

## GUIA DE FIEBRE

Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451

Código: E-GCC-G-012

Versión: 001

Fecha: Marzo 2017

Página: 1 de 17

# GUIA DE FIEBRE

Adoptada Guías para Manejo de Urgencias 3° Edición.

Ministerio de Salud.

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO.....	5
POBLACIÓN OBJETO .....	5
ALCANCE .....	5
PATOGENIA.....	5
ETIOLOGÍA .....	5
Patrones de fiebre .....	6
Fiebre intermitente .....	6
Fiebre continúa.....	7
Fiebre remitente .....	7
Fiebre recurrente .....	7
Disociación esfigmotérmica .....	7
Fiebre ficticia y Síndrome de Munchäusen .....	7
DIAGNÓSTICO .....	8
Exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas .....	9
COMPLICACIONES.....	9
Fiebres hemorrágicas.....	9
TRATAMIENTO.....	10
Antipiréticos:.....	11
Contraindicaciones:.....	11
Precauciones: .....	11
Acetaminofén (Paracetamol).....	12
Contraindicaciones:.....	12

## GUIA DE FIEBRE

Adoptada Guías para manejo de urgencias 3<sup>o</sup> edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451


Código: E-GCC-G-012

Versión: 001

Fecha: Marzo 2017

Página: 3 de 17

Efectos adversos:.....	12
Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) .....	13
Contraindicaciones:.....	13
Interacciones:.....	13
Efectos adversos:.....	13
NIVELES DE EVIDENCIA.....	13
ALGORITMO DE MANEJO .....	15
BIBLIOGRAFÍA .....	16

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 4 de 17

## INTRODUCCIÓN

Se considera normal la temperatura corporal de 37 °C y en individuos sanos este valor puede variar entre 0,5 y 1°C de acuerdo con el ritmo circadiano, el ciclo menstrual o el ejercicio.

La definición de fiebre es arbitraria y depende de los propósitos para los que se piensa utilizar. Así, algunos definen la fiebre como elevación de la temperatura central por encima de 38 °C, otros como elevación en más de dos oportunidades consecutivas de la temperatura por encima de 38,3 °C. Mientras menor sea la cifra para definir la fiebre, mayor sensibilidad habrá, pero a la vez, debido a la baja especificidad, llevará a ordenar exámenes de laboratorio, radiografías y otros estudios costosos y frecuentemente no conducentes al diagnóstico.

Cuando aparece la fiebre, generalmente se acompaña de aumento en la frecuencia del pulso, a razón de 15 pulsaciones por cada grado centígrado; pero en algunos casos se presenta bradicardia o no hay aumento consecuente, lo cual se conoce como “disociación esfigmotérmica”.

El registro de la curva térmica en la era preantibiótica permitía reconocer los patrones con que se presenta la fiebre y clasificarla en aguda o crónica, continua, remitente, ondulante, periódica o difásica. Su identificación todavía es útil, si se registra y analiza la temperatura de manera regular y juiciosa.

Con cada uno de estos patrones se asocia un tipo de patología. Por esta razón es importante establecer en el análisis de la fiebre sus valores matutinos y vespertinos, que pueden cambiar con el ejercicio (actividad muscular), el metabolismo (comidas, reposo, ciclos circadianos), su tendencia y patrón.

Para ello se requiere hacer mediciones seriadas a intervalos regulares y registrarlas en la historia (hoja de temperatura) por un periodo de tiempo definido.

También es importante usar un instrumento adecuado, que puede ser un termómetro de mercurio oral o rectal, electrónico óptico, de cinta o digital, pero en todo caso calibrado. De ellos los más precisos siguen siendo los de mercurio y los menos confiables los de cinta.

Ordinariamente la temperatura corporal no supera los 40 o 41°C, excepto cuando hay lesión del sistema nervioso central (tumores, hemorragias) y rara vez en la insolación o shock por exposición solar, caso en el cual no se habla de fiebre sino de hipertermia; el ser humano puede tolerar esta condición por unas cuatro horas como máximo.

## OBJETIVO

El objetivo principal es brindar una orientación, basada en la evidencia, para el diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados del paciente adulto y pediátrico con síndrome febril y favorecer la atención oportuna, segura y costo efectivo en los pacientes que asistan a la Clínica Antioquia por este síntoma.

## POBLACIÓN OBJETO

La guía está diseñada para la atención de los pacientes que ingresen a la Clínica Antioquia con síndrome febril.

