

# Fiebre de origen desconocido

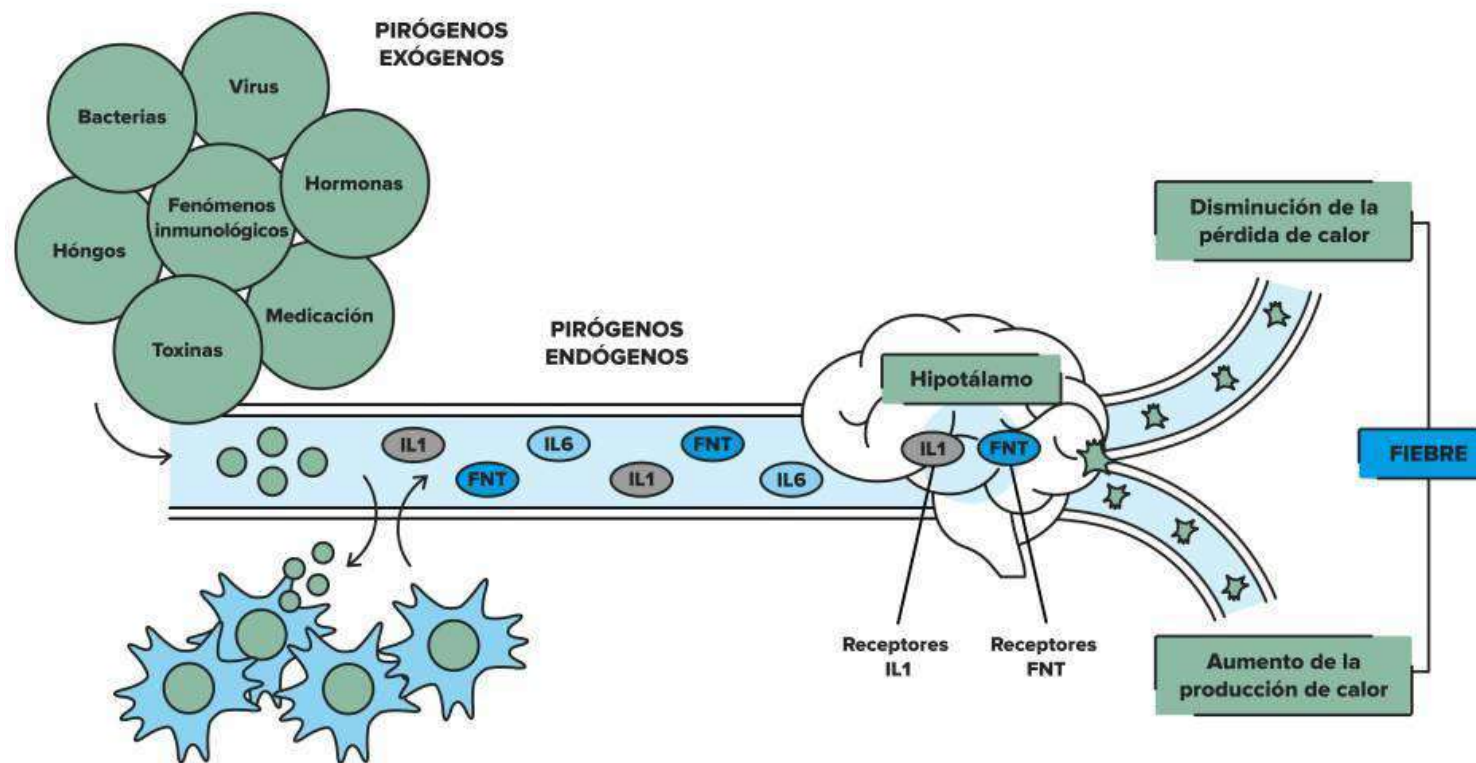
## Evaluación inicial

**Autor: Angie Lizeth Fonseca Beltrán**  
**Tutor: Humera Safir Jabeen**





## Fisiopatología de la fiebre

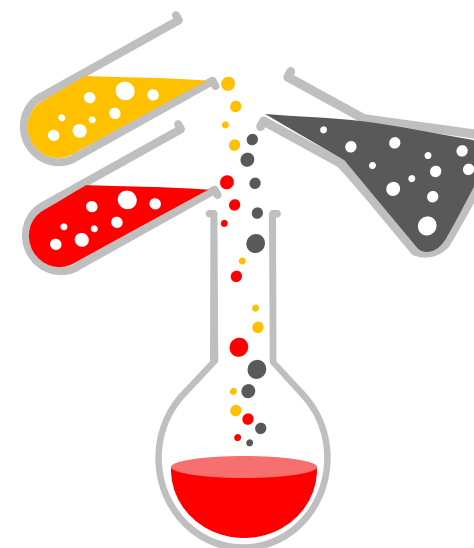


- Apartado A
- Apartado B
- Apartado C
- Apartado D
- Apartado E
- Apartado F



## Clasificación de la fiebre

Temperatura	Definición
37 ° oral y 37,6° rectal	Temperatura basal normal
36° - 37,4°	Intervalo de normalidad
37,4 – 37,8°	Febrícula
Mayor 37,8°	Fiebre
38 – 40°	Hipertermia – Pérdida de termorregulación.
>41°	Hiperpirexia



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

CURSO

