



REUE | Formación para residentes

Formación para residentes de Medicina de Urgencias y Emergencias: evaluación del adulto febril

Training for Emergency Medicine Residents: Assessment of the Febrile Adult

Mikel Urquiza Ruiz, Andrés Schneider Ortega, Oscar Navea Carrasco, Alonso Miguel Álvarez, Sofía Basauri Savelli

Caso Clínico

Comienza su guardia en una fría tarde de invierno y ve el listado de pacientes que tiene que recibir de su colega saliente. El primero es un hombre de 85 años con temperatura de 38°C, frecuencia cardiaca de 110 lpm, frecuencia respiratoria de 25 rpm, saturación de 98 % ambiental, presiones 130/85 mmHg, sin otra queja que fiebre y mialgias, desde hace 15 días. La segunda paciente es una mujer de 35 años, puérpera de 3 semanas, con una temperatura de 39,3°C, frecuencia cardiaca de 145 lpm, frecuencia respiratoria de 30 rpm, saturando al 90 % con aire ambiente y presiones de 70/45 mmHg, que refiere que está con dolor en la zona pélvica, secreción de mal olor y compromiso del estado general, de 2 días de evolución. El último paciente es un hombre de 25 años con temperatura de 38,5°C, frecuencia cardiaca de 120 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm, saturando al 98 %, con presiones de 120/70 mmHg, el cual comenta que está con tos y odinofagia desde hoy, al igual que su pareja que comenzó con los mismos síntomas hace 2 días.

En estos tres casos nos enfrentamos a temperaturas elevadas, pero sin duda los riesgos y probables etiologías son diferentes, ¿a quién hospitalizaremos? ¿debo manejar la fiebre? ¿qué etiologías son responsables de estos cuadros? A ello intentaremos responder en este artículo.

Introducción

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes del servicio de urgencias (SU). Se estima que un 5 % de las consultas en adulto serán por fiebre, pudiendo llegar al 15 % en adultos mayores¹.

Si bien es fundamental sospechar en patología infecciosa frente a este síntoma, hay que recordar que hay más causas de fiebre. En las unidades de cuidados intensivos (UCI) un 70 % de los pacientes tendrá fiebre, pero sólo el 53 % será de origen infeccioso².

La fiebre ha evolucionado como una respuesta adaptativa a lo largo de más de 4 millones de años y se ha documentado en los filovertebrados, artrópodos y anélidos². Siendo fundamental a nuestra respuesta a infecciones como se vio en la reciente pandemia por coronavirus, en donde la falta de fiebre se asoció a mayor mortalidad³.

Fisiopatología

La fiebre es parte de la respuesta de fase aguda junto a la movilización de leucocitos, la producción de proteínas protectoras, disminución de los niveles sanguíneos de hierro, zinc y manganeso, reducción en la producción de eritrocitos, anorexia, destrucción de tejido muscular y graso, dolor corporal, letargo, astenia y adinamia⁴.

El rol de la fiebre ha sido demostrado en experimentos tanto *in vivo* como *in vitro*, al mejorar la movilidad de las células inmunes, la fagocitosis y la producción de especies reactivas de oxígeno⁴. La fiebre se produce por un cambio en el punto de ajuste de la temperatura corporal en el hipotálamo. Este cambio es motivado por moléculas denominadas pirógenos, que pueden ser tanto exógenos (provenientes de microorganismos) o endógenos (provenientes de células del mismo huésped)¹. Los pirógenos promueven la liberación de citoquinas e inician la cascada inflamatoria que produce prostaglandina-2 en los tejidos periféricos, liberándose hasta llegar al hipotálamo para producir adenosín monofosfato cíclico (AMPc) elevando el punto de ajuste de la temperatura corporal. Esto ocurre independiente del origen del pirógeno¹.

La respuesta de fase aguda implica el uso de recursos limitados en el cuerpo y en ocasiones puede producir daños al huésped. Cada 2°C de aumento de la temperatura corporal se utiliza aproximadamente 20 % más de energía que a temperatura normal. Esto explicaría los cambios conductuales como una estrategia de ahorro de energía aunque también se ha especulado que podría ser una for-

Filiación de los autores:
Sección de Medicina de Urgencia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

E-mail:
onavea@uc.cl

Información del artículo:
Recibido: 30-10-2025.
Aceptado: 20-1-2026.
Online: 24-3-2026.

