

MORBILIDAD POR SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO

Autores: Delmis Esther Montero Verdecia¹, Gladis Sánchez Popa², Mirtha Rondón Peña³, María Eugenia Jiménez Volta⁴, Guillermo Manuel Figueredo Montero⁵, Yoan Lázaro Álvarez Rondón⁶, Yadelis Almeida Labrada⁷.

1 Doctora en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Profesora Asistente. Hospital Pediátrico Hermanos Cordové. Servicio de Gastroenteritis. Granma. Cuba.

2 Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Hermanos Cordové. Servicio de Clínica Pediátrica. Granma. Cuba.

3 Doctora en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Profesora Asistente. Hospital Pediátrico Hermanos Cordové. Servicio de Gastroenteritis. Granma. Cuba.

4 Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Hermanos Cordové. Servicio de Clínica Pediátrica. Granma. Cuba.

5 Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Cuba. Estudiante de 4to año de Medicina. Alumno Ayudante de Cardiología.

6 Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Cuba. Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante de Neurología.

7 Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Cuba. Estudiante de 4to año de Estomatología.

E-mail: delmism@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: la fiebre como síntoma aislado o asociado a otras manifestaciones de enfermedad, es el motivo más frecuente de consulta en la edad pediátrica. **Objetivo:** caracterizar clínico - epidemiológicamente a los

infantes ingresados por síndrome febril sin foco en el Hospital Pediátrico "Hermanos Cordové", durante el 2018. **Material y método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. La población estuvo constituida por 217 pacientes, se recolectó la información a partir de las historias clínicas y registro de control hospitalario y se procesó utilizándose medidas expresadas en números absolutos, media aritmética y porcentajes. **Resultados:** predominó el grupo de edad mayor de tres años y el sexo masculino. Imperó en el tiempo de evolución de la fiebre al ingreso el de 24 a 48 horas, y entre los síntomas fundamentales: la disminución del apetito y los vómitos. No existió adherencia al protocolo de actuación. **Conclusiones:** el síndrome febril sin foco constituyó la primera causa de ingreso en el servicio de Clínica pediátrica, la adherencia a su protocolo garantiza calidad en la asistencia al niño febril.

Palabras clave: síndrome febril sin foco, fiebre, infecciones bacterianas, diagnóstico, protocolo.

Summary

Introduction: fever as an isolated symptom or associated with other manifestations of disease, is the most frequent reason for consultation in pediatric age. **Objective:** to characterize clinically and epidemiologically the infants admitted for febrile syndrome without a focus in the Pediatric Hospital "Hermanos Cordové", during 2018. **Material and method:** An observational, descriptive and prospective study was carried out. The population consisted of 217 patients, the information was collected from the medical records and the hospital control registry, and it was processed using measures expressed in absolute numbers, arithmetic mean and percentages. **Results:** the age group over three years and the male sex predominated. The 24 to 48 hour fever prevailed during the evolution of fever upon admission, and among the main symptoms: decreased appetite and vomiting. There was no adherence to the action protocol. **Conclusions:** the feverless syndrome without focus was the first cause of admission to the Pediatric Clinic service, adherence to its protocol guarantees quality care for the feverish child.

Key words: feverless syndrome without focus, fever, bacterial infections, diagnosis, protocol.

INTRODUCCIÓN

Por siglos, antes de la introducción del termómetro clínico por Wunderlich en 1868, la fiebre es signo bien reconocido de enfermedad y pasa a constituir uno