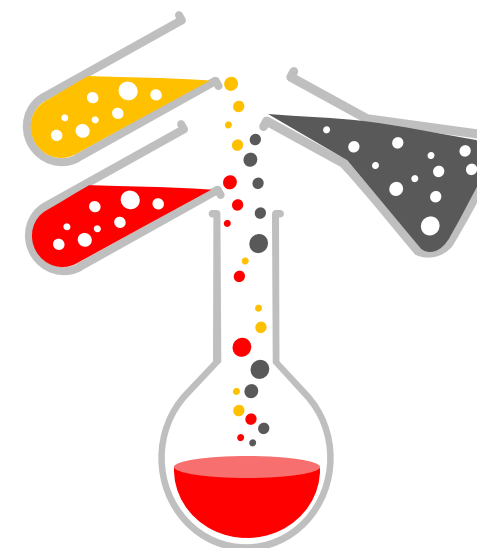
Actualización de Urgencias

2ª ed



## Clasificación de la fiebre

Temperatura	Definición
37 ° oral y 37,6° rectal	Temperatura basal normal
36° - 37,4°	Intervalo de normalidad
37,4 – 37,8°	Febrícula
Mayor 37,8°	Fiebre
38 – 40°	Hipertermia – Pérdida de termorregulación.
>41°	Hiperpirexia



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

Según tiempo de evolución	Definición
<b>De breve duración</b>	inferior a 48 horas.
<b>De corta duración</b>	de 48 horas a 7 días.
<b>De duración intermedia</b>	de 7 a 21 días.
<b>De larga duración</b>	superior a 21 días.
<b>Fiebre de origen desconocido clásica</b>	> 3 semanas sin foco claro

