



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN ESTUDIO DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“PREVALENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA DE FIEBRE DE ORIGEN A
DETERMINAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
ADOLFO LÓPEZ MATEOS ISSSTE”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. LESLIE DEL CARMEN RODARTE PICHARDO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA

ASESOR DE TESIS:
DRA. ARMINDA RODRIGUEZ SERRALDE
MA. CARMEN MEJIA FIGUEROA

NO DE REGISTRO DE PROTOCOLO

475.2016

CIUDAD DE MEXICO, 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. DANIEL ANTONIO RODRIGUEZ ARAIZA
COORD. DE ENSEÑAZA E INVESTIGACIÓN

DR. ANDRES DAMIAN NAVA CARRILLO
JEFE DE ENSEÑANZA MEDICA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACION

DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DRA. ARMINDA RODRIGUEZ SERRALDE
ASESOR DE TESIS

MA. CARMEN MEJIA FIGUEROA
ASESOR DE TESIS

**“PREVALENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA DE FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS ISSSTE”**

SERVICIO PEDIATRIA

**HOSPITAL REGIONAL
“LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”
I.S. S. S. T. E**

No. De Registro de Protocolo

475.2016

Año 2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por permitir que naciera, por conocerlo y escogerme como su Hija,
y sobre todo por guiarme en su camino y ser su instrumento para
traer salud a lo más valioso de la humanidad “Los niños”.

A mis Padres y Hermanos:

Jorge, Rocio, Einar y Sara

Por darme su amor, y las herramientas necesarias

Para hacer posible el sueño de mi vida, su apoyo incondicional

Sus llamadas de atención y sus palabras de aliento y sobretodo

Su confianza en que podría lograr realizar mi sueño profesional.

A mi familia:

Jorge y Sofía, por ser el motor de mi vida, por su apoyo

Por su amor, por sus palabras de optimismo y ser mi

fortaleza en los momentos de flaqueza y debilidad, por ser

Mi todo y mis ganas de querer ser mejor cada día, y dar lo

Mejor de mí. Por ser los Amores de mi vida.

A mis maestros:

Gracias a todos mis maestros y maestras,
por transmitirme sus conocimientos, mucho o poco
colocaron su granito de arena para poder forjar la
profesionista que hoy en día podre poner en practica
todos los conocimientos adquiridos, gracias por sus
palabras, su confianza y su amistad.

Mis amigos: Por ser mi segunda familia, por compartir los momentos
Mas conmemorables de felicidad y tristeza en este camino, por su
Apoyo, por abrirme su corazón, y permitir que yo abriera el mío hacia ellos
Por sus enseñanzas de la medicina y de la vida misma, y sobre todo, por
Hacer más divertido y menos árido el viaje de la residencia.

INDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
ANTECEDENTES.....	13
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSION.....	27
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29

RESUMEN

Introducción: La Fiebre de Origen a Determinar es una entidad de difícil manejo si no se tienen en cuenta sus características clínico - epidemiológicas. El abordaje por parte del médico debe ser sistemático y ordenado para un correcto estudio; de no ser así, puede retrasarse o incluso obviar el diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, así como comprometer futuros tratamientos.

La fiebre es la manifestación clínica más frecuente en pediatría, y es la responsable de más de un tercio de las consultas pediátricas.

Objetivos: Conocer la Prevalencia y las causas más frecuentes de la Fiebre de Origen a Determinar de la población pediátrica en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Metodología: Estudio Observacional, Analítico, transversal, Retrospectivo y Clínico-Epidemiológico (Nivel 2: Estudiamos causa efecto-RR y cálculo epidemiológico- Incidencia y prevalencia) de enero del 2009 a julio 2012

Resultados: (La Incidencia refleja el número de “casos” en un periodo de tiempo, en este caso estudiamos los casos con Diagnóstico de FOD. Es un índice dinámico que requiere seguimiento, es decir, es la proporción de individuos que desarrolla el evento, “FOD” en este estudio, durante el periodo de seguimiento)

INCIDENCIA: Número de eventos nuevos/Número total de población

2009: $201/2600 = 0.077$ (por mil = 77) tasa de 77 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2010: $300/2540 = 0.1181$ (por mil= 118.1) tasa de 118 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2011: $305/2710 = 0.1125$ (por mil= 112.5) tasa de 112 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2012: $210/2680 = 0.0783$ (por mil= 78.3) tasa de 78 casos de FOD por cada 1000 ingresos

INCIDENCIA ACUMULADA

IA= I/N

$385/10530 = 0.0365$

El riesgo de que un ingreso tenga FOD será de 3.65% en la población ingresada por cualquier causa a través del servicio de Urgencias.

