

Fiebre en Atención Primaria

M.C. García-Cáceres^a, R. Regueira-González^a, S. Díaz-Herranz^a, J.L. Martín-Rodrigo^b

^aResidentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

^bResidente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

La fiebre es un motivo frecuente en las consultas de Atención Primaria que plantea un amplio diagnóstico diferencial, la mayoría de las veces debida a procesos víricos o bacterianos autolimitados y de corta duración, pero también puede ser la expresión de procesos más graves que pueden poner en peligro la vida del paciente. Un estudio protocolizado y racional desde la consulta puede ahorrar pruebas complementarias costosas, innecesarias e incluso ingresos hospitalarios.

La mayoría de los protocolos consultados recomiendan la secuencia de estudios que exponemos en el protocolo recogido en la figura 1.

Palabras clave: fiebre, Atención Primaria, fiebre de larga duración.

Fever is a frequent reason for consultation in Primary Health Care that entails a wide range of differential diagnoses, most of the times due to self-limited viral or bacterial conditions of short duration. However, it may also be the expression of more serious life-threatening conditions. A protocolized and rational study made from the consultation may avoid expensive and unnecessary complementary studies and even hospital admissions.

Most of the protocols consulted recommend a sequence of studies.

Key words: fever, primary health care, long-duration fever.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 32 años que consulta por fiebre al atardecer, de hasta 38,5° C, diaria desde hace 4 días sin otra clínica acompañante.

En primer lugar, tras descartar la existencia de datos de gravedad que obligarían a derivarlo al hospital, realizamos la historia clínica y la exploración física del paciente. No tiene antecedentes familiares ni personales de interés y no refiere reacciones alérgicas conocidas a fármacos. En la anamnesis no hallamos ningún foco aparente. La exploración es rigurosamente normal, con una temperatura de 37,2° C en consulta.

Estamos ante una fiebre de corta duración sin focalidad y de carácter continuo. Dado el buen estado general del paciente, se inicia un tratamiento con paracetamol y se decide mantener una actitud expectante.

Correspondencia: M.C. García Cáceres.
Centro de Salud La Paz.
C/ Castillo de Almendral, 6.
06006 Badajoz.
Correo electrónico: fbotellom@wanadoo.es

Recibido el 09-02-2007; aceptado para su publicación el 13-09-2007.

A los 3 días el paciente acude de nuevo por la persistencia de fiebre de idénticas características. En esta ocasión refiere molestias leves de garganta, sin tos ni expectoración. Volvemos a realizar una exploración sistémica del paciente y una anamnesis epidemiológica.

El paciente no refiere astenia ni pérdida de peso, no tiene contacto con animales y niega la ingesta de productos lácteos no controlados. No realiza prácticas sexuales de riesgo en la actualidad ni las ha realizado en el pasado, tampoco ha viajado al extranjero ni ha tomado fármacos nuevos. Niega consumo de drogas.

En la exploración física se observa un buen estado general, presentando una temperatura de 38° C y sin apreciarse lesiones cutáneas ni adenopatías periféricas. En la exploración otorrinolaringológica sólo se aprecia una leve hiperemia que no justifica la fiebre. La auscultación pulmonar es normal y la auscultación cardíaca no revela soplo, ni rones, ni extratonos. El abdomen es blando, no se palpan masas ni visceromegalias y la puñoperCUSión renal bilateral es negativa. En la exploración neurológica básica no se aprecian alteraciones, incluyendo ausencia de rigidez de nuca o signos meníngeos.

Como el estado general del paciente continúa siendo bueno, se mantiene una actitud expectativa y prescribimos