de los problemas de salud de mayor incidencia. La respuesta febril tiene una larga historia filogenética y preservada por millones de años antes de la existencia del ser humano, y se considera un avance evolutivo de la especie ⁽¹⁻³⁾. En la historia mucho se plasma y dice sobre fiebre, desde las consideraciones de Hipócrates y Galeno, ^(2,4) hasta los escritos bíblicos; y más recientemente, las teorías de Tomas Sydenham ⁽⁵⁾. Fobia de los padres y los médicos, contribuye al temor exagerado e infundado respecto a sus consecuencias y tratamiento inadecuado, se considera un signo importante de enfermedad y se define como la elevación de la temperatura corporal por encima de 37.5 °C en la región axilar y 38 °C en la rectal. No es sino hasta hace unas cuatro décadas cuando se aclaran de manera progresiva los mecanismos fisiopatológicos de la fiebre ^(6,7). La fiebre en niños es categorizada como: fiebre de corta duración con signos de localización: el diagnóstico es establecido por la historia clínica y el examen físico con o sin pruebas de laboratorio; fiebre sin foco (FSF): enfermedad febril aguda cuya causa no es precisada, después del interrogatorio y un buen examen físico, pero las pruebas de laboratorio establecen una etiología, y la fiebre de origen desconocido: fiebre que se prolonga por más de una semana sin diagnóstico definido, aún después de las investigaciones necesarias ⁽⁸⁾.

Se calcula que aproximadamente la mitad de las consultas de urgencias pediátricas corresponde a niños menores de 36 meses de edad, de los cuales alrededor del 15 – 25 % se llevan por fiebre y el 5 – 15 % de ellos desarrollan una infección bacteriana severa (IBS), un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y hasta la muerte. Cerca del 14 % de los pacientes no tienen causa aparente de su proceso febril en la primera visita al médico ⁽⁹⁾.

La valoración del niño con FSF es uno de los grandes retos que afronta el pediatra, la mayoría de los casos se deben a infecciones víricas benignas y autolimitadas que no precisan de un tratamiento específico; sin embargo, una pequeña proporción de pacientes poseen una enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG) subyacente, como son la bacteriemia oculta, la infección osteoarticular, la meningitis o la infección del tracto urinario (ITU).

En Argentina, según reportes de SIREVA, en relación a la etiología de la FSF, en niños de entre 2 y 24 meses de edad, la prevalencia de ITU es de alrededor de 3 – 7 %, más elevada en las niñas; en algunas series llega a representar hasta el 90 % de EBPG en pacientes con FSF. La incidencia de neumonía en infantes menores de dos años de edad con temperatura mayor de 38 °C es del 7 % ⁽¹⁰⁾.

Pantoja Ludueña M .y colaboradores ⁽¹¹⁾ en estudio de 100 pacientes con FSF en Venezuela, reporta 51 % del sexo masculino, con promedio de edad de 18 meses y tiempo de evolución de la fiebre de uno a dos días en el 70 %.Igual porcentaje aporta etiología viral en su seguimiento; y el 11 % se cataloga como IBS.

En Cuba, escasas son las investigaciones cometidas; una de ellas refleja que es mayor el porcentaje de IBS en el niño menor de un año y en los que de un inicio presentan aspecto tóxico, fiebre elevada, taquipnea y cituria positiva. Los diagnósticos finales más frecuentes lo constituyen las neumonías y las ITU como IBS; las no severas están representadas por las infecciones respiratorias agudas (IRA) altas y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) ⁽¹²⁾.

El síndrome febril sin foco es un término que a pesar de ilustrarse en la literatura revisada no está plasmado en el libro "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" ⁽¹³⁾. No existe además en Cuba consenso en cuanto a los diagnósticos a imputar al niño con fiebre sin causa tras un cabal interrogatorio y concienzudo examen físico; de ahí las modificaciones en el diagnóstico orientadas por funcionarios y/o galenos del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) en los últimos años:

- ❖ Fiebre posible causa...
- ❖ Síndrome febril sin foco posible...
- ❖ Síndrome febril inespecífico.

Ello, unido a que aún se reportan nuevos casos, lo que advierte que es necesario pensar en la enfermedad, a que no existe adherencia al protocolo de la enfermedad en más del 60 % de los pacientes relacionado con el no empleo del método clínico en cuanto al óptimo interrogatorio y exhaustivo examen físico de los niños que acuden al Cuerpo de guardia por fiebre, constituyen obstáculos en el proceso asistencial relacionado con la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes que padecieron síndrome febril sin foco en el Hospital Pediátrico "Hermanos Cordové", durante el año 2018.

