

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA. SERVICIO DE INFECTOLOGÍA
PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA FIEBRE SIN FOCO
DEL LACTANTE**

- 1. AUTOR**
- 2. REVISORES**
- 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**
- 4. JUSTIFICACIÓN**
- 5. ALCANCE**
- 6. PROPÓSITO**
- 7. OBJETIVO GENERAL**
- 8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
- 9. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**
- 10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD**
- 11. EPIDEMIOLOGÍA**
- 12. DEFINICIÓN**
- 13. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**
- 14. HALLAZGOS DE LABORATORIO**
- 15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- 16. TRATAMIENTO**
- 17. CRITERIOS DE REFERENCIA**
- 18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO**
- 19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y FAMILIAR**
- 20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL**
- 21. SEGUIMIENTO Y CONTROLES**
- 22. REFERENCIAS**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 2 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

1. AUTOR

Dra. Elizabeth Castaño, pediatra Infectóloga.

2. REVISORES

Dra. Dora Estripeaut, servicio de Infectología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto el autor como los revisores de este documento declaran que no existe conflicto de intereses.

4. JUSTIFICACIÓN:

La fiebre representa del 10 al 20% de todas las visitas a urgencias pediátricas¹. Aunque los virus representan la mayoría de las infecciones, hasta 8-12.5% de todos los bebés febriles ≤ 90 días de edad tendrá una infección bacteriana grave (IBG).

5. ALCANCE:

Este protocolo está destinado a médicos generales y a pediatras de atención primaria, secundaria y terciaria que atienden a población pediátrica en la República de Panamá.

6. PROPÓSITO

Elaborar un protocolo de abordaje de manejo que permita determinar diagnóstico y tratamiento de los lactantes de 1 mes a 36 meses que se presentan con fiebre sin foco.

7. OBJETIVO GENERAL:

Establecer un protocolo de manejo y tratamiento de la fiebre sin foco en lactantes de 1 mes a 36 meses de edad.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Orientar sobre el abordaje y manejo de la fiebre sin foco en lactantes de 1 mes a 36 meses de edad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 3 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

9. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD:

Fiebre sin foco. En la clasificación **CIE-10** aparece como fiebre de origen desconocido R-50 con las siguientes subdivisiones:

- (R50.0) Fiebre con escalofrío.
- (R50.1) Fiebre persistente.
- (R50.9) Fiebre, no especificada.

10. EPIDEMIOLOGÍA

El 57 % de la etiología de la fiebre sin foco es de origen viral², siendo los más frecuentes³:

- Herpes Virus Humano tipo 6 (HHV-6)
- Enterovirus (HEV)
- Parechovirus (HPeV)
- Adenovirus (AdV)
- Virus respiratorios: VRS, Influenza A y B.

En un 2-3% de los lactantes menores de 3 meses la causa puede ser de origen bacteriano por gérmenes como:

- *Streptococcus agalactiae*
- *Enterobacterias (Escherichia coli, Salmonella)*
- *Listeria monocytogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Staphylococcus aureus*

11. DEFINICIONES

Fiebre en el niño se considera una temperatura rectal superior a 38°C, la temperatura rectal se considera el estándar oro para la medición de la temperatura porque se aproxima a la temperatura corporal central, se aconseja en pacientes de 4 semanas a 5 años la toma de la temperatura axilar con termómetro electrónico o la timpánica con termómetro infrarrojo.⁴

Fiebre sin foco (FSF) cuando no se descubre el origen de la misma después de una historia y exploración física cuidadosas y el cuadro clínico tiene una evolución inferior a 72 horas.¹

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 4 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

También se puede definir según el tiempo como aquella fiebre que dura menos de 5 días, aunque hay autores que amplían a <10 días esta definición, y cuya etiología no aparece tras una adecuada historia clínica y una exhaustiva y minuciosa exploración física. En no pocas ocasiones será de reciente aparición, menos de 6-12 horas.⁵

Infección bacteriana grave (IBG) patologías que se consideran procesos graves y que requieren un diagnóstico precoz tales como neumonía, meningitis, infección de vías urinarias complicadas, celulitis, infecciones osteoarticulares, sepsis.

