



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. dic. 2002; 6(2): 63-70***

**ARTÍCULO ORIGINAL**

## **Comportamiento de la fiebre prolongada. Análisis de la década 1992 - 2001**

**Pedro Marcel Rivero Gort<sup>1</sup>, Lizet Humaran Rodríguez<sup>2</sup>, Bernardo Semino Baffill<sup>3</sup>, Nelson M. López Vázquez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. Jefe del Servicio. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>4</sup>Doctor. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo - retrospectivo de 1463 pacientes ingresados con fiebre prolongada en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario «Abel Santamaría» de Pinar del Río, en la década transcurrida desde enero de 1992 hasta diciembre del 2001. Se precisaron aspectos epidemiológicos, etiológicos, de diagnóstico y terapéuticos. Encontramos una tasa de incidencia de 18.9 por 100000 habitantes, con predominio del sexo masculino y procedencia rural (904 y 973 pacientes respectivamente). La etiología mas reportada fue la infecciosa (72.53 %), seguida por la fiebre de origen desconocido (15.65 %). Se confirmó el valor de la clínica para el diagnóstico y el uso inadecuado que en ocasiones se hace de los antimicrobianos.

**Palabras clave:** FIEBRE, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.

---

## ABSTRACT

A descriptive and retrospective study was carried out in 1463 patients admitted at Internal Medicine Service of Abel Santamaría General Hospital suffering from prolonged fever from January 1992 - December 2001. The following aspects were specified: epidemiological, diagnostic and therapeutic ones. An incidence rate of 18.9 by 100000 inhabitants was found, predominating male and rural area (904 and 973 respectively). The most reported etiology was the infectious one (72.53 %) followed by fever of unknown cause (15.65 %). The clinical value for diagnosing was confirmed and the improper use of antibiotics that occasionally are used.

**Key words:** FEVER, FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

---

## INTRODUCCIÓN

La fiebre es un complejo semiológico en el que se destaca la elevación de la temperatura corporal por encima de los límites aceptados como normales;<sup>1</sup> que unas veces se hace acompañar de muchos síntomas y en otras de ninguno. Gran cantidad de científicos se ha dedicado a través de todos los tiempos al análisis de esta entidad, en nuestra era de ingeniería genética y avances en biología molecular se continúa progresando en su estudio haciéndose mención en la literatura médica desde el papel etiopatogénico de los mediadores químicos (llámese factor de necrosis tumoral alfa, interleuquinas y otros) hasta el reporte de "rarezas" como presentación de casos esporádicos.<sup>2, 3</sup> Todo médico que se haya enfrentado en su práctica laboral diaria a esta situación conoce cuan difícil resulta realizar un diagnóstico en ocasiones, convirtiéndose en un reto a la pericia clínica y en una sobrecarga a los gastos hospitalarios por concepto de larga estadía e indicación de infinidad de exámenes complementarios. Se acepta como Fiebre Prolongada aquella que persiste entre seis y veintiún días,<sup>4</sup> la Fiebre de Origen Desconocido quedó bien definida por Beeson y Petersdoff desde el año 1901,<sup>5</sup> a esto en la actualidad se le ha sumado una nueva definición más amplia que incluye a la FOD ya mencionada y a los episodios crónicos de FOD que alternan con periodos de normalidad,<sup>6</sup> nosotros quisimos incluir en este estudio a todos los pacientes que se ajustaron a estas definiciones, con la esperanza de que tratándose de un análisis realizado en la

provincia pueda ser útil al resto de nuestros compañeros como referencia válida al presentarse nuevos casos, hemos tenido como objetivo fundamental discriminar los diversos aspectos epidemiológicos, etiológicos, de diagnóstico e incluso terapéuticos que en estos diez años lo han caracterizado en nuestro hospital.