**CURSO**

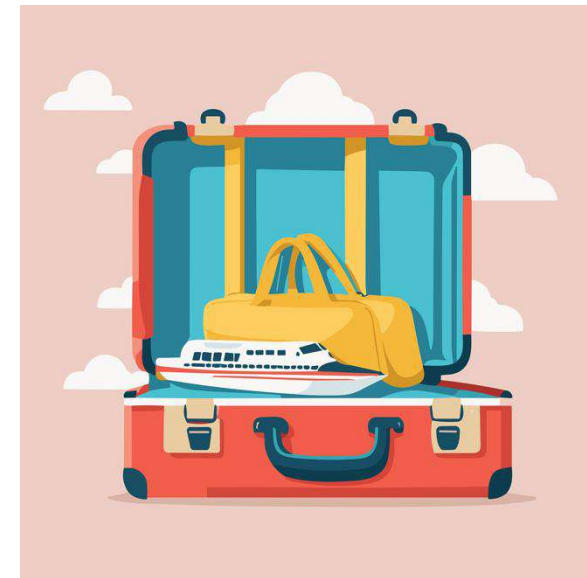
Actualización  
de Urgencias

**2ª ed**



## Definición clásica

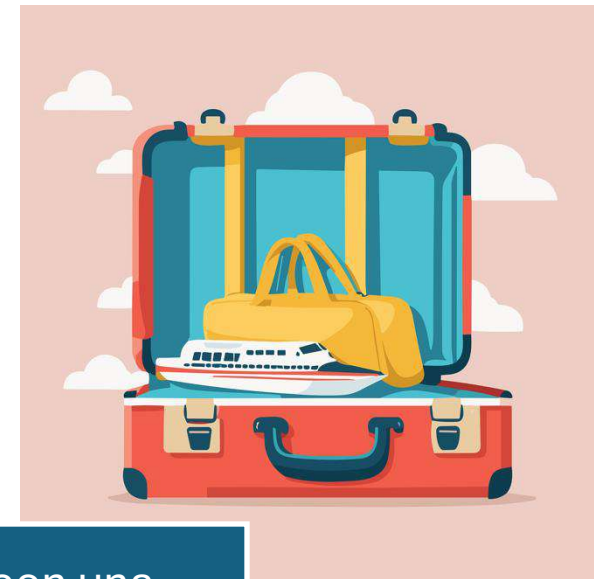
Presencia de fiebre **mayor de 38,3°C** en **varias ocasiones** con una duración **mayor de 3 semanas** a pesar de **1 semana de evaluación hospitalaria**. (Bernabeu-Wittel M, 1999)





## Definición clásica

Presencia de fiebre **mayor de 38,3° C** en **varias ocasiones** con una duración **mayor de 3 semanas** a pesar de **1 semana de evaluación hospitalaria** (Bernabeu-Wittel M, 1999).



Presencia de fiebre **mayor de 38,3° C** en **varias ocasiones** con una duración **mayor de 3 semanas** a pesar de donde no se aprecia **focalidad clínica evidente** y que tras la realización de **historia clínica, exploración física y estudios complementarios** elementales permanecen sin diagnóstico (Rojas-Marcos, JM, 2016).



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

## Clásica

- Temperatura  $>38,3$  °C.
- **Durante más de 3 semanas.**
- Sin diagnóstico tras **3 días de estudio hospitalario o tras 3 consultas.**

## Asociada a cuidados de la salud

## Neutropénica

## Asociada a VIH



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

## Clásica

- Temperatura  $>38,3$  °C.
- **Durante más de 3 semanas.**
- Sin diagnóstico tras **3 días de estudio hospitalario o tras 3 consultas.**

## Asociada a cuidados de la salud

- Temperatura  $>38,3$ °C en **hospitalizados.**
- Que **no se debe a un proceso previo** al ingreso.
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).

## Neutropénica

## Asociada a VIH



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

### Clásica

- Temperatura  $>38,3$  °C.
- **Durante más de 3 semanas.**
- Sin diagnóstico tras **3 días de estudio hospitalario o tras 3 consultas.**

### Asociada a cuidados de la salud

- Temperatura  $>38,3$ °C en **hospitalizados.**
- Que **no se debe a un proceso previo** al ingreso.
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).

### Neutropénica

- Temperatura  $>38,3$ °C en pacientes con **neutrófilos  $<500/\text{mm}^3$ .**
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).

### Asociada a VIH



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

### Clásica

- Temperatura  $>38,3$  °C.
- **Durante más de 3 semanas.**
- Sin diagnóstico tras **3 días de estudio hospitalario o tras 3 consultas.**

### Asociada a cuidados de la salud

- Temperatura  $>38,3$ °C en **hospitalizados.**
- Que **no se debe a un proceso previo** al ingreso.
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).

### Neutropénica

- Temperatura  $>38,3$ °C en pacientes con **neutrófilos  $<500/\text{mm}^3$ .**
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).

### Asociada a VIH

- Temperatura  $>38,3$  °C en pacientes con **VIH confirmado.**
- De al menos **4 semanas** de duración en ambulatorios o **3 días** en hospitalizados.
- Sin diagnóstico tras 3 días de estudio hospitalario o 3 visitas a consultas (incluyendo 48 horas de incubación de cultivos).



## Cuadro clínico

Los **síntomas y signos clásicos** acompañantes de la fiebre son:

Distermia  
(Sensación de frío y/o calor no justificado por la temperatura ambiental),  
Artromialgias,  
Astenia,  
Anorexia,  
Sudoración,  
Rubor cutáneo,  
Orina concentrada,  
Cefalea,  
Temblores y escalofríos,  
Taquicardia y una discreta taquipnea.