Universo de estudio

Estuvo conformada por 217 pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome febril sin foco en la institución.

Criterios de inclusión:

Pacientes hospitalizados en sala de Clínica pediátrica cuyos expedientes reflejaron síndrome febril sin foco al ingreso como diagnóstico.

Criterios de exclusión:

Predeterminado, los pacientes cuyos expedientes clínicos presentaron errores u omisiones que invalidaron la información necesaria al estudio o la hicieran poco fiable.

Métodos científicos de la investigación

Se emplearon métodos de nivel teórico: analítico-sintético, histórico lógico e inducción-deducción para la búsqueda y obtención de la información presente en las fuentes bibliográficas relativas a la afección, el análisis racional del conocimiento teórico existente en ellas al establecer el comportamiento de la misma en su sucesión cronológica, para luego expresar de manera coherente la esencia de ese movimiento y explicar las relaciones del objeto de estudio. De nivel empírico, la observación no estructurada como técnica para constatar el problema declarado en el aspecto físico, psicológico y social; la medición como expresión tangible de los aspectos cuantitativos y cualitativos de las características inherentes al objeto de estudio y la revisión de documentos. El método clínico epidemiológico en la exploración y reconocimiento en los sujetos estudiados, de las características relacionadas con los aspectos determinantes en el proceso salud - enfermedad correspondiente al síndrome febril sin foco, y la estadística descriptiva para determinar, procesar y describir los resultados cuantitativos obtenidos a través del procesamiento de la información.

Procesamiento y análisis de la información

Todos los datos fueron registrados manualmente en el formulario que sirvió de soporte para la preparación de la Hoja de Cálculos en MS Excel de Windows, los mismos fueron revisados para detectar errores, omisiones; protegidos y verificados para comprobar su validez y confiabilidad, y luego procesados automáticamente, organizados a través de las tablas de frecuencia absolutas y relativas para variables cualitativas y cuantitativas que facilitaron su interpretación. Se empleó la media para el resumen de las variables cuantitativas continuas a través de la opción de análisis de datos dentro de Herramientas del MS Excel. La información se procesó utilizando una computadora Pentium 4.

RESULTADOS

En la *tabla 1* se refleja la distribución de enfermos con síndrome febril sin foco según edad y sexo. El mayor número estuvo representado por el sexo masculino (121 pacientes), con una diferencia no significativa respecto al femenino que

aportó 96; predominó la enfermedad en los mayores de tres años, con 93 infantes. La edad media global fue de 3.99 años.

Tabla 1. Edad y sexo.

Grupos de edad (Media = 3.99)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- 3 meses	11	9.1	11	11.5	22	10.1
4 - 11 meses	19	15.7	31	32.3	50	23.0
1 - 3 años	27	22.3	25	26.0	52	24.0
Màs de 3 años	64	52.9	29	32.2	93	42.9
Total	121	100.0	96	100.0	217	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

En la relación de pacientes con síndrome febril sin foco, según tiempo de evolución de la fiebre al ingreso, sobresalió el de 24 a 48 horas para el 47.9 %; como se considera en la *tabla 2*.

Tabla 2. Tiempo de evolución de la fiebre.

Tiempo de evolución de la fiebre(horas)	Pacientes	
	Nº	%
Menos de 24	65	30.0
De 24 a 48	104	47.9
Màs de 48	48	22.1
Total	217	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

La *tabla 3* muestra la aparición de síntomas concomitantes de la fiebre según tiempo de establecidos, como puntero la disminución del apetito en el 43.3 % de los enfermos, seguido de los vómitos y dolores musculares con el 24.9 y el 24.4 % respectivamente. Según período de aparición, afloró el 50 % de ellos antes de las 24 horas y prácticamente la otra mitad de 24 a 48 horas.

Tabla 3. Síntomas concomitantes de la fiebre.