Editor responsable:
Guillermo Burillo-Putze.

DOI:
10.55633/s3me/REUE017.2026

Tabla 1. Etiología de la fiebre en el paciente trasplantado, según tiempo de presentación⁵

Primer mes
Patógenos derivados del donante
Patógenos asociados a atención en salud
Infección de sitio operatorio
Colitis por <i>Clostridium difficile</i>
1-6 meses
Reactivación de virus herpes
Hepatitis B y C
Tuberculosis
<i>Nocardia</i>
<i>Listeria</i>
Hongos: neumonía por <i>Pneumocystis</i> , Criptococosis, <i>Aspergillus</i> , hongos endémicos
> 6 meses
Infecciones adquiridas en la comunidad con corticoides u otro inmunosupresor: citomegalovirus
Hongos endémicos

ma de privar a los patógenos de los recursos necesarios para sobrevivir⁴.

Grupos de riesgo

Pacientes inmunocomprometidos

El inmunocompromiso involucra una amplia variedad de pacientes enfermos con VIH no tratados, pacientes con trasplante de órganos sólidos o de médula ósea y pacientes usuarios de inmunomoduladores por diferentes causas. Todos ellos tienen riesgos que varían según la patología.

El paciente VIH sin tratamiento sigue teniendo como primera causa de hospitalización la neumonía y celulitis, pero siempre hay que considerar 3 presentaciones importantes en ellos: pulmonares, neurológicas y otras presentaciones febriles (diarrea o esofagitis, por ejemplo). Según los hallazgos en nuestra anamnesis y examen físico, haremos el estudio correspondiente.

Hoy en día atendemos en urgencias un progresivo mayor número de pacientes con trasplante de órganos sólidos. Estos pacientes tienen el riesgo de tener una presentación clínica con menos síntomas y signos, precisamente por el uso de inmunosupresores. Además, pueden tener causas no infecciosas de fiebre, como el rechazo del injerto o fiebre por determinados fármacos. Por otro lado, el tratamiento antibiótico se debe adecuar para que no existan interacciones farmacológicas con los inmunosupresores. La **Tabla 1** muestra las infecciones asociadas al trasplante según la temporalidad.

En pacientes neutropénicos los focos habituales son gastrointestinal, pulmonar, senos paranasales, piel y hematológico. También hay que considerar el uso de dispositivos invasivos en estos pacientes (catéter venoso central, por ejemplo) ya que pueden ser el foco. La temporalidad entre la aparición de la fiebre y el uso del catéter venoso central puede orientar a que sea la posible causa⁵.

Mujer embarazada

La mujer embarazada febril tiene riesgos que afectan a la paciente y al feto. Diferentes estudios han mostrado

Tabla 2. Causas de fiebre en la mujer gestante⁷

Causas obstétricas	Causas no obstétricas
Tracto genital	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida con enfermedad oportunista
Corioamnionitis	Neumonía
Endometritis postparto	Tuberculosis
Aborto séptico	Malaria
Infección de herida operatoria	Infecciones virales (influenza, varicela)
Fascitis necrotizante	
No genital	
Pielonefritis	
Mastitis	
Tromboflebitis puerperal de la vena ovárica	

en éste un aumento en el riesgo de alteraciones del desarrollo del tubo neural, defectos cardíacos congénitos y paladar hendido⁶. No obstante, un estudio de cohortes reciente en Dinamarca planteaba que la fiebre en el primer trimestre no se asociaría a malformaciones congénitas⁷, por lo que hay que esperar a más estudios para ver si se confirma esta habitual correlación.

Otro punto a considerar es el foco y la relación con el parto prematuro, como sucede por ejemplo con la infección por listeria, la corioamnionitis y la enfermedad por *Streptococcus* grupo A.

Desde el punto de vista materno, las gestantes tienden a tener menor mortalidad que la población general, ya que habitualmente son pacientes más jóvenes y la microbiología es más sensible a antibióticos⁶.

