

Protocolo

Actuación ante un síndrome febril agudo

J.A. Ballesteros, D. Portela, E. Villar, A. Fuika

La fiebre es un signo frecuente, y en ocasiones manifiestación única, de numerosas enfermedades de etiopatogenia múltiple (Tabla I).

La mayoría de las veces se tratará de un proceso infeccioso que, de forma espontánea o con el tratamiento oportuno, desaparecerá en breve tiempo sin que frecuentemente se llegue a un diagnóstico etiológico. En ocasiones (Sepsis, Meningitis, etc.) de la valoración acertada que realice el médico dependerá la vida del paciente.

La valoración inicial de un Síndrome Febril Agudo ha de ser eminentemente clínica puesto que en la mayoría de las ocasiones no dispondremos, ni serán necesarios, métodos complementarios de diagnóstico.

Proponemos un enfoque práctico del paciente con síndrome febril agudo en dos fases.

1.ª Fase. Orientación clínica

Mediante una detallada anamnesis y un minucioso examen clínico podremos tener una orientación diagnóstica y estaremos en condiciones de valorar si el paciente requiere el traslado inmediato a un Servicio de Urgencias Hospitalario.

Un dato muy importante es la edad, en los niños la mayoría de las veces son proce-

sos febriles por afecciones víricas autolimitadas, mientras que en los ancianos la fiebre se debe, con mayor frecuencia, a infecciones bacterianas que requieren tratamiento antibiótico.

También nos puede orientar mucho el diagnóstico el conocimiento de las enfermedades transmisibles que en esa época están afectando a la comunidad (Virus exantemáticos, Rickettsiosis, etc.).

En el interrogatorio hay que preguntar pormenorizadamente sobre:

— Agua y alimentos consumidos, en especial mariscos y derivados lácteos.

— Contacto con la animales y picaduras de parásitos.

— Extracciones de dentarias y manipulaciones endoscópicas (sondas uretrales, enemas, etc.).

— Hábitos sexuales y drogadicción.

— Viajes, aunque hayan transcurrido meses, a países exóticos.

La exploración física debe dirigirse a: Valorar el estado clínico del paciente y a buscar signos que nos orienten hacia el diagnóstico o la topografía del foco febril.

La sistemática exploratoria valorará especialmente:

— Signos precoces de Shock Séptico: Taquipnea, Taquicardia desproporcionada, Hipotensión, etc.

TABLA I
PRINCIPALES CAUSAS DE FIEBRE

1.º Infecciones

Virus: Adenovirus, Enterovirus, etc.

Bacterias. Localizadas: O.R.L., A. Respiratorio, A. Urinario, etc. Generalizadas: Sepsis, Tuberculosis, Brucelosis, etc.

Parásitos: Paludismo, Toxoplasmosis.

2.º Neoplasias

Linfomas

Leucosis

Tumores sólidos: Hígado, Riñón, etc.

3.º Conectivopatías-Vasculitis

Fiebre Reumática

LES

Enfermedad de Stil

Arteritis de Células Gigantes

4.º Miscelánea

Tromboembolismo Pulmonar

Hematomas

Sarcoidosis

Granulomatosis Hepática

Fármacos

Fiebre Ficticia

- Síndrome Meníngeo.
- Cavidad orofaríngea. Amigdalitis.
- Manchas de Koplick en el Sarampión.
- Manchas de Duguet en la Fiebre Tifoidea.
- Piel. Exantema (Tabla II).
- Picaduras, arañazos y otras lesiones.
- Señales de venopunción.
- Signos de vasculitis: Paradizos de Osler, manchas de Janeway.
- Adeno y visceromegalias.
- Auscultación Cardiorespiratoria.
- Areas dolorosas. Arterias temporales.

Senos paranasales.
 Tiroides.
 Metáfisis óseas.
 Hipocóndrios, fosas renales, anexos pelvianos, zonas glúteas e isquiorectales.
 El tipo de fiebre (continua, remitente, etc.) carece del valor que le daban los clínicos, solo la fiebre séptica, con escalofríos evidentes, es típica de bacteriemia en caso de Abscesos piógenos, Colangitis, Pielonefritis y a veces Neumonía Neumocócica.