## MÉTODO

Nuestra investigación se basa en el análisis retrospectivo de los expedientes clínicos de 1463 pacientes que fueron ingresados con fiebre prolongada en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario "Abel Santamaría" en la década transcurrida desde enero del año 1992 hasta diciembre del 2001, para ello básicamente nos apoyamos en la codificación existente en el departamento de estadísticas del centro sobre la "pirexia de origen desconocido" (780.6), aunque también se revisó un volumen bastante amplio de historias clínicas concluidas con otros diagnósticos que pudieran incluir a la fiebre prolongada en sí mismos, factores como la edad, el sexo la vivienda, la realización de un correcto interrogatorio y examen físico, el diagnóstico dado, el uso y/o abuso de antimicrobianos, una comparación sobre el valor que tuvo la clínica o los complementarios al momento de definir un diagnóstico fueron analizados, los resultados finalmente son agrupados en distintas categorías y sometidos a análisis estadístico por el método porcentual, finalmente se representan los resultados en tablas para una mejor comprensión de lo expuesto.

## RESULTADOS

De los 1463 pacientes analizamos, 559 pertenecen al sexo femenino y 904 al masculino (38.20 % y 61.79 % respectivamente), del medio rural proceden 973 personas (66.50 %) y el restante 33.49 % de ambiente urbano (490 del total).

La etiología mas frecuentemente reportada fue la infecciosa con 1061 casos, seguida en orden escalonado por la Fiebre de Origen Desconocido (229), las afecciones del colágeno (164) y los tumores malignos.<sup>9</sup> (Tabla 1).

**Tabla 1.** Diagnósticos más frecuentes en la Fiebre Prolongada.

Entidad	No. de casos	Por ciento
Infecciones	1061	72.52
Fiebre de origen desconocido	229	15.65
Afecciones del colágeno	164	11.20
Tumores malignos	9	0.61
Total	1463	100

**Fuente:** Historias Clínicas. Departamento de Archivo.

Dentro del grupo de las infecciones predominó el reporte de leptospirosis con 506 casos, seguido por la tuberculosis en su forma pulmonar (156 de un total de 210 reportes de tuberculosis con fiebre prolongada) y la sepsis urogenital ocupó el tercer lugar con 126 pacientes (Tabla 2).

**Tabla 2.** Infecciones mas reportadas.

Entidad	No. de casos	Por ciento
Leptospirosis	506	47.69
Tuberculosis		
• Pulmonar	156	14.70
• Extrapulmonar	54	5.08
• Total	210	19.78
Sepsis urogenital	126	11.87
Endocarditis infecciosa	98	9.23
Brucelosis	63	5.93
Otros	58	5.46
Total	1061	100

**Fuente:** Historias Clínicas. Departamento de Archivo.

Las afecciones del colágeno se reportaron en 164 ocasiones predominando la artritis reactiva con 66 casos y el lupus eritematoso sistémico con 48 pacientes, seguidas por la enfermedad reumatoidea (26) y otros diagnósticos. (Tabla 3).

**Tabla 3.** Afecciones del colágeno más reportadas.

Entidad	No. de casos	Por ciento
Artritis reactiva	66	40.24
LES	48	29.26
Enfermedad reumatoidea	26	15.85
Otros	24	14.6
Total	164	100

**Fuente:** Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Archivo.

En el caso de los tumores malignos, de 9 notificados, 6 correspondían a procesos linfoproliferativos y 3 a neoplasias de pulmón.

En 717 oportunidades el diagnóstico se basó en los hallazgos clínicos y 517 basándose en los medios diagnósticos. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diagnóstico definitivo.

	<b>No. de casos</b>	<b>Por ciento</b>
Basado en la clínica	717	58.10
Basado en complementarios	517	41.89
Total	1234	100

**Fuente:** Fuente: Historias Clínicas. Departamento de Archivo.

En cuanto al uso de los antimicrobianos estos se emplearon correctamente a nuestro juicio en 1061 pacientes sobre un total de 1369 prescripciones (Tabla 5).

