

SÍNDROME FEBRIL

Dra. Débora Giménez Babiloni

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Elevación de la Tª por encima de la variación diaria normal, como respuesta del organismo a distintas agresiones (infecciones, inflamaciones, tumores...). Es una respuesta fisiológica del organismo.

- **Fiebre e Hiperpirexia (fiebres muy elevadas, > 41.1°C):** el punto de ajuste de la Tª interna a nivel hipotalámico está elevado, conservándose los mecanismos de control de la Tª.
- **Hipertermia:** fallan los mecanismos de control de la Tª (centro termorregulador), como consecuencia de aumento en la producción de calor o disminuye la pérdida de éste.

FISIOPATOLOGÍA

El control de la Tª corporal se realiza en el hipotálamo anterior. Este centro mantiene la Tª corporal central: 37-38°C (medida en el esófago, cerca de los grandes vasos). Equilibra la pérdida de calor en la periferia, con la producción de calor en los tejidos (sobre todo hígado y músculo). Varía en función de las características del individuo y del momento y lugar de la determinación. Sigue un ritmo circadiano:

- Pico máx.: entre las 16.00-20.00
- Pico mín.: entre las 2:00-4:00
- La amplitud de esta variación nictameral: 0,6-1°C

¿Dónde tomar la Tª?:

- **Tª bucal:** buen indicador de la Tª corporal central. Como no se sabe el margen de Tª habitual de los pacientes, se considera fiebre cualquier Tª oral > 37.8°C.
- **Tª rectal:** 0.3-0.6 °C superior a la bucal. Preferible en niños pequeños, enfermos graves o si Tª bucal es poco fiable (falta de colaboración, hiperventilación).
- **Tª cutánea:** menos representativa de la Tª interna. Varía con el estado de la vasoconstricción y la distancia a los grandes vasos. Menor a la Tª central en ± 1 grado.
 - Fiebre: > 38.5°C en determinación aislada o 38 °C en 2 determinaciones separadas 8 horas.
 - Febrícula: < 38°C (valorarlo según situación y paciente)

La fiebre puede estar atenuada, ausente e incluso manifestarse con hipotermia en las situaciones siguientes:

- Sepsis graves
- Recién nacidos gravemente enfermos
- Pacientes ancianos
- Uremia
- Uso de corticoides u otras formas de inmunosupresión
- Uso continuado de antipiréticos
- Diabéticos
- Alcohólicos

OTROS CONCEPTOS

- **Hipertermia:** aumento de Tª por fallo del centro termorregulador. Generalmente > 39°C
- **Fiebre de breve duración:** < 48 horas
- **Fiebre de corta duración:** < 2 semanas
- **Fiebre de larga evolución:** más de 2-3 semanas
- **Fiebre de origen desconocido (FOD):** existencia de Tª de más de 38.3°C en determinaciones repetidas, con una duración de más de 3 semanas y donde no se ha podido llegar a un diagnóstico tras 1 semana de ingreso y estudio hospitalario o 3 visitas en régimen ambulatorio.

ETIOLOGÍA

- **Infeciosa (la más frecuente)**
- Neoplasias sólidas y hematológicas
- Enfermedades del colágeno y autoinmunes
- Enfermedades granulomatosas
- Endocrinopatías
- Gota
- Porfirias
- Fiebre mediterránea familiar

- Infartos y hematomas
- Pancreatitis
- Fiebre facticia
- Fármacos (antihistamínicos, atropina, barbitúricos, isoniacida, penicilina, fenitoína, procainamida, quinidina, alopurinol, salicilatos y sulfamidas).

HIPERTERMIA

Los síndromes hipertérmicos mayores son:

- **Golpe de calor**
- **Hipertermia maligna por anestésicos**
- **Síndrome neuroléptico maligno**
- **Hipertermia inducida por drogas.** Paciente joven con hipertermia, sin antecedentes de EF intenso, sospechar consumo de drogas (cocaína, anfetaminas, fenciclidina o derivados del ácido lisérgico)
- **Otras formas menores de hipertermia:**
 - Hipertiroidismo
 - Fármacos que bloquean la sudoración o la vasodilatación (ej.: anticolinérgicos)
 - Exceso abrigo de ancianos o de niños

El reconocimiento precoz es muy importante: el retraso en el diagnóstico implica notable aumento de la mortalidad. Es esencial la historia clínica. Hechos que pueden alertar para sospechar una hipertermia:

- No respuesta a antitérmicos
- Falta de sudoración
- Ausencia de variación circadiana.