## ALCANCE

El proceso inicia desde el ingreso del paciente al triage donde es identificado el paciente luego de la evaluación por parte de enfermería y concluye con el alta del paciente.

## PATOGENIA

La fiebre se produce por alteraciones de la termorregulación en el hipotálamo, donde existe un centro o pequeña agrupación de neuronas termosensibles cerca del piso del tercer ventrículo. Pirógenos exógenos y endógenos pueden estimular el centro de la termorregulación. Estos incluyen virus, productos bacterianos, endotoxinas, complejos inmunes y linfoquinas liberadas a partir de linfocitos sensibilizados.

## ETIOLOGÍA


En el síndrome febril agudo las causas más frecuentes son infecciosas; en el crónico las infecciones son también la primera etiología, seguida por neoplasias, enfermedades del colágeno y enfermedades granulomatosas.

Además, muchos agentes infecciosos de tipo bacteriano, protozoos y virus pueden causar fiebres hemorrágicas.

Al comienzo de estos síndromes, los signos y síntomas (fase prodrómica) son prácticamente indistinguibles.

Entre las Fiebres Hemorrágicas Virales se incluyen las causadas por varias familias de virus RNA y DNA.

Las fiebres de origen desconocido (FUO) con sus diversas causas probables, son:

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 6 de 17

- ✓ Infecciones (40%): tuberculosis, endocarditis infecciosa subaguda, infección urinaria, infecciones por citomegalovirus (CMV), absceso hepático.
- ✓ Neoplasias (20%): hipernefroma, tumor pancreático, cáncer pulmonar, leucemia.
- ✓ Enfermedades del tejido conectivo: artritis reumatoidea, lupus eritematoso, poliarteritis nodosa, polimiositis.
- ✓ Menos comunes (20%): enfermedad granulomatosa, enteropatías inflamatorias (enteritis regional), tromboembolismo pulmonar, hipertiroidismo.
- ✓ Idiopáticas (7 al 10%).
- ✓ Algunas fiebres hemorrágicas como la Fiebre Amarilla o el Dengue Hemorrágico son conocidas desde hace muchos años y han resurgido al reaparecer sus vectores; otras como la Viruela, han sido controladas pero podrían reaparecer por efectos del bioterrorismo.
- ✓ Fiebres de reciente aparición, por razones biológicas, sociales, políticas y hasta económicas (como la Neumonía China o Atípica, SARS de comienzos del año 2003) se han extendido por varios países y continentes.


### Patrones de fiebre

Un patrón febril no debe ser considerado como patognomónico del cuadro causado por un agente infeccioso, pero puede convertirse en valiosa pista para el estudio etiológico. Estos patrones incluyen:

#### Fiebre intermitente

Se caracteriza por amplia oscilación en las cifras de temperatura. El uso generalizado de antipiréticos es una de las causas más comunes de este patrón intermitente.

También se ve en la tuberculosis diseminada, en pielonefritis aguda con bacteremia y muy frecuentemente en la Malaria (Paludismo).

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 7 de 17

### **Fiebre continúa**

Es aquella que se presenta con elevaciones moderadas pero persistentes en la temperatura corporal, con mínimas fluctuaciones. Orienta a pensar en Brucelosis, Fiebre Tifoidea y Neumonía Neumocócica.

### **Fiebre remitente**

Es similar a la intermitente excepto porque las fluctuaciones son menos acentuadas, sin que retorne la temperatura a cifras normales. Se ve en las infecciones virales respiratorias severas por Influenza, neumonía por Micoplasmas y malaria por Plasmodium falciparum.

### **Fiebre recurrente**


Se caracteriza por periodos de fiebre alternados con periodos afebriles. Durante los episodios febriles la fiebre puede presentarse en una de las formas antes descritas.

### **Disociación esfigmotérmica**

Se presenta con elevación de la temperatura sin aumento en la frecuencia cardíaca. Puede verse en Brucelosis, Fiebre Tifoidea, Psitacosis, Dengue y Fiebre Amarilla.

### **Fiebre ficticia y Síndrome de Munchäusen**

En algunos casos puede ser importante establecer si lo que presenta el paciente es "fiebre ficticia". Esta se

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 8 de 17

considera una manifestación del Síndrome de Munchäusen en los niños mayores y adolescentes o por poderes (manipulación de uno de los padres) en los pequeños.

Este síndrome, es una forma de abuso infantil en el cual uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad para conseguir atención médica innecesaria para el niño, el padre o ambos.

