

Fiebre Facticia en la Unidad de Enfermedades Infecciosas

RESUMEN

Se ha estudiado durante un año en nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas (MI-3), a los pacientes que manipulan la medición de la temperatura corporal. También se ha realizado una revisión bibliográfica.

Palabras claves

Fiebre facticia, VIH+, Enfermería, Unidad de Enfermedades Infecciosas.

INTRODUCCION

Fiebre facticia. Concepto

Simulación de un estado febril producido por la deliberada elevación falsa de la temperatura.

En la clasificación C.I.E. 10 de la Organización Mundial de la Salud está descrito en el epígrafe F.68.1 como la producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades tanto físicas como psicológicas.

En el DSM-IV la simulación se considera bajo el código V, es decir, como alteración no atribuible a trastorno mental. Por consiguiente no se considera como enfermedad psiquiátrica "per se".

Hipótesis

La toma de temperatura es una de las funciones delegadas más internacionales para enfermería. No hay ninguna enfermera en el mundo que no tome o haya tomado la temperatura dentro de sus funciones. Si tenemos en cuenta el gasto sanitario que produce una fiebre facticia, en pruebas, días de hospitalización, etc, sabremos la importancia que tiene para nosotros el poder detectarla de forma temprana.

La fiebre facticia tiene una incidencia muy variable en la bibliografía encontrada. Considerando las fiebres en general ronda un 3 % y un 35 % de la FOD (fiebre sin foco de más de tres semanas de duración). Nos interesa comprobar la incidencia en

Enfermeros. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

pacientes VIH+ y de Medicina Interna ingresados en nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas, ya que a priori pensamos que podría ser elevada por nuestra experiencia de trabajo, ya que documentalmente no se encuentra bibliografía sobre este tema.

Nuestra experiencia:

Se han seleccionado a 25 pacientes (6%) de nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas con sospecha de manipulación del termómetro durante un año para medirla en presencia o con termoscán óptico. **(graf: 1)**. En el momento del estudio la medición se hacía habitualmente con termómetro de mercurio. La sospecha de alteración en la medición del paciente, era tomada tanto por el clínico como por enfermería por motivos como fiebre cercana al alta, de evolución tórpida, problemas legales, etc.

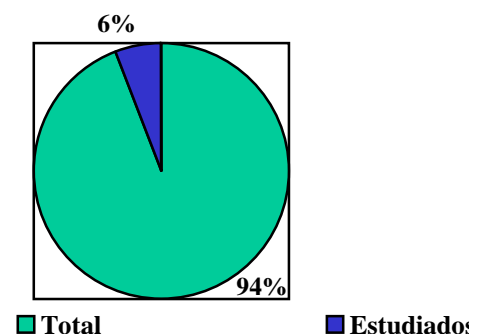


Gráfico 1

Total de pacientes bajo sospecha de poder estar manipulando la temperatura durante un año.

-Se comprueba que lo manipulan en alguna ocasión 7 pacientes, de los cuales, 5 pacientes eran HIV+ y 2 de Medicina Interna. La incidencia total en relación al total de ingresos en un año es del 1,77 %. **(graf: 2)**

-El tanto por ciento de pacientes que manipulaban el termómetro y que habían sido puestos bajo sospecha fue del 22%. **(graf:3)**

- En 4 casos tenían drogadicción activa, dos tenían problemas legales, 3 eran marginados sociales y 3 tenían trastorno antisocial de la personalidad.
- La edad media es de 38 años, 5 eran varones y 2 hembras y la estancia media fue de 19 días.

- Al igual que el hábito de mentir, la simulación tiende a ser un rasgo de carácter usado en épocas de estrés desde la niñez hasta la senectud, (muchísimos niños suben el termómetro a sus padres para evitar ir al colegio).

Criterios diagnósticos:

De acuerdo con el DSM IV, los criterios por los cuales puede hacerse el diagnóstico son:

- Existencia de discrepancias entre la temperatura referida por el sujeto y los hallazgos objetivos.
- Posible presentación de un contexto médico-legal.
- Observar una falta de colaboración con la evaluación diagnóstica y el tratamiento.
- Historia de trastorno de personalidad antisocial, recogiéndose a veces antecedentes desde la adolescencia o niñez.
- El criterio fundamental es, no obstante, la presencia de un claro elemento de ganancia secundaria.

Diagnósticos diferenciales:

Hay una serie de trastornos psiquiátricos con los que se debe hacer diagnóstico diferencial, como por ejemplo el trastorno facticio con síntomas psicológicos o físicos, caracterizado por la necesidad patológica de asumir el papel de enfermo. En este caso es clara la ausencia de incentivos externos que pueden motivar esta conducta y solo predominan los síntomas hipocondriacos.

En el trastorno de conversión (histeria) el paciente utiliza inconscientemente la situación y la finalidad última está en el manejo afectivo del ambiente.

En la neurosis de renta el paciente utiliza de forma no consciente su problema orgánico para reorganizar su vida, obteniendo una ganancia secundaria a partir de su enfermedad que le permita abandonar sus obligaciones.