	Tiempo de establecidos	

Síntomas	Menos de 24 horas		De 24 - 48 horas		Màs de 48 horas		Total	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Disminució del apetito	51	23.5	25	11.5	18	8.3	94	43.3
Vòmitos	38	17.5	16	7.4	-	-	54	24.9
Dolores musculares	32	14.7	18	8.3	3	1.4	53	24.4
Irritabilidad	28	12.9	13	6.0	5	2.3	46	21.2
Tos y rinorrea	12	5.5	16	7.4	11	5.1	39	17.9

* Todos los porcentajes se estimaron en base al total (217) de pacientes.

Fuente: Expedientes clínicos.

La adherencia al protocolo de la enfermedad (*tabla 4*) demuestra que en 140 pacientes no se cumplió.

Tabla 4. Pacientes según adherencia a protocolo.

Adherencia a protocolo	Nº. pacientes	%
No	140	64.5
Sí	77	35.5
Total	217	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

En la *tabla 5* se exponen las principales causas de ingreso al servicio de Clínica pediátrica, se anteponen al síndrome febril sin foco, las infecciones de piel y de partes blandas, así como el dolor abdominal para estudio con más del 8 % cada uno.

Tabla 5. Principales causas de ingreso en servicio de Clínica pediátrica.

Causas de ingreso	Nº	%*
Síndrome febril sin foco	217	8.5
Infecciones de piel y partes blandas	212	8.3
Dolor abdominal para estudio	207	8.1
Meningoencefalitis viral	191	7.4
Posible ITU	138	5.4

* Todos los porcentajes se estimaron en base al total de ingresos en sala (2561).

Fuente: Datos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

DISCUSIÓN

La fiebre como síntoma aislado o asociado a otras manifestaciones de enfermedad, es el motivo más frecuente de consulta en la edad pediátrica. Cuando se presenta dentro de un contexto clínico donde no se puede objetivar ningún signo localizador de la infección se plantea un dilema sobre el manejo de los pacientes. La FSF se transforma entonces, en la mayor parte de los niños, en una infección viral benigna y autolimitada, un porcentaje menor adquiere una enfermedad exantemática en los días siguientes, y una pequeña proporción va a padecer alguna infección bacteriana de diversa gravedad ⁽¹⁴⁾.

Para algunos investigadores ⁽¹¹⁾ el síndrome febril sin foco suele aparecer con mayor frecuencia en niños menores de tres años, con un pico entre los 13 y 24 meses de edad. Escosa García L. y colaboradores ⁽¹⁵⁾ por su parte en su casuística lo identifica entre los 25 y 36 meses. Investigación nacional, en el Hospital Infantil Norte, de Santiago de Cuba ⁽¹⁶⁾ demuestra que la afección es más habitual de tres a seis meses, lo que representa el 43.6 %; resultados muy diferentes al que se obtuvo en la presente investigación donde predominaron los niños mayores de tres años (93 pacientes) para un 42.9 %, cuadruplicó (uno a tres meses) , duplicó (cuatro a once meses y de uno a tres años) la cifra de los grupos etarios que se establecieron; con una edad media global de 3.99 años.

En cuanto al sexo, muy escasos son los artículos que lo toman en consideración; ⁽²⁻⁴⁾, coinciden en señalar el predominio del masculino sobre el femenino las dos primeras, así armonizan con el actual estudio (121/96), con una diferencia no significativa. Lo inverso lo publica investigador ecuatoriano con franco predominio de las hembras sobre los varones (91.7 %) ⁽¹⁷⁾.

Los varones son más susceptibles a las infecciones, la inmunidad del individuo se relaciona con el cromosoma X que en el caso del sexo masculino solo tienen uno.

Los autores exponen que en la pobre literatura nacional e internacional revisada solo se estudia la edad por debajo de los 36 meses, la justificación se fundamenta en que en ese grupo etario se incrementa el riesgo de infección bacteriana grave por inmadurez del sistema inmunológico, añaden los investigadores que en los primeros meses de vida, existe un déficit de la actividad opsonizante, en la función de los macrófagos y en la acción de los neutrófilos. Además la producción de Ig G específica frente a bacterias

encapsuladas está muy disminuida. En los mayores de tres años las infecciones tienden a ser localizadas, con baja incidencia de bacteriemia.