PREVALENCIA

P= Casos/ Población

1016/ 122,300= 0.0083, 8.3 por cada mil

Conclusiones:

Los resultados obtenidos de acuerdo a la etiología más frecuente, que se obtuvo al realizar el estudio, las 4 más frecuentes fueron: 1. Infecciosa con una Media de 183.25, 2. Autoinmune con una Media de 56.25, 3. Neoplásica con una Media de 8 y 4. Medicamentosa con una Media de 6.5. Por lo que podremos abordar de manera oportuna, sistemática e integral al paciente, unificando criterios, así como solicitar oportunamente el apoyo multidisciplinario cuando se requiera, con el fin de obtener el diagnóstico etiológico correcto y así poder brindar el tratamiento específico sin demoras ni tratamientos parciales o inespecíficos. Evitando gastos innecesarios a la Institución.

Palabras claves: *Fiebre, Determinar, Pediatría, Origen, Complicaciones.*

ABSTRACT

Introduction: The Fever of Origin to be determined is an entity of difficult management if its clinical and epidemiological characteristics are not taken into account. The approach by the physician must be systematic and orderly for a correct study; If not, can delay or even obviate the diagnosis of potentially serious diseases, as well as compromise future treatments.

Fever is the most common clinical manifestation in pediatrics, accounting for more than one-third of pediatric consultations.

Objectives: To know the Prevalence and the most frequent causes of the Fever of Origin to determine of the pediatric population in the Regional Hospital Lic. Adolfo López Mateos

Methodology: Observational, Analytical, Transverse, Retrospective and Clinical-Epidemiological Study (Level 2: We studied effect-RR and epidemiological calculation - Incidence and prevalence) from January 2009 to July 2012

Results: (Incidence reflects the number of "cases" in a period of time; in this case we study cases with FOD Diagnosis.) It is a dynamic index that requires follow-up, that is, the proportion of individuals that develops the event, "FOD "In this study, during the follow-up period)

INCIDENCE: Number of new events / Total number of population

2009: $201/2600 = 0.077$ (per thousand = 77) rate of 77 FOD cases per 1000 admissions

2010: $300/2540 = 0.1181$ (per thousand = 118.1) rate of 118 cases of FOD per 1000 incomes

2011: $305/2710 = 0.1125$ (per mil = 112.5) rate of 112 FOD cases per 1000 admissions

2012: $210/2680 = 0.0783$ (per mil = 78.3) rate of 78 FOD cases per 1000 admissions

ACCUMULATED INCIDENCE:

$$IA = I / N$$

$$385/10530 = 0.0365$$

The risk that an income has a FOD will be 3.65% in the population admitted for any cause through the emergency department.

Conclusions: The results obtained according to the most frequent etiology that was obtained during the study, the 4 most frequent were: 1. Infectious with a Mean of 183.25, 2. Autoimmune with a Mean of 56.25, 3. Neoplastic with a Mean of 8 and 4. Medication with a Mean of 6.5. So that we can address in a timely, systematic and comprehensive way the patient, unifying criteria, as well as promptly request multidisciplinary support when required, in order to obtain the correct etiological diagnosis and thus be able to provide the specific treatment without delays or partial treatments Or non-specific. Avoiding unnecessary expenses to the Institution.

Keywords: Fever, Determination, Pediatrics, Origin, Complications.