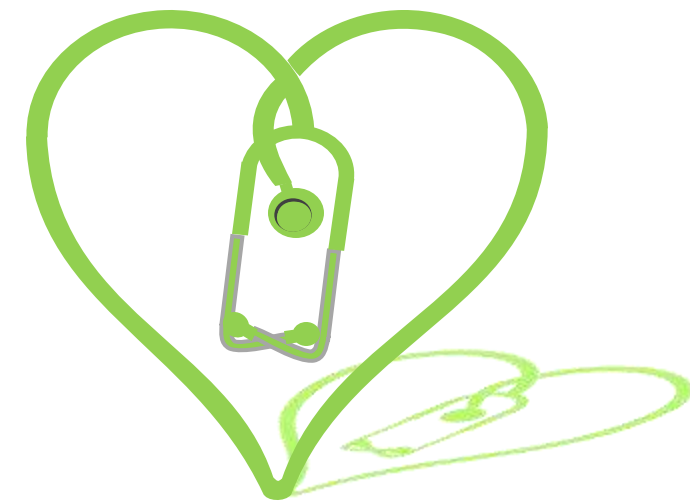
Además, síntomas específicos del foco donde se origina el proceso.



## Cuadro clínico

Pacientes **ancianos, con alteraciones psiquiátricas, hipotiroidismo o demencia:**

afección inespecífica del estado general o de la capacidad funcional, delirio, convulsiones, descompensación de una insuficiencia orgánica previa (cardíaca, respiratoria), mal control glucémico o agudización de una insuficiencia suprarrenal previa.

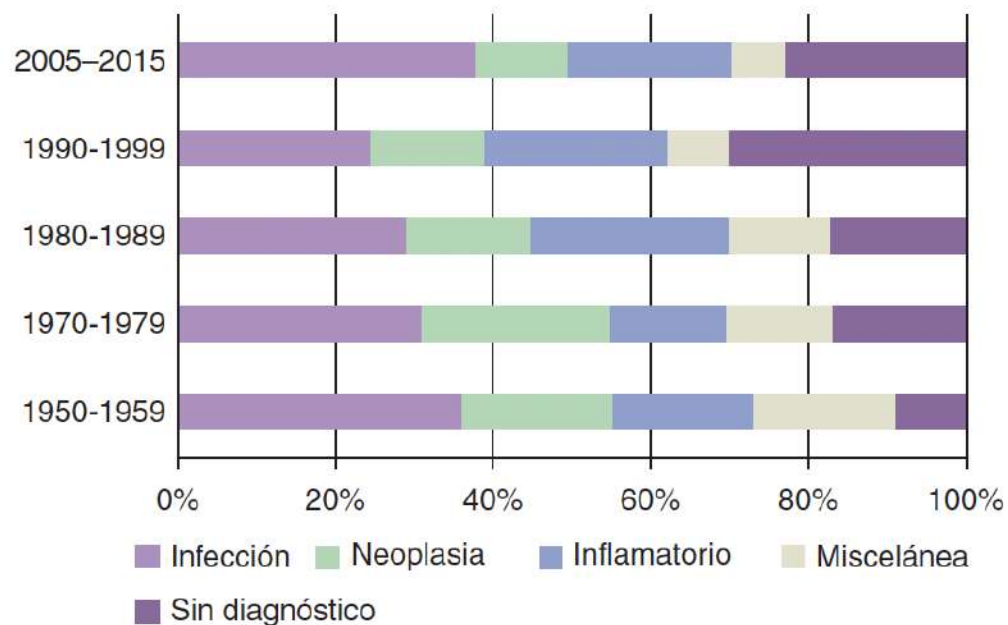


Además, síntomas específicos del foco donde se origina el proceso.