En la **Tabla 2** se resumen las causas de sepsis en el embarazo, de origen obstétrico y no obstétrico.

Adulto mayor

El paciente adulto mayor tiende a tener presentaciones atípicas y tardías de enfermedades, secundario a una respuesta inmunológica débil. Se estima que un 10 % de los pacientes mayores que consultan en el SU tendrán fiebre y su tasa de hospitalización puede llegar al 90 %, donde de estos fallecerá el 10 % en el primer mes. Los focos más habituales son el pulmonar, el urinario y las partes blandas.

Dada la alta incidencia de patología bacteriana en los pacientes adultos mayores febriles (hasta un 85 %) se recomienda la hospitalización para completar estudio⁸.

Diagnóstico

Afrontar la fiebre como síntoma requiere realizar una historia detallada, considerando los antecedentes previos del paciente, hospitalizaciones recientes, el uso actual de medicamentos, uso reciente de antibióticos y hábitos. Tras esto se debe realizar un examen físico minucioso¹. El objetivo es poder identificar si estamos frente a un paciente con fiebre o con hipertermia y una vez identificados los pacientes con fiebre, debemos buscar la posible causa para poder orientar el manejo clínico (**Tabla 3**). En la **Figura 1** proponemos un algoritmo práctico para el SU.

La forma de tomar la temperatura importa; hoy en día los métodos no invasivos no logran una sensibilidad supe-

Tabla 3. Diferenciales de fiebre^{1,8}

Infecioso	No infeccioso
Bacteriano	Malignidad
Infección urinaria	Autoinmune
Absceso tubo-ovárico	Reacción a drogas
Prostatitis	Alergia
Meningitis	Consecuencias metabólicas
Trombosis seno cavernoso	Intoxicación (anticolinérgicos, simpaticomiméticos)
Absceso cerebral	Convulsiones
Colangitis	Ambiental
Apendicitis	Shock por calor
Colecistitis	Exceso de ejercicio
Diverticulitis	Hipertiroidismo
Celulitis	Tormenta tiroidea
Fascitis necrotizante	Neurológico
Osteomielitis	Hemorragia intracraneal
Neumonía	Embólico – trombosis – infarto
Absceso retrofaríngeo	Infarto miocárdico
Otitis media	Infarto renal
Sinusitis	Tromboembolismo pulmonar
Endocarditis	Reacción transfusional
Pericarditis	Facticia
Miocarditis	Munchausen
Peritonitis	Munchausen por proximidad
Vírico	Hipertermia maligna
Faringitis	Síndrome neurológico
Gastroenteritis	Síndrome serotoninérgico
Meningitis aséptica	Hiperpirexia ($T^{\circ} \geq 41,5^{\circ}C$)
Virus inmunodeficiencia humana	Sepsis
Influenza	Exposición a calor
Pericarditis	Shock por calor
Parasitario	Síndrome neuroléptico maligno
Malaria	Hipertermia maligna
Toxoplasmosis	Síndrome serotoninérgico
Giardiasis	Hemorragia intracraneal
Artrópodos	Tormenta tiroidea
Lyme	Toxidrome anticolinérgico
Fiebre de las Montañas Rocallosas	Toxidrome simpaticomimético
Babesiosis	
Fúngico	
Candidiasis	
Blastomycosis	
Histoplasmosis	

rior al 90 %, si se considera 38°C como definición de fiebre, pero si bajamos la definición a 37,5°C el termómetro timpánico lograría una sensibilidad y especificidad del 90 %⁹.

La presencia de escalofríos es un hallazgo altamente específico para bacteremia, con una razón de riesgo de 12,11 (IC 95 %, 4,06 a 36,16), pero con una sensibilidad baja [0,37 (0,29–0,45)]¹⁰. La importancia de esto radica en que los escalofríos favorecen la toma oportuna de hemocultivos y la administración precoz de antibióticos. En cualquier caso, su ausencia no descarta la presencia de bacteremia.