INTRODUCCIÓN

La Fiebre de Origen a Determinar es una entidad de difícil manejo si no se tienen en cuenta sus características clínico - epidemiológicas. El abordaje por parte del médico debe ser sistemático y ordenado por un correcto estudio; de no ser así, puede retrasarse o incluso obviar el diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, así como comprometer futuros tratamientos.

La fiebre es la manifestación clínica más frecuente en pediatría, y es la responsable de más de un tercio de las consultas pediátricas.

La fiebre de origen a determinar, identifica un síndrome febril que no se resuelve espontáneamente, en el cual la causa puede permanecer desconocida aun después de un extenso trabajo diagnóstico

Dado que es una de las principales causas de consulta la fiebre, observamos los siguientes problemas en la práctica clínica:

Determinar la Incidencia y Prevalencia la Fiebre de Origen desconocido, de los pacientes pediátricos en el Hospital Regional "Adolfo López Mateos", así como los factores etiológicos.

ANTECEDENTES

La fiebre es considerada como un verdadero síndrome y está constituido invariablemente por el alza térmica, aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la frecuencia respiratoria, anorexia, concentración de la orina, cefalea, sed, escalofríos, sueño, fatiga, irritabilidad, mialgias, artralgias, delirio febril y mal estado general. (4) Se ha llegado al consenso internacional para considerar fiebre a la temperatura corporal central sobre 38°. (5,6,7) Según Roca Goderich y Long, el descubrimiento del termómetro por Wunderlich es 1868 al ser medible la temperatura constituyó una expresión del quebrantamiento del equilibrio salud-enfermedad. (8) Las determinaciones más utilizadas son: rectal, axilar, bucal y ótica. La técnica más confiable es la rectal. Es la causa más común de consulta en Pediatría y está habitualmente relacionada con enfermedades infecciosas. (9).

Petersdorf y Beeson propusieron, en 1961 tres criterios para considerar una fiebre como de origen desconocido, siendo estos: 1. Fiebre mayor de 38.3°C documentada en varias ocasiones, 2. Duración de la fiebre por más de 3 semanas y 3. El diagnóstico etiológico permanece desconocido después de una semana de estudio hospitalario. (10) Durack y Street en 1991, redefinen el tercer criterio, mismo que flexibiliza al indicar que es suficiente la ausencia de diagnóstico a pesar de las investigaciones adecuadas durante al menos 3 visitas en la consulta o 3 días de hospitalización. (11) El clínico debe tomar en cuenta que la fiebre puede ser originada por causas infecciosas, tales como virus, bacterias, hongos, protozoos y en otras ocasiones por causas no infecciosas como enfermedades oncológicas, endocrinopatías, vasculitis, medicamentos, colagenopatías. (12) En general se considera que las principales causas de fiebre se presentan en la siguiente proporción (varía de acuerdo a las series y al contexto): Infecciones (virales o bacterianas) 30-40 %, Neoplasias 20-30 %, Vasculitis-colagenopatías 10-15 %, miscéneos 10-15%, Fiebre de origen desconocido sin determinar etiología 5-15%. (13) El diagnóstico varía de acuerdo a la edad del paciente, así en menores de 6 años las infecciones son más frecuentes que otras causas, en adolescentes son frecuentes las colagenopatías y en ancianos las neoplasias. Por otro lado a mayor tiempo de evolución menos probabilidad de que sea una infección (más de 6 meses de evolución hay poca probabilidad que la causa sea una infección). (14, 15)

Cuándo se trata de un caso de síndrome febril o de fiebre de origen indeterminado por el tiempo de evolución, deberá llevarse a cabo un abordaje a través de fases de estudio que permitan la investigación ordenada, más rápida y con menos costos partiendo del supuesto de las causas más frecuentes a las menos frecuentes. (16) Siempre deberá ser agotada una fase antes de iniciar la siguiente a menos de que existan datos clínicos nuevos o resultados de los exámenes que orienten hacia otro grupo de patologías, aparato o sistema afectado. Se recomienda el siguiente esquema:

Primera fase: Exámenes obligados: biometría hemática, reticulocitos, plaquetas, urianálisis, reacciones febriles, Mantoux, hemocultivos y radiografía de tórax. Exámenes opcionales: búsqueda de plasmodio, monotest, coprocultivo, urocultivo, exudado faríngeo, examen de líquido cefalorraquídeo y radiografía de senos paranasales.