- Apartado A
- Apartado B
- Apartado C
- Apartado D
- Apartado E
- Apartado F

## Causas

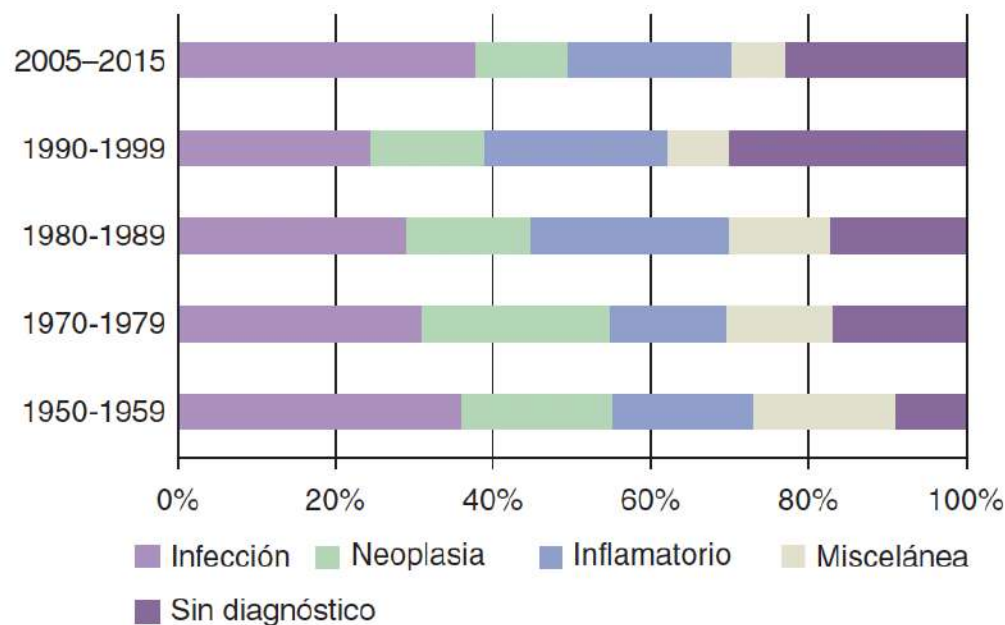


**FIGURA 259-1.** Proporción de fiebres de origen desconocido agrupadas por dominio diagnóstico eventual por década de análisis. (Basado en datos de Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med.* 2003;163:545-551, Figura 1; y Fusco FM, Pisapia R, Nardiello S, et al. Fever of unknown origin [FUO]: which are the factors influencing the final diagnosis? A 2005-2015 systematic review. *BMC Infect Dis.* 2019;19:653, Tabla 4.)



# FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

## Causas



**FIGURA 259-1.** Proporción de fiebres de origen desconocido agrupadas por dominio diagnóstico eventual por década de análisis. (Basado en datos de Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med.* 2003;163:545-551, Figura 1; y Fusco FM, Pisapia R, Nardiello S, et al. Fever of unknown origin [FUO]: which are the factors influencing the final diagnosis? A 2005-2015 systematic review. *BMC Infect Dis.* 2019;19:653, Tabla 4.)

**TABLA 259-6** POSIBLES CAUSAS DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

CATEGORÍA	FRECUINTES	INFRECUINTES
Infeciosas	Absceso, oculto Endocarditis, cultivo negativo Infección por citomegalovirus Infección por <i>M. tuberculosis</i> Infección por el virus de Epstein-Barr Osteomielitis	Aneurisma micótico Infección aguda por el VIH Infección por <i>Bartonella</i> spp. Infección por <i>Brucella</i> spp. Infección por hepatitis A, B o E Infección por <i>Salmonella</i> spp. Infección urinaria
Malignas	Carcinoma de células renales Carcinoma hepatocelular Leucemia Linfoma de Hodgkin Linfoma no hodgkiniano Melanoma	Adenocarcinoma de colon Carcinoma gástrico Enfermedad de Castleman Mesotelioma Mieloma múltiple Mixoma auricular Síndrome mielodisplásico
Inflamatorias	Arteritis de células gigantes Arteritis temporal Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad de Still de inicio adulto Lupus eritematoso sistémico Polimialgia reumática	Arteritis de Takayasu Artritis reumatoide Enfermedad de Kawasaki Granulomatosis con polivasculitis Panarteritis nudosa Sarcoidosis
Varias	Fiebre medicamentosa Hematoma Hipertiroidismo Tromboembolia crónica	Feocromocitoma Fiebre facticia Hiposuprarrenalismo Linfoadenitis necrosante Linfocitosis hemofagocítica Síndrome de fiebre periódica Tiroiditis subaguda