Un signo clínico relevante es el Signo de Faget, que consiste en que la fiebre no se acompaña de un aumento de la frecuencia cardiaca. Esto ocurre en pacientes con neoplasias, fiebre asociada a fármacos, el uso concomitante de betabloqueantes o la presencia de microorganismos intracelulares¹¹. Es importante destacar también que la au-

sencia de fiebre no significa que el paciente no esté séptico, pues entre un 20 % y un 30 % de los pacientes adultos mayores van a permanecer afebriles. La ausencia de fiebre se asocia con mayor mortalidad a 30 días, siendo la falta de reconocimiento precoz un factor importante de mal pronóstico¹.

Para estudiar estos pacientes contamos con un amplio repertorio de exámenes de laboratorio: el hemograma, la orina, la radiografía de tórax, la proteína C reactiva (PCR), la procalcitonina (PCT), los antígenos virales y los hemocultivos. La solicitud de estos dependerá de la información que obtengamos de nuestra anamnesis y examen físico, sin perjuicio de otros análisis específicos como el del líquido cefalorraquídeo, el líquido pleural, el líquido ascítico, la gota gruesa, etc.

En la **Tabla 3** se presentan las diferentes causas de hipertermia y fiebre, tanto infecciosas como no infecciosas. Las infecciones siguen liderando las causas de fiebre, si bien hoy en día cada vez más son habituales las causas autoinmunes, las inflamatorias y las neoplásicas¹².

Laboratorio

La PCR es un reactante de fase aguda que se eleva a las 4-6 horas del estímulo y se duplica cada 8 horas con un pico a las 45-60 horas. Desafortunadamente se eleva por varias causas como el cáncer, la apnea obstructiva del sueño y la patología vascular crónica, condiciones que no requieren antibióticos¹³, lo que hace que pierda su especificidad¹. Tiene una buena correlación con infecciones bacterianas cuando sus valores son muy elevados y su uso podría ayudar a disminuir el uso de antibióticos en algunos pacientes. Lamentablemente no existe un punto de corte establecido y la PCR también se puede elevar a valores altos en otras condiciones que no requieren antibióticos¹³.

La PCT es un péptido de 116 aminoácidos que habitualmente se eleva más en infecciones bacterianas que virales cuyo su uso en cuadros respiratorios ha llevado a la disminución en el uso de antibióticos sin efecto sobre la mortalidad¹. Puede tener un valor pronóstico tanto en pacientes sépticos como no sépticos: su disminución en un 30 % en las primeras 24 horas desde el inicio del tratamiento antibiótico se asocia a mejores resultados clínicos. A pesar de esto no hay claridad en su utilidad en el SU, sobre todo en pacientes febriles no sépticos¹⁴.

Tanto la PCR como la PCT no sirven por sí solas para descartar o confirmar la presencia de una infección¹, por lo que la anamnesis y el examen físico siguen siendo fundamentales para orientarnos a la posible causa.

Los hemocultivos no se recomienda obtenerlos de rutina, en pacientes que presumiblemente se darán de alta, que tengan infecciones no complicadas o situaciones clínicas en que su resultado no cambien conductas. Se deben considerar en pacientes sépticos, inmunocomprometidos o cuando el diagnóstico bacteriológico sea necesario.

Causas no infecciosas de fiebre

Entre las causas no infecciosas de fiebre encontramos el tromboembolismo pulmonar (TEP), la hemorragia intra-

craneal, el síndrome neuroléptico maligno, el síndrome serotoninérgico, algunos tóxicos como los anticolinérgicos o simpaticomiméticos, la tormenta tiroidea y el *shock* por calor, entre otros. La temperatura $\geq 41,5^{\circ}\text{C}$ se considera hipertermia y hay que considerar en el diagnóstico diferencial los diagnósticos anteriores. Esto es relevante porque la hipertermia no se debe a pirógenos y no responde a anti-piréticos; además, en la mayoría de los casos enfriar al paciente de forma inmediata y agresiva es una prioridad absoluta^{1,15,16}.

En el caso del TEP, la fiebre habitualmente es de bajo grado ($\geq 37,7^{\circ}\text{C}$) con una incidencia de solo un 14 %, sin

que su presencia se relaciona con infarto o hemorragia pulmonar. En un 6 % de los casos, la temperatura excede los $38,3^{\circ}\text{C}$ y es posible explicarla por sobreinfección bacteriana o infartos difusos¹⁷.