12. FISIOPATOLOGÍA DE LA FIEBRE

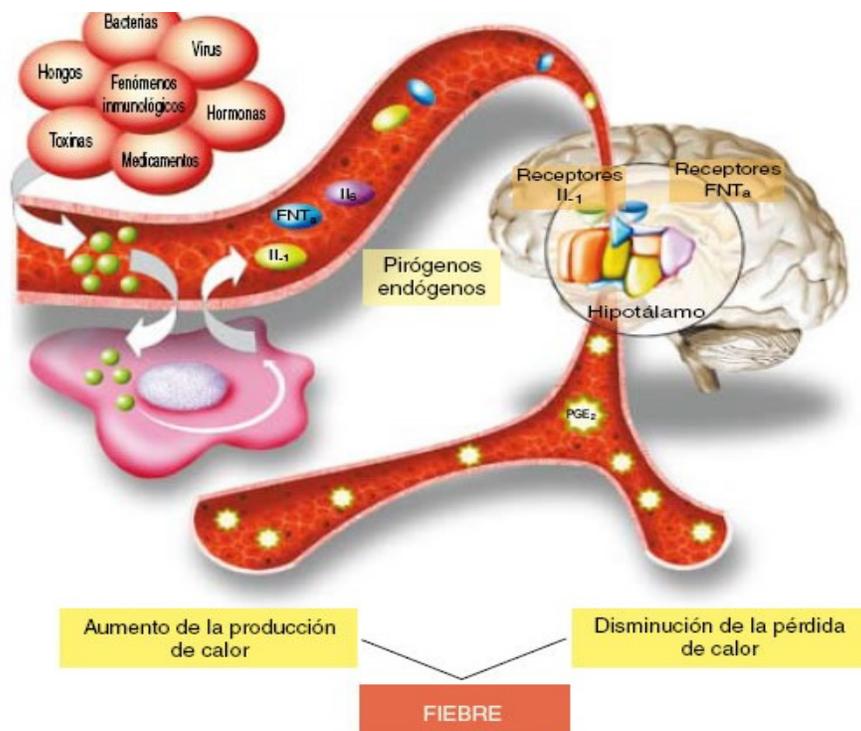


Fig.1 Fisiopatología de la fiebre.

- Estimulo externo o interno (bacteria, virus, medicamentos, hormonas, toxinas, inmunológicos).
- Producción de citoquinas (IL-1, IL-6, FNT)
- Estimulación de la PGE₂ que es un pirógeno endógeno (hipotálamo anterior)- que produce la Fiebre

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 5 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Lo que puede llevar a un déficit de función opsonizante, macrofágica y de neutrófilo y disminución de IgG específica contra encapsulados.

13. CAUSAS PROBABLES DE FIEBRE SIN FOCO

Entre las causas más comunes de fiebre sin foco aparente debemos considerar a:

- **Bacteriemia oculta (BO)** Presencia de bacterias en sangre del individuo etiquetado de fiebre sin foco pero con cuadro clínico sin apariencia séptica. 10% de Riesgo de bacteremia oculta⁶ si paciente presenta:

- o Edad 3-36 meses
- o Fiebre >39°C.
- o GB > 15,000.

La incidencia de bacteremia oculta en un paciente con FSF que tiene su esquema vacunal completo es del < 1%, mientras quienes lo presentan incompleto puede ser de un 3 a 11% como en la era prevacunal.⁷

- **Infección del tracto urinario (ITU)**

Un 5-7% en < de 24 meses infección del tracto urinario⁸

- o 6-8% en niñas (<12 meses)
- o 2-3% en niños (<12 meses)

Factores de riesgo:

- o Niñas (1-2 años)
- o Niños no circuncidados
- o Temperatura >39°C
- o Fiebre Sin Foco.