FIEBRE HIPOTALÁMICA O CENTRAL

La mayoría de los pacientes con daño hipotalámico tienen hipotermia o no responden adecuadamente a cambios térmicos ambientales. Pero en ocasiones, el punto de equilibrio hipotalámico está elevado debido a traumatismo local, hemorragia, infarto, tumor, enfermedades degenerativas o encefalitis. Características de la fiebre hipotalámica:

- Ausencia de variación circadiana
- Anhidrosis (puede ser unilateral)
- Resistencia a los antipiréticos, con respuesta exacerbada ante las medidas de enfriamiento externo
- Disminución del nivel de consciencia.

En los pacientes que se sospeche fiebre hipotalámica, el diagnóstico dependerá de demostrar otras funciones hipotalámicas anormales (ej.: diabetes insípida).

VALORACIÓN INICIAL

Preguntas antes el paciente con fiebre:

- ¿Cómo son las características y el patrón de la fiebre?
- ¿Se conoce la causa?
- ¿Existe foco?
- ¿Representa la fiebre una urgencia médica?
- ¿Cuáles son considerados criterios de gravedad?
- ¿Qué tratamiento le pongo?
- ¿Tengo que ingresar al enfermo?

Se contesta a estas preguntas mediante historia clínica exhaustiva, que engloba:

- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias precisas y seleccionadas

ANAMNESIS

1. ANTECEDENTES PERSONALES Y EPIDEMIOLOGICOS:

- **Enfermedades crónicas** (DM, Insuficiencia renal, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca o respiratoria, tumores, inmunodepresión, etc.)
- **Enfermedades infecciosas previas** (TBC, hepatitis, VIH, ETS)
- **Ingresos hospitalarios y cirugías anteriores** (¿alguno reciente?)
- **Contacto o convivencia con enfermos potencialmente infecto-contagiosos**
- **Portador de prótesis, sondajes o derivaciones**

- **Tratamientos farmacológicos** (pueden ser la causa o la atenuante de la fiebre)
- **Hábitos tóxicos** (drogas, alcohol, tabaco...)
- **Hábitos y conducta sexual. Posibilidad de embarazo**
- **Historia dental** (extracciones o manipulaciones recientes, dolor dental)
- **Lugar de residencia** (colegio, residencia, cuartel, domicilio)
- **Viajes fuera del entorno del enfermo** (países, tiempo)
- **Contactos con animales e insectos** (de forma ocasional o habitual, posibilidad de mordedura, picaduras)
- **Hábito alimentario** (ingesta de agua de ríos o pozos, consumo de leche o quesos sin control sanitario, carnes poco hechas, pescados o mariscos crudos)
- **Accidentes o traumatismos previos.** Existencia de hematomas
- **Profesión** (actual y anteriores). Contacto o inhalaciones de productos tóxicos.
- **Inmigrantes** (lugar de procedencia: país y región, tiempo que lleva en nuestro país, si ha recibido visitas recientemente)

2. CARACTERÍSTICAS DE LA FIEBRE:

- **Duración** (¿cuándo empezó?)
- **Forma de inicio** (¿cómo se dio cuenta que tenía fiebre? por el termómetro, por sensación de calor, sudores, escalofríos. ¿Apareció bruscamente o poco a poco?)
- **Hora de la fiebre** (matutina, vespertina).
- **Grados que alcanza**
- **Patrón:**
 - **Continua:** oscilación diaria de menos de un grado
 - **Remitente:** oscilación diaria de más de un grado, sin llegar a ser normal
 - **Intermitente:** alterna días con fiebre y días con Tª normal (con un ritmo fijo)
 - **Fiebre Héctica o en agujas:** picos elevados y descensos a la normalidad a lo largo del día (ej.: bacteriemias, abscesos)
 - **Recurrente:** periodos de fiebre continua, a los que siguen otros de Tª normal. Ejemplos:
 - **Recurrente regular:**
 - Fiebre de Pel-Ebstein en la Enf. de Hodgkin, donde se ve 3-10 días con fiebre y 3-10 días sin ella
 - Fiebre palúdica, donde las recurrencias se ven cada 72-96 horas ("terciana-cuartana")
 - **Recurrente irregular** (linfomas, fármacos)
 - **Recurrente ondulante** (Brucelosis)
- El patrón no es patognomónico de ninguna etiología de la fiebre. Tampoco el grado de fiebre se relaciona con la etiología ni con la severidad de la enfermedad.

3. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES (valoran situación clínica del enfermo y localizan el foco):

- **Generales** (malestar, sudoración, escalofríos, tiritona, somnolencia, postración, astenia, anorexia, pérdida de peso).
- **Neurológicos** (cefalea, convulsiones, alteraciones del nivel de conciencia, pérdida de fuerza).
- **Cardiorrespiratorios** (tos irritativa o con expectoración, dolor torácico. disnea, hemoptisis, palpitaciones).
- **Digestivos** (disfagia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, color de las heces).
- **Urológicos** (disuria, polaquiuria, poliuria, dolor lumbar, hematuria).
- **Otros** (mialgias, artralgias, lesiones dermatológicas, adenopatías).

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Toma de constantes** (TA, FC, FR, SaO₂, Tª).
- **Estado e inspección general.** Nivel de conciencia y atención. Coloración de piel y mucosas. Nutrición. Hidratación. Sudoración.
- **Adenopatías** palpables en algún territorio ganglionar (describir características).
- **Lesiones dermatológicas** (exantema, petequias, vesículas, estigmas de vasculitis o de embolismos sépticos...), hemorragias subungueales, nódulos.
- **Cabeza y cuello:** lesiones de foliculitis, eczema seborreico. Palpación de arterias temporales. Alteraciones conjuntivales. Fondo de ojo (retinitis, manchas de Roth, embolismos o infartos...). Examen ORL (boca, oídos, faringe, senos paranasales). Alteraciones de la exploración tiroidea. defectos en algún par craneal. Rigidez de nuca. Signos meníngeos.
- **Tórax:** tumoraciones condrocostales. AC: Ritmo, roce, soplos. AP: describir ruidos patológicos: crepitantes, roncus, sibilancias, soplo tubárico, roce pleural, abolición de la ventilación por campos.
- **Abdomen:** hepatomegalia, esplenomegalia, palpación de masas, puntos o áreas dolorosas, signos de irritación peritoneal, Blumberg, Murphy, ascitis, ruidos intestinales. *Zona lumbar:* puño-percusión renal.
- **Extremidades:** signos de trombosis venosa, pulsos, edemas, úlceras, áreas de celulitis, abscesos, examen osteoarticular descartando fenómenos inflamatorios, puntos dolorosos.
- **Examen genital y ano-rectal.**
- **Exploración ginecológica.**
- **IMPORTANTE:** Hay que dejar reflejado la existencia o no de rigidez de nuca y la exploración de signos meníngeos. En ocasiones (enfermos graves, en observación,...) hay que repetir la exploración física.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Según la sospecha diagnóstica. Las pruebas básicas indispensables son: hemograma, bioquímica (glucosa, urea, iones, creatinina), sedimento de orina, Rx Tórax y hemocultivos.

- **Hemograma: FÓRMULA LEUCOCITARIA.**
 - Leucocitosis con neutrofilia o desviación izquierda o leucopenia (infecciones graves, bacterianas)
 - Monocitosis (virales)
 - Eosinofilia (parásitos, fármacos)
 - "Linfocitos activados o atípicos" (mononucleosis)
 - Trombopenia, trombocitosis o anemia acompañante
- **Bioquímica:**
 - Glucosa, iones
 - Perfil renal
 - Perfil hepático (su alteración es signo de mal pronóstico)
 - CPK (sospecha de rhabdomiolisis)
- **Marcadores de infección/inflamación:** la procalcitonina y en menor grado la PCR, son marcadores útiles para discernir entre la etiología viral o bacteriana del proceso
- **Gasometría arterial** (sospecha de infección o insuficiencia respiratoria) **o venosa** (sobre todo en pérdidas gastrointestinales de líquidos, para descartar alteraciones del equilibrio del ácido-base y valorar el pH plasmático).
- **Sedimento de orina** (nitritos +, leucocituria-piuria: infección de orina)
- **Radiografías** (según sospecha: tórax PA y lateral, simple de abdomen, y en bipedestación, senos paranasales, columna,...)
- **Hemocultivos:** antes de ATB o simultáneamente si urge iniciar antibioterapia. Se solicitan en:
 - Sospecha de bacteriemia
 - Portador de prótesis
 - Endocarditis, osteomielitis, etc.
 - Ingreso para estudio o sin foco claro.
 - Impresión de gravedad
- **Estudio de coagulación, PDF, Dímero D** (sospecha de sepsis o coagulopatía de consumo)
- **VSG** (sospecha de enfermedad reumatológica)
- **Ecografía** (según sospecha)
- **ECG** (pericarditis, miocarditis)
- **Ecocardiograma** (pericarditis, endocarditis)
- **TAC** (según sospecha)
- **Análisis citológico, BQ, Gram, Ziehl...de líquidos estériles** (PL, toracocentesis, artrocentesis, paracentesis)
- **Urocultivo, Coprocultivo, Cultivo y Ziehl en esputo** (TBC), **Rosa de Bengala** (Brucelosis), **Paul-Bunnell** (mononucleosis), **extensión de sangre periférica** (paludismo, enf hematológicas), **otras serologías**
- **SUERO ARCHIVO:** muestra de suero inicial (sin tratamiento), que se archiva y en función de la evolución o de nuevos datos o sospechas permitiría solicitar estudios de ese suero.