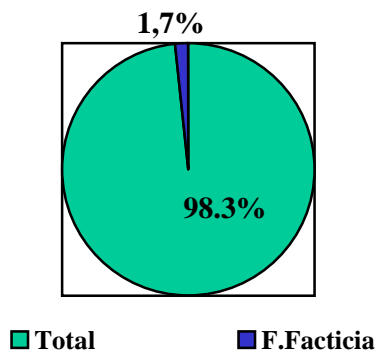


Gráfico 2

Total de pacientes ingresados que manipularon la temperatura.

La simulación es uno de los estados patológicos en los que no se siente el dolor, por lo que el paciente puede aceptar algunas pruebas diagnósticas, pero es improbable que permita la realización de técnicas dolorosas.

- El simulador puede ser a menudo una persona encantadora, no siendo quejumbroso, ni exigente, a diferencia del hipocondriaco.
- No es raro encontrar un paciente con una patología real que simule una elevación de la temperatura para evitar un alta próxima.
- Un examen cuidadoso de la historia anterior del paciente, así como de ingresos previos, pueden poner de manifiesto la existencia de una conducta similar en el pasado.

Formas de elevar la temperatura:

-Patologías autoinducidas: Existen productos que pueden subir la temperatura o simular otros síntomas, como algunos medicamentos que fortuitamente hayan producido fiebre al paciente (como el Septrin).

Se pueden inyectar saliva, orina, levadura, etc, pudiendo producir bacteriemias, cistitis, pielonefritis, abscesos dérmicos múltiples y émbolos sépticos múltiples.

Se ha comprobado en varios estudios que muchos de estos pacientes poseían algún grado de conocimientos o entrenamiento médico.

-Falsificación de la medición: La elevación ha sido posible gracias a los termómetros de mercurio. En nuestra práctica hemos visto a personas que son muy hábiles para falsearlas, hasta el punto de no descubrir el método utilizado, aún estando en su presencia. El más conocido es el de tener dos termómetros, para hacer un cambio rápido antes de ser descubiertos, pues el calentarlo con mecheros o bebidas calientes no suele ser lo suficientemente eficaz.

Solo en la mitad de los casos, aproximadamente, se averiguará el diagnóstico de fiebre facticia, ya sea por manipulación en la medición o por una enfermedad autoinducida.

Cómo evitarlo:

Hasta ahora se había tomado la temperatura con el termómetro de mercurio, que es relativamente sencillo manipularlo. Desde que se han empezado a utilizar los termómetros electrónicos, que nos dan los resultados en pocos segundos,

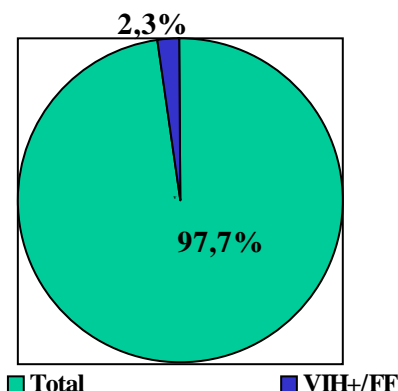


Gráfico 3. Total de pacientes ingresados con fiebre facticia en relación con la población estudiada bajo sospecha de manipulación

se ha eliminado en parte la posibilidad de manipulación. De no disponer de un medidor electrónico, se aconseja la toma anal en presencia, pero este sistema es poco utilizado.

Lo que tradicionalmente ha sido más eficaz ha sido nuestra observación directa, como su sorprendente buen estado general, o no apreciar la elevación en su piel con nuestra mano.

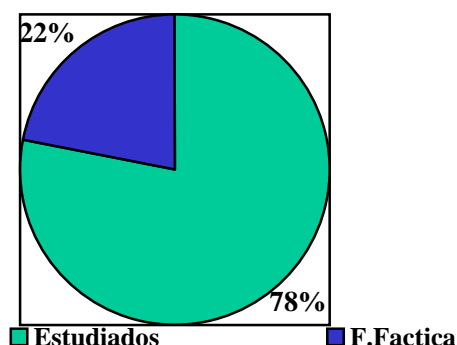


Gráfico 4. Total de pacientes VIH + con fiebre facticia en un año

CONCLUSIONES

- La incidencia de fiebre facticia es muy superior en HIV+ (**graf: 4**) que en Medicina Interna, debido al grupo de riesgo relacionado con la drogadicción y los problemas legales y psicopatológicos que conllevan.
- No hemos considerado en nuestro trabajo de campo a los pacientes que se pudieron autoinducir la fiebre por medios tóxicos para estar hospitalizados, al no poder ser objetivados.
- La incidencia en nuestra Unidad es menor que la que comenta la bibliografía encontrada y menor a la que suponíamos a priori.
- El uso del termoscan de forma generalizada evitará en el futuro este problema en su medición, si bien se seguirá autoinduciendo por medios tóxicos.

Agradecimientos:

A todos nuestros compañeros de enfermería y clínicos de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Edit. Masson 1992.

"Fiebre facticia". www.Google.com/. Internet.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(DSM-IV) American Psychiatric Association. Edit. Masson. 1988.

NANDA. Definiciones y clasificación. 1997-1998. Harcourt brace. 1998.

Sanz M.O., Goñi Ms.: Otros trastornos mentales y de conducta que requieren abordaje psiquiátrico. Internet.

Vallejo J.: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat. 1991.