- **Neumonía oculta** se encuentran entre las causas de las SBI.
- **COVID 19** también se ha reportado en pacientes con fiebre sin foco⁷.

14. ANAMNESIS Y EVALUACIÓN FÍSICA

El riesgo de IBG se ha estudiado clasificando a los bebés y niños pequeños según la edad, apariencia, temperatura y criterios de laboratorio.

Es clave al momento de realizar la evaluación del paciente considerar los siguientes parámetros que observamos en la tabla 1. Además debemos verificar el status vacunal del paciente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 6 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Tabla 1. Factores de evaluación en el enfoque del manejo de lactantes con fiebre sin foco.⁹

Datos clave anamnesis y exploración	
Edad ²	La probabilidad de presentar una infección bacteriana grave es mayor en niños menores de 3 meses y sobre todo en menores de 1 mes. El riesgo disminuye entre los 3 y 36 meses y a partir de esa edad es muy raro que una infección bacteriana grave se manifieste sin síntomas focales.
Estado inmunitario	Es fundamental valorar si el niño presenta algún defecto de la inmunidad primario o secundario (ej. tratamientos inmunosupresores) y está correctamente vacunado ³ .
Temperatura	El riesgo de IBG se incrementa con el grado de fiebre, si bien la correlación entre la magnitud de la fiebre y la bacteriemia no es tan clara en la era post-vacuna neumocócica conjugada ⁴ .
Estado general ⁵	Existen diversas escalas clínicas para valorar el riesgo de padecer una infección bacteriana grave ^{6,7,8,9} .
Constantes vitales	La frecuencia cardíaca y respiratoria forman parte de los criterios de sepsis, y su medición permite una aproximación más objetiva y no sólo basada en el estado general del paciente. Igualmente, el tiempo de relleno capilar orienta sobre la perfusión periférica y se realizará toma de tensión arterial cuando fuera posible.

15. ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE.

Criterios de Rochester. Primer estudio de relevancia con carácter predictivo de Bacteremia Oculta /Infección Bacteriana Grave. Aplicable a individuos menores de 2 meses. Incluye síntomas clínicos y parámetros de laboratorio. Pertenerían al grupo de bajo riesgo, los niños previamente sanos sin evidencia de infección en diferentes órganos y aparatos, y con analítica sanguínea compatible con la normalidad. Tabla 2.

Trabajos posteriores llevados a cabo para validar dichos criterios han mostrado valores predictivos negativos cercanos al 100%, algo inferiores en niños menores de 30 días.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 7 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Tabla 2. Criterios de Rochester

Criterios de Rochester de bajo riesgo de infección bacteriana grave (menores de 3 meses)
<p>1. Buen aspecto general</p> <p>2. Previamente sano, definido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nacimiento a término ○ No haber recibido tratamiento antibiótico perinatal ○ No haber estado hospitalizado más tiempo que la madre ○ No haber sido tratado por hiperbilirrubinemia no explicada ○ No estar ni haber recibido tratamiento antibiótico ○ No haber estado previamente hospitalizado ○ No presentar enfermedad crónica o de base <p>3. No evidencia de infección de piel, tejidos blandos, articulación u oído</p> <p>4. Valores de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leucocitos en sangre 5.000 – 15.000/mm³ ○ Cayados <1.500 /mm³ ○ ≤ 10 leucocitos/campo en el sedimento de orina ○ En niños con diarrea ≤ 5 leucocitos/campo en el examen microscópico de heces
Para ser considerado de bajo riesgo tendría que cumplir todos los criterios

Escala de YIOS

La escala YIOS (Young Infant Valoration Scale o Escala de valoración del lactante pequeño). La YIOS incluye tan sólo tres variables: afectividad (sonrisa, llanto), esfuerzo respiratorio y perfusión periférica, otorgando puntuaciones de 1, 3 o 5 según el grado de deterioro (tabla 3). Una puntuación igual o superior a 7 tiene una sensibilidad y especificidad del 75% para detectar IBG, con un valor predictivo negativo del 96%.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 8 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Tabla 3. Escala de YIOS para menores de 3 meses.