CRITERIOS DE GRAVEDAD**A) CLÍNICOS:**

- Alteración del nivel de conciencia: estupor, coma, desorientación
- Hipotensión (TAS \leq 100 mmHg) o signos de hipoperfusión periférica
- Taquicardia $>$ 120 lpm
- Taquipnea $>$ 20-30 rpm (disnea intensa, uso de musculatura accesoria)
- Crisis convulsivas
- Pacientes con enfermedades de base o crónicas debilitantes
- Hipertermia rebelde a medicación antipirética adecuada
- Sospecha de infección bacteriana sin respuesta a tratamiento ATB empírico
- Sospecha de "infecciones graves": meningitis, artritis, empiema, colecistitis, signos de irritación peritoneal
- Rápido e intenso deterioro del estado general

B) CRITERIOS DE GRAVEDAD ANALÍTICOS:

- Acidosis metabólica
- Alteraciones metabólicas ($\text{Na}^+ < 130$), rhabdomiolisis
- Insuficiencia respiratoria ($\text{PO}_2 < 60$ en ancianos o $\text{PO}_2 < 75-80$ en jóvenes)
- Insuficiencia renal ($\text{Cr} > 2-2.5$)
- Alteración de la función hepática, ictericia
- Leucocitosis $>$ 12.000-15.000 o leucopenia $<$ 4.000 con desviación izquierda ($>10-20\%$ de cayados)
- Coagulopatía (CID), trombopenia, diátesis hemorrágica

- Anemia (Hb < 10, Hto < 30)
- Neutropenia (< 1.000 Ne)

C) ¿CUÁNDO EL SÍNDROME FEBRIL SE CONVIERTE EN UNA URGENCIA MÉDICA?

- **Tª ≥ 41°C (hiperpirexia):** hay que disminuirla inmediatamente, porque la termorregulación está condenada a fracasar y aumentan las posibilidades de complicaciones (pérdidas hidroelectrolíticas, hipercatabolismo, alteraciones hemodinámicas).
- **Cuando surgen complicaciones en relación con la fiebre que hay que tratar:**
 - Impresión de grave afectación general
 - Alteración del nivel de conciencia (bradipsiquia, coma)
 - Convulsiones o historia de epilepsia
 - Alteraciones del equilibrio AB o hidroelectrolíticas
 - Insuficiencia o deterioro funcional de algún órgano vital (cardíaca, renal, respiratoria, hepática)
- **Enfermos pluripatológicos, ancianos y mujeres embarazadas**
- **Enfermos con problemas de insuficiencia orgánica** (cardíaca, respiratoria, renal, neurológica) o fallo multiorgánico que pudieran empeorar con la presencia de fiebre
- **Sospecha de que la fiebre es consecuencia de una patología que precisa una atención y actuación inmediata** (meningitis, artritis séptica, empiema, peritonitis)
- **Alta hospitalaria reciente** (posible infección nosocomial)
- **Enfermos inmunodeprimidos o debilitados crónicamente por presentar:**
 - Insuficiencia renal
 - Diabetes Mellitus
 - Neoplasias sólidas o enfermedades hematológicas malignas
 - En tratamiento esteroideo o QT (¿neutropénico?)
 - Esplenectomizados o con trasplante de algún órgano
 - Portadores de prótesis, catéteres, reservorios, derivaciones, sondas
 - Inmunodeficiencias primarias, infección por VIH
 - Cirrosis hepática
 - Alcohólicos crónicos, ADVP