Los niños casi siempre se hospitalizan por presentar síntomas que no parecen ajustarse a una enfermedad común. En el hospital, la madre es muy colaboradora y apreciada por el personal de enfermeras por el cuidado que le da al niño y generalmente es de una dedicación poco común, que hace poco probable que el personal médico sospeche el diagnóstico real.

Hacen visitas frecuentes, que también les dan fácil acceso para poder inducir más síntomas. Los cambios en el examen físico o en los signos vitales nunca son presenciados por el personal del hospital, pero casi siempre ocurren en presencia de la madre.

Algunos datos que sugieren este cuadro son: falta de un patrón habitual de la fiebre (por ejemplo, picos térmicos muy breves, ausencia de picos vespertinos), temperaturas altas sin aumento de calor en la piel o sin taquicardia y ausencia de fiebre si hay un observador presente

Se puede deber a manipulación del termómetro, consumo de medicamentos, inyección de líquidos corporales como saliva u otros contaminados, contaminación intencional de las venoclisis, que producen bacteriemias polimicrobianas inexplicadas, e infecciones recurrentes de partes blandas, como celulitis o abscesos subcutáneos.


El método más simple para confirmarla, es medir la temperatura de una muestra fresca de orina, lejos del paciente.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un síndrome febril debe empezar por definir si se trata de un caso agudo (menos de una semana de evolución), de Fiebre Prolongada (1 a 3 semanas de evolución) o de Fiebre de Origen Desconocido (FUO), con más de tres semanas de evolución.

Para definir si la posible causa es infecciosa se deben tomar muestras pertinentes para confirmar la etiología



	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 9 de 17

antes de iniciar tratamiento específico.

### Exámenes de laboratorio y otras pruebas diagnósticas

Los exámenes mínimos que deben practicarse en un paciente con síndrome febril son: hemograma completo con sedimentación, hemoparásitos, citoquímico de orina, baciloscopia, coproscopia, y si la sospecha clínica lo indica, examen de líquido cefalorraquídeo, hemocultivos, aspirado de médula ósea y mielocultivos.

Cuando se sospecha etiología infecciosa, se deben ordenar pruebas para la detección del antígeno microbiano: exámenes directos, microscopía electrónica, cultivos, inmunoensayos para antígeno; los anticuerpos que se producen contra ellos: ensayo biológico, inmunoensayo; o ácidos nucleicos por pruebas de biología molecular diagnóstica (NAT, hibridización, PCR, NASBA).

En algunos casos son necesarias además imágenes diagnósticas como radiografía de tórax, de abdomen, tomografía axial computadorizada, resonancia magnética y ecografía.

### COMPLICACIONES

La principal y más importante complicación de la fiebre es la aparición de convulsiones y en la hiperpirexia (hipertermia maligna), el desequilibrio electrolítico. Pero en general el aumento no exagerado de la temperatura corporal no reviste mayor gravedad y más bien puede tener efecto potenciador de la respuesta inmune, tanto la mediada por anticuerpos como la mediada por células.

### Fiebres hemorrágicas

Muchos agentes infecciosos de tipo bacteriano, protozoos y virus especialmente, pueden causar fiebres hemorrágicas. Al comienzo de los signos y síntomas (fase prodrómica) son prácticamente indistinguibles.

Son más frecuentes en zonas tropicales, donde estos agentes son endémicos y la población convive con ellos entre la pobreza, el hacinamiento, los reservorios y vectores en donde se mantienen y que los transmiten.

Estas fiebres hemorrágicas han tenido diferentes nombres a lo largo de la historia: fiebres de los pantanos, fiebres de las trincheras, fiebres desconocidas, fiebre Dandy o chapetonada, fiebres tropicales y ahora, fiebres emergentes y reemergentes (o enfermedades febriles hemorrágicas emergentes y reemergentes).

Las fiebres hemorrágicas virales son causadas por varias familias de virus RNA y DNA. Entre las más temidas actualmente están una serie de síndromes hemorrágicos que resultaron ser producidos por virus y reciben distintos nombres. A los agentes que causan estas enfermedades se les agrupó primero como Arbovirus (Fiebre Amarilla, Dengue, Bunyavirus), en el “complejo Tacaribe” y posteriormente, la mayoría se incluyeron dentro de las familias Flaviviridae, Bunyamviridae, Arenaviridae y Filoviridae.

## TRATAMIENTO

El manejo de la fiebre, mientras se define su etiología, es esencialmente sintomático y de soporte.