Escala YIOS (Young Infant Observation Scale) para menores de 3 meses			
	Normal [1 Punto]	Afectación moderada [2 Puntos]	Afectación grave [3 Puntos]
Afectividad	Sonríe o no irritable	Irritable, consolable	Irritable, inconsolable
Esfuerzo respiratorio	Normal	Taquipnea > 60 rpm, retracciones o quejido	<i>Distress</i> respiratorio con esfuerzo inadecuado. Apnea
Perfusión periférica	Rosado, extremidades calientes	Extremidades frías, moteadas	Pálido, shock
YIOS <7: bajo riesgo de infección bacteriana grave. YIOS ≥7: riesgo elevado de infección bacteriana grave			

ESCALA DE YALE

Tabla 4. Escala de gravedad de Yale

--

La más útil y utilizada es la Escala de gravedad de Yale (YOS) o Escala de McCarthy (tabla 4), aplicable a niños entre 3 y 36 meses, que permite una valoración sistemática y escalonada del estado general y que puede tener su utilidad en situaciones dudosas o en profesionales con experiencia clínica limitada. Valora seis características: coloración, hidratación, calidad del llanto, interacción con los padres, respuesta social y estado sueño-vigilia. Se da una puntuación de 1 si la respuesta es normal, 3 si existe un deterioro leve-moderado y 5 si el deterioro es grave. Una puntuación hasta 10 equivaldría a un buen estado general, entre 11 y 16 un regular estado general y por encima de 16 mal estado general. El riesgo de IBG sería < 3% en puntuaciones ≤10 y mayor cuanto más aumenta la puntuación, sobre todo por encima de 16.¹⁰

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 9 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

16.ALGORITMOS DE MANEJO DE PACIENTE CON FIEBRE SIN FOCO DE ACUERDO A LA EDAD Y RIESGO.

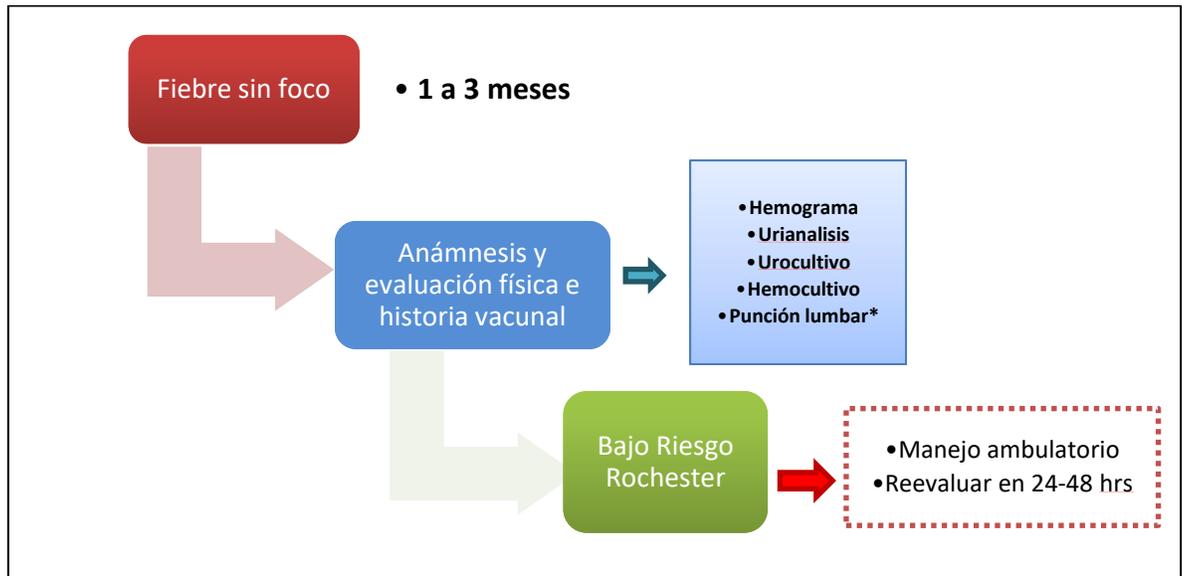


Fig.2 Algoritmo de manejo de lactantes de 1 a 3 meses de fiebre sin foco con bajo riesgo.