TABLA II
PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CURSAN CON FIEBRE Y EXANTEMA

Lesión más común	Enfermedades y/o agentes etiológicos
1. Petequias y/o púrpuras	Bacterias: Meningococemia (aguda y crónica), gonococemia, estafilococemia, pseudomona, listeria, endocarditis, sepsis con C.I.D. Virus: Enterovirus (ECHO y Coxsackie), adenovirus, fiebre hemorrágica viral, Dengue, fiebre amarilla, sarampión atípico Richettsias: Fiebre manchada de las Montañas Rocosas, tifus epidémico Protozoos: Trichinosis, Plasmodium Otros: Fármacos, vasculitis
2. Maculopápulas	Bacterias: Escarlatina, erisipela, fiebre tifoidea, brucelosis, tularemia, yersinia, sífilis secundaria, sodoki, leptospirosis, erisipeloide, endocarditis, lepromeningococemia crónica, pseudomona, estafilococo Virus: Sarampión, rubeola, anterovirus (Echo y Coxsackie), adenovirus, arbovirus, hepatitis infecciosa, mononucleosis infecciosa (CMV, EBV), exantema súbito, eritema infeccioso, rabdovirus, reovirus Richettsias: Fiebre manchada de las Montañas Rocosas, fiebre botonosa mediterránea, tifus murino, tifus epidémico Hongos: Candida, Sporotrichosis, Cryptococcus Clamidia: Psitacosis, enfermedad por arañazo de gato Protozoos: Toxoplasmosis, Trichinosis Otros: Fármacos, pitiriasis rosada, enfermedades del colágeno, sarcoidosis, enfermedad del suero, síndrome del nódulo linfático nucocutáneo, eritema multiforme, eritema nodoso
3. Vesículas, bullas y pústulas	Bacterias: Necrólisis tóxica epidérmica, impétigo bulloso Virus: Varicela, herpes zoster, herpes simple, vacuna diseminada, viruela, enterovirus (Echo y Coxackie), ORF, <i>Moluscum contagiosum</i> Richettsias: Richettsial-pox Otros: Fármacos, eritema multiforme, penfigoide Behçet

Actuando con esta sistemática estaremos en condiciones de tomar 3 posible decisiones:

A) Remitir al paciente a un Servicio de Urgencia Hospitalario si:

— Presenta signos de gravedad: Obnubilación, Shock inicial, Meníngismo, etc.

— Es muy anciano o tiene otra patología asociada: Diabetes, Hepatopatía, Insuficiencia Cardíaca, etc.

B) Tratamiento antibiótico empírico si la sintomatología acompañante (cuadro respiratorio alto, síntomas urinarios, etc.) o la exploración clínica (exantema típico, amígdalas pultáceas, etc.), permiten hacer un diagnóstico con razonable seguridad.

Esta conducta es lógica porque la mayoría de las infecciones focales (Amigdalitis, Cistitis, Sinusitis, etc.) adquiridas extrahospitalariamente están causadas por gérmenes predecibles que tienen un sensibilidad antibiótica mantenida (Tabla III).

C) Si no tenemos una orientación diagnóstica y el paciente mantiene un buen estado general, lo correcto es limitarnos a vigilar la evolución del proceso sin administrar tratamientos a ciegas. Se insistirá en mantener una buena hidratación del paciente. Se puede emplear antitérmicos o medidas de refrigeración externa (bolsas

de hielo, compresas frías, etc.) si la fiebre es muy elevada.

El antitérmico más recomendable por su falta de efectos adversos es el Paracetamol a dosis de 10 mgrs. por kg. de peso cada 4-6 horas. Puede asociarse, si no hay contraindicación, con Acido Acetilsalicílico a igual dosis, lográndose un efecto antitérmico más duradero.

Es necesario reinterrogar y explorar diariamente al paciente por si recuerda algún dato olvidado o aparecen nuevos signos o síntomas que conduzcan al diagnóstico.

La mayoría de estos pacientes sufren una enfermedad febril aguda benigna que se resolvera espontáneamente en una o dos semanas sin llegarse a establecer un diagnóstico concreto.

2.ª Fase. Pruebas complementarias

Si después de 7 días persiste la fiebre sin un diagnóstico razonable se hace necesario el practicar una serie de pruebas complementarias. Obviamente durante el tiempo que duren estas exploraciones nos abstendremos de realizar tratamientos intempestivos, limitándonos a vigilar al paciente y administrar antitérmicos.