**Tabla 5.** Uso de antimicrobianos.

	<b>No. de casos</b>	<b>Por ciento</b>
Uso justificado	1061	77.50
Uso no justificado	308	22.49
Total	164	100

**Fuente:** Historias Clínicas. Departamento de Archivo.

## **DISCUSIÓN**

El reporte de 1463 pacientes hospitalizados en nuestra entidad con fiebre prolongada en el periodo señalado significa una tasa de incidencia de 18.9 por 100000 habitantes. Las infecciones constituyeron la causa mas frecuente diagnosticada en nuestro medio, lo que corresponde con otros reportes tanto nacionales como internacionales,<sup>5-9</sup> creemos que esto resulta muy lógico si se tiene en cuenta que la mayor parte de los ingresos fueron del sexo masculino y e procedencia rural, lo que constituye un factor predisponente a las sepsis y más específicamente a la zoonosis, de ahí la elevada frecuencia de reportes de leptospirosis (primer lugar) e incluso de brucelosis ocupando el quinto lugar (tablas 1 y 2), sin embargo, esto difiere de lo reportado en un trabajo similar realizado en el Hospital "Hermanos Almeljeiras" años atrás y que reporta a las neoplasias en primer lugar y las infecciones en el segundo,<sup>10</sup> pensamos que esto de deba a que su estudio solo incluye a la Fiebre de Origen Desconocido y nosotros aplicamos el estudio a toda fiebre prolongada.

Opinamos que en nuestro caso existe una gran cantidad de casos incluidos dentro de la Fiebre de Origen Desconocido debido a que en ocasiones faltó el medio de cultivo ideal u otros medios complementarios para confirmar lo que la clínica sugería, esto motivó no pocos traslados a otros centros de cobertura nacional para continuar el estudio, sin existir reconsulta a su regreso a la provincia, lo cual debe ser tomado en cuenta para trabajos futuros.

Quisimos resaltar el importante papel que jugó la clínica (con una buena anamnesis y examen físico a la cabeza) en la mayoría de los casos en que se pudo hacer diagnóstico, imponiéndose sobre el uso de los complementarios, así como el uso justificado que se hace de los antimicrobianos en no pocas ocasiones, cosa que también ha sido reportada por otros autores<sup>11</sup> y que debería ser siempre bien avalada por el comentario médico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Guinart Zayas N, Lopez Leyva JL. ¿Qué sabemos de la fiebre?. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13(2): 159-65.
2. Penel N, Degardin M, Fripiat F. Are there criteria for the diagnosis of paraneoplastic fever? Rev Med Interne 2000; 21 (8): 684-92.
3. Caliskaner AZ, Karaayvaz M, Ozangue N. Fever of unknown origin in a 10-year-old with allergic rhinitis and asthma. Ann Allergy Asthma Immunol 2000; 85(2): 102-05.
4. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. 3ª ed. T - 3. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educacion; 1985. p 379-88.
5. Gatell JM. Fiebre de origen desconocido. En: Rozman C. Medicina Interna. 12ª ed. España: Ediciones Doyma; 1992. p 2507-11.
6. Majeed. Differential diagnosis of fever of unknown origin in children. Curr Opin Rheumatol 2000; 12(5): 439-44.
7. García Hernández A, Martínez Tores E, Moroño Guerrero M, Font del Pino S, Povea Alfonso E. Fiebre prolongada en el niño. Rev Cubana Pediatr 1989; 61(6): 876-90.
8. Castillo MX, Ariza Andraca CR, Frati Munari A. Leptospirosis: informe de 61 casos. Rev Med IMSS 1994; 32(5): 417-20.
9. Kadri SM, Rukhsana A, Laharwal MA, Tanvir M. Seroprevalence of brucellosis in Kashmir (India) among patients with pyrexia of unknown origin. J Indian Med Assoc 2000; 98(4): 170-71.
10. Singh NK. Diagnostic criteria of fever of unexplained origin needs further modification. J Assoc Physicians India 1997; 45(11): 903-04.
11. Cruz Peña LA, Rodríguez Silva H, Pérez Caballero D. Fiebre de origen desconocido: revisión de 105 pacientes. Rev Cubana Med 1995; 34(3): 153-67.

Recibido: 6 de junio del 2002  
Aprobado: 3 de junio del 2002

Dr. Pedro M. Rivero Gort. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.  
Jefe del Servicio. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Dirección  
particular: Calle Los Pinos final. Edificio 11 MININT Apto 7 - A Rpto. Hermanos  
Cruz. Pinar del Río. Cuba E-mail: [marcel@princesa.pri.sld.cu](mailto:marcel@princesa.pri.sld.cu)