El lactante menor de tres meses por su relativa inmadurez inmunológica y su poca experiencia antigénica está en riesgo mayor de padecer infecciones graves o diseminadas. Cejas Pérez G. señala además que una temperatura superior a 38.8 °C en esa edad conlleva un riesgo de EBPG 21 veces mayor; las infecciones fatales son cuatro veces más frecuentes en ese período de vida que entre los tres y seis meses ⁽³⁾.

El comportamiento del tiempo de evolución de la fiebre publicado por Álpizar Caballero LB. ⁽²⁾ coincide con los resultados de la presente investigación pues el 70 % tiene fiebre de uno a dos días; en la casuística lo constituyó el 77.8 %, con predominio de 24 a 48 horas en el 47.9 %; lo que demuestra que en este medio la consulta por fiebre es precoz.

Los autores exponen que al ser la fiebre un síntoma muy temido por padres con una constelación de creencias erróneas acerca de ella que el doctor Barton Schmitt citado por Correa Vélez J A. ⁽¹⁸⁾, llama fobia a la fiebre, pues lo llevan de inmediato a recibir asistencia médica. De todos es conocido el miedo ante su aparición por las posibles convulsiones, daño cerebral, muerte, etc.; corresponde entonces al personal de la salud educar a los padres acerca del verdadero significado del síntoma, su conducta y eliminar en lo posible los dogmas existentes; así como explicar de sus beneficios.

Añade que influye además como parte del Sistema Nacional de Salud la asistencia gratuita las 24 horas del día en los hospitales pediátricos con personal especializado y cobertura de exámenes complementarios para la búsqueda de la causa de la fiebre.

Los síntomas concomitantes es otro de los puntos compatibles de la investigación con toda la literatura tanto cubana como extranjera ^(8, 9,12).

Artículo español afirma que en la mayoría de casos, la etiología de la infección es innegable, con la presencia de síntomas sugerentes de afecciones de vías respiratorias, otitis media aguda, gastroenteritis aguda, etc.; sólo en el 20 % de los casos no se encuentra un foco certero de la fiebre después de una anamnesis extrema. Mientras más evidentes se hacen las manifestaciones clínicas de la enfermedad infecciosa, más avanzado y con menos probabilidades de reversión se encuentra el proceso inflamatorio ⁽¹⁵⁾.

En la Guía de procedimientos institucionales ⁽¹⁹⁾ publicada hace dos años Perrufo V. y col. evalúan 40 características clínicas y construyen un modelo multivariado

para identificar EBPG en 15.781 niños febriles menores de cinco años, demuestran que existen síntomas que contribuyen en forma diferencial a predecir riesgo de infección, el principal marcador diagnóstico es la mala apariencia, así como la falta de ingesta.

Importante señalar que en la presente investigación, la fiebre floreció sola en 93 niños, y la disminución del apetito ocupó el primer lugar de la sintomatología con reporte de más del 40 % de los enfermos, además de que un elevado número de síntomas concomitaron con la fiebre desde su debut.

Llamativo también que desde un principio apareció poli sintomatología en los niños:

- Fiebre, vómitos y dolor abdominal: 29.
- Fiebre, irritabilidad y manifestaciones respiratorias: 20.
- Fiebre más orinas escasas y oscuras: 17.
- Fiebre y convulsión: 13.
- Fiebre, cefalea y vómitos: 12, por mencionar algunos.

Los investigadores reflexionan ante el hecho de otorgarle el valor que le corresponde al empleo del método clínico en un infante febril enfocado primordialmente al interrogatorio minucioso y detallado de la madre en busca de la existencia de él y /o los síntomas que concomitan con la fiebre. De tener en consideración siempre lo referido por ellas que son las que más conocen su descendencia, otorgarle importancia a la multisintomatología con pensamiento integrador y multisistémico. Si se hubiese cumplido con esa máxima aproximadamente el 50 % de los pacientes ingresa con diagnóstico bien establecido.

