

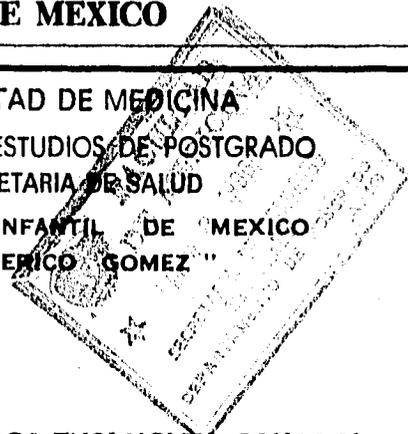
11237

26
lej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

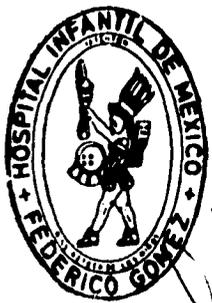
**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ "**



**FIEBRE DE LARGA EVOLUCION, CAUSA Y
ABORDAJE DIAGNOSTICO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE
MEDICINA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ ", JUNIO 1993 - JUNIO 1995.**

T E S I S

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA
REALIZADA POR:
DRA. MARIA MERCEDES CASTREJON ALBA**



[Firma manuscrita]

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. ELIZABETH IBARRA

1995



SUBDIRECCION DE INSCRIPCIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Fiebre de larga evolución , causa y abordaje diagnóstico en pacientes
atendidos en la Consulta Externa de Medicina del Hospital Infantil de
México Federico Gómez, JUNIO 1993 - JUNIO 1995.**

MIS MAS SINCEROS AGRADECIMIENTOS A:

A Dios por darme la vida y la oportunidad de llegar hasta este país y permitirme realizar esta especialidad.

A mi madre Digna por sus sabias palabras para seguir adelante.

A mi esposo Felipe Javier por estar siempre conmigo.

A mis suegros Juan Felipe y Chony Wong por su apoyo Incondicional en todo momento durante mi residencia.

A mis hermanos José Alba y Laura Wong por sus palabras de aliento.

A la Dra. Elizabeth Ibarra Coria por su apoyo y ayuda en la realización de esta tesis.

A Shenny por su ayuda incondicional.

A la familia Alcedo Matteus por el apoyo en la elaboración de la tesis.

INDICE

OBJETIVOS	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIALES Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	38
ANEXOS	42
BIBLIOGRAFÍA	47

OBJETIVOS

- 1. DESCRIBIR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON ESTE DIAGNÓSTICO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DURANTE JUNIO DE 1993 A JUNIO DE 1995.**
- 2. VALORAR LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTUDIO ESTÁNDAR PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN.**
- 3. CORROBORAR DE ACUERDO A LAS CAUSAS ENCONTRADAS SI ES UNA ENFERMEDAD QUE AMERITA UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL .**
- 4. DESCRIBIR LAS VARIACIONES EN CUANTO A EDAD, SEXO, LUGAR DE PROCEDENCIA, USO PREVIO DE ANTIBIÓTICOS Y ANTITERMICOS, INFLUENCIA DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN.**

INTRODUCCIÓN

La fiebre ha sido reconocida como una manifestación cardinal de enfermedad. Desde la época de Hipócrates se mencionaba la importancia de la fiebre en el diagnóstico y pronóstico de un padecimiento. Aunque Galileo en el siglo XVI y Santorio Santorio en el XVII, intentaron métodos para medir la temperatura, sin embargo, no fue hasta el siglo XVIII, cuando Gabriel Daniel Fahrenheit inventa el termómetro de mercurio para la medición de la temperatura corporal. Boerhave y otros se interesaban en la relación que existía entre la temperatura y el ser humano., Wunderlich en 1868 establece las alteraciones en la temperatura como signo cardinal de enfermedad (1). Durante más de 100 años se ha sabido que el pus es pirógeno pero no fue sino hasta 1948 cuando los estudios del Doctor Paul Beeson establecieron que la causa fundamental de la fiebre no es una sustancia producida por las bacterias sino un producto de las células inflamatorias del huésped llamado pirógeno endógeno. Hoy en día se conoce que la fiebre es el resultado de un complejo número de interacciones biológicas. (2)

Pirógenos exógenos incluyendo virus, bacterias, hongos, drogas, complejos antígeno anticuerpo, estimulan la producción de pirógenos endógenos por activación de fagocitos mononucleares. La interleukina 1 de gran importancia en la patogenia de la fiebre es un pirógeno endógeno que actúa como hormona, la cual es transportada en la circulación desde el sitio de producción hasta el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el centro del control térmico hipotalámico, a través de su unión al receptor en la membrana plasmática, lo que produce generación de fosfolípidos que a

su vez liberan ácido araquidónico, elevando las concentraciones de prostaglandinas principalmente la E lo que produce una elevación del punto termostático hipotalámico. Por otro lado se activan mecanismos termorreguladores para elevar la temperatura corporal al nivel del nuevo punto termostático entre ellos aferentes autonómicos los cuales dan lugar a la conservación de calor a través de vasoconstricción cutánea y suspensión de la sudación, los nervios somáticos se encargan de producir calor al aumentar el tono musculo esquelético o producir escalofríos produciéndose finalmente la fiebre.

La Interleukina 1 además tiene una serie de propiedades biológicas que explican las respuestas de inmunidad y ayuda del huésped a estados inflamatorios e infecciosos por ejemplo estimula los linfocitos T y B al actuar sobre las células T cooperadoras lo cual da lugar a un aumento en las concentraciones de linfocinas como interleukina 2, originando expansión de clones de células T cooperadoras, supresoras y citolíticas. La interleukina 1 modula otras respuestas entre ellas aumenta la permeabilidad vascular, a nivel de hepatocitos estimula la producción de proteínas de fase aguda, explicando esta respuesta el aumento de la velocidad de entrosedimentación globular que se observa en todas las enfermedades inflamatorias, por otro lado aumenta también la producción de prostaglandinas por las células musculares, así como catabolismo de proteínas lo cual da lugar a la liberación de aminoácidos en los pacientes febriles siendo común encontrar balance nitrogenado negativo en estos pacientes, las mialgias que experimentan estos pacientes reflejan lesión directa del músculo modulado por la interleukina 1.

El FNT (factor de necrosis tumoral) al igual que la interleukina es una monocina que actúa como pirógeno al estimular en forma directa el hipotálamo y elevar el punto termostático. Además produce fiebre al estimular la producción de interleukina 1. Este factor posee muchos efectos fisiológicos similares a los de INTERLEUKINA 1.

La Interleukina 6 y el interferón gamma también actúan en forma directa sobre el hipotálamo para elevar el punto termostático.

La fiebre puede tener consecuencias nocivas , pero las complicaciones dependen más de las causas fundamentales de la elevación de la temperatura y del estado general del paciente que de la elevación de la temperatura per sé.

La fiebre puede ser la manifestación inicial de un proceso infeccioso agudo, de un síndrome viral o incluso de una infección bacteriana que amenaza la vida del paciente

(3). Existen muchos factores que pueden producir variaciones en la temperatura como lo son la edad, siendo en los niños mas elevada que en los adultos, y dentro de los primeros en los lactantes, la alimentación (comida copiosa), el ejercicio, cambios en el metabolismo basal, variaciones en la temperatura ambiental, siendo más elevada en horas de la tarde que en la mañana por variaciones en el ciclo circadiano normalmente.

(4)

La fiebre acompaña a muchos padecimientos revelándose la causa de la misma en la mayoría de los pacientes, sin embargo, existen condiciones en la cual no puede establecerse inicialmente la causa surgiendo el concepto de fiebre de larga evolución, constituyendo uno de los problemas más difíciles y complejos en la medicina clínica.

Este concepto fue descrito por vez primera por Petersdorf y Beeson en 1961, (5), los cuales consideraron tres criterios para definirlo entre ellos

Duración por lo menos tres semanas. Este requisito descarta enfermedades febriles de causa evidente, la mayor parte de las fiebres breves de origen indeterminado o viral y también las pirexias de los pacientes postoperados , en quienes la fiebre de una a dos semanas de duración puede deberse a procesos secuenciales.