La fiebre relacionada con fármacos ocurre entre el 2 y el 10 % de las reacciones adversas, con una incidencia muy variable en la literatura. No existe una definición exacta de esta entidad, pero hay acuerdo en que para sospecharla, debe ceder la fiebre con el retiro del fármaco, no presentar recidiva y no existir otra explicación para la misma. En Japón se estima que tiene una prevalencia entre un 1,8 % y 5,7 % en los pacientes ingresados por fiebre y

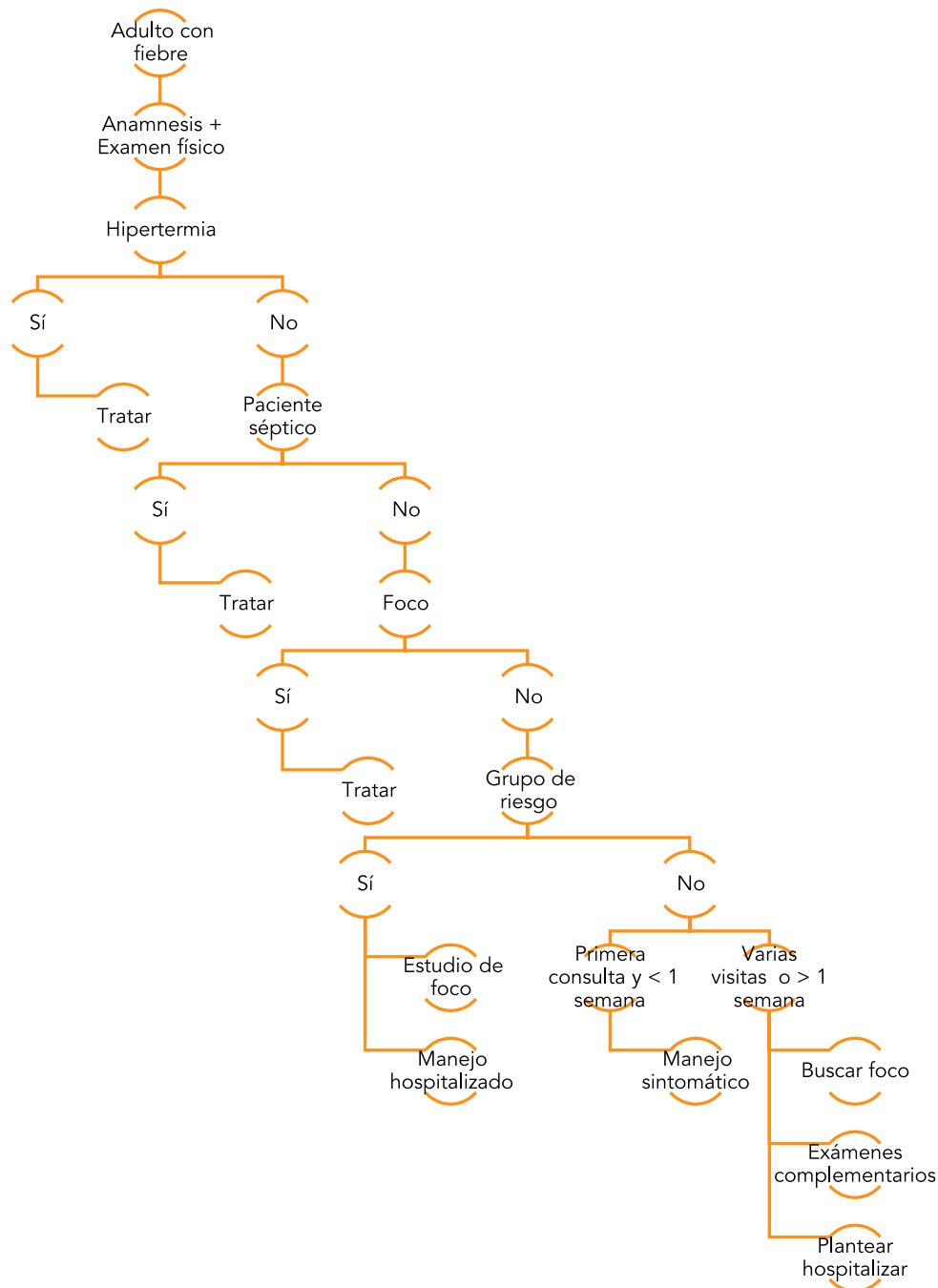


Figura 1. Algoritmo.

puede ser responsable de hasta un 10 % de la fiebre en hospitalizados¹⁸.

