

## RINCÓN DEL MIR II

### FIEBRE POSTOPERATORIA

Autores:

- <sup>1</sup> José Laureano Chávez Zambrano.

- <sup>2</sup> María de los Llanos Carrillo Molina.

- <sup>1</sup> Adrián García Rosique.

- <sup>1</sup> Pilar López Pírez

- <sup>1</sup> Cristina Bodas Muyo

<sup>1</sup> Residente del Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo, Hospital General Segovia.

<sup>2</sup> Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo, Hospital General Segovia.

Correspondencia:

José Laureano Chávez Zambrano.

Hospital General de Segovia

Correo electrónico: [jchavez@saludcastillayleon.es](mailto:jchavez@saludcastillayleon.es)

Palabras claves: Fiebre postoperatoria, diagnóstico y tratamiento.

### TIPS AND TRICKS EN FIEBRE POSTOPERATORIA

La fiebre postoperatoria es una de las principales complicaciones que podemos ver tras una intervención en Cirugía General y, por tanto, una de las llamadas más frecuentes que va a recibir un residente durante una guardia de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

La fiebre postoperatoria se define como temperatura corporal mayor a 38 grados en un paciente que está cursando un postoperatorio reciente. Su incidencia se estima entre el 10 y el 40%, dependiente del tipo de intervención (1).

## Primer paso: ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la cirugía?

La etiología de la fiebre podremos orientar de acuerdo con el tiempo transcurrido de después de la cirugía. Hay fiebre de causa infecciosa y de causa no infecciosa, siendo estas últimas más frecuentes en las primeras 24-48 horas tras la cirugía (1,2). A continuación, se exponen las causas más frecuentes de fiebre según el tiempo transcurrido tras la cirugía (3).

**Fiebre inmediata:** aquella que ocurre de forma inmediata tras la cirugía o durante las primeras 24 horas (2). En este periodo, el aumento de temperatura suele ser autolimitado (3).

- Trauma asociado a la cirugía.
- Transfusión de sangre.
- Medicación preoperatoria.
- Atelectasia pulmonar
- Preexistencia de infección.
- Hipertermia maligna (muy excepcional).

**Fiebre aguda:** en la primera semana tras la intervención. En este momento hay que tener muy en cuenta las posibles infecciones nosocomiales (4), que suelen estar relacionadas con bacterias de la flora de la piel o el intestino (3).

- Infección del sitio quirúrgico.
- Infección de vías urinarias.
- Neumonía aspirativa o asociada al ventilador.
- Infección del sitio del catéter.
- Infarto agudo de miocardio.
- Pancreatitis.
- Abstinencia alcohólica.



- Tromboflebitis.
- Trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.
- Gota aguda.
- Fuga anastomótica

**Fiebre subaguda:** entre la primera y la cuarta semana postoperatorias.

- Infecciones del sitio quirúrgico.
- Infecciones asociadas al catéter.
- Colitis por C. difficile.
- Reacciones a medicamentos (antibióticos, heparina, etc).
- Tromboflebitis.
- Trombosis venosa profunda.

**Fiebre tardía:** aparece pasado un mes tras la intervención. También suele ser por causa infecciosa, aunque en este tiempo adquieren importancia otro tipo de microorganismos como parásitos y hongos.

- Infecciones bacterianas (especialmente estafilococos coagulasa negativos)
- Endocarditis
- Infecciones parasitarias.
- Infecciones fúngicas.
- Infecciones víricas.

**Segundo paso: anamnesis y exploración física.**

Como por cualquier otro motivo de llamada durante una guardia, lo principal es valorar al paciente mediante una adecuada anamnesis y exploración física (4).

Durante la **anamnesis** preguntaremos por el tiempo de evolución, otros síntomas acompañantes (tos, expectoración, dolor abdominal, lesiones cutáneas, etc) y confirmaremos alergias medicamentosas conocidas. También revisaremos el tratamiento actual de la paciente para descartar posibles reacciones adversas.