Magnitud una temperatura que sobrepasa 38,3C por lo menos en varias ocasiones. Con este criterio se evita considerar a los individuos con hipertermia habitual, en quienes la temperatura corporal oscila entre 37,3 C y 38 C. Si el estado clínico de estos individuos es aceptable su elevación en la temperatura no debe ser motivo de preocupación.

Origen Indeterminado que no se pueda establecer un diagnóstico después de una semana de estudios sistemáticos.

Posteriormente se han publicado otras series con criterios similares o con ligeras variaciones entre ellas:

Mc Clung en 1972, (6) define Síndrome febril de larga evolución como aquella enfermedad febril en la cual no se encuentra el diagnóstico en más de tres semanas estudiando al enfermo como externo o una semana con el paciente hospitalizado (4).

Feigin y Levin (7) definen la fiebre de larga evolución como aquella con duración mayor de una semana siendo la evaluación inicial tanto clínica como laboratorio negativa (3).

Calderón y cols en 1975 la definen como fiebre de mas de 38 C , sin diagnóstico después de una semana de estudio (8). De igual forma Pizzo en 1975 la definen como

fiebre mayor de 38,3 C que se ha detectado por lo menos en cuatro ocasiones durante un período de dos semanas de observación (9).

Por otro lado Serafin y colaboradores la definen como la elevación de más de 38C de la temperatura corporal que dura más de tres semanas sin diagnóstico establecido después del estudio inicial (10).

Desde el punto de vista etiológico , la mayoría de los estudios tanto Nacionales como Internacionales, consideran las causas infecciosas como la mas común en pacientes con fiebre de larga evolución (11,12,13,14,15,16),seguidas de enfermedades de la colágena y las enfermedades oncohemáticas. Algunos mencionan que el 20% de los casos pueden resolverse espontáneamente asumiendo una enfermedad viral (4).

Es importante recalcar que el abordaje sistemático ha permitido descubrir las enfermedades capaces de originar fiebre de larga evolución . La atención médica por niveles ha propiciado que los pacientes con fiebre de larga evolución tengan acceso a los recursos tecnológicos de una manera progresiva, debiéndose resolver la mayoría en el primer nivel de atención, sin embargo como veremos posteriormente la mayoría de los pacientes ya han consultado previamente sin encontrarse causa alguna.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este trabajo se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina del Hospital Infantil Federico Gómez con historia de fiebre de mas de 38 grados centígrados por un periodo mínimo de tres semanas .

Se realizó estudio prospectivo que incluyó pacientes desde los dos meses de edad hasta los 16 años de edad, en un periodo comprendido entre Junio de 1993 a Junio 1995..

A todos los pacientes se les realizó una historia clínica pediátrica utilizada en la consulta de Medicina para los pacientes con Diagnóstico de fiebre de larga evolución (ver anexo 1).

Para lograr el diagnóstico mas temprano y a menor costo se han diseñado algoritmos para el estudio de pacientes con fiebre de larga evolución (12,17,18,19,20,21,22,23), mismos que varían entre los autores, sin embargo, tomando en cuenta las principales etiologías y los exámenes en común en estos autores decidimos solicitar los siguientes estudios, mismos que variaron entre un paciente y otro de acuerdo a lo encontrado en el interrogatorio y la exploración física.

1. Biometria Hemática Completa.
2. Reactantes de Fase Aguda (velocidad de eritrosedimentación globular y proteína C reactiva).
3. Examen General de Orina
4. Urocultivo
5. Hemocultivo

6. P.P.D (DERIVADO PROTEICO PURIFICADO).

7. Gota Gruesa

8. Aglutinaciones Febriles

9. Serología para Epstein Barr o algún componente del complejo TORCH cuando este lo ameritaba.

10. Radiografía de Tórax y/o senos paranasales.

11. Factor Reumatoideo

12. Coproparasitoscópicos seriados. .

A cada familiar se le solicitó curva térmica realizada en el hogar, previa indicación de como tomar la temperatura, como leer el termómetro. Se les fue solicitada la medición de la temperatura por lo menos en tres ocasiones al día y al momento en que consideraban que el paciente cursaba con fiebre.

A todos los pacientes se les citó a los 8 días después de la primera consulta para valoración tanto clínica como laboratorial, algunos pacientes necesitaron mas citas para revisión posterior de haber iniciado un tratamiento en base al diagnóstico presuntivo.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de 54 pacientes, describiéndose los datos obtenidos en el interrogatorio, seguidos de la exploración física y los hallazgos de laboratorio.

Por edad encontramos que el 64.4% (35) de los pacientes fueron menor de 2 años de edad, seguidos en un 16.6% (9) de los pacientes comprendidos entre la edad de 2-5 años : un 14.8% (8) entre 5-9 años y solo un 3.7% (2) fueron mayores de 10 años de edad como lo muestra el cuadro 1.

CUADRO 1

Distribución por edad en pacientes de fiebre de larga evolución ;

EDAD

2 meses- 2 años	35
2 años- 5 años	9
5 años - 10 años	8
10 años -16 años	2
	<hr/>
	54 pacientes

En cuanto al sexo se encontró predominio del sexo masculino con respecto al femenino, siendo 31 pacientes del sexo masculino y 23 de sexo femenino.

CUADRO 2

RELACIÓN SEXO EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

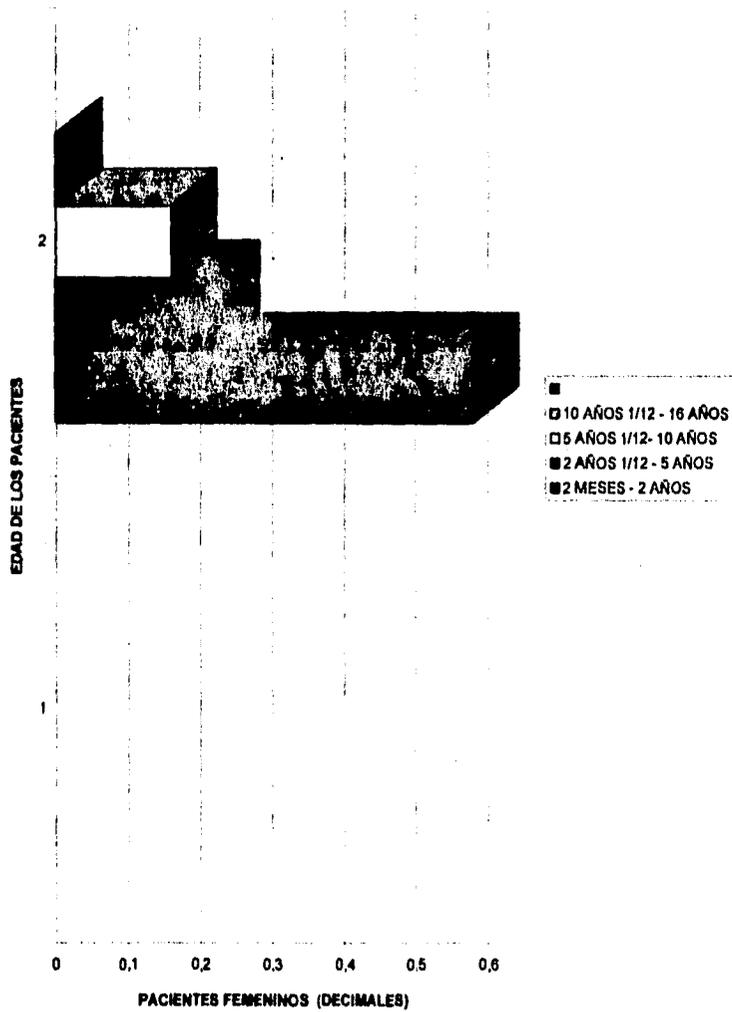
MASCULINO.....31
FEMENINO.....23

CUADRO 3

Relación edad sexo en pacientes con fiebre de larga evolución

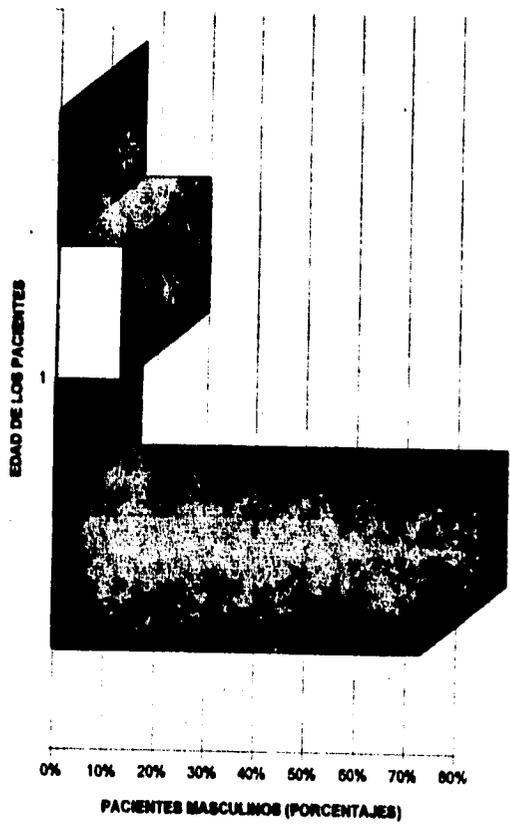
	MASCULINO	FEMENINO
2 meses - 2 años	17 (73%)	18 (58%)
2 años ½ - 5 años	2 (8.6%)	7 (22%)
5 años ½ - 10 años	3 (13%)	5 (16%)
10 años ½- 16 años	1 (4.3%)	1 (3.2%)