Segunda fase: Exámenes obligados: factor reumatoide, células LE, anticuerpos antinucleo, complemento hemolítico, proteína C reactiva, proteínas por electroforesis y C3. Exámenes opcionales: antiestreptolisinas, inmunoglobulinas, urea y creatinina.

Tercera fase: Radiografía de cráneo y huesos largos, biopsias de médula ósea, ganglio o hígado, urografía excretora, linfografía, ecografía, gammagrafía y tomografía computada.

Cuarta fase: Laparotomía exploradora o alta y revaloración en 2 o 3 semanas. (17,18, 19, 20)

JUSTIFICACIÓN

La Fiebre de Origen a Determinar es una entidad de difícil manejo si no se tienen en cuenta sus características clínico epidemiológicas. El abordaje por parte del médico debe ser sistemático y ordenado por un correcto estudio; de no ser así, puede retrasarse o incluso obviar el diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, así como comprometer futuros tratamientos.

La fiebre es la manifestación clínica más frecuente en pediatría, y es la responsable de más de un tercio de las consultas pediátricas

Debido a que la fiebre de origen indeterminado es en ocasiones difícil determinar la etiología o causa subyacente es necesario llevar un seguimiento de los casos estudiados ya que actualmente en nuestro servicio no se conoce la prevalencia ni las causas más frecuentes, así mismo unificar criterios para el estudio y diagnóstico, lo cual repercutirá en menores costos y días de hospitalización de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la Prevalencia y las causas más frecuentes de la Fiebre de origen a determinar de la población pediátrica

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Calcular la Prevalencia
- Calcular la Incidencia acumulada
- Conocer las causas más frecuentes de Fiebre de Origen a determinar

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Observacional, Analítico, transversal, Retrospectivo y Clínico-Epidemiológico de enero del 2009 a julio 2012

A todos los pacientes se les registró las variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia) y antecedentes epidemiológicos de importancia. Igualmente se recolectó las características de la fiebre (duración, patrón, etc) y los síntomas acompañantes, así como los hallazgos relevantes a la exploración física. Finalmente se incluyeron los estudios paraclínicos relevantes.

El análisis descriptivo se hizo calculando la media, mediana y distribución de frecuencias de acuerdo a la escala de medición y tipo de distribución de las variables de estudio. La significancia estadística se estimó con prueba de t de Student (Estadística Paramétrica), se utilizó este método ya que la población siguió una distribución normal.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 1 mes a 17 años cumplido que ingresen al servicio de Hospitalización de pediatría con Diagnóstico de fiebre de origen a determinar en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos que ingresan al servicio con fiebre, pero que no cumplan criterios para diagnóstico de Fiebre de Origen a determinar
- Pacientes pediátricos menores de 1 mes de edad con diagnóstico de fiebre de origen a determinar

Criterios de eliminación

- Pacientes pediátricos que ingresaron al servicio de pediatría con diagnóstico de FOD, que recibieron tratamiento empírico antes de completar protocolo de estudio para el diagnóstico
- Pacientes con expedientes incompletos o imposibilidad de acceso al expediente.

Se utilizaron las variables de Edad, grupo etario, genero, causa patológica a FOD, tipo patología causante FOD y temperatura.

RESULTADOS

INCIDENCIA

(La Incidencia refleja el número de “casos” en un periodo de tiempo, en este caso estudiamos los casos con Dx de FOD. Es un índice dinámico que requiere seguimiento, es decir, es la proporción de individuos que desarrolla el evento, “FOD” en este estudio, durante el periodo de seguimiento)

INCIDENCIA: Número de eventos nuevos/Número total de población

2009: $201/2600 = 0.077$ (por mil = 77) tasa de 77 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2010: $300/2540 = 0.1181$ (por mil= 118.1) tasa de 118 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2011: $305/2710 = 0.1125$ (por mil= 112.5) tasa de 112 casos de FOD por cada 1000 ingresos