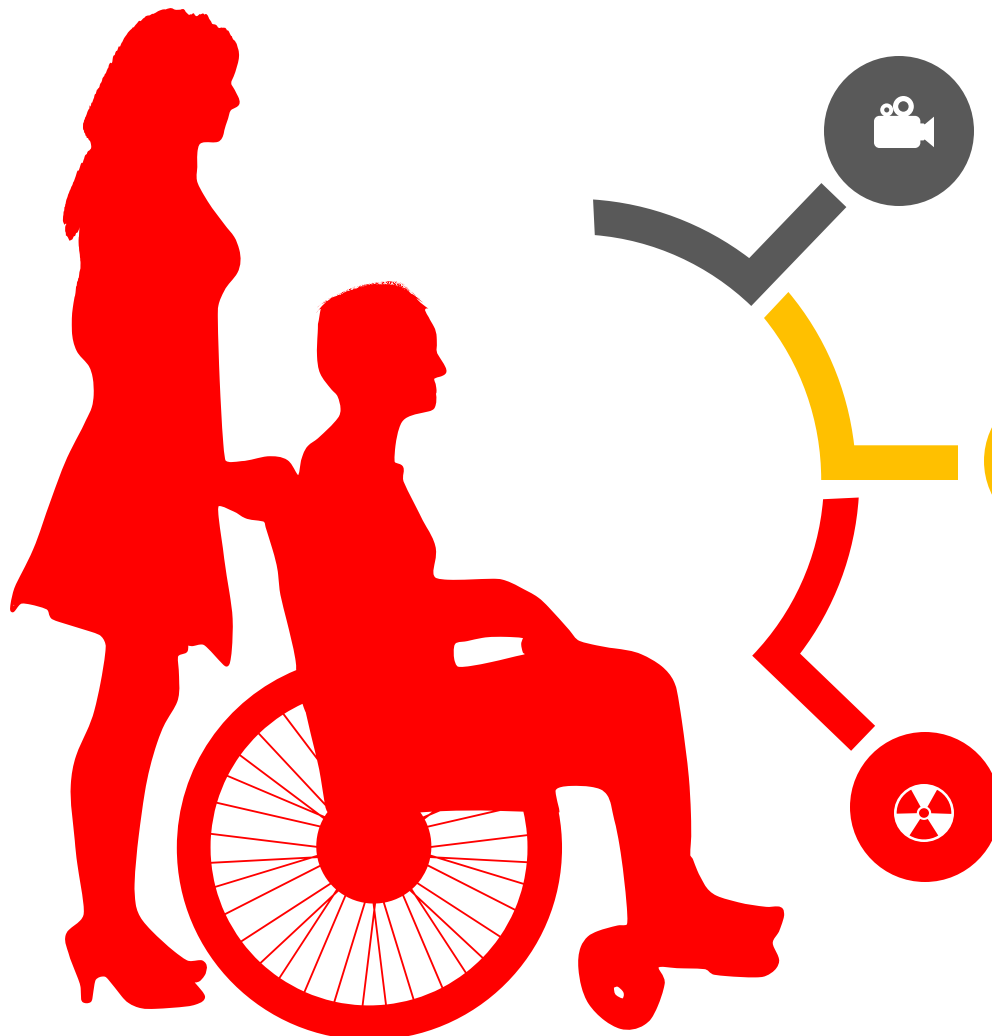
VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Adaptado de Wright WF, Auwaerter PG. Fever and fever of unknown origin: review, recent advances, and lingering dogma. *Open Forum Infect Dis.* 2020;7:ofaa132; y Hersch EC, Oh RC. Prolonged febrile illness and fever of unknown origin in adults. *Am Fam Physician.* 2014;90:91-96.

- Apartado A
- Apartado B
- Apartado C
- Apartado D
- Apartado E
- Apartado F



## Actuación en urgencias



## Antecedentes personales

- ✓ Contacto con animales
- ✓ Viajes recientes
- ✓ Hábitos tóxicos
- ✓ Residencia habitual
- ✓ Intervenciones quirúrgicas
- ✓ Portador de algún tipo de dispositivo
- ✓ Patologías crónicas

## Enfermedad actual

- Duración de la fiebre
- Intensidad
- Periodicidad (matutina, vespertina, intermitente)
- Síntomas acompañantes: revisión por órganos y aparatos.

## Exploración física

Dirigida en la búsqueda del foco febril.