La elevación de la temperatura también es el principal síntoma en reacciones graves asociados a fármacos, como por ejemplo el síndrome serotoninérgico y el síndrome neuroléptico maligno^{19,20}.

En el síndrome serotoninérgico la fiebre aparece a las 24 horas desde la administración del fármaco. La fiebre puede variar entre 38,3°C y 43,5°C y está en un 61 % de los casos fatales¹⁹. En el síndrome neuroléptico maligno la fiebre está acompañada de alteraciones del estado de conciencia, rigidez y disautonomía. La temperatura puede exceder los 40°C y habitualmente se desarrolla a los 4 días desde la administración del fármaco responsable²⁰.

Otra causa frecuente de fiebre es el cáncer, llegando a ser un 20 % de las causas de fiebre de origen desconocido. Es importante considerar que un 67 % de los pacientes con cáncer y fiebre tendrán una infección y sólo un 27 % será de origen neoplásico¹¹.

El *shock* por calor es una condición que amenaza la vida en donde puede haber daño neurológico, hepático, renal, coagulopatías, compromiso musculoesquelético y cardíaco. La temperatura central del cuerpo se relaciona directamente con la mortalidad y morbilidad en estos casos. Su identificación precoz y el inicio de medidas de enfriamiento son fundamentales para obtener un buen pronóstico^{15,16}.

Manejo clínico

Existe cierta controversia con respecto al manejo de la fiebre hoy en día, sobre todo en pacientes graves. Culturalmente se considera la fiebre como algo desfavorable, y los pacientes toman antipiréticos para manejar los síntomas asociados a la fiebre y por miedo a que la fiebre sea algo negativo⁴. Diversos estudios han mostrado que existen efectos adversos al manejar farmacológicamente la fiebre en pacientes con varicela, malaria y neumonía en población pediátrica²¹⁻²³.

Dos estudios de sepsis e infección grave en Suecia y Dinamarca, cada uno con más de 2.000 pacientes, mostraron que la presencia de fiebre estaba asociada con menor mortalidad y que a mayor temperatura había mayor supervivencia^{24,25}.

El estudio de Herniksen *et al.* mostró que en UCI los pacientes hipotérmicos tienen una mortalidad de 37,5 %, los pacientes normotérmicos de 18,3 % y de los febriles de 11 %²⁴. En el estudio de Sundén-Cullberg *et al.* observó que en el paciente con sepsis grave o *shock* séptico existía una relación inversa entre la temperatura corporal en el SU y la estancia hospitalaria y mortalidad²⁵.

Si bien lo anterior aborda la presencia de fiebre en la valoración inicial del paciente o durante su estancia hospitalaria, es importante conocer si manejar la fiebre tiene asociada complicaciones. Hasta el momento, diferentes estudios han demostrado que bajar la temperatura de mane-

ra farmacológica no tiene asociado mayor número de complicaciones tampoco beneficios en mortalidad o estancia hospitalaria²⁶⁻²⁸.

También es importante destacar que no existe un rango en el cual se pueda determinar si la fiebre sigue siendo una respuesta adaptativa o si debiéramos manejarla considerando el gasto energético que significa para el paciente. En un estudio retrospectivo se vio que temperaturas superiores a los 39,5°C estaban asociadas a mayor mortalidad por todas las causas a 30 días, admisión a UCI e insuficiencia renal aguda, cuando se comparaba con grados más bajos de temperatura (38-38,1°C). Sin embargo en el rango entre 39,2 y 39,5°C fue donde hubo menos mortalidad.²⁹ Este estudio no estudió si reducir la temperatura tenía algún beneficio, pero planteaba que posiblemente exista un umbral en el cual la fiebre comienza a ser mal adaptativa.