2012: $210/2680 = 0.0783$ (por mil= 78.3) tasa de 78 casos de FOD por cada 1000 ingresos

INCIDENCIA ACUMULADA

IA= I/N

$385/10530 = 0.0365$

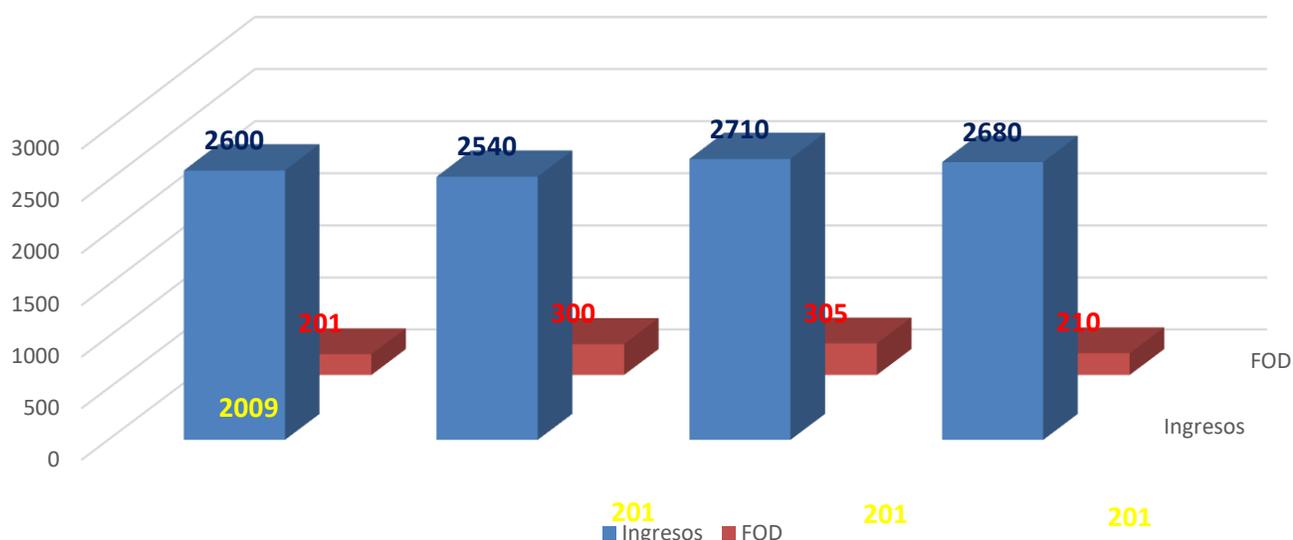
El riesgo de que un ingreso tenga FOD será de 3.65% en la población ingresada por cualquier causa a través del servicio de Urgencias.

PREVALENCIA

P= Casos/ Población

$1016/ 122,300 = 0.0083$ 8.3 por cada mil

Ingresos y Dx FOD por año



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
FOD	4	201	305	254.00	56.160
N válido (por lista)	4				

Los ingresos mínimos se encontraron en el año 2010 y los máximos en 2011.