Ese manejo inicial debe incluir la aplicación de medios físicos como esponjas con agua fría, bolsas con hielo en abdomen, regiones inguinal y axilar y el baño general con agua tibia.


Es universal la tentación de iniciar antibióticos de amplio espectro, sin haber tomado las muestras de laboratorio para establecer la etiología, como si los antibióticos fueran antipiréticos.

Esto solo contribuye a enmascarar signos y síntomas importantes, a modificar resultados de laboratorio que servirían de diagnóstico y en otros casos a complicar el cuadro inicial con sobre infección bacteriana o micótica oportunistas, como puede ocurrir en las enfermedades virales.

Por esta razón, salvo en aquellos casos en los cuales sea evidente la etiología o esté seriamente amenazada la vida del paciente, no se recomienda utilizar antibióticos ni combinaciones de los mismos.

El único caso en que está indicado el uso de antibióticos en forma empírica es en las llamadas “urgencias infecciosas”, a saber: meningitis bacteriana, encefalitis viral, endocarditis bacteriana aguda, endoftalmítis, fiebre en pacientes esplenectomizados y fiebre en el paciente neutropénico.

En estos casos el tratamiento se debe hacer por no más de 48 a 72 horas, cuando deben estar disponibles los

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 11 de 17

resultados de cultivos y prueba serológica para agentes infecciosos comunes; debe cubrir más de 90% de los patógenos probablemente causantes del problema de acuerdo a la información epidemiológica para la zona y hospital.

Es de tener en cuenta que las temperaturas en los adultos que fluctúan entre 39 – 40 grados, no parecen causar ningún daño cerebral. (Recomendación C, Nivel de evidencia III) y siempre se deben evaluar que los efectos secundarios de los antipiréticos sean menores que sus beneficios. (Recomendación C, Nivel de evidencia III).

Las recomendaciones para bajar la temperatura (recomendación B, Nivel de evidencia II)


- Paciente con hipertermia
- Pacientes con enfermedad cardiopulmonar
- Pacientes con encefalopatía, especialmente los ancianos
- Pacientes desnutridos o deshidratados: el estado hiper catabólico con hiperventilación, sudoración y pérdida de líquidos que exacerba la malnutrición o la deshidratación.
- Pacientes embarazadas por los riesgos de malformaciones congénitas y abortos.

**Antipiréticos:** Ácido acetilsalicílico (ASA) y derivados son los más frecuentemente utilizados para disminuir la temperatura. Su administración dependerá de la enfermedad de base.

**Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida al ASA u otros salicilatos; trastornos de coagulación asociados con trombocitopenia y alteraciones plaquetarias; úlcera gástrica o duodenal; embarazo y lactancia. Tampoco debe darse en influenza, por el riesgo de Síndrome de Reye.

**Precauciones:** no se recomienda su uso en pacientes con enfermedades alérgicas o respiratorias bronco constrictivas crónicas (obstructivas), asma, fiebre del heno o hipereactividad bronquial.

Interacciones: intensifican la acción de anticoagulantes y el riesgo de hemorragias gastrointestinales durante el tratamiento concomitante con corticosteroides; los efectos de los AINES, de las sulfonilureas, del metotrexato, las

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 12 de 17

concentraciones en el plasma de digoxina, barbituratos, litio, sulfonamidas y sus combinaciones y del ácido valpróico. Reducen los efectos de antagonistas de aldosterona y diuréticos de ASA, antihipertensivos y uricosúricos.

La dosis usual es de 500 a 1.000 mg cada 3 a 4 horas (en artritis y fiebre reumática se puede usar el doble de dosis).

### Acetaminofén (Paracetamol)


Está indicado especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico, que estén anticoagulados o que presenten trastornos gástricos.

**Contraindicaciones:** hipersensibilidad al acetaminofén. Se debe usar con precaución en pacientes con insuficiencia hepática o renal. El índice terapéutico del acetaminofén es muy ajustado por lo que las dosis tóxicas y las terapéuticas son muy cercanas. En adultos la dosis tóxica es de alrededor de 10 g en una sola toma o de 5 g en un día en pacientes sin enfermedad hepática. En pacientes con enfermedad hepática preexistente o que ingieran alcohol, 4 g al día (dosis terapéutica usual) puede ser fatal. En niños son tóxicas las dosis que superan los 50 mg/kg.

