - 21 días	51 (21,79)	46 (8,72)	<0,01
22 - 30 días	43 (18,37)	76 (14,42)	NS
31 - 60 días	72 (30,76)	115 (21,82)	<0,05
61 - 364 días	51 (21,79)	174 (33,01)	<0,05
>364 días	17 (7,26)	117 (22,20)	<0,01
Duración media (días)	163+784	376+10	<0,001

Entre paréntesis aparece el porcentaje.

TABLA V. Comparación de los datos referidos al diagnóstico (Dx) de los enfermos asistidos en urgencias y por ritmo normal

	Urgencias	Ritmo normal	p
Dx provisional, al ingreso			
Sí	223 (94,44)	412 (78,17)	<0,001
No	5 (2,13)	18 (3,41)	NS
Fiebre	8 (3,41)	97 (18,40)	<0,001
Días entre ingreso y Dx	48	59	NS
Sin diagnóstico			
Al llegar	220 (94,01)	490 (92,7)	NS
Al ingreso	133 (56,83)	391 (74,19)	<0,05
Al alta, primer ingreso	29 (12,39)	87 (16,50)	NS
Al final	8 (3,41)	42 (7,96)	<0,05
F.O.D. según			
Sheon y Van Ommen ¹⁰	95 (40,59)	251 (47,62)	NS
Petersdorf y Beeson ¹¹	67 (28,63)	194 (36,81)	NS
Número total de casos	234	527	

Entre paréntesis aparece el porcentaje. F.O.D. = fiebre de origen desconocido.

TABLA VI. Diagnóstico final en los enfermos con SFP asistidos en urgencias y por ritmo normal

	Urgencias	Ritmo normal	p
Infección	136 (58,11)	239 (45,35)	NS
Tuberculosis	32 (14,95)	53 (11,00)	<0,05
Absceso	19 (8,11)	12 (2,27)	<0,05
Neumonía	17 (7,26)	6 (1,13)	<0,01
Urinaria	10 (4,27)	41 (7,77)	NS
Brucelosis	6 (2,56)	38 (7,21)	NS
Salmonelosis	4 (1,70)	11 (1,89)	NS
Otras bacterianas	33 (14,10)	41 (7,77)	NS
Otras infecciones	15 (6,41)	30 (5,69)	NS
Neoplasia	41 (17,52)	111 (21,06)	NS
Carcinoma	22 (9,40)	73 (13,85)	NS
Leucemia	13 (5,55)	14 (2,65)	NS
Linfoma	6 (2,56)	45 (8,53)	<0,05
Colagenosis y vasculitis	12 (5,12)	48 (9,10)	NS
Miscelánea	37 (15,81)	87 (16,50)	NS
F.O.D.	8 (3,41)	42 (7,96)	<0,05

Entre paréntesis aparece el porcentaje.

dica y, de esta forma, evitar el retraso en el tratamiento de enfermedades susceptibles de tratamiento precoz, que son más frecuentes de lo esperado en estos enfermos, especialmente si son de edad avanzada?. Si esas circunstancias no existen (y no antes), puede remitirse el enfermo a la consulta de Medicina Interna para estudio programado ambulatorio.

Bibliografía

- López I, Ferrán M, Buil P, Díez J, Vilardell M. Estudio de 1821 enfermos con fiebre en un servicio de urgencias. *Atención Prim* 1987, 4: 80-84.
- Valle Gutiérrez FJ, Bufala Pérez MA, Mejía Estebananz F. Conducta a seguir ante un estado febril agudo. *JANO* 1978, 350: 57-63.
- Moya Mir MS. Síndrome febril agudo. *SEMER* 1988, 14: 1007-1010.
- Moya Mir MS, López Jiménez L. Síndrome febril. En Martín Martín F. *Medicina Interna en el paciente geriátrico*, vol II. Sane, Madrid, 1989. XIII/11-XIII/23.
- Murphy PA. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. En Mandell GL, Douglas RG Jr, Bennett JE. *Principles and practice of Infectious Diseases*. 2.^a Ed. John Wiley. New York, 1985. 334-339.
- Watters JM, Bessey PQ, Dinarello CA, Wolff SM, Wilmore DW. The induction of interleukin-1 in humans and its metabolic effects. *Surgery* 1985, 98: 298-306.
- Clowes GHA, George BC, Vilee CA Jr, Saravis CA. Muscle Proteolysis induced by a circulating peptide in patients with sepsis or trauma. *N Eng J Med* 1983, 308: 345-352.
- Baracos V, Rodemann H, Dinarello CA, Goldberg AL. Stimulation of muscle protein degradation and prostaglandin E-2 release by leukocytic pyrogen (interleukin-1). A mechanism for increased degradation of muscle proteins during fever. *N Eng J Med* 1983, 308: 553-558.
- Moya Mir MS, López L, Lucero MJ, Quintela AG, Román FJ. Fiebre prolongada en personas de edad avanzada. Análisis de 127 casos. *Med Geriat* 1988, 1: 19-23.
- Sheon RP, Van Ommen RA. Fever of obscure origin. Diagnosis and treatment based on a serie of sixty cases. *Am J Med*, 1963, 34: 486-499.
- Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report of 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961, 40: 1-30.