RELACIÓN EDAD SEXO FEMENINO EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN



RELACION EDAD SEXO MASCULINO EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCION

- 10 AÑOS 1/12 - 16 AÑOS
- 5 AÑOS 1/12 - 10 AÑOS
- 2 AÑOS 1/12 - 5 AÑOS
- 2 MESES - 2 AÑOS



El 40% de los pacientes eran procedentes del Distrito Federal seguidas en un 27% procedentes del estado de MÉXICO, 9.2% de Oaxaca, 5.5% de Hidalgo, 3.7% de Guanajuato, Michoacán y el 1.8% Campeche, Veracruz y Guerrero

CUADRO 4

LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

DISTRITO FEDERAL	22 (40%)
ESTADO DE MÉXICO	15 (27%)
OAXACA	5 (9.2%)
HIDALGO	3(3.7%)
MICHOACÁN	3(3.7%)
GUANAJUATO	2(3.7%)
PUEBLA	1(1.8%)
CAMPECHE	1(1.8%)
VERACRUZ	1(1.8%)

De los 54 pacientes 44 no presentaban ningún antecedente de importancia para su padecimiento . Cuatro pacientes tenían el antecedente de crisis convulsivas , 3 con retraso del desarrollo psicomotor ,2 con Síndrome de Down, un niño hipotónico

El 75.9% (41) de los pacientes referían una duración de la fiebre entre 1-11 meses con predominio de 1 mes en el 31% de estos pacientes.

El 13%(7) tenían duración entre 1 y 3 años siendo el máximo tres años , con las características de ser intermitente, con periodos de remisión de 3 meses.

El 11% (6) restante se encontró una duración entre 21 días y 30 días.

En cuanto al método de obtención de la temperatura al PRIMER contacto con el hospital se encontró que el 88% de los pacientes fue realizada por vía axilar, un 7.4% por vía oral y solo 3.7% por vía rectal.

Como se muestra en el siguiente cuadro el 53.7% de los pacientes la fiebre no presentaba un predominio de horario característicos, encontrándose solo el 22% de predominio vespertino seguido de un 16% matutino y un 7.4% nocturno.

CUADRO 5

Horario de la Fiebre en pacientes con fiebre de larga evolución

SIN PREDOMINIO DE HORARIO.....	29 (53.7%)
VESPERTINO.....	12 (22.0%)
MATUTINO.....	9 (17.0%)
NOCTURNO.....	4 (7.4%)

Los síntomas más frecuente asociados a fiebre fueron Mal Estado General entre los cuales incluimos la presencia de sudoración, astenia, adinamia,. Seguidos de 8 pacientes asintomáticos, donde el único síntoma fue la fiebre. Otros síntomas encontrados fueron , tos en 11%, diarrea en 9%, artralgias en 7%., disuria, rinorrea, pérdida de peso en 5%, vómitos en 3.7%. En un paciente se encontró síntomas como polidipsia , polifagia y poliuria.

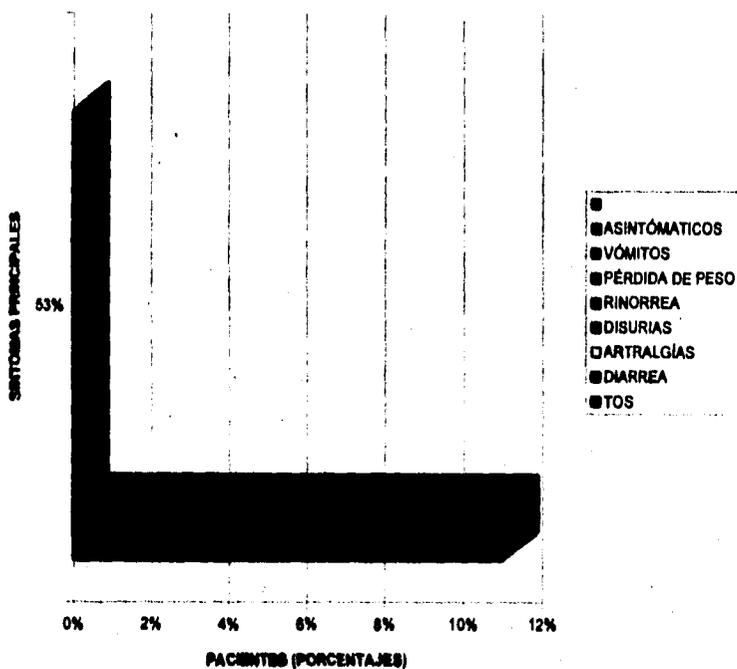
CUADRO 6

Principales síntomas encontrados en pacientes con fiebre de larga evolución

MAL ESTADO GENERAL	19 (53%)
TOS	.6 (11%)
DIARREA	.5 (9.2%)
ARTRALGIAS	.4 (7.4%)
DISURIAS	3 (5.5%)
RINORREA	3 (5.5%)
PERDIDA DE PESO	3 (5.5%)
VÓMITOS	2 (3.7%)
ASINTOMATICO	8 (4.8%)

De acuerdo al grado de Nutrición encontramos que el 19 (34%) , tenían un grado de desnutrición de primer grado, considerando de primer grado al encontrarse con un déficit ponderal de 11-24%. Diez pacientes (18.5%), tenían un déficit entre 25'39% catalogados con desnutrición de II grado y 8 pacientes (14%) con déficit mayor de 40%, catalogados estos como desnutridos de III grado .Todos los pesos fueron promediados al percentil 50 de acuerdo a las tablas del Centro Nacional de la Salud (NCHS). 17 pacientes (31%) eran eutrofos.

PRINCIPALES SÍNTOMAS EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN



CUADRO 7

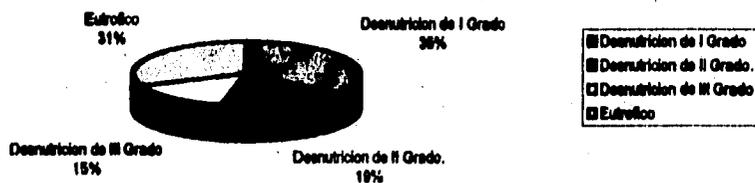
Clasificación de los pacientes con fiebre de larga evolución de acuerdo al grado de desnutrición

DESNUTRICIÓN PRIMER GRADO	19 (34%)
DESNUTRICIÓN SEGUNDO GRADO	10 (18.5%)
DESNUTRICIÓN TERCER GRADO	8 (14%)

Solo 2 pacientes que representaron el 3.7%, no recibieron tratamiento, antes de acudir a la consulta externa de MEDICINAS, recibiendo el 96.2% tratamiento predominando el uso de penicilinas, seguidas de las cefalosporinas, sulfas y aminoglucosidos. En 50 pacientes (92.5%) se utilizó antitermicos.

Cabe mencionar que en un mismo pacientes se habian utilizado hasta 3 de los 4 grupos de medicamentos antes señalados.

Clasificación de pacientes con fiebre de larga evolución según grado de Nutrición de acuerdo a las tablas de NCHS.



CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS

FIEBRE

La fiebre es el síntoma común a todos. Se valoro el tipo de fiebre definiéndose de la siguiente manera

Fiebre Intermittente como el patrón de temperatura en la cual la misma desciende a valores normales o por debajo de lo normal cada día

Fiebre Recurrente episodios de fiebre que alternan con periodos de uno o mas días sin fiebre.

Fiebre Remitente la elevación de la temperatura con variaciones diarias sin llegar al valor normal .

Fiebre Sostenida elevación de temperatura mantenida sin variaciones importantes .

Encontramos que el 74% de los pacientes estudiados la fiebre era intermitente, un 16.6% recurrente ,7% remitente y solo 2% sostenida.

MAL ESTADO GENERAL.

Dentro de este rubro incluimos pacientes con sintomas como astenia, adinamia, sudoracion, y escalofríos encontrando que se correlacionaban con un paciente con Bronconeumonía, uno con disgenesia cerebral, 9 con sinusitis, 4 con infección de vías urinarias, uno con Artritis Reumatoidea Juvenil, uno con tuberculosis pulmonar y dos pacientes en donde no se corrobora la fiebre, para lo cual quedo incluido en fiebre no corroborada.

TOS

Con características distintas en los pacientes, siendo productiva en algunos, seca, cianozante en un caso y emetizante e 2 casos, se encontró relacionada con tres pacientes con Bronconeumonía, un paciente con sinusitis, uno con otitis media supurativa y un paciente con tuberculosis.

DIARREA

Fue referida en 5 pacientes con características líquidas variando en coloración, presencia o ausencia de moco, ninguno presentó sangre. Cabe mencionar que en todos los pacientes el cuadro estaba remitido al llegar al hospital

Fue relacionada en tres pacientes con infección de vías urinarias, un paciente con tuberculosis y en un paciente en donde no se corrobora la fiebre.

ARTRALGIAS

Cuatro pacientes refirieron artralgias no corroborándose la fiebre en uno de ellos, a dos se le realizó el Diagnóstico de Artritis Reumatoidea Juvenil y un paciente con Sinusitis el cual refirió este síntoma asociado a fiebre mismo que cedió al ceder la fiebre.

DISURIA

Solo tres pacientes presentaron este síntoma como dato de infección de vías urinarias coincidiendo estos tres pacientes con este diagnostico.

RINORREA

Presente en tres pacientes en quienes se encontró como Diagnostico en todos ellos SINUSITIS AGUDA:

PÉRDIDA DE PESO

Fue correlacionada con tuberculosis pulmonar y con los dos pacientes con Artritis Reumatoidea Juvenil.

VÓMITO

Presente en dos pacientes a los cuales se les realizo el diagnostico de Infección de Vías Urinarias.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Dentro de las principales alteraciones encontradas en la exploración física tenemos que en los 8 pacientes con desnutrición de III grado encontramos datos clínicos como atrofia de masas musculares, cabellos quebradizos.

A 4 pacientes (7.4%), se les encontró en la exploración física a nivel pulmonar estertores crepitantes y subcrepitantes.

Ocho pacientes (15%), se les encontró alteraciones a nivel de nariz, garganta y oídos, encontrándose en 2 datos de supuración otica, 5 con rinorrea y en paciente hiperemia faringea sin exudados.

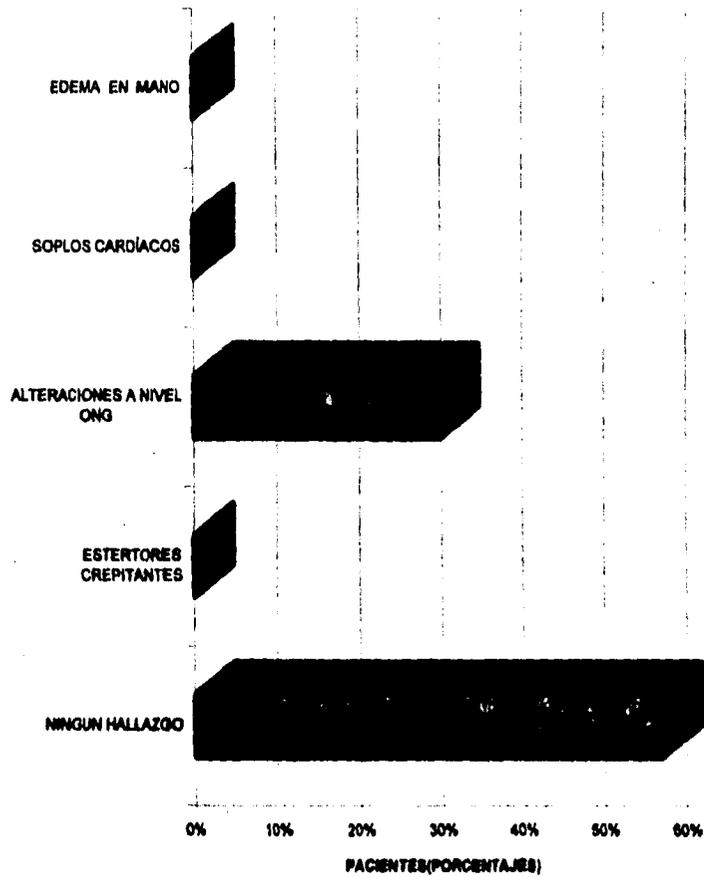
A dos pacientes se les encontró soplos cardiacos mismo que fueron considerados fisiológicos, corroborándose este diagnóstico con cardiología ya que las características de los mismos permitían este DIAGNÓSTICO, eran sistolicos, auscultable en todos los focos , presentaban modificaciones con la respiración.

Un paciente presento edema de articulaciones interfalángicas en las manos.

La exploración física en el resto de los pacientes 31(57%) fue normal.

PRINCIPALES HALLAZGOS EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

■ Serie1



RESULTADOS DE ESTUDIOS EFECTUADOS EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

Los estudios de los pacientes fueron orientados de acuerdo a los hallazgos encontrados en el interrogatorio y exploración física como ya fue mencionado anteriormente tomando referencia en lo descrito en la literatura.

Los resultados se presentan resumidos en la tabla 1.

BIOMETRÍA HEMÁTICA:

Encontramos que en el 20.3% (11) de los pacientes presentaron un nivel de hemoglobina de 5-10g/dl, un 37% (20) presentaron un nivel de hemoglobina entre 10-12g/dl y el 43% (23) mayor de 12 g/dl.

De los pacientes con procesos infecciosos 5 presentaron hemoglobina menor de 10g/dl, 3 con infección de vías urinarias, uno con sinusitis y uno con Bronconeumonía.

Hubo dos pacientes a quienes no se les corrobora fiebre que presentaron niveles de hemoglobina menor de 10g/dl. De los pacientes con colagenopatías solo uno presentó Hemoglobina de 9.1g/dl.

Veinte y dos pacientes a quienes se encontró como causa de fiebre de larga evolución un proceso infeccioso presentaron leucocitosis definida esta como un nivel de leucocitos mayor de 10,000 cel/mm³. En los pacientes en quienes no se corrobora fiebre solo un presentó leucocitosis, sin embargo, en los pacientes con colagenopatías

ambos (2) presentaron leucocitosis. Un paciente con Disgenesia cerebral presentó leucocitosis.

REACTANTES DE FASE AGUDA

Dentro de los reactantes de fase aguda incluidos la velocidad de eritrosedimentación globular y la proteína C reactivas encontramos que el 22% de los pacientes, es decir 13 tenían una velocidad de eritrosedimentación mayor o igual de 20 mm, sin embargo, la proteína C reactiva solo fue mayor de 4 cruces en 16% de los pacientes (9).

Encontramos que 5 pacientes con sinusitis, 4 con infección de vías urinarias 2 con artritis reumatoide Juvenil y uno a quien no se corrobora la fiebre presentaron una velocidad de eritrosedimentación globular mayor o igual de 20.

La Proteína C Reactiva mayor de 4+ estuvo presente en los 2 pacientes con ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL, un paciente con Bronconeumonía, dos con infección de vías urinarias, uno con sinusitis y un paciente a quien no se corrobora la fiebre.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

A todos los paciente se les realizó examen general de orina ,resultando alterada en 15 pacientes a los cuales se les realiza el diagnóstico de Infección de vías Urinarias como causa de fiebre.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

A todos los pacientes se les realiza radiografía de Tórax, sin embargo, solo se encontró alteraciones en cuatro pacientes, tres de ellos con diagnóstico de Bronconeumonía y uno con tuberculosis pulmonar. Los pacientes con Bronconeumonía presentaron datos de broncograma aéreo bilateral, uno con reforzamiento parahiliar. El paciente con tuberculosis pulmonar presentó datos de infiltrado alveolar difuso bilateral.

