



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-224. - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS POR FIEBRE SIN FOCO EN UN SERVICIO DE Medicina INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE UN PERIODO DE UN AÑO

J. Sáenz Herranz, A. Iza Jiménez, A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, M. Egurbide Arberas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Resumen

Objetivos: Determinar las características, los criterios de ingreso y la evolución de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna por fiebre sin focalidad en un periodo de un año.

Métodos: Estudio descriptivo realizado sobre una serie de 55 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en un periodo de un año (junio de 2013 a mayo de 2014) cuyo motivo de ingreso fue fiebre sin focalidad. Los pacientes fueron seguidos hasta la resolución de su proceso (en régimen de ingreso o bien ambulatoriamente en Consultas Externas). En nuestro estudio hemos definido a los pacientes con fiebre sin focalidad como aquellos con temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ en los que no se llega a un diagnóstico etiológico presuntivo tras una anamnesis y exploración física detalladas, una analítica básica (hematimetría, perfil bioquímico, PCR y sedimento urinario) y una radiografía de tórax, y siempre que no cumplieran criterios de fiebre de origen desconocido. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia del paciente, duración de la fiebre, factores de riesgo (hospitalización en el mes previo, inmunodeficiencia o fármacos inmunosupresores, portador de sondas o catéteres, DM, cirrosis, usuarios de drogas por vía parenteral, neoplasias activas), criterios de ingreso (signos clínico-analíticos de gravedad, patología de base que pueda empeorar por la fiebre, imposibilidad para manejo ambulatorio), duración de la estancia, uso de tratamiento antibiótico, métodos diagnósticos utilizados y diagnóstico final. El método estadístico utilizado ha sido la estadística descriptiva.

Resultados: En el periodo definido observamos 55 pacientes, con una edad media de 57,8 años, una mediana de 63 años (14-89), y una distribución similar por sexos (50,9% hombres). La procedencia mayoritaria ha sido del Servicio de Urgencias (85,5%). La duración media de la fiebre previa al ingreso ha sido de 7,2 días con una mediana de 2 días (1-90). Presentaban factores de riesgo de infección un 54,6% de los pacientes. Cumplían criterios de ingreso un 72,8%. La duración media del ingreso ha sido de 9,36 días con una mediana de 8 días (2-47). Han recibido tratamiento antibiótico empírico un 81,9% de los pacientes. Se ha llegado a un diagnóstico etiológico en el 49,14% de los casos, siendo éste de causa infecciosa en el 77,8% de las ocasiones, tumoral un 7,4% y autoinmune un 3,7%. Las pruebas complementarias que han supuesto la clave para el diagnóstico han sido microbiológicas en el 37%, analíticas en el 33,3% y radiológicas en el 22,2% de los casos. La resolución del cuadro de forma absoluta y persistente durante el seguimiento de los pacientes hasta junio de 2014 ha sido del 92,8%.

Discusión: Los resultados de nuestro estudio muestran una causa infecciosa confirmada como origen de la fiebre en la mayoría de los pacientes en los que se alcanza una confirmación etiológica (77,8%). Además en

los pacientes que no se alcanza un diagnóstico definitivo, la sospecha más habitual también es una causa infecciosa. Por otro lado, nos parece importante destacar que más de un cuarto de los pacientes no tenían criterios de ingreso. Por último incidir sobre el buen pronóstico de esta entidad, consiguiendo la resolución completa en la gran mayoría de las ocasiones, de forma espontánea o en el contexto de un tratamiento antibiótico empírico.

Conclusiones: El origen infeccioso es la causa más frecuente en el estudio realizado, coincidiendo con los escasos datos disponibles en la literatura en adultos respecto al diagnóstico etiológico final. Este resultado puede justificar parcialmente el empleo de antibióticos empíricos en pacientes con este síndrome. Disponer de protocolos de actuación consensuados ayudaría a adecuar los ingresos hospitalarios y un empleo eficiente de los recursos, teniendo en cuenta, además, el buen pronóstico de esta entidad.