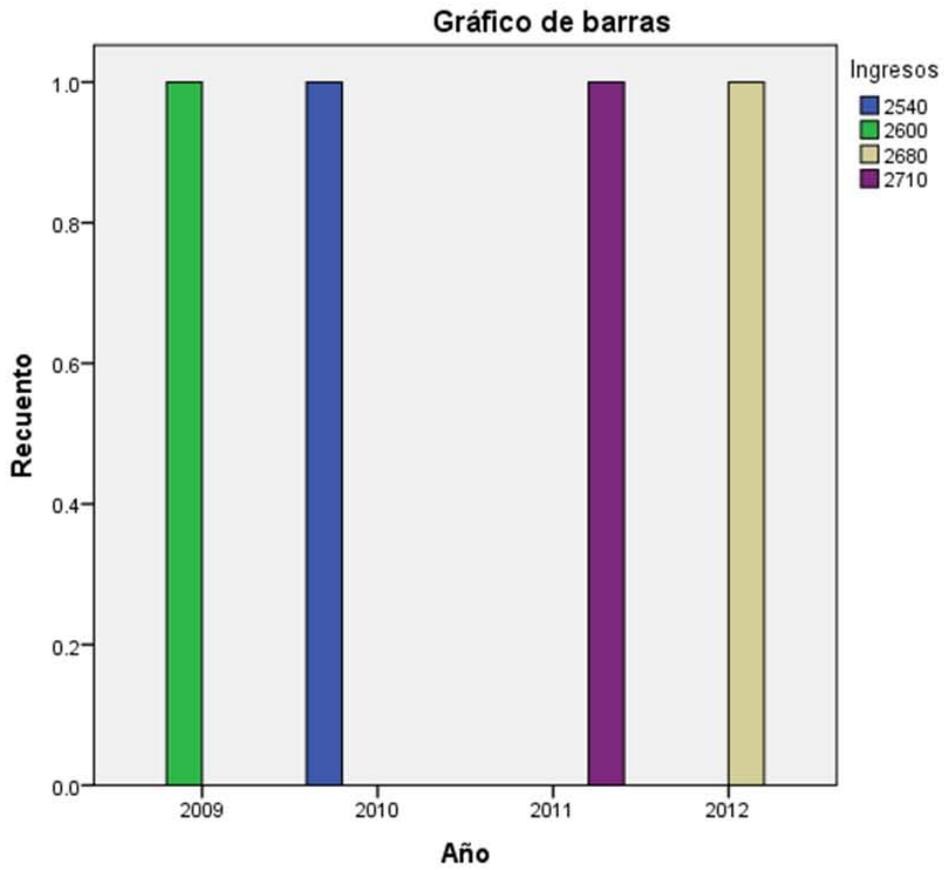
La media de ingresos fue 2632, con una desviación estándar de 77.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Ingresos	4	2540	2710	2632.50	77.190
N válido (por lista)	4				

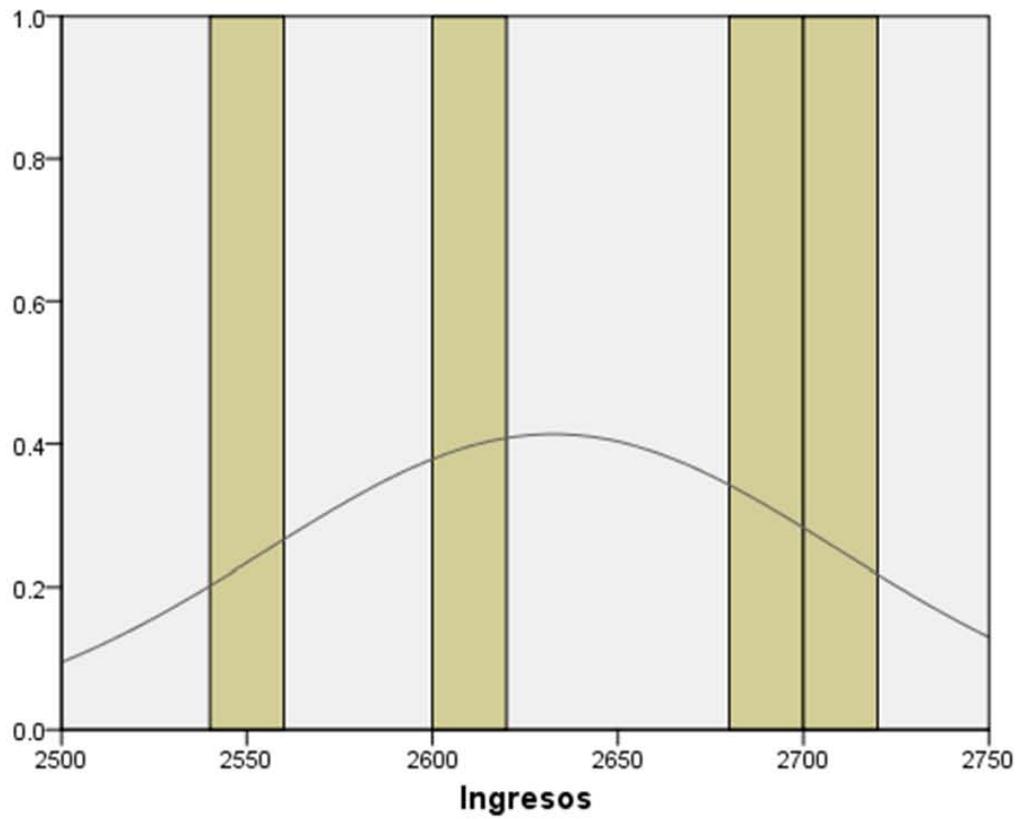
Los ingresos por FOD mínimos fueron 201 en el año 2009 y los máximos 305 en el 2011