*Indicada en menores de 1 mes, entre 1-3 meses con mal estado general o con leucocitos totales > 15.000 o < 5,000.

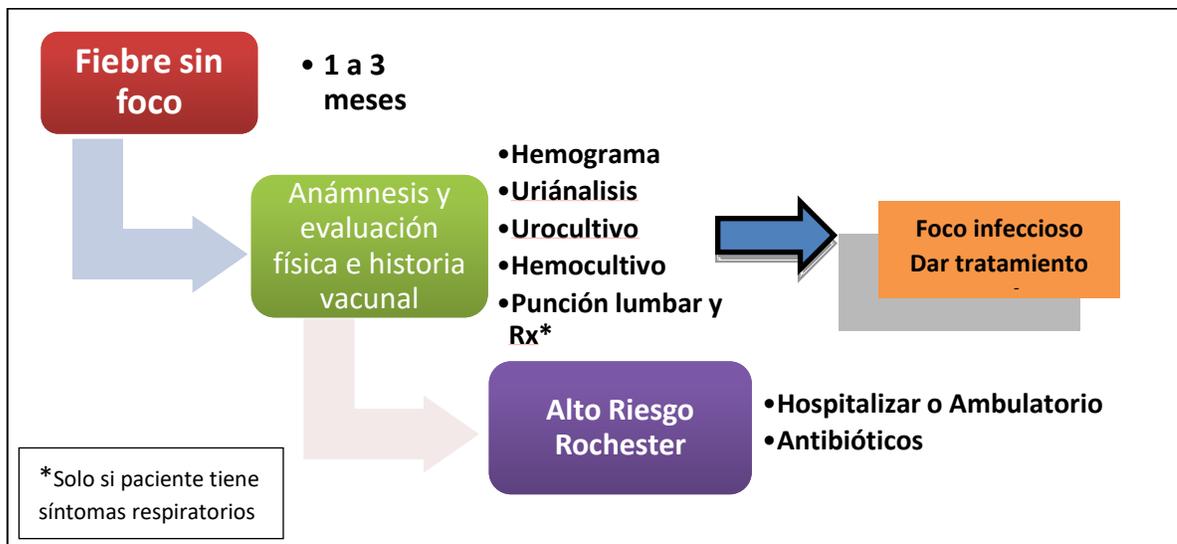


Fig.3 Algoritmo de manejo de lactantes de 1 a 3 meses de fiebre sin foco con alto riesgo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 10 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