El uso de protocolos para el abordaje de niños con FSF en diversos centros es variable y la adhesión de los clínicos a los mismos limitada, según se cita en publicación española ⁽¹⁵⁾. En ella, si bien no se cumple el protocolo en todos los lactantes con FSF, la proporción de acatamiento es significativa; la realización de estudios de laboratorio sin clara indicación es la razón más frecuente de violación.

El anterior estudio se contrapone con el resultado precedente al evidenciar que el 64.5 % de la serie no se adhirió al protocolo de la enfermedad, en solo 77 pacientes se siguieron los canales establecidos desde la evaluación inicial integral en Cuerpo de Guardia dada por interrogatorio y examen físico, hasta la indicación de los exámenes complementarios indispensables en cada uno de ellos.

Los autores enjuician el incumplimiento de lo pautado en el documento y exponen que tal situación se levanta como un impedimento para ampliar y perfeccionar el proceso médico asistencial en la institución, particularmente el relativo a la población infantil con síndrome febril sin foco. Agregan que los algoritmos son creados y puestos en práctica para uniformar a nivel nacional la conducta diagnóstica y terapéutica de una afección.

Significan que al ostentar un sello legal, desentenderse de ellos implica asumir riesgos, que en el caso del facultativo puede llevar al error médico. Otorgan a la administración la responsabilidad de hacer cumplir los protocolos pautados por el PAMI, y su control a través del Comité de evaluación del proceso asistencial.

Constituyó el síndrome febril sin foco la primera causa de ingreso en el servicio de Clínica pediátrica, incluso por encima de las infecciones de piel y partes blandas que componen un disímil grupo de enfermedades y del dolor abdominal para estudio; con una diferencia no significativa entre ellas. Resultado esperado si se tiene en cuenta el sobre diagnóstico de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El síndrome febril sin foco constituye la primera causa de ingreso en el servicio de Clínica pediátrica ocasionado por sobre diagnóstico del mismo, la adherencia a su protocolo garantiza calidad en la asistencia al niño febril, a través del sometimiento al método clínico, evita ingresos innecesarios y gastos por sobre indicación de la analítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Wunderlich CA. On the temperature in diseases: A Manual of Medical Thermometry. London: The New Sydenham Society, 1871. Tomado de: Atkins, E. Fever, New Perspectives on an old phenomenon. N. Eng. J. Med. 1983; 308:958-959.188

2.- Álpizar Caballero LB, Medina Herrera EE. Efectos nocivos de la fiebre en el niño y medidas terapéuticas. [Internet].2005 [citado 10 Ago 2007]; [aprox. 4 p]. Disponible en: http://cielo.sld.cu/cielo.php?pid=5003475311998000400003&script=sci_arttext

- 3.- Cejas Pérez G, Peña Borrero M. Fiebre sin localización aparente. Comportamiento en niños de 2 a 36 meses en un área del médico de la familia. [Internet].2002 [citado 10 Ago 2007]; [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/fiebre%20sin%20localización%20aparente,comportamiento%20en%20ni%C3%B1os%20de%202%2a%2036%20meses%20en%20un%20area%20de%20salñud?id00>
- 4.- Ramón Romero F, Farías JM. La fiebre. Rev. Fac. Med. (Méx.) [Internet].2014 [citado 6 Abr 2018]; 57(4): 20-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n4/0026-1742-FACMED-57-04-00020.pdf>
- 5.- Jairo Alarcón MD, Beltrán Gullos JA. TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA. Revista Gastrohup [Internet].2015 [citado 16 Mar 2018]; 17(3) Supl 1: S45-S49. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/327213014_TRIANGULO_DE_EVALUACION_PEDIATRICA/download
- 6.- Ruiz Contreras J, Albañil Ballesteros MR. Abordaje del niño con fiebre sin foco. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; [Internet].2015 [citado 16 Mar 2020] p.31-8. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p31-38.pdf>
7. - Yaguache Hernández AL. Procalcitonina como predictor de bacteriemia en lactantes febriles, con uroanálisis patológico, ingresados en el Hospital de Niños "Dr. Roberto Gilbert Elizalde", Enero A Diciembre 2014. TRABAJO DE INVESTIGACION [Internet].2015; [citado 4 Mar 2018].
8. - Schaffner A. Fever-useful or noxious symptom that should be treated? Ther Umsch. [Internet].2006 [citado 3 Abr 2020]; 63(3): [apx. 3p]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16613288>
9. - Moraga M F, Horwita Z B, Romero S C. Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. Rev Chil Pediatr. [Internet].2007 [citado 3 Marzo 2020]; 78(2): 160-164. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