Las exploraciones complementarias a realizar son las siguientes:

TABLA III
TERAPEUTICA ANTIBIOTICA EMPIRICA EN LAS INFECCIONES MAS COMUNES

1 Otitis Externa	Neomicina + Poliximia tóxicas
2 Otitis Media o Sinusitis	Amoxicilina ¹ Cotrimoxazol
3 Amigdalitis	Penicilina Benzatina. Eritromicina. Josamicina
4 Neumonía extrahospitalaria	Penicilina Procaína. Eritromicina. Josamicina
5 Otras Infecciones Respirat.	Amoxicilina ¹ . Doxiciclina. Eritromicina. Josamicina
6 Infección Urinaria	Norfloxacin. Ciprofloxacina
7 Toxiinfección alimentaria	Sólo rehidratación
— Sin fiebre	Sólos rehidratación
— Febril en sanos	Norfloxacin
— Febril en graves ²	
8 Infecciones Odon-tógenas	Amoxicilina ¹ . Clindamicina
9 Infecciones Cutáneas	Cloxacilina
10 Fiebre botonosa Medite-ránea	Doxiciclina

¹ Asociada al ácido Clavulánico aumenta el espectro.

La elección entre los diferentes antibióticos dependerá de las posibles alergias o de la comodidad de la administración.

² Se considera T. Alimentaria febril grave la que afecta a personas de edades extremas o que presentan otra patología asociada: diabéticos, hepatópatas, etc.

- Radiografías de Tórax, PA y Lateral Abdomen Simple
- Senos Parasnasales
- ECG
- Mantoux
- Serologías infecciosas para Brucella, Salmonella, Mononucleosis, Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Ricktsias y H.I.V. si los antecedentes lo aconsejan. Deben guardarse congelados 5 c.c. de suero por si fuera preciso practicar posteriormente otras determinaciones.

Todas estas pruebas complementarias pueden practicarse ambulatoriamente a menos que nos veamos obligados a ingresar al paciente por su mal estado general o por dificultad de realizarlas a causa de grandes distancias, fallos de infraestructura, etc.

En ocasiones el nerviosismo del paciente o de la familia presionará para que las realicemos antes, el período de espera de 7 días se basa en que la mayoría de las enfermedades víricas se autolimitan en este tiempo, y por otra parte, algunas manifestaciones analíticas (alteraciones del hemograma, aparición de anticuerpos), no se muestran hasta transcurridos unos días. Si el síndrome febril persiste y no se logra un diagnóstico es preciso remitir al paciente a un Centro Hospitalario para aplicarle la pauta de estudio de una Fiebre de Origen Desconocido.

Hay circunstancias especiales en las que no es posible seguir estas normas de actuación. Requieren metodología especial, que se sale del presente tema, los síndromes febriles del drogadicto, inmunodeprimido, postoperatorio, viajeros a países exóticos, etc.

Bibliografía

1. Alguacil A, Kessler P y Alcami J. Fiebre de origen desconocido. Aproximación diagnóstica. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 597. Hospital 1.º de Octubre. Abelló S.A. Madrid. 1985.
2. Barbaro Hernández FJ. Síndrome Febril. En: Manual de Urgencias Médicas. 411. Hospital General La Paz. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986.
3. Emond RTD. Fiebre de origen indeterminado. En: Price's Medicina Interna. 59. Espax. Barcelona. 1982.
4. Gantz NM y Gleckman RA. An approach to the febrile patient with no obvious source of infection. En: Manual of clinical problems in Infectious Disease. 208. Little Brown and Company. Boston. 1980.
5. Mensa J y Escofet D. Metodología de estudio de un síndrome febril. Med. Integ. 7: 450-455. 1986.
6. Pahissa Berga A. Actitud del médico de urgencias ante un paciente febril. En: Urgencias Médico Quirúrgicas 6. 121. J. Uriach, S.A. Barcelona. 1987.
7. Petersdorf RG. Chills an Fever. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. 57. McGraw Hill. New York. 1983.
8. Sañford JP. Empirical initial therapy by diagnosis. En: Guide to antimicrobial therapy. 4. West Bethesda. 1988.
9. Speck EL. Fiebre y fiebre de etiología desconocida. En: Manual MSD. Un planteamiento práctico en las enfermedades infecciosas. 1. Díaz Santos S.A., Madrid. 1987.