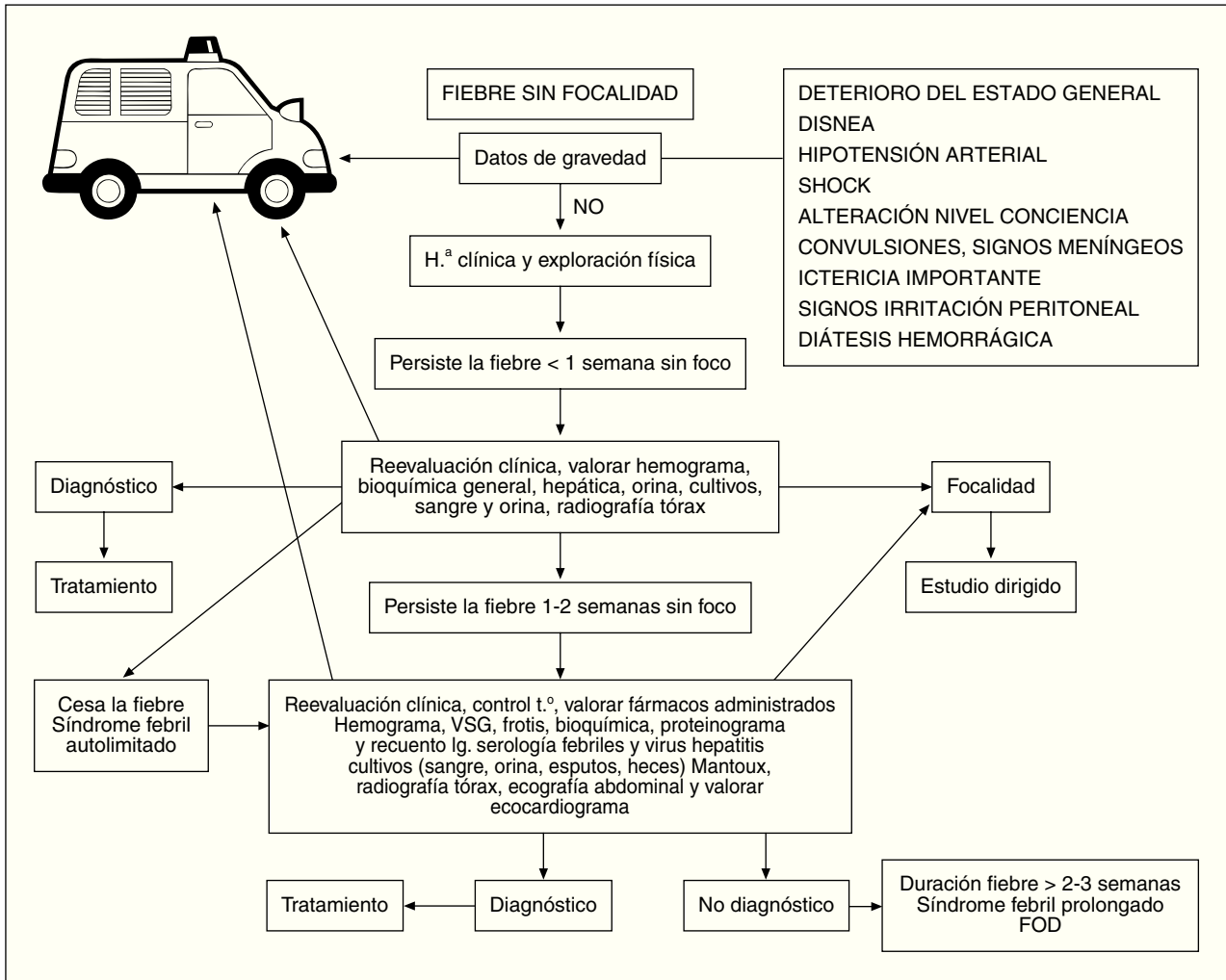


Figura 1. Protocolo para el estudio de la fiebre sin foco en Atención Primaria.

FOD: fiebre de origen desconocido; T.º: tratamiento. VSG: velocidad de sedimentación globular; Ig: inmunoglobulinas.

Fuente: Guinea Oruechevarría¹ y Guías para la Atención Primaria².

ibuprofeno si continúa con la fiebre. Además le pedimos que se tome la temperatura en diferentes momentos del día y cuando note que va a tener un pico febril.

Estamos ante una fiebre de una semana de evolución sin foco. Siguiendo los protocolos, pedimos hemograma, bioquímica hepática y general, orina y radiografía de tórax. No consideramos adecuado pedir cultivos, ya que no ha tenido picos febriles de 38,5° C, el estado general del paciente es muy bueno y no sugiere enfermedad grave (tabla 1).

Los resultados de las pruebas solicitadas son:

– Hemograma: hematíes 4.400 mill/mm³, hematocrito 38,9%, hemoglobina 13,5 g/dl, volumen corpuscular medio (VCM) 88,3 fl; índice de distribución de glóbulos rojos (RDW) 13,3; plaquetas 228.000 mill/mm³ y leucocitos 9.400 mill/mm³ con fórmula normal.