En la **exploración física** debemos atender a los siguientes puntos:

- Contantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno...
- Respiración: disnea, taquipnea, tiraje, ruidos audibles a distancia, auscultación pulmonar
- Diuresis: cantidad de orina y color de la misma.
- Herida quirúrgica: celulitis, rubor, dolor, calor, exudados.
- Drenajes: revisaremos las características como cantidad, color, olor, consistencia...
- Accesos venoso: descartar tromboflebitis

### **Tercer paso: ¿Qué pruebas diagnósticas debe solicitar?**

Ante la expresión de fiebre, el tiempo de postoperatorio, síntomas y signos asociados y exploración física, debemos iniciar la búsqueda de foco infeccioso.

- Analítica completa: hemograma, coagulación, función renal y hepática, glucemia, proteínas totales, gasometría arterial, iones, D-dímero, ácido láctico, LDH, PCR.
- Radiografía de tórax (si se acompaña de sintomatología respiratoria).
- Hemocultivo x 2: Si es portador de catéter venoso periférico (con flebitis ó celulitis sitio de cateter), central.
- Sedimento y sistemático de orina y urocultivo: si sintomatología urinaria.
- Ecografía abdominal y/o TAC de abdomen: si dolor abdominal, irritación abdominal, abdomen agudo postquirúrgico.

**Consejo 1:** si solicitas una prueba de imagen, asegúrate de especificar en la petición tu sospecha diagnóstica (fistula anastomótica, dehiscencia de la anastomosis, colecciones), el tiempo transcurrido desde la intervención y la cirugía realizada, de modo que el radiólogo pueda orientar mejor la prueba y su interpretación.

- Eco-Doppler: para descartar trombosis venosa si el paciente presenta dolor en las extremidades inferiores o signo de Homans positivo.

- Eco-cardio: si fiebre + soplo cardiaco de nueva aparición ó persistencia de fiebre pese a tratamiento antibiótico y sin foco claro.

#### **Cuarto paso: Ya tengo una sospecha diagnóstica, pero... ¿ahora qué hago?**

Lo primero es retirar aquella medicación y catéteres que no sean necesarios e iniciar el tratamiento sintomático con antitérmicos (4).

La decisión de iniciar antibioterapia empírica va a depender de la sospecha diagnóstica. Como hemos comentado, la fiebre en el postoperatorio inmediato suele deberse a causas no infecciosas y ser autolimitada, por lo que podríamos esperar antes de iniciar el tratamiento antibiótico (3).

En el caso de la fiebre aguda, debemos considerar el inicio de antibiótico empírico a la espera de los cultivos tomados (4).

**Consejo 2:** dado que en este momento las infecciones suelen ser nosocomiales, son frecuentes los microorganismos multirresistentes, por lo que es recomendable pautar antibióticos de amplio espectro.

**Consejo 3:** de cara a pautar un antibiótico empírico, es ideal conocer los microorganismos más frecuentes en tu medio y sus resistencias. En muchos hospitales hay guías de antibioterapia empírica basadas en estos datos que resultan muy útiles para orientar el tratamiento lo mejor posible.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Nye H, Shen E, Baig F. Postoperative Complications. *Med Clin North Am.* 2024;108(6):1201-1214.
2. Narayan M, Medinilla SP. Fever in the Postoperative Patient. *Emerg Med Clin N Am.* 2013;31:1045–1058.
3. Stephenson c, Mohabbat A, Raslau D, Gilman E, Wight E, Kashiwagi D. Management of Common Postoperative Complications. *Mayo Clin. Proc.* 2020;95(11): 2540-2554.
4. Gonzalez Romero J, Pezzetta Hernández L, Arteaga González Arteaga I, Fiebre Postoperatoria. En: Ramos JL, Jover JM, Molares D, directores. *Manual AEC del Residente de Cirugía General.* 2da Edición. Madrid: Bate Scientia Salus, SL. 2013:26-27.