La media de ingresos por FOD fue de 254 con una desviación estándar de 56.



Prueba de muestra única

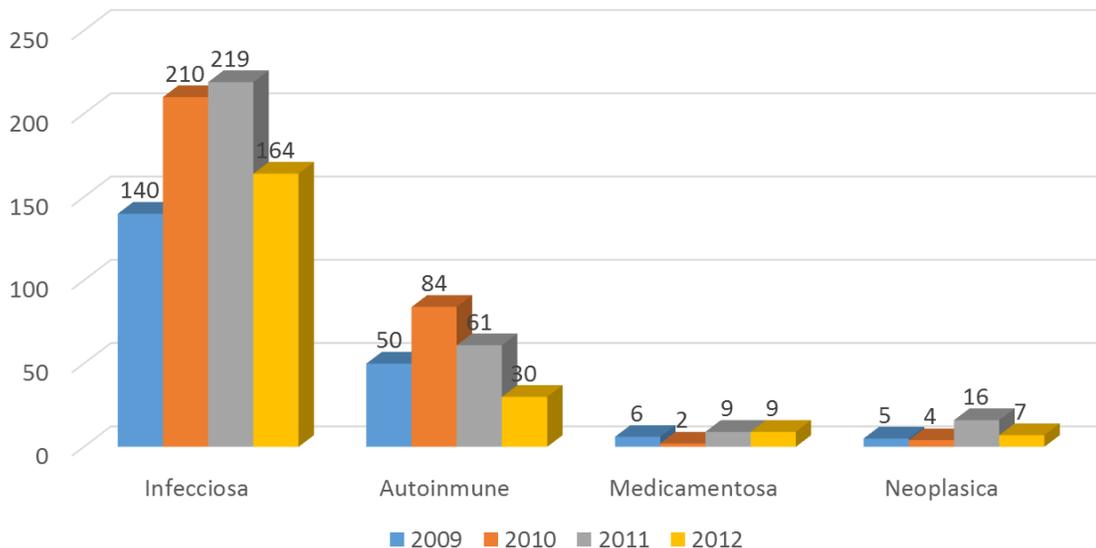
	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Ingresos	68.208	3	.000	2632.500	2509.67	2755.33
FOD	9.046	3	.003	254.000	164.64	343.36



Estadísticas de muestra única

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Ingresos	4	2632.50	77.190	38.595
FOD	4	254.00	56.160	28.080

FOD POR AÑO



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar	Varianza	Curtosis	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error estándar
Infecciosa	4	140	219	183.25	18.786	37.571	1411.583	-3.828	2.619
Autoinmune	4	30	84	56.25	11.257	22.515	506.917	.378	2.619
Medicamentosa	4	2	9	6.50	1.658	3.317	11.000	-.050	2.619
Neoplasica	4	4	16	8.00	2.739	5.477	30.000	2.922	2.619
N válido (por lista)	4								