– Bioquímica: glucosa 89 mg/dl, urea 32 mg/dl, creatinina 0,88 mg/dl, ácido úrico 8,3 mg/dl, colesterol total 136 mg/dl, triglicéridos 346 mg/dl, proteínas totales 6,8

g/dl, bilirrubina total 0,6 mg/dl, lactodeshidrogenasa (LDH) 704 UI/l, GOT 138 UI/l, GPT 125 UI/l, GGT 314UI/l, fosfatasa alcalina 268 UI/l y electrolitos (cloro, potasio, calcio, fósforo y sodio) normales.

- Orina y sedimento normales.
- Radiografía de tórax normal.

La única alteración significativa encontrada fue el movimiento enzimático hepático.

A la semana siguiente continúa con fiebre y refiere una ligera molestia en la cadera izquierda. Estamos ante una fiebre de 1-2 semanas de duración, por lo que reevaluamos al paciente, no encontrándose diferencias en la exploración respecto a la semana anterior. La exploración osteoarticular revela un dolor en sacro ilíaca izquierda a la palpación, Lassegue dudosamente positivo y dolor de características mecánicas. Realizamos un control de la temperatura para descartar fiebre facticia. El paciente trae una curva de la temperatura, y no hay fiebre durante el día, sólo picos de un máximo de hasta 38 °C por las tardes. Va-

Tabla 1. Indicaciones de hemocultivos y urocultivos

Hemocultivos
Sospecha clínica de sepsis, meningitis, osteomielitis, pielonefritis, infección intraabdominal, artritis, infecciones graves de la piel y tejidos blandos, neumonía, endocarditis y fiebre de origen desconocido (absceso oculto, fiebre tifoidea, brucelosis, tularemia, etc.) Niños pequeños o ancianos con disminución súbita de la vitalidad
Urocultivos
Sospecha de pielonefritis Sospecha de ITU en neonatos, lactantes y niños Sospecha de ITU en varones ITU recurrente en mujeres Sospecha de ITU complicada en mujeres Sospecha de ITU en portadores de sonda permanente Sospecha de sepsis de origen urinario Como control del tratamiento en los casos anteriores Como cribaje en dos situaciones: primer trimestre del embarazo y antes de cirugía urológica

ITU: infección del tracto urinario.
Fuente: Sáez Rodríguez MT³.

loramos los fármacos que toma para ver si alguno puede ser el causante de esa fiebre (tabla 2). Se repite el hemograma, la bioquímica (general y hepática) y la radiografía de tórax.

No pedimos la velocidad de sedimentación globular (VSG) porque la exploración clínica y la historia del paciente no nos sugieren ninguna enfermedad en la cual un probable aumento de la VSG fuese diagnóstico. En personas sintomáticas en las que la historia clínica y la exploración física no evidencian ninguna hipótesis diagnóstica, la VSG debe usarse selectivamente y debe ser interpretada con precaución. La probabilidad de una enfermedad infecciosa, inflamatoria o neoplásica significativa es muy baja y la VSG tendría que estar muy elevada para ser de utilidad diagnóstica.

El frotis nos daría información en el caso de sospecha de paludismo o babesiosis, pero el paciente niega viajes recientes al extranjero, por lo que su posibilidad es muy baja. El proteinograma y recuento de IG nos serviría en el caso de sospecha de gammopatías o mielomas. Los cultivos no por lo anteriormente expuesto. El Mantoux no parece indicado en principio, ya que el paciente no refiere clínica respiratoria ni contactos, además la radiografía de tórax es normal. El ecocardiograma estaría indicado en el caso de soplos, pensando en una endocarditis, ausente en nuestro paciente.

En cuanto a las serologías víricas, no se deben solicitar todas de rutina. Las pruebas de detección de *Salmonella* y *Rickettsia* no las pedimos por no existir una clínica compatible, *Coxiella* y lúes tampoco, ya que el paciente no presentaba lesiones cutáneas ni refería prácticas de sexo de riesgo. Para el virus de la inmunodeficiencia humana no existen factores de riesgo y la existencia de los virus de las hepatitis A, B y C eran improbables dada el poco movimiento enzimático. Por todo ello pedimos sólo la serología para el virus de Epstein-Bar (VEB), citomegalovirus (CMV), toxoplasma y *Brucella*.