## Actuación en urgencias

### Síntomas acompañantes

- **Cardiorrespiratorios y ORL:**  
Otalgia, rinorrea, disnea, dolor torácico, tos irritativa o con expectoración, hemoptisis y palpitaciones.
- **Digestivos:**  
Odinofagia, disfagia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea y coloración de las heces.
- **Urológicos:**  
Dolor lumbar, disuria, polaquiuria, poliuria, tenesmo vesical y hematuria.
- **Neurológicos:**  
Cefalea, vértigo, desorientación, alucinaciones, convulsiones, pérdida de conciencia y pérdida de fuerza.

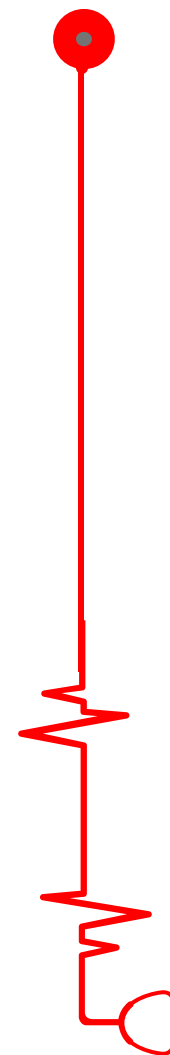




## Exploración física

Medición sistemática de la temperatura, la presión arterial y el pulso.

- **Inspección general:**  
Estado general, estado de conciencia y coloración de la piel y las mucosas.
- **Cabeza:**  
Lesiones escamosas faciales (eccema seborreico), placas blanquecinas en la cavidad oral (micosis orofaríngea), lesiones en el cuero cabelludo (foliculitis por Candida), alteración de pares craneales (meningoencefalitis y abscesos) y adenopatías.
- **Cuello:**  
Adenopatías, rigidez de nuca y otros signos meníngeos.



La búsqueda de rigidez de nuca y de otros signos meníngeos es inexcusable en cualquier paciente con síndrome febril. Debe reflejarse en la HC la presencia y la ausencia de tales signos.

Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed



## Exploración física

Medición sistemática de la temperatura, la presión arterial y el pulso.

- **Inspección general:**

Estado general, estado de conciencia y coloración de la piel y las mucosas.

- **Cabeza:**

Lesiones escamosas faciales (eccema seborreico), placas blanquecinas en la cavidad oral (micosis orofaríngea), lesiones en el cuero cabelludo (foliculitis por Candida), alteración de pares craneales (meningoencefalitis y abscesos) y adenopatías.

- **Cuello:**

Adenopatías, rigidez de nuca y otros signos meníngeos.

- **Tórax:**

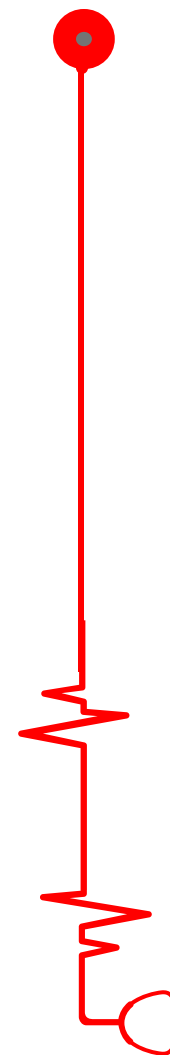
Tumorações condrocostales u osteocondritis, presencia de soplos (endocarditis) o crepitantes finos (neumonía intersticial), y adenopatías axilares.

- **Abdomen:**

Hepatomegalia y esplenomegalia, adenopatías inguinales, puntos dolorosos y puño-percusión renal positiva.

- **Miembros:**

Abscesos de partes blandas, signos de tromboflebitis, eritema palmar, lesiones petequiales (meningococemia) y signos de flogosis en las articulaciones (artritis, espondilitis u osteomielitis).



La búsqueda de rigidez de nuca y de otros signos meníngeos es inexcusable en cualquier paciente con síndrome febril. Debe reflejarse en la HC la presencia y la ausencia de tales signos.

Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed



## Pruebas complementarias

- Apartado A
- Apartado B
- Apartado C**
- Apartado D
- Apartado E
- Apartado F

Hematemetría con formula leucocitaria



Bioquímica sanguínea y coagulación



Orina completa con sedimento



Radiografía AP y lateral de tórax



Otras pruebas  
Gases arteriales, radiografía de abdomen, ecografía, TAC, ecocardiograma.