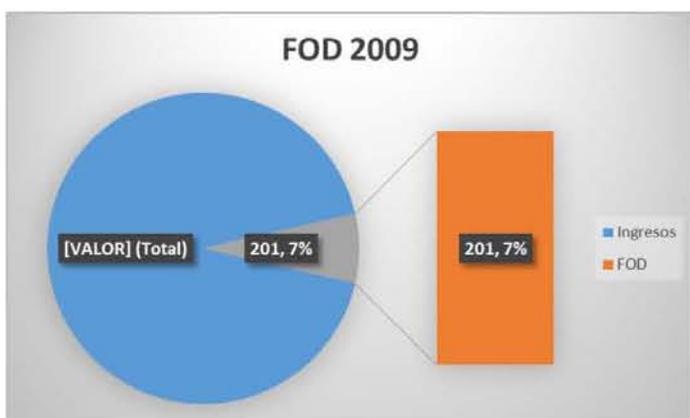
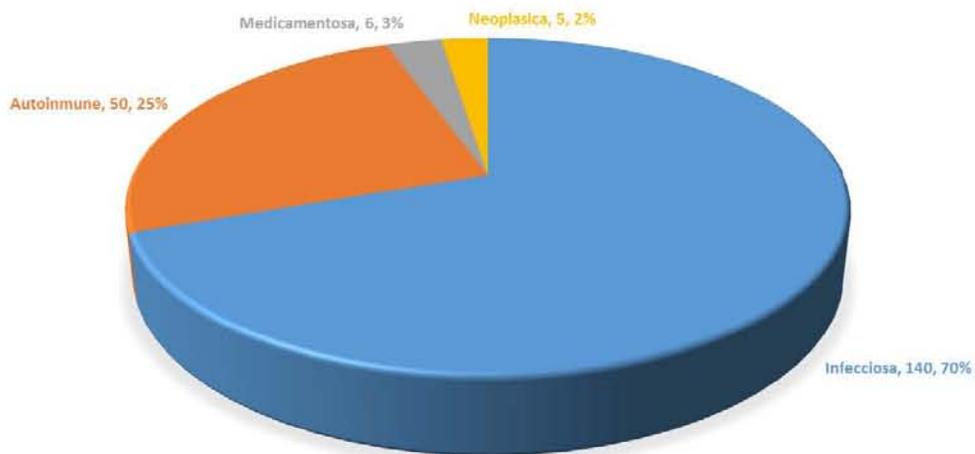
Prueba de T

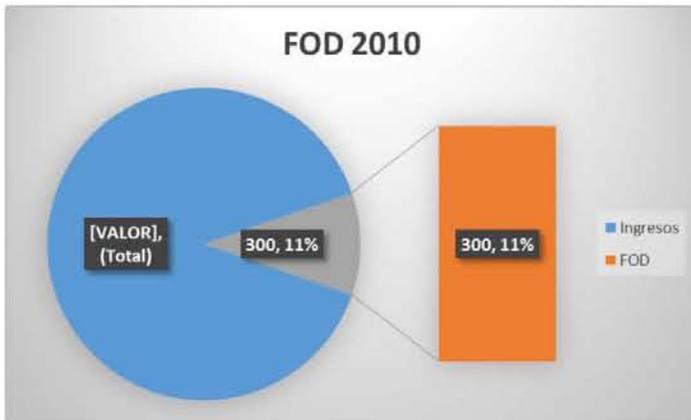
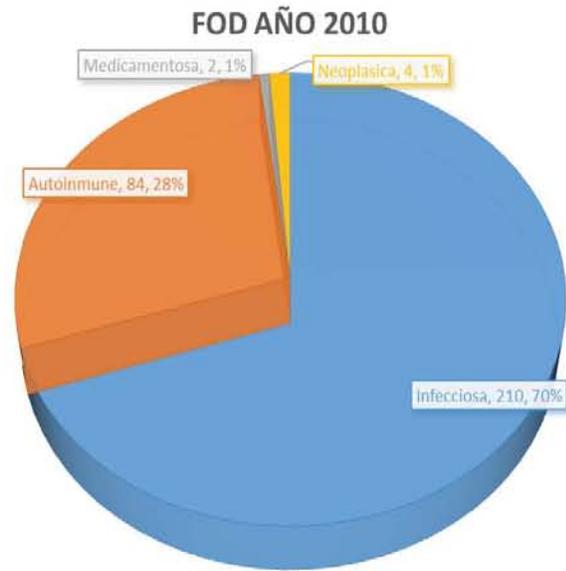
Correlaciones