Con respecto al método para bajar la temperatura, el fármaco con mejor eficacia es el paracetamol en dosis de 1 g o 500 mg asociado a ibuprofeno 100 mg e.v o 200 mg oral, logrando controlar la temperatura en una hora³⁰. El uso de mantas de enfriamiento se ha asociado a una reducción del 50 % de uso de vasopresores, disminución de la mortalidad a 14 días y mayor tasa de reversión del *shock*³¹.

Es importante destacar que hay patologías en las que el manejo de la temperatura sí se ha asociado a disminución de la mortalidad y morbilidad, especialmente en el paciente neurocrítico y aquellos pacientes con hipertermia maligna. Su reconocimiento y manejo precoz impacta enormemente al paciente^{32,33}.

Conclusión

El paciente febril seguirá siendo un desafío, donde lo fundamental es una evaluación estructurada desde el punto de vista de la anamnesis y el examen físico. El manejo de la temperatura, no está exento de controversias, pero por el momento no existe evidencia que apunte a un mayor daño y, por el contrario, ayuda al confort del paciente

Epílogo de los casos clínicos

La guardia reveló la diversidad clínica existente tras un síntoma común como la fiebre. El paciente de 85 años, tras la normalización sus constantes vitales mediante el uso de antipiréticos y una radiografía necesaria por su perfil de riesgo, fue diagnosticado de una neumonía sin criterios de gravedad y pudo recibir el alta con manejo antibiótico ambulatorio. Por el contrario, la joven puérpera en *shock* séptico requirió una respuesta inmediata con reanimación y antibióticos antes de ser trasladada a quirófano por un foco infeccioso uterino. El joven con odinofagia, cuyo examen solo mostró congestión faríngea, regresó a casa con pautas claras sobre signos de alarma. Todo ello nos recuerda que en el SU, la fiebre puede variar enormemente en su etiología y deberse a un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, un cuadro viral banal hasta una amenaza vital inminente.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): Todos los autores han participado conjuntamente en la elaboración del artículo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