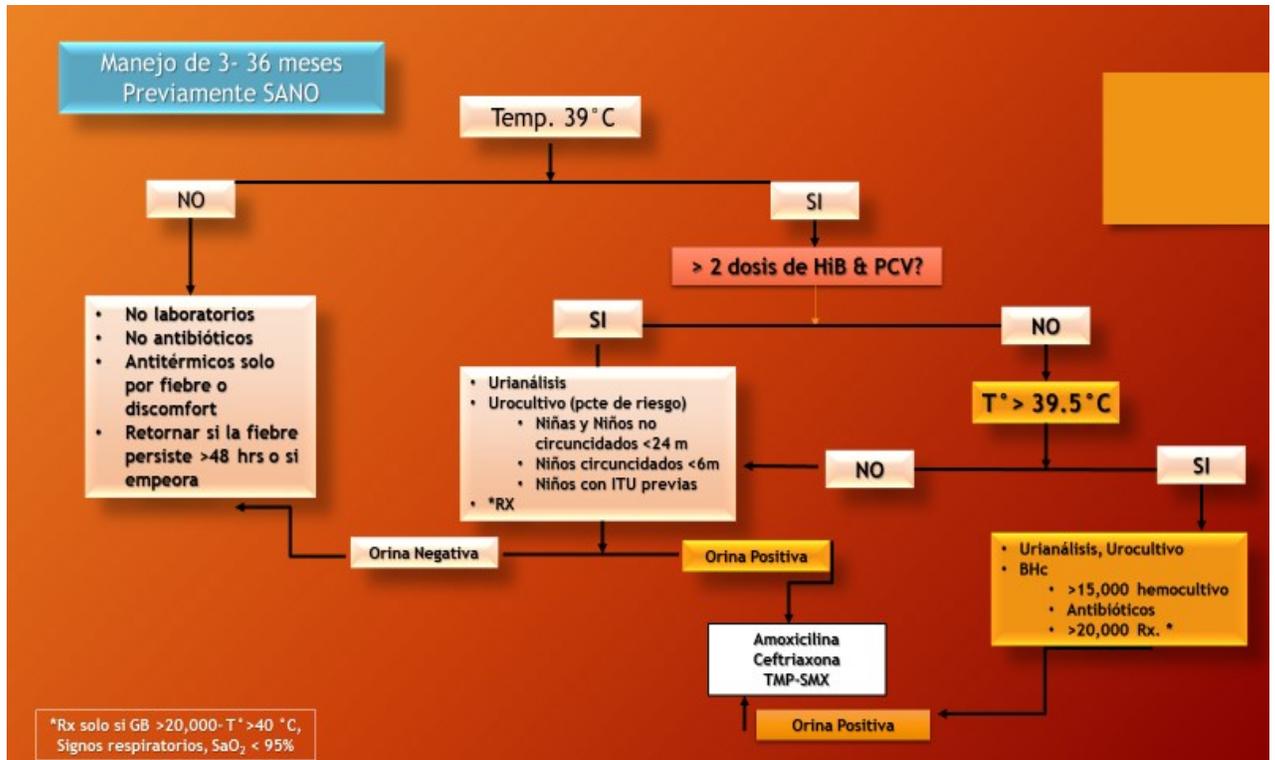


Fig.4 Algoritmo de manejo de lactantes de 3- 36 meses con fiebre sin foco previamente sano.

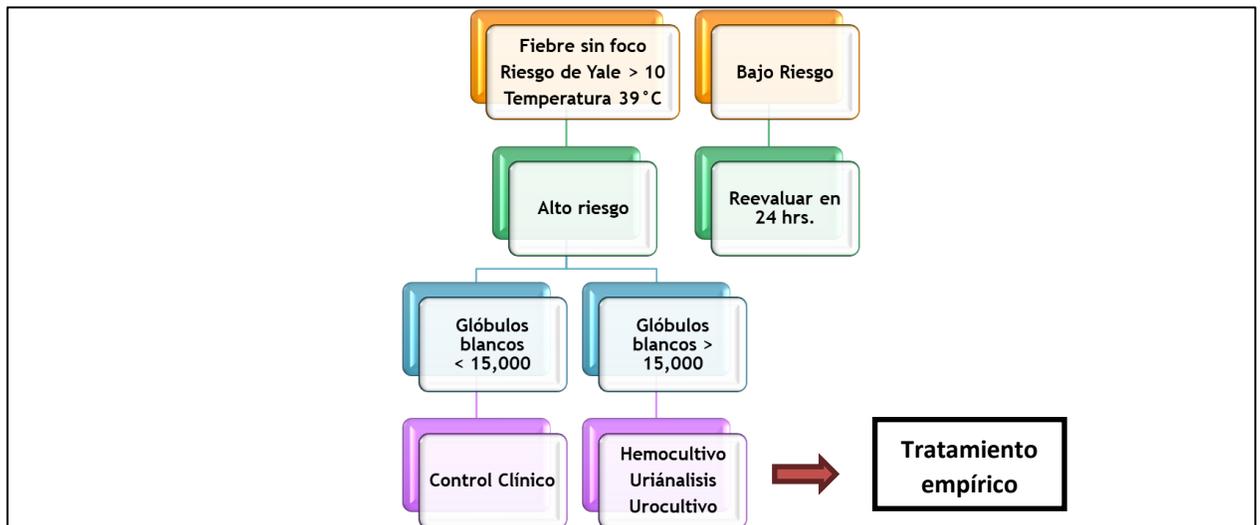


Fig.5 Algoritmo de manejo de lactantes de 3- 36 meses según clasificación de riesgo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 11 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