**Efectos adversos:** erupciones cutáneas, urticaria, hepatotoxicidad, trastornos renales y depresión medular, lo mismo que algunas reacciones contradictorias con cloramfenicol, warfarina sódica y zidovudina.

La dosis usual es 250 mg cada 4 horas, o 500 mg cada 8 horas por vía oral para adultos (hay tabletas de 250 y 500 mg). Para niños se recomienda la administración en jarabe, cada 4 a 6 horas, que viene en presentación de 150 mg/5 mL y se dosifica así:

- ✓ Niños de 1 a 3 años: 75 – 150 mg (½ a 1 cucharadita: 2,5 a 5 mL).
- ✓ De 3 a 6 años: 150 – 225 mg (1 a 1½ cucharaditas: 5 a 7,5 mL).
- ✓ De 6 a 12 años: 300 – 450 mg (2 a 3 cucharaditas: 10 a 15 mL).

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 13 de 17

### Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

El más recomendado es el diclofenaco por su actividad inhibitoria de las prostaglandinas y porque es más fácil utilizarlo por vía parenteral u oral cada seis a ocho horas.

**Contraindicaciones:** hipersensibilidad al diclofenaco, úlcera péptica, asma, urticaria o rinitis aguda, hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico y otros AINES, trastornos renales. No se recomienda su uso en el embarazo y lactancia.

**Interacciones:** puede aumentar la toxicidad del litio, la digoxina y los efectos de los hipoglucemiantes y anticoagulantes.

Los AINES están contraindicados en pacientes que hayan padecido ataques de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que inhiben la actividad de la prostaglandina sintetiza.

**Efectos adversos:** irritación gastrointestinal, náuseas, diarrea, ocasionalmente hemorragia, anemia aplásica, granulocitosis.


La presentación más usada del diclofenaco es en tabletas de 50 mg. La dosis usual es de 100 a 150 mg al día, en 2 ó 3 tomas, vía oral, preferiblemente después de las comidas.

Por vía parenteral, se usa una ampolla (3 ml con 75 mg de diclofenaco sódico) inyectable diaria IM; en casos severos 2 ampollas diarias, una cada 12 horas.

### NIVELES DE EVIDENCIA

Grado A: Extremadamente recomendada

Clase IA: La evidencia proviene de metaanálisis de ensayos controlados, aleatorizados y bien diseñados

	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 14 de 17

Clase IIB: La evidencia proviene de al menos un ensayo controlado aleatorizado

Grado B: Recomendación favorable

Clase IIA: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.

Clase IIB: La evidencia proviene de, al menos, un estudio completamente experimental bien diseñado como los estudios de cohorte. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención esta fuera de control de los investigadores pero su efecto puede evaluarse.