ACTITUD ANTE EL PACIENTE CON FIEBRE

- Las recomendaciones son flexibles y hay que individualizar cada caso. La toma de decisiones dependerá de:
 - La existencia o no de foco o causa de la fiebre
 - Tiempo de evolución del proceso febril
 - Criterios clínicos de gravedad
 - Criterios analíticos de gravedad

1) Fiebre de corta duración, sin foco, sin signos de alarma, en pacientes previamente sanos:

- Lo más frecuente es que sea proceso infeccioso, probablemente viral y autolimitado.
- Remitir a su MAP, observación domiciliaria, con registro de la Tª.
- Acudir a PU en caso de empeoramiento del estado general o fiebre > 1 semana.
- No realizar más exámenes complementarios
- Tratamiento: medidas físicas y antipiréticos o AINEs.
- No pautar ATB.

2) Fiebre de corta duración, sin foco y con criterios de gravedad:

- Ingreso para observación y reevaluación en corto periodo de tiempo, tras antipiréticos (buscar de nuevo el foco).
- Exámenes complementarios (HG, BQ, RX, Sedimento). Según patología previa: Gasometría A/V, ECG.
- Hemocultivos y Urinocultivos, previos al tratamiento ATB de amplio espectro vía iv. Otros cultivos según sospecha
- Punción lumbar (además de en el síndrome meníngeo, está indicada tras descartar focalidad urológica, pulmonar, abdominal o cutáneomucosa, sobre todo si síndrome confusional o convulsiones sin focalidad)
- ATB: en función de la etiología más probable, la existencia de sepsis y características del enfermo.
- Si se descubre el foco: ATB según entidad causante.

3) Paciente con fiebre de corta duración, con foco, y sin criterios de gravedad:

- No precisa ingreso.
- Tratamiento específico según problema.
- Remitir a su MAP para seguimiento.

4) Paciente con fiebre de corta duración, con foco y con criterios de gravedad:

- Ingreso en plata o en UCI.
- Hemocultivos en Urgencias (además de cultivos necesarios según patología).
- Inicio inmediato de ATB empírico iv adecuado al foco.

5) Paciente con fiebre de larga evolución, sin foco y sin criterios de gravedad:

- Debe ser estudiado.

- Dos opciones:
 - Remisión a CE de MI o Infeccioso: si el paciente puede ser visto en breve en Consultas Externas de MI y no tiene MEG ni pérdida de peso. Solicitar lo comentado en el caso 2.
 - Ingreso hospitalario: Se solicita lo comentado en el caso 2. En función del estado clínico del paciente se iniciará tratamiento o no.

6) Paciente con fiebre de larga evolución, sin foco y con criterios de gravedad:

- Ingreso en planta o en UCI, según su estado.
- Se solicita lo expuesto en caso 2.
- Iniciar tratamiento ATB de amplio espectro iv y de soporte según necesidades.

7) Paciente con fiebre de larga evolución, con foco y sin criterios de gravedad:

- Ingreso según patología y el estado del enfermo.
- Tratamiento empírico adecuado y remitir al especialista o MAP para seguimiento.
- Ingreso, previos hemocultivos, si la causa de la fiebre requiere:
 - Un estudio detallado.
 - Atención quirúrgica.
 - Reevaluación rápida de la evolución o de la respuesta al tratamiento.

8) Paciente con fiebre de larga evolución, con foco y con criterios de gravedad:

- ENFERMO PRIORITARIO
- Ingreso siempre.
- Se obtienen HC y se inicia tratamiento adecuado en Urgencias.
- Reevaluar en breve espacio de tiempo. Si no mejora, valorar su ingreso en UCI.

9) FOD: Misma actitud que fiebre de larga evolución, sin foco. 4 grupos:

- FOD clásica
- FOD nosocomial
- FOD en neutropénicos
- FOD en pacientes VIH

TRATAMIENTO

No intentar reducir la fiebre en todos los pacientes de forma sistemática. La fiebre puede ser beneficiosa, ya que los mecanismos de defensa del huésped están aumentados a Tª elevada. La supresión artificial de la fiebre puede crear una falsa sensación de falsa mejoría y despistar al clínico.