17. HALLAZGOS DE LABORATORIO

La biometría hemática, el urinálisis y el líquido cefalorraquídeo son parámetros analíticos utilizados para determinar el riesgo en menores de 3 meses, el bajo riesgo se determina si tenemos como resultado un recuento de leucocitos entre 5.000/mm³ a 15.000/mm³ sin desviación a la izquierda, un análisis de orina normal (ausencia de leucocituria significativa en una tira reactiva o en el sedimento) y un LCR normal.

El urocultivo, el hemocultivo y el cultivo del LCR son las pruebas que permiten definir una infección bacteriana concreta, en un plazo que actualmente oscila entre unas 8-12 y un máximo de 48 horas.

Pruebas complementarias

Radiografía de tórax

Debe plantearse en situaciones de fiebre prolongada (>4-5 días) y/o leucocitosis >15.000/mm³. La ausencia de síntomas respiratorios la hace muy improbable.

Punción Lumbar

Fuera del período neonatal, es excepcional la presencia de una meningitis bacteriana en un paciente sin mal aspecto o una exploración sugestiva (presencia de signos meníngeos, fontanela abombada, irritabilidad, convulsiones).

En aquellos pacientes en que se realice examen de líquido cefalorraquídeo, se solicitará análisis citoquímico, tinción de Gram, cultivo bacteriano. Si el frotis por Gram es negativo, se añadirá estudio para virus herpes y enterovirus en neonatos y en lactantes con clínica de encefalitis mediante la realización del panel de meningitis al LCR.

Proteína C Reactiva

La PCR es un reactivo de fase aguda sintetizado en el hígado dentro de 4 a 6 horas después de la lesión tisular y que alcanza su punto máximo a las 36 horas, Muchos estudios han demostrado características de prueba superiores, aunque variables, de PCR en comparación con la cuenta de glóbulos blancos para la detección de infección bacteriana.¹

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 12 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

Procalcitonina

PCT es la proteína prohormona de calcitonina que se libera por el hígado y las células mononucleares 4 horas después de la lesión tisular, y que alcanza su punto máximo 6 horas después de la lesión tisular con un nivel máximo sostenido durante 8-24 horas. Estudios anteriores informaron que PCT es más sensible y específico para SBI e IBI que los glóbulos blancos, aunque la mayoría de los pacientes en estos estudios eran bebés y niños mayores (hasta 36 meses de edad).¹

Film-array de RNA (Micro-array)

Mahajan y col.¹¹ Demostró que las biofirmas o film-array de ARN (Micro-array) también podían distinguir las infecciones bacterianas de las virales en lactantes de ≤60 días de edad con una sensibilidad del 87% (IC 95%: 73% –95%) y una especificidad del 89% (IC 95%: 81% –93 %). En nuestro hospital se cuenta con las pruebas de panel ampliado para virus respiratorios, meningitis viral, panel gastrointestinal y tuberculosis.

OTRAS PRUEBAS

Realizar pruebas de diagnóstico rápido de virus influenza, virus sincitial respiratorio en épocas de alta circulación de estos virus.

18. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fiebre recurrente o cíclica,
- Hipertermia fisiológica.
- Fiebre de origen desconocido.
- Fiebre prolongada o continua.