Tabla 2. Fármacos que pueden producir fiebre

Cardiovasculares
Alfa metildopa Antagonista del calcio (nifedipino) Bloqueadores beta Diuréticos IECA Heparina Hidralazina Procainamida Quinidina
Sistema nervioso central
Clorpromazina Difenilhidantoinas Haloperidol Hipnóticos
Otros
Azatioprina Alopurinol Cimetidina Clofibrato Cocaina Folatos Interferón Metoclopramida Prostaglandinas E2 Tiouracilo
Antimicrobianos
Ampicilina Cefalosporinas Cloxacilina Isoniacida PAS Penicilina Sulfamidas
Antineoplásicos
6mercaptopurina Bleomicina Citarabina Clorambucilo Daunablastina L-asparaginasa Procarbicina
IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; PAS: ácido para-aminosalicílico. Fuente: Fauci AS ⁴ .

La siguiente prueba complementaria a solicitar sería una ecografía abdominal, no accesible en todos los centros de salud, pero el nuestro, al ser docente, cuenta con ella, por lo que la realizamos de *screening* por la elevación de la transaminasas, observándose una ligera esplenomegalia y hepatomegalia. Además nos descarta la existencia de masa o colección abdominal justificante del cuadro febril.

Los resultados del segundo hemograma y de la bioquímica no aportaban datos diferentes a los primeros.

A la semana siguiente recibimos los resultados de la serología con el resultado de ausencia de anticuerpos de Rosa de Bengala, *Brucella* (aglutinación) y toxoplasmosis IgG e IgM, existencia de CMV IgG indeterminada y presencia de anticuerpos de CMV IgM-índice 2,15 y VEB cápside

IgG índice 2,80. Con estos resultados y por el cuadro clínico compatible pudimos etiquetar la fiebre prolongada de infección por CMV⁵V. El paciente evolucionó bien, desapareciendo la fiebre en unas semanas.

DISCUSIÓN

El estudio de un síndrome febril agudo prolongado (más de 2 semanas) en una persona previamente sana no inmunodeprimida es un hecho relativamente frecuente que plantea un amplio diagnóstico diferencial^{1,2}. Cuando en la historia clínica faltan síntomas focales, la exploración física es anodina y la analítica básica es poco relevante, habitualmente se solicitan un gran número de pruebas complementarias con la esperanza de que alguna de ellas resulte positiva⁴. Cuando esto no es así, es probable que la revaloración clínica del paciente, junto con algunos análisis relativamente poco costosos, puedan ayudarnos a diagnosticar la enfermedad³. El estudio de un paciente con fiebre no puede ser uniforme, es necesario individualizar cada caso estableciendo una estrategia diagnóstica con un uso racional de los diferentes estudios a realizar^{6,7}.

En nuestro caso, el seguir un protocolo de estudio para fiebre evitó la realización de pruebas complementarias innecesarias o más agresivas, e incluso el ingreso hospitalario de nuestro paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Jerónimo Pozuelos (tutor de residentes de MFyC del Centro de Salud La Paz) su ayuda y apoyo en todo momento. Al Dr Manuel Espigares (tutor de residentes de MFyC del Centro de Salud La Paz) por realizarnos la ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guinea Oruechevarría I, et al. Curso autoformativo en Atención Primaria de Salud. CAAPS/2. Fiebre. 2006.
2. Guías para la consulta de Atención Primaria. 2.ª ed. Fisterra: Casitérides, SL. 2005. p. 237-42
3. Sáez Rodríguez MT, De Felipe Medina R. Fiebre sin focalidad aparente: manejo en Atención Primaria. Revista Medicina General n.º 65, 2004;363-7.
4. Fauci AS, Bruanwald E, Isselbalher KJ, et al. Principios de Medicina Interna. Harrison. 16.ª ed. Tomo I. p.1166-9.
5. Mononucleosis infecciosa. Guías para la consulta de Atención Primaria. 2.ª ed. Fisterra. Casitérides, SL. 2005. p. 243-47.
6. Lozano de León F, León Jiménez EM. Fiebre de origen desconocido: actitudes diagnósticas. Medicine. 1998;7:3558-66.
7. Rodríguez Corcos A. Alteraciones en las pruebas del laboratorio. Programa de formación Médico Interactivo 2004.