PPD (DERIVADO PROTÉICO PURIFICADO)

Esta prueba fue aplicada a los 54 pacientes siendo positiva solo en un paciente donde se reportó con 25 mm de induración con testigo de 10 mm. Paciente a quien se le realiza el diagnóstico de tuberculosis pulmonar por hallazgos al Interrogatorios (Combe positivo), exploración física y por PPD positivo, a este paciente se le realiza BAAR en jugo gástrico siendo negativo.

HEMOCULTIVO

A todos los pacientes se les realizó hemocultivos siendo todos negativos.

UROCULTIVOS

A todos los pacientes se les realizó Urocultivo siendo positivo solo en 15 pacientes, en 12 pacientes se reporta Escherichia coli como germen responsable de esta infección

reportándose mas de 100,000 unidades formadoras de colonia en dos ocasiones, en tres pacientes se reportaron Klebsiella pneumoniae.

COPROCULTIVOS

A 8 pacientes se les fue solicitados coprocultivos siendo negativos en todos ellos.

RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES

Se les solicito radiografia de senos paranasales a 15 pacientes con sospecha de Sinusitis resultando con datos compatibles con esta enfermedad como lo son engrosamiento de mucosa de mas de 4 mm y opacidad en el seno.

FACTOR REUMATOIDE Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

A 5 pacientes se les solicité determinación de factor Reumatoides resultando todos negativos, sin embargo, también se les solicité anticuerpos antinucleares a los 5 pacientes resultando positivo en dos de estos pacientes, con determinaciones 1:140 patrón moteado fino en un paciente y 1:280 patrón moteado fino en otro pacientes, en ambos pacientes con asociación clínica de fiebre, artritis, edema interfalángicas en uno de ellos se realiza el Diagnóstico de Artritis Reumatoidea Juvenil Poliarticular.

REACCIÓN DE PAUL BUNNELL

A 8 pacientes mayores de 4 años de edad se les realizó reacción de Paul Bunnell por la sospecha de afección por virus de Epstein Barr , sin embargo, fue negativo en todos estos pacientes.

SEROLOGÍA PARA TORCH

A un paciente de 8 meses con retraso del desarrollo psicomotor, con presencia de lesiones vesiculosas en labio, con historia de fiebre se le realizó determinación serologica de Herpes siendo esta positiva por inmunofluorescencia para IG M.

De las curvas térmicas obtenidas por las madres al realizarlas en casa encontramos que solo 50 de los 54 pacientes se les realiza la misma, no corroborándose fiebre en 13 pacientes ya que para estas madre fiebre era una temperatura menor de 38 grados centígrado .

Causa	DX	Resultados de Estudios de Gabinete en Pacientes con Fiebre de Lengua Evolucion									
		VR g-gram	Leucocitos col-gram	Diferencial	Estomatitis col-gram	velocidad de enfrio glob	Proteina C reactiva	Urinálisis	Rx de Tórax	PPD	
1	otitis media	12	14500	Eq, 10%bandas	3	0	0	0	N	N	N
2	IVU	8,8	18500	Eq	0	0	0	0	AN leuc 20	N	N
3	ENM	9,4	18000	Eq 12%bandas	1	6	4+	0	N	AN	N
4	IVU	10,1	15000	Eq 8%bandas	3	0	0	0	AN leuc 12PRB	N	N
5	ENM	14,3	7500	N	2	0	0	0	N	AN	N
6	Sinusitis	13,1	8000	N	1	2	0	0	N	N	N
7	Sinusitis	14,2	9500	N	0	0	0	0	N	N	N
8	Tuberculosis P	13	9700	de, 20%monoc	2	20	2+	2+	N	AN	N
9	Herpes	12,6	18000	Eq 12%bandas	3	18	2+	2+	N	N	N
10	Sinusitis	13	10000	N	0	0	0	0	N	N	N
11	Sinusitis	10	8500	N	1	0	0	0	N	N	N
12	Sinusitis	12,8	7500	Eq	0	46	2+	2+	N	N	N
13	Sinusitis	13	5500	N	0	20	2+	2+	N	N	N
14	Sinusitis	12,7	8500	N	0	10	0	0	N	N	N
15	Sinusitis	13	12500	Eq	1	28	3+	3+	N	N	N
16	otitis media	10,4	13000	Eq	0	0	0	0	N	N	N
17	IVU	9,8	15750	Eq	2	20	4+	4+	AN leuc 20	N	N
18	IVU	11,5	11525	Eq	1	0	0	0	AN leuc inc	N	N
19	Sinusitis	13,1	10000	N	2	26	3+	3+	N	N	N
20	Sinusitis	12	5800	N	1	0	0	0	N	N	N
21	Sinusitis	10,7	12000	N	0	0	0	0	N	N	N
22	IVU	12	11000	Eq	1	2	1+	1+	AN	N	N
23	IVU	10,6	15000	N	2	2	0	0	AN	N	N
24	IVU	12,5	12500	N	4	5	1+	1+	AN	N	N
25	IVU	10,7	13000	N	0	16	0	0	AN	N	N
26	Sinusitis	14,8	9000	N	0	20	4+	4+	N	N	N
27	IVU	9,5	13500	Eq	0	20	4+	4+	AN	N	N
28	IVU	11,6	11275	N	0	0	0	0	AN	N	N
29	IVU	12,8	12000	N	0	34	4+	4+	AN	N	N
30	IVU	10,7	14000	N	1	32	4+	4+	AN	N	N
31	ENM	14	16700	Eq	0	0	0	0	N	AN	N
32	Sinusitis	8,4	12500	Eq	0	0	0	0	N	N	N
33	IVU	12	7000	N	0	0	0	0	AN	N	N
34	IVU	12	12700	N	0	0	0	0	AN	N	N
35	IVU	11	9000	N	1	10	2+	2+	AN	N	N
36	Sinusitis	10,2	10500	Eq	0	7	1+	1+	N	N	N
37	Sinusitis	10	12500	Eq	0	10	2+	2+	N	N	N

NO CORROBORADA												
Cases	DX	HB p-100ml	Leucocitos cal/mm3	Diferencial	Eosinofitos cal/mm	velocidad de eritros glob	Problemas C reactiva	Uremicos	Rx de Tenax	PPD		
1	No corroborada	13.6	8000	N	2	10	1+	N	N	N		
2	No corroborada	12	7000	N	1	2	0	N	N	N		
3	No corroborada	9.9	10250	N	1	0	0	N	N	N		
4	No corroborada	12	7250	N	0	0	0	N	N	N		
5	No corroborada	13	6500	N	2	0	0	N	N	N		
6	No corroborada	12.8	9000	N	0	0	0	N	N	N		
7	No corroborada	12.2	8700	N	0	20	4+	N	N	N		
8	No corroborada	9.8	8000	N	1	0	0	N	N	N		
9	No corroborada	13.6	6500	N	0	2	0	N	N	N		
10	No corroborada	12	5250	N	0	0	0	N	N	N		
11	No corroborada	10.8	7000	N	0	0	0	N	N	N		
12	No corroborada	14.3	9000	N	0	0	0	N	N	N		
13	No corroborada	14.2	8580	N	0	0	0	N	N	N		
COLAGENOPATIAS												
Cases	DX	HB p-100ml	Leucocitos cal/mm3	Diferencial	Eosinofitos cal/mm	velocidad de eritros glob	Problemas C reactiva	Uremicos	Rx de Tenax	PPD		
1	ARJ	12.7	12000	dir. 13% mono	0	20	4+	N	N	N		
2	ARJ	9.1	13500	N	1	34	4+	N	N	N		
OTRAS												
Cases	DX	HB p-100ml	Leucocitos cal/mm3	Diferencial	Eosinofitos cal/mm	velocidad de eritros glob	Problemas C reactiva	Uremicos	Rx de Tenax	PPD		
1	Disgenesia Cerebral	11.9	12000	N	0	0	0	N	N	N		
2	Atrofia Cortical	10	7500	N	0	0	0	N	N	N		
ARJ: ActiBe reumatoide Juvenil												

ETIOLOGÍA ENCONTRADA EN PACIENTES CON FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

De las causas de fiebre de larga evolución encontramos que las **Infecciosas** ocuparon el primer lugar con un 68.5% (37), y dentro de estas la infección de vías urinarias y la Sinusitis Aguda Maxilar fueron las principales causas ocupando el primer lugar en igual porcentaje 27% (15), le siguieron las causas en donde **no se corrobora** la fiebre y la misma desaparece espontáneamente, representando un 24% de los pacientes (13). Las **enfermedad de la colagena** ocupó el tercer lugar encontrando dos pacientes con Artritis Reumatoide Juvenil Polarticular. En dos pacientes (3.7%), desapareció fiebre al controlárseles las crisis convulsivas, uno de ellos con **diagnosia cerebral** y otro con **atrofia cortical** importante.