19. TRATAMIENTO

El tratamiento empírico puede indicarse cuando concurren las circunstancias descritas en la recomendación:

1. Paciente entre 3 y 36 meses con fiebre en el cual no se llega a un diagnóstico de certeza tras realizar una exploración clínica minuciosa.
2. Urinálisis y, en los casos indicados, radiografía de tórax normales.
3. Presencia de factores predictivos y estudios analíticos sugestivos de bacteriemia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 13 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

4. Buen estado general o leve deterioro.
5. Posibilidad de seguimiento ambulatorio estricto.
6. Hemocultivo tomado (imprescindible).

El principal objetivo del tratamiento antitérmico en un paciente previamente sano con fiebre debe ser el mejorar el estado general y disminuir la sensación de malestar que la fiebre genera. En menores de 6 meses usaremos paracetamol. A partir de esa edad, ibuprofeno o paracetamol, considerando las preferencias del niño y la familia. No es recomendable alternar antitérmicos.¹²

20. CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente por debajo de los 3 meses con fiebre sin foco se recomienda la derivación al cuarto de urgencias; Por encima de los 3 años, la valoración debe basarse en criterios clínicos. Entre los 3 meses y los 3 años se deben valorar cuidadosamente el estado general, el tiempo de evolución y la temperatura.

21. CRITERIOS DE ALTA

Si el paciente tiene criterios de bajo riesgo y todos los exámenes realizados están dentro de límites normales, se da de alta con instrucciones de vigilancia y control por su pediatra.

22. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE/FAMILIA

Instrucciones de vigilancia y control por su pediatra.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Infectología	CÓDIGO: PR-19-16	Página 14 de 14
	Título Protocolo de diagnóstico y manejo de la fiebre sin foco en el lactante.	Edición: Junio 2020	
	Elaborado: Dra. Elizabeth Castaño Infectóloga Pediatra	Revisión N°: 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Xavier Sáez-Llorens, Jefe de Servicio de Infectología	

23. REFERENCIAS

1. Woll C, Neuman MI, Aroston PL. Management of the febrile young infant: Update for the 21st Century. *Pediatr Emerg Care*. 2017;33(11):748-753. Doi: 10.1097/PEC.0000000000001303.
2. Colvin JM, Muenzer JT, Jaffe DM et al. Detection of viruses in young children with fever without apparent source. *Pediatrics* 2012;130(6):e1455–62.
3. L’Huillier AG, Mardegan C, Cordey S et al. Enterovirus, Parechovirus, Adenovirus and Herpes Virus type 6 viraemia in fever without source. *Arch Dis Child* 2020;105(2):180-186. Doi: 10.1136/archdischild-2019317382.
4. Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M. Fiebre sin foco. En *Protocolos de diagnósticos-terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica*. 3ª edición. Ergon Editorial. España 2011.
5. Ares Álvarez J, Morillo Gutiérrez B. Manejo del paciente pediátrico con fiebre sin foco. En: *AEPap* (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 397-408.
6. Wing QR, Dor MR, McQuilkin PA. Fever in the pediatric patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2013;31(4):1073-96. Doi:10.1016/j.emc.201307.006.
7. Allen HA. Fever without a source in children 3 to 36 months of age: Evaluation and management. *UpToDate*. May 2020.
8. Arora R, Mahajan P. Evaluation of Child with fever without source. Review of literature and update. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:1049-1062. Doi: 10.1016/j.pcl.2013.06.009.
9. Fernández Cuesta MA; Grande Tejada A, Morillo Gutiérrez B. Fiebre sin foco en el menor de 3 años. *Guías ABE. Infecciones en pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico*. España. 2018.
10. González-Requejo A. Principales motivos de consulta: Fiebre sin foco. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2008;1(2):63-70.
11. Mahajan P, Kuppermann N, Suarez N et al. RNA transcriptional biosignature analysis for identifying febrile infants with serious bacterial infections in the emergency department: a feasibility study. *Pediatr Emerg Care*. 2015; 31:1–5. [PubMed: 25526020]
12. Mintegi Raso S, Gómez Cortés B. Lactante febril. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría*. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 3ª edición. España. 2019