Otras pruebas  
Hemocultivos, urocultivo, punción lumbar, serologías



Según la sospecha etiológica del síndrome febril



**Criterios de gravedad**

CLÍNICOS	ANALÍTICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración del <b>estado de conciencia</b> o <b>desorientación</b> temporoespacial.</li> <li>Presencia de <b>crisis convulsivas</b> en un paciente no epiléptico.</li> <li><b>Hipertermia resistente</b> a la medicación antipirética correcta.</li> <li>Sospecha de <b>infección bacteriana sin respuesta</b> adecuada al tratamiento antibiótico empírico.</li> <li>Detección de <b>taquipnea</b>, <b>hipotensión</b> arterial o <b>signos de hipoperfusión periférica</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Granulocitopenia</b> inferior a 1000/<math>\mu</math>l.</li> <li>Presencia de <b>formas jóvenes de leucocitos</b> polimorfonucleares superior al <b>30%</b>.</li> <li>Coagulación intravascular diseminada.</li> <li>Acidosis metabólica.</li> <li>Insuficiencias respiratoria, renal o hepática agudas.</li> </ul>

Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

**CURSO**  
Actualización  
de Urgencias  
**2ª ed**



## Criterios de ingreso



### Fiebre de Larga Duración

Fiebre prolongada aunque no presente criterios de gravedad



### Fiebre Intermedia con Comorbilidades

Intolerancia digestiva o enfermedad crónica de difícil control



### Fiebre Intermedia

Manejo ambulatorio imposible por soporte social



### Fiebre Sin Foco

Síndrome febril con criterios de gravedad clínicos o analíticos, independientemente del tiempo de evolución.

Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

CURSO

Actualización  
de Urgencias

2ª ed



## Tratamiento



### Sepsis No Grave

Ceftriaxona 2 g/24 h

### Sepsis Grave - Comunitaria

Meropenem 1 g/8 h

### Sepsis Grave - Asociada a cuidados sanitarios

Piperacilina-tazobactam 4.5 g/8 h

### Sepsis Grave - Nosocomial

Vancomicina 1 g/12 h

Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F

**CURSO**

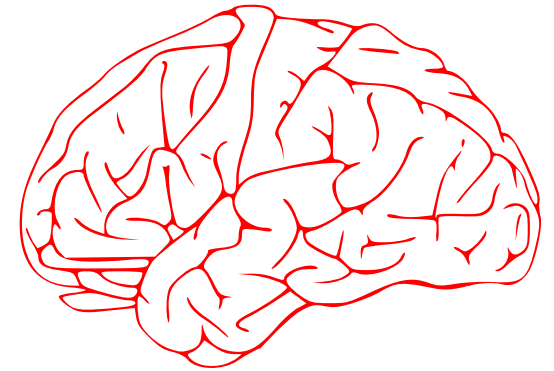
Actualización  
de Urgencias

**2ª ed**



## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L. Compendio de medicina de urgencias. 5ª edición. España: ELSEVIER; 2021.
2. Melia MT. Abordaje de la fiebre o la sospecha de infección en el huésped sano. En: Goldman-Cecil Tratado de medicina interna. 27ª Edición. España: ELSEVIER; 2025. p. 1845-51.
3. Romay Lema E, Ventura Valcárcel P. Fiebre de origen desconocido [Internet]. Guías Clínicas Fisterra. 2017 [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/fiebre-de-origen-desconocido/#sec7>
4. Tudela Hita P, Urrutia de Diego A. Fiebre aguda y fiebre de origen desconocido. En: Farreras Rozman Medicina Interna. XX Edición. España: ELSEVIER; 2024. p. 2562-8.
5. Wright WF. Fiebre de origen desconocido. En: Enfermedades infecciosas Principios y práctica. Novena edición. España: ELSEVIER; 2021.

**Apartado A****Apartado B****Apartado C****Apartado D****Apartado E****Apartado F****CURSO**Actualización  
de Urgencias**2ª ed**



Apartado A

Apartado B

Apartado C

Apartado D

Apartado E

Apartado F



***¡Gracias!***

**CURSO**

Actualización  
de Urgencias

**2ª ed**