- DeWitt S, Chavez SA, Perkins J, Long B, Koyfman A. Evaluation of fever in the emergency department. *AJEM*. 2017;35:1755-8.
- Ray JJ, Schulman Cl. Fever: suppress or let it ride? *J Thorac Dis*. 2015;7:E633-6.
- Fatteh N, Sutherland GE, Santos RG, Zeidan R, Gastesi AP, Naranjo CD. Association of hypothermia with increased mortality rate in SARS-CoV-2 infection. *Int J Infect Dis*. 2021;108:167-70.
- Wrotek S, LeGrand EK, Dzialuk A, Alcock J. Let fever do its job. *Evol Med Public Health*. 2020;9:26-35.
- Patel DM, Riedel DJ. Fever in Immunocompromised Hosts. *Emerg Med Clin North Am*. 2013;31:1059-71.
- Sass L, Urhoj SK, Kjærgaard J, Dreier JW, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Fever in pregnancy and the risk of congenital malformations: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:413.
- Le Gouez A, Benachi A, Mercier FJ. Fever and pregnancy. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2016;35:55-12.
- Navea O, Fuenzalida PA, Hodgson MIV, Giacaman P, Ramírez FU, Peñafiel FS. Evaluación del paciente adulto con fiebre sin foco clínico evidente en la Unidad de Emergencia. 26.
- Bijur PE, Shah PD, Esses D. Temperature measurement in the adult emergency department: oral, tympanic membrane and temporal artery temperatures versus rectal temperature. *Emerg Med J*. 2016;33:843-7.
- Aita T, Nakagawa H, Takahashi S, Naganuma T, Anan K, Banno M, et al. Utility of shaking chills as a diagnostic sign for bacteremia in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2024;22:240.
- Shah AH. Neoplastic Fever In A Cancer Patient: A Case Report And Review Of Literature. *CSMC*. 2020;7:1-5.
- Fusco FM, Pisapia R, Nardiello S, Cicala SD, Gaeta GB, Brancaccio G. Fever of unknown origin (FUO): which are the factors influencing the final diagnosis? A 2005–2015 systematic review. *BMC Infect Dis*. 2019;19:653.
- Escadafal C, Incardona S, Fernandez-Carballo BL, Dittrich S. The good and the bad: using C reactive protein to distinguish bacterial from non-bacterial infection among febrile patients in low-resource settings. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002396.
- Covino M, Manno A, De Matteis G, Taddei E, Carbone L, Piccioni A, et al. Prognostic Role of Serum Procalcitonin Measurement in Adult Patients Admitted to the Emergency Department with Fever. *Antibiotics*. 2021;10:788.
- Ruble C, Dresser C, Giudice C, Lemery J, Sorensen C. Evidence-Based Heatstroke Management in the Emergency Department. *W J Emerg Med [Internet]*. 2021;22(2).
- Adnan Bukhari H. A Systematic Review on Outcomes of Patients with Heatstroke and Heat Exhaustion. *OAEM*. 2023; 15:343-54.
- Stein PD, Afzal A, Henry JW, Villareal CG. Fever in Acute Pulmonary Embolism. *Chest*. 2000;117:39-42.
- Someko H, Kataoka Y, Obara T. Drug fever: a narrative review. *ACE*. 2023;5:95-106.
- Prakash S, Rathore C, Rana K, Prakash A. Fatal serotonin syndrome: a systematic review of 56 cases in the literature. *Clin Toxicol*. 2021;59:89-100.
- Wijdicks EFM, Ropper AH. Neuroleptic Malignant Syndrome. *Hardin CC, editor. N Engl J Med*. 2024;391:1130-8.
- Brandts CH, Ndjavé M, Graninger W, Kremsner PG. Effect of paracetamol on parasite clearance time in *Plasmodium falciparum* malaria. *Lancet*. 1997;350:704-9.
- Doran TF, De Angelis C, Baumgardner RA, Mellets ED. Acetaminophen: more harm than good for chickenpox? *J Pediatr*. 1989;114:1045-8.
- Voiriot G, Philippot Q, Elabbadi A, Elbim C, Chalumeau M, Fartoukh M. Risks Related to the Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs in Community-Acquired Pneumonia in Adult and Pediatric Patients. *JCM*. 2019;8:786.
- Henriksen DP, Havshøj U, Pedersen PB, Laurisen CB, Jensen HK, Brabrand M, et al. Hospitalized acute patients with fever and severe infection have lower mortality than patients with hypo- or normothermia: a follow-up study. *QJM*. 2016;109:473-9.
- Sundén-Cullberg J, Rylance R, Svefors J, Norrby-Teglund A, Björk J, Inghammar M. Fever in the Emergency Department Predicts Survival of Patients With Severe Sepsis and Septic Shock Admitted to the ICU. *Crit Care Med*. 2017;45:591-9.
- Drewry AM, Ablordeppey EA, Murray ET, Stoll CRT, Izadi SR, Dalton CM, et al. Antipyretic Therapy in Critically Ill Septic Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2017;45:806-13.
- Holgersson J, Ceric A, Sethi N, Nielsen N, Jakobsen JC. Fever therapy in febrile adults: systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses. *BMJ*. 2022;378:e069620.
- Young P, Saxena M, Bellomo R, Freebairn R, Hammond N, Van Haren F, et al. Acetaminophen for Fever in Critically Ill Patients with Suspected Infection. *N Engl J Med*. 2015;373:2215-24.
- Marcusohn E, Gibory I, Miller A, Lipsky AM, Neuberger A, Epstein D. The association between the degree of fever as measured in the emergency department and clinical outcomes of hospitalized adult patients. *Am J Emerg Med*. 2022;52:92-8.
- Franceschi F, Saviano A, Carnicelli A, Lorusso C, Novelli A, Candelli M, et al. Treatment of fever and associated symptoms in the emergency department: which drug to choose? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27:7362-9.
- Schortgen F, Clabault K, Katsahian S, Devaquet J, Mercat A, Deye N, et al. Fever Control Using External Cooling in Septic Shock: A Randomized Controlled Trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;185:1088-95.
- Scaravilli V, Tincher G, Citerio G. Fever Management in SAH. *Neurocrit Care*. 2011 Oct;15:287-94.
- Dibu JR, Haque R, Shoshan S, Abulhasan YB. Treatment of Fever in Neurologically Critically Ill Patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2022;24:515-31.