No encontramos como causa de fiebre enfermedades Oncohemáticas.

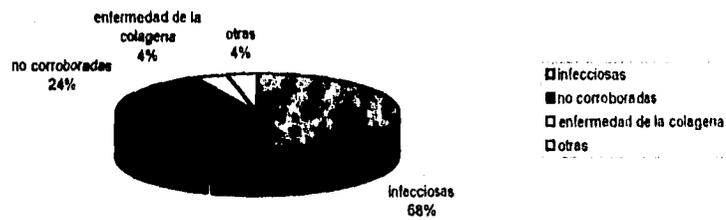
Ver cuadro 8

CUADRO 8

CAUSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN EN 54 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA H.I.M.

INFECCIOSAS	37
NO CORROBORADAS	13
ENFERMEDAD DE LA COLAGENA	2
OTRAS	2

**CAUSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN DE 64 PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA H.I.M.**



INFECCIONES

Dentro de las causas infecciosas las infecciones de vías urinarias y la sinusitis maxilar aguda ocuparon el primer lugar ambos con 15 pacientes representando un 27.7%.

En segundo lugar hubo tres pacientes con Bronconeumonías y un paciente con tuberculosis pulmonar.

Dos pacientes con otitis media supurada crónica reagudizada

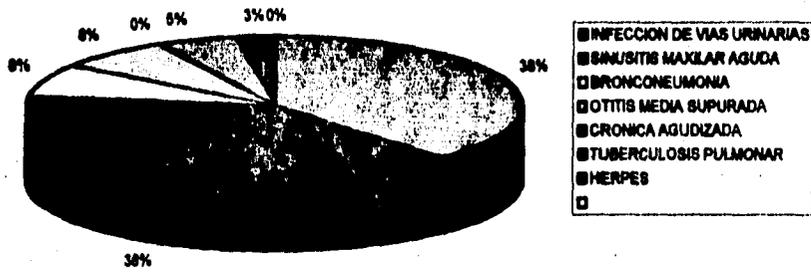
Un paciente con herpes.

CUADRO 9

CAUSAS INFECCIOSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	15
SINUSITIS MAXILAR AGUDA	15
BRONCONEUMONÍA	3
OTITIS MEDÍA SUPURADA CRÓNICA AGUDIZADA	2
TUBERCULOSIS PULMONAR	2
HERPES	1

CAUSAS INFECCIOSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN



CUADRO 10

ENFERMEDADES DE LA COLÁGENA

ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POLIARTICULAR.....2

CUADRO 11

OTRAS CAUSAS DE FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN

DISGENESIA CEREBRAL	1
ATROFIA CORTICAL	1

Hubo un paciente que se hospitalizo por no encontrarse causa de la fiebre en la primera fase de estudio, se hospitalizó y a los 2 días de ingresado presenta datos compatibles con bronconeumonía y síndrome diarreico evolucionando con datos de respuesta inflamatoria sistema y posteriormente sepsis, choque séptico y finalmente falla orgánica múltiple y muerte. Este paciente tenía como factor predisponente ser desnutrido de tercer grado, se refiere en el expediente que se le aisló Estafilococos áureos meticilino resistente. A este paciente no se le realizó autopsia

DISCUSIÓN

La fiebre de larga evolución un diagnóstico que es una incógnita para el médico que se enfrenta a él, hoy en día es un padecimiento que es referido a hospitales de tercer nivel como el nuestro. El médico debe tener en cuenta cuales son las causas mas comunes de esta enfermedad para así iniciar un estudio sistemático el cual deberá incluir un interrogatorio exhaustivo, una exploración física detallada y estudios de laboratorio que puedan orientar hacia la posible etiología de este padecimiento.

En cuanto a nuestros resultados, el sexo masculino y la edad menor de 2 años fueron predominante en los pacientes coincidiendo con lo descrito en la literatura por varios autores (12), aunque algunos estudios mencionan el predominio del sexo femenino.

El encontrar que el 40% de nuestros pacientes provenían del Distrito Federal puede correlacionarse con la cercanía del hospital a estos lugares, sin embargo, es de llamar la atención que algunos pacientes provenían de lugares lejanos, probablemente por ser este un hospital de referencia.

En cuanto al tiempo de duración de la fiebre en promedio mayor de 3 semanas y con una duración mayor de un año en un paciente quien refirió tres años de evolución, es similar a lo reportado por la literatura (24,25), es importante mencionar que este paciente con fiebre de tres años de evolución se le diagnóstico Artritis Reumatoide Juvenil Poliarticular explicando esta enfermedad por si sola la fiebre.

Coincidimos con muchos autores (26) que la mayoría de los pacientes con fiebre de larga evolución presentan síntomas asociados a la fiebre, representando en nuestro estudio un 95.8% de los pacientes, con un 4.8% de los pacientes en donde la única

manifestación fue la fiebre, en estos pacientes se les realizó el Diagnóstico de sinusitis e infección de vías urinarias, dos en el primer caso y 6 en el segundo caso.

De los 54 pacientes, 29 (53.7%) no existía un predominio de horario de la fiebre, no siendo orientador este dato de alguna patología.

Encontramos 8 pacientes con desnutrición de tercer grado a todos ellos se les diagnóstico como causa de fiebre un proceso infeccioso como ya fue mencionado anteriormente, esto puede ser atribuido a que estos pacientes presentan por su desnutrición factores de riesgo para las infecciones ya que su sistema inmunitario tanto humoral como celular se encuentra alterado, un paciente con desnutrición de tercer grado fue necesario ingresarse para continuar con estudios que nos pudieran orientar las etiología de la fiebre, sin embargo, el paciente presento sepsis, disfunción orgánica múltiple y muerte.

Entre la correlación de síntomas y diagnósticos encontramos que el patrón común de fiebre en los pacientes fue el de Fiebre intermitente, el mal estado general fue correlacionado con varias enfermedades entre ellas sinusitis, infección de vías urinarias, bronconeumonía, tuberculosis pulmonar, disgenesia cerebral, artritis reumatoide juvenil y en dos pacientes donde la fiebre no pudo ser corroborada.

La tos fue correlacionado con todas las infecciones del tracto respiratorio tanto de vías aéreas superiores como inferiores, estando presente en pacientes con sinusitis, bronconeumonía, tuberculosis, otitis media aguda.

La diarrea estuvo presente en un paciente con diagnóstico de infección de vías urinarias y tuberculosis.

La artralgia fue correlacionada con los dos pacientes que se le diagnóstico Artritis Reumatoide Juvenil y un paciente con sinusitis.

Solo tres de los pacientes con infección de vías urinarias presentaron disuria.

La Rinorrea estuvo presente solo en los pacientes con infección de vías aéreas superiores como sinusitis aguda.

La pérdida de peso fue un síntoma importante en pacientes con tuberculosis pulmonar y Artritis Reumatoide Juvenil.

El vómito fue correlacionado en dos pacientes con infección de vías urinarias.

El 92% de los pacientes antes de recibir atención en este hospital contaban con el antecedente de administración de antibióticos, refiriéndose hasta 3 de los 4 grupos de antibióticos interrogados, lo que quiere decir la desesperación de la madre y el médico por la fiebre. En cuanto al uso de antitérmicos este fue utilizado en 50 de los 54 pacientes mismo que fueron recetados por el médico en algunas ocasiones, sin embargo, también fue automedicado por las madres.