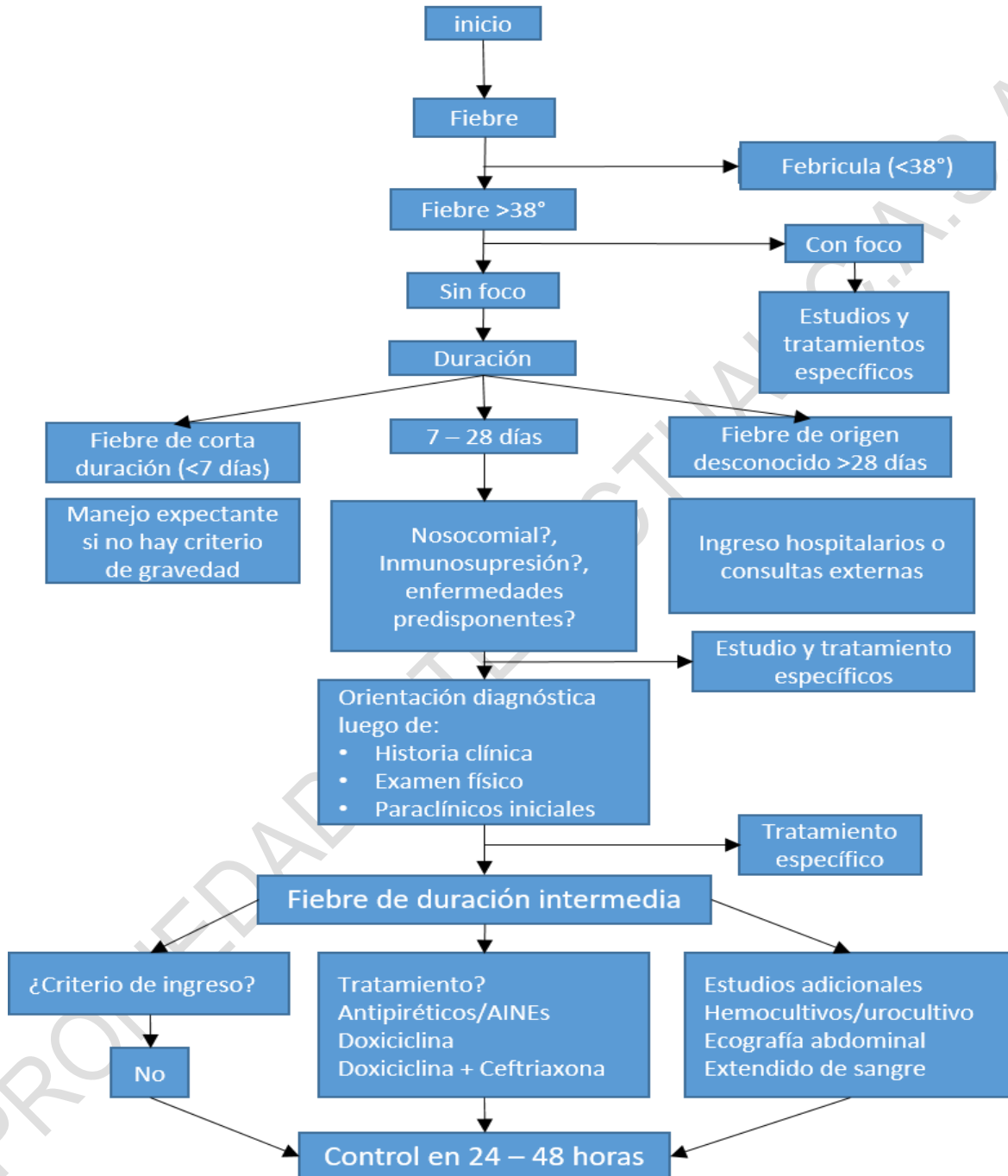
Grado C: Recomendación favorable pero no concluyente


Clase III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.

Grado D: Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación

Clase IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

**ALGORITMO DE MANEJO**



	<b>GUIA DE FIEBRE</b> Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451	Código: E-GCC-G-012
		Versión: 001
		Fecha: Marzo 2017
		Página: 16 de 17

## BIBLIOGRAFÍA

1. Andreozzi J, Stamboulia D. Las leyes fundamentales del uso de antibióticos. En Temas de Infectología Clínica. Stamboulia D. Editorial McGraHill, Buenos Aires, 2002.
2. Bayard V, Kitsutani PT, Barria EO, et al. Out- break of hantavirus pulmonary syndrome. Los Santos, Panama, 1999–2000. Emerg Infect Dis 2004; 10:1635-42. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no9/04-0143.htm>
3. Buchmeir MJ, Bowen MD, Peters CJ. Aerenaviridae: The virus and their replication. En Fields Virology. Knipe DM, Howley PM, Griffin DE. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001.
4. Díaz Menéndez M, Barbado Hernández FJ, Gómez Cerezo J, et al. Fiebre de origen desconocido clásica: cambios en dos series asíncronas en un hospital universitario. Rev Clin Española 2007; 207:13-5.
5. Doyle TJ, Bryan RT, Peters CJ. Viral hemorrhagic fevers and hantavirus infections in the Americas. Infect Dis Clin North Am 1998; 12:95 -110.
6. Palmieri OJ. Fiebre Hemorrágica Argentina.
7. En Enfermedades Infecciosas. Gorodner. Mc- Graw-Hill Interamericana de Chile, Santiago de Chile, 2001.
8. Plaisance KI, Mackowiak PA. Antipyretic therapy: physiologic rationale, diagnostic implications and clinical consequences. Arch Intern Med 2000; 160:449-56.
9. Roth J, Rummel C, Barth SW, et al. Molecular aspects of fever and hyperthermia. Neurol Clin 2006; 24:421-39.
10. Valenzuela O, Lui Gil A. Fiebre de origen desconocido: visión del internista. Rev Hosp Clin Univ Chile 2000; 11: 23-33.





### GUIA DE FIEBRE

Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo II pág. 451

Código: E-GCC-G-012

Versión: 001

Fecha: Marzo 2017

Página: 17 de 17

#### CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2017	Adopción de la guía de fiebre.	Coordinador Tecnocientífico.	Comité de Gestión de Guías.	Comité de Guías.