41062007000200006&lng=es.%20%20doi:%2010.4067/S0370-41062007000200006

10.- León López R, Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Tratamiento al niño febril en atención primaria de salud. TRABAJOS DE REVISIÓN [Internet].2007 [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: file:///C:/Users/Biblioteca_1/Desktop/predefensa%20Gradis/Andy/Bibliograf%C3%ADa%20en%20carpetas/33/No-33-07-CUB-%20PONER%20.TTO%20AL%20NI%C3%91O%20FEBRIL%20APS.MANEJO.hm

11.- Pantoja Ludueña M, Mazzi Gonzáles de Prada E, Mejía Salas H, Aranda Torrelío E, Hayes Dorado JP, Mendoza Amatller A, et al. Revista de la Sociedad Bolivariana de Venezuela. Rev Soc Bol Ped [Internet].2014, [citado 4 Abr 2020], 53(1).

12.- Cejas Pérez G, Peña Borrego M, Pérez Lemus F, Garrido García RJ. Fiebre sin localización aparente, comportamiento en niños de 2-36 meses en un área del Médico de la Familia. [Internet].2017, [citado 24 Mar 2020]. http://aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/fiebre%20sin%20localizaci%C3%B3n%20aparente,comportamiento%20en%20ni%C3%25Blos%20de%202*%2036%20meses%20en%20un%20area%20de%25sal%C3%B1ud?id=100

13.- Libro "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" editado en el 2008.

14.- Luis Álvarez MC. Infectología. En: Pediatría Diagnóstico y tratamiento. 3ra ed. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; [Internet].2016. p. 383-456.

15.- Escosa García L, Baquero Artigao F, Méndez Echevarría A. Fiebre de origen desconocido. Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid. Pediatr Integral [Internet].2014 [citado 4 Mar 2020]; XVIII(1): 15-21. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii01/02/15-21%20Fiebre%20desconocida.pdf>

16.- Lobaina Lafita JL, Arencibia Sosa H. Fiebre sin foco infeccioso evidente en pacientes ingresados en un hospital pediátrico. MEDISAN [Internet].2011

[citado 04 Abr 2020]; 15(10): 1341-1347. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17.- Pérez Hidalgo. Fiebre sin foco y su relación con infección del tracto urinario en niños/as de 1-36 meses de edad que acuden al área de pediatría del hospital Manuel Ignacio Monteros en el período enero 2015-enero 2016. Tesis previa a la obtención del título de médico general [internet].2017 [citado 16 de Mar 2020]. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19470/1/tesis%20pablo%20perez.pdf>

18. - Correa Vélez JA. Fiebre en niños. CCAP Módulo 1 Octubre de 2001 [Internet].2007 [citado 27 Abr 2020]. Disponible en:
https://www.academia.edu/8910968/Fiebre_en_ni%C3%B1os

19.- Peruffo V, Nainsztein Mv, Maffía G, Samaruga S, Salvaneschi C. Síndrome Febril Sin Foco en Niños Menores De 36 Meses propuesta De Guía De Atención. Ludovica Pediátrica [Internet].2017 [citado 4 Mar 2020] 20(1). Disponible en:
<http://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2018/07/906395/2017-Nro-1-Pag-9-18.Pdf>