Es importante mencionar que al interrogar a las madres sobre el tiempo o duración de los antibióticos el 64% refirió un uso inadecuado no completando la duración estipulada por el médico, e incluso al acudir a otro médico este prescribía otro antibiótico, comprobando al interrogarlas que eran medicamentos con igual mecanismo de acción.

Dentro de las causas de fiebre de larga evolución coincidimos con lo reportado en la literatura (22,27,28,29,30,31), predominando en primer lugar las causas infecciosas, seguidas de las causas en las cuales no se corrobora fiebre siendo similar a lo encontrado en la revisión de 180 casos realizada por el Doctor Gamboa en este hospital en el año de 1989. El por que la fiebre no pudo corroborarse puede ser

explicada porque en ocasiones la temperatura no es medida o se mide en forma incorrecta, porque el padecimiento se autolimita, o porque, como sabemos pueden existir otras causas que producen elevación transitoria de la temperatura sin ser indicativo de enfermedad entre estas ya mencionada, la edad, donde es bien sabido que la temperatura corporal es mayor en la edad de lactante, el ciclo circadiano, ejercicio fisico (4,19).

Llama la atención que encontramos un pacientes con Diabetes Mellitus el cual además curso con fiebre de mas de tres semanas de evolución, encontrándose como causa de la misma una sinusitis, el diagnóstico en este paciente no se realizó por la fiebre mas sí por un buen interrogatorio.

La Artritis Reumatoidea Juvenil fue el representante de los padecimientos autoinmunes causantes de fiebre de larga evolución al igual que lo informado por otros autores (22,25).

No encontrados ningún caso de neoplasia a diferencia que otros autores (7,9,12). Finalmente se puede decir que los pacientes con fiebre de larga evolución requieren un exhaustivo interrogatorio y una buena exploración física así como exámenes de laboratorios orientados al interrogatorio, de tal manera que el médico los ordene en forma sistematizada y ordenada y así pueda analizar los resultados que vaya obteniendo de acuerdo a su experiencia y tomando en cuenta los conocimientos epidemiológicos del medio en que se desenvuelve.

CONCLUSIONES

Para la realización de este estudio se revisaron 275 expedientes de pacientes que fueron atendidos en la consulta externa de Medicinas con diagnóstico de fiebre de larga evolución, sin embargo, solo obtuvimos 54 pacientes a los cuales se les fue solicitado todos los estudios antes señalados y los cuales se les pudo llegar a un diagnóstico o no corroborarse la fiebre, lo cual nos indica que a pesar de existir en la literatura algoritmos para estos pacientes este no es realizado en nuestro hospital.

En este trabajo se presentan los resultados de 54 pacientes realizándose el diagnóstico en 41 pacientes, en 13 pacientes no fue corroborada la fiebre autolimitándose la misma, en muchos de estos pacientes corroboramos que las madres desconocían la lectura del termómetro realizándose una mala interpretación de lo que era para ellas fiebre, por lo que es importante un buen interrogatorio con todas las características de la fiebre y corroborar si las madre saben leer el termómetro. En 37 pacientes se demostró como causa de fiebre las infecciones y dentro de estas las infecciones de vías urinarias y la sinusitis fueron la principal causa. Dos pacientes con enfermedad de la colagena Artritis Reumatoide Juvenil y no encontramos causas oncológicas como causa de fiebre de larga evolución, por todo lo antes dicho podemos concluir que las causas infecciosas siguen siendo la principal causa de esta enfermedad.

La duración prolongada de la fiebre puede ser orientadora de enfermedad de la colagena como se demostró en nuestro estudio en el paciente cuya fiebre tenía una duración de tres años.

Aún cuando los pacientes no referían síntomas algunos encontramos como causa de fiebre sinusitis e infección de vías urinarias para lo cual podemos concluir que la fiebre por sí sola puede ser el único signo de una enfermedad.

El tener que el 96.2% de los pacientes antes de acudir al hospital ya habían recibido un tratamiento, y que muchos de estos pacientes habían recibido simultáneamente estos medicamentos por tiempo inadecuado nos orienta la desesperación de la madre por la fiebre llevándola a visitar a varios médico.

Al encontrar que todos los pacientes con desnutrición de tercer grado tenían como causa de fiebre de larga evolución un proceso infeccioso nos ayuda a orientar su estudio dirigido hacia estas causas.

No podemos concluir que el paciente desnutrido de tercer grado finado pudo haber tenido una enfermedad que no fue diagnosticada en la primera fase de estudio ya que a este paciente no se le realizó autopsia.

En este estudio todos los pacientes (4), con alteraciones en la exploración física a nivel torácico se correlacionaron con anomalías en las radiografías de tórax siendo normal en el resto de los pacientes para lo cual podemos concluir que este estudio deberá ser solicitados solo si se encuentra a la exploración alteración a nivel de campos pulmonares.

El encontrar que los pacientes con síntomas de vías aéreas como tos, rinorrea, se correlacionaron con infecciones respiratorias tanto altas como bajas como sinusitis, tuberculosis y bronconeumonía nos indica que debemos orientar los estudios en busca de estos padecimientos.

En los pacientes con infección de vías urinarias solo tres pacientes presentaron disurias síntoma que nos puede orientar a este diagnóstico el resto (12) de los pacientes presentaron síntomas diferentes como diarrea, mal estado general, vómitos, sin embargo, al realizárseles el examen general de orina encontramos datos patológicos orientadores de esta enfermedad para lo cual podemos concluir que la infección de vías urinarias puede no relacionarse con síntomas urinarios como disuria. para lo cual el examen general de orina debe ser de rutina en pacientes con fiebre de larga evolución.

En 13 de los 15 pacientes con diagnóstico de sinusitis aguda se encontraron síntomas orientadores a esta enfermedad tales como tos, rinorrea, mal estado general, sin embargo, hubo dos pacientes con antecedente de sinusitis que se les realizó el diagnóstico al solicitársele radiografía de senos paranasales, aunque estos dos pacientes representan una pequeña muestra del total de pacientes estudiados podemos concluir que este examen debe ser solicitado solo de presentarse sospecha clínica en base a hallazgos al interrogatorio y a la exploración física.

Consideramos de importancia el adecuado interrogatorio, exploración física y de acuerdo a estos resultados orientar los estudios de laboratorios ya que aunque universalmente las principales causas son las infecciosas, seguidas de las colagenopatías y las oncohemáticas debemos tomar en cuenta las características epidemiológicas de cada región, por lo tanto, con los hallazgos encontrados en este estudio podemos concluir que en esta primera fase de estudio, el estudio epidemiológico de tuberculosis es de gran importancia realizándose en todos los pacientes.

En este estudio con las causas de fiebre de larga evolución encontradas, siendo las infecciosas y dentro de estas las infecciones de vías urinarias y la sinusitis podemos concluir que estas no son enfermedades de tercer nivel pudiéndose resolver su problema en un hospital de primer o segundo nivel acudiendo a este hospital solo los pacientes con enfermedades oncohemáticas y de la colágenas y aquellos pacientes con causas infecciosas de difícil diagnóstico.

De acuerdo a lo encontrado en este estudio podemos proponer que a todos los pacientes con diagnóstico de fiebre de larga evolución se les realice esta primera fase de estudio sin olvidar la importancia de los hallazgos encontrados en el interrogatorio y la exploración física.

BIBLIOGRAFIA

1. Rulloba J: FIEBRE: NOSOLOGIA BASICA:5ta Edición México; De Francisco Méndez Oteo ,1982; 561-570.
2. Lifshitz Alberto .NUEVAS IDEAS SOBRE LA FIEBRE: Gaceta Medica de México1988
3. William Bonadio. DEFINING FEVER AND OTHER ASPECT OF BODY TEMPERATURA IN INFANTS AND CHILDREN : Pediatrics Annals.August 1993;22:8: 467-73.
4. Victor Nizet,Robert J Vinci and Frederick H Lovejoy Jr. FEVER IN CHILDREN. Pediatrics In Review. vol 15 No 4, April 1994:127-135.
5. Petersdorf R,Beeson P . FEVER UNEXPLAINED ORIGIN; REPORT ON 100 CASES:Medicine, 1961;40;1.
6. Mc Clung J: PROLONGR FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN CHILDREN .Amer J. Dis Child , 1972;124;544-50.
7. Felgin RD,Shearer WT; FEVER OF UNKNOW ORIGIN IN CHILDREN .Currentes Problems in Pediatrics,1982;2-54.