- **Situaciones en las que la disminución de la Tª está indicado:**
 - Pacientes con hiperpirexia o hipertermia (>39°C)
 - Pacientes con enfermedad cardiopulmonar
 - Por cada aumento de 1°C sobre 37°C hay un aumento del 13% en el consumo de O₂.
 - Pacientes con encefalopatía, sobre todo los ancianos.
 - Temperaturas elevadas pueden inducir cambios mentales en pacientes con enfermedades cerebrales.
 - Niños menores de 3-4 años con convulsiones febriles y no febriles, deben ser tratados agresivamente para reducir la fiebre.
 - Pacientes desnutridos o deshidratados. El estado hipercatabólico con hiperventilación, sudoración y pérdida de líquidos exacerba la malnutrición o la deshidratación
 - Embarazadas con riesgo de aborto.
 - Para valorar correctamente un posible meningismo.
 - Pacientes con gran malestar durante la fiebre: Una vez establecido el diagnóstico o causa muy probable, es razonable suprimir la fiebre.
 - Tras toma de hemocultivos e inicio de ATB (si están indicados) se puede bajar la fiebre de forma gradual.

A) MEDIDAS GENERALES

- Ambiente fresco
- Escasa cantidad de ropa
- Nutrición e hidratación adecuadas

B) MEDIDAS FÍSICAS

Se emplean cuando se desea bajada urgente de la Tª o cuando fracasan los antipiréticos. El uso aislado de medidas físicas, no asociadas a antipiréticos que bajen el termostato hipotalámico, puede ser contraproducente al inducir VC cutánea, que impida disipación del calor corporal.

- **Masaje de la piel para facilitar vasodilatación superficial** (muy importante en situaciones con vasoconstricción cutánea: golpe de calor, hipertermia maligna).
- **Mantas de enfriamiento ajustadas:**
 - Muy eficaces para producir enfriamiento externo.
 - Retirar cuando la Tª llegue a 37,7-38,3°C, para evitar vasoconstricción.

- Asociar a antipirético para evitar oscilaciones amplias de la T^a.
- **Espanja empapada con suero salino o agua por todo el cuerpo o compresas frías en la piel y en la frente.**
 - Líquido preferido es el agua, ya que es el que tiene mayor calor de vaporización
 - El agua templada mejor que la fría, al disminuir la tendencia a la vasoconstricción.
- **La inmersión inmediata en una bañera con agua helada o la aplicación de bolsas de hielo.**
 - Pueden salvar la vida de paciente con hiperpirexia extrema hipertermia, si la T^a corporal es > 42,2°C.
 - En el resto de pacientes, considerar como último recurso.
 - Cuando la T^a < 39,5°C, pasar a medidas más moderadas.

C) MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Prescribirlos de forma regular y frecuente (cada 3-4 horas), con retirada gradual a los 3 días. Si se toman sólo en los picos febriles, puede causar caídas bruscas de la T^a, sudoración intensa y desagradable, disminución alarmante de la TA y el retorno subsiguiente de la fiebre acompañado de escalofríos. Si los escalofríos son muy molestos, se puede aliviar abrigando al paciente (rara vez está indicado administrar clorpromacina, que disminuye la tiritona y escalofríos, pero no modifica la intensidad de la fiebre. Puede causar hipotensión).

- **Antipiréticos: AAS, Paracetamol**
 - Para disminuir T^a y alivio de otros síntomas.
 - Paracetamol si:
 - Alérgicos a AAS
 - Paciente anticoagulado
 - Paciente con anomalías plaquetarias
 - Antecedentes de úlceras
 - Niños con sospecha de enfermedad vírica
 - Precaución en insuficiencia hepática.
- **AINEs: Naproxeno, Indometacina, Ibuprofeno.**
 - Efectos antipiréticos
 - Muy útiles para controlar cuadros febriles crónicos (ej.: neoplasias).
- **Metamizol:**
 - Respuesta rápida por vía parenteral.
 - Puede producir hipotensión, precaución en pacientes con hipovolemia.
- **Corticoides:**
 - Usar con precaución:
 - Producen disminuciones súbitas de la T^a, acompañadas de hipotensión.
 - Pueden enmascarar otras manifestaciones de infección e inflamación
 - Sus posibles efectos secundarios.
- **Dantroleno sódico:**
 - Para Hipertermia Maligna por anestésicos.
 - En el Síndrome Neuroléptico Maligno asociado a Bromocriptina.
 - No es útil en el golpe de calor.