8. Calderón Jaime E, Legorreta J, Sztabinski G Y Colbs; ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES CON FIEBRE PROLONGADA. Bol Med Hosp Infant Mex, 1975;6;1003-1017.
9. Pizzo PA, Lovejoy FH, Smith DH; PROLONGED FEVER IN CHILDREN ; REVIEW OF 100 CASES. Pediatrics ,April 1975;4;468-472.
10. Serafín S, Espinosa E, Gutierrez G; SINDROME FEBRIL DE ETIOLOGÍA POR DETERMINAR. Bol Med Hosp Infant Mex Enero 1978;33;79-90.
11. Lamhier TA; FEVER OF UNKNOWN ORIGIN ; The British Journal of Clinical Practice, 1980,34;265-170.
12. Gamboa Marrufo, Valencia Mayoral, Feria Kaiser, Velázquez Jones. FIEBRE DE ORIGEN OSCURO . PRESENTACIÓN DE 180 CASOS PEDIÁTRICOS. Gaceta Médica de México vol 128, No 4, julio-Agosto ; 1992; 379-384.
13. Tregnaghi am, Jalil M, Gonzalez S y colbs .ESTUDIO PROSPECTIVO EN 162 PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. Rev Enf Infec pediatrics 1989;10;13-16.
14. Terrés S, Ruiz J. FIEBRE DE ORIGEN OSCURO .Protocolo de estudio clínico . Anales Médicos Hosp ABC 1985;29;35-42.

15. Lascurain RE, Pérez PJ, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO .INFORME DE 55 CASOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN DE 1971-1977. Rev Invest Clin Méx 1980;32;243-254.
16. Moreno MJ, Sequeros LE, Izundegui O. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. Rev Mex Pediatr 1985;52, 471-476.
17. Lieu Tracy ,Schwartz Sanford. STRATEGIES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN AT RISK FOR OCCULT BACTEREMIA, CLINICAL EFFECTIVENESS AND COST EFFECTIVENESS. The Journal of Pediatrics Jan 1991; 118;21-29.
18. Lieu Tracy A, Baskin Marc N. CLINICAL AND COST -EFFECTIVENES OF OUTPATIENT STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF FEBRILE INFANTS. Pediatrics 1992;89;1135-1144.
19. Bruschi JL, Weinstein L. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO . Clin Med Nort Am 1988; 72; 1327-41.
20. Knockaert Daniel. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN THE 1980s. AN UPDATE OF THE DIAGNOSTIC SPECTRUM. Arch Intern Med 1992; 152; 51-56.
21. Frattl AC, Ariza R, González T, Bañales M, Chávez A, Islas S . FIEBRE DE ORIGEN OBSCURO . ANALISIS DE 127 CASOS .Gac Med Mex 1988;124;426.

22. Molina-Gamboa J, Rivera-Morales Y, Camacho Mezquitas E, Ponce- De León S. EL ESPECTRO CAMBIANTE DE LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO; ENSAYOS Y COMPARACIÓN CON SERIES PREVIAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN .Rev Invest Clin 1994;46(3);177-85.
23. Steele Russell, Jones Stacie, Lowe Betty Glasier Charles. USEFULNESS OF SCANNING PROCEDURES FOR DIAGNOSIS OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN CHILDREN .The Journal OF Pediatrics 1991; 119;4;526-30.
24. Kasanjlan Powel H, FEVER OF UNKNOW ORIGIN ; REVIEW OF 86 PATIENTS TREATED IN COMMUNITY HOSPITALS. Clin Infect Dis 1992;15;968-73.
25. Larso, Featherstone and Petersdorf. FEVER UN UNDETERMINED ORIGIN ; DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP OF 105 CASES, 1970-1980. Medicine. 1982,61;5:269-292.
26. Downs Stephen . MANAGEMENT OF INFANTS AT RISK FOR OCCULT BACTEREMIA. A DECISION ANALYSIS. The Journal of Pediatrics. 1991;118;1120.
27. Moran Segundo, Carcaño Margarita, Halabe José, Lifshitz Alberto. MAS ALLÁ DE LA FIEBRE DE ORIGEN OSCURO. UN ESTUDIO DE CASOS ATENDIDOS EN EL TERCER NIVEL. Gaceta Médica de México; 1992;128;4;387-91.

28. Chantada G, Casak S . Plata JD. Pocielcha J. Bologna R. CHILDREN WITH FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN ARGENTINA:AN ANALYSIS OF 113 CASES. *Pediatrics Infectious Disease Journal*;1994;13(4);260-4.
29. Robert P Sheon and Ray A. Van Ommen .FEVER OF OBSCURE ORIGIN. *American Journal of Medicine* .Vol 34, April 1963; 486-499.
30. Shoji S. Imamura A. Imai Y. Igarashi A and et al. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN; A REVIEW OF 80 PATIENTS FROM DE SHIN ETSU AREA OF JAPAN FROM 1986-1992. *Internal Medicine* , 1994;33(2);74-76.
31. Knockaert DC. Vanneste LJ. Bobbaers HJ. RECURRENT OR EPISODICS FEVER OF UNKNOWN ORIGIN . REVIEW OF 45 CASES AND SURVEY OF THE LITERAUTE. *Medicine* .1993;72(3);184-96.

ANEXO

NOMBRE: _____ REG: _____

EDAD: _____ EXP: _____

SEXO: F M

PROCEDENCIA: _____ ESTADO: _____

ENFERMEDADES CONCOMITANTES: SI NO

CUAL: _____

FIEBRE:

DURACION: DIAS: _____ MESES: _____ AÑOS: _____

MÉTODO DE OBT.: RECTAL: _____ ORAL: _____ AXILAR: _____

CUANTIFICACIÓN:

HORARIO: MATUTINO _____ VESPERTINO _____ NOCTURNO _____

SÍNTOMAS AGREGADOS: SI NO

ESCALOFRÍO: _____

SUDORACIÓN: _____

NAUSEA Y VÓMITO: _____

ATRALGIAS: _____

OTROS: _____

RECIBIDO TX. PREVIO: SI _____ NO _____

ANTIBIÓTICOS: PENICILINAS _____ CEFALOSPORINAS _____ MACROLIDOS _____

AMINOGLUCOSIDOS _____

ANTIFLAMATORIOS: _____

NUMERO DE CONSULTAS PREVIAS: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PESO: _____ TALLA: _____ TEMPERATURA: _____

PALIDEZ: _____ NORMAL: _____ C ANOSIS: _____

OÍDOS: _____

NARIZ: _____

BOCA: _____

CUELLO: _____

TORAX: _____

PULMÓN: _____

CORAZÓN: _____

ABDOMEN: _____

GENITALES: _____

EXTREMIDADES: _____

NEUROLÓGICO: _____

ADENOMEGALIAS: CUELLO: _____ AXILA: _____ INGLE: _____

EXÁMENES DE LABORATORIO:

BIOMETRIA HEMÁTICA:

REACTANTES DE FASE AGUDA

HEMOGLOBINA: _____

FECHA: _____ VSG: _____ PCR: _____

HEMATROCITO: _____

FECHA: _____ VSG: _____ PCR: _____

LEUCOCITOS: _____

FECHA: _____ VSG: _____ PCR: _____

LINFOCITOS: _____

FECHA: _____ VSG: _____ PCR: _____

NEUTROFILOS: _____

EOSINOFILOS: _____

BASOFILOS: _____
SEGMENTADOS: _____
BANDAS: _____
NORMOBLASTOS: _____
RETICULOCITOS: _____
PLAQUETAS: _____

AGLUTINACIONES FEBRILES:

PROTEUS: _____ S. TIPHY: _____ S. PARATIPHY: _____ ANT. O: _____

ANT. H: _____ BRUCELLA: _____

EGO: _____ PAUL BUNNEL: _____

PH: _____ AELO: _____

DENSIDAD: _____ ANA: _____

LEUCOCITOS: _____ PPD: _____

ERITROCITOS: _____

ALBUMINA: _____

GOTA GRUESA: _____

CULTIVOS:

HEMOCULTIVO: NEGATIVO: _____ POSITIVO: _____

UROCULTIVO: NEGATIVO: _____ POSITIVO: _____

RX TÓRAX: _____

HIV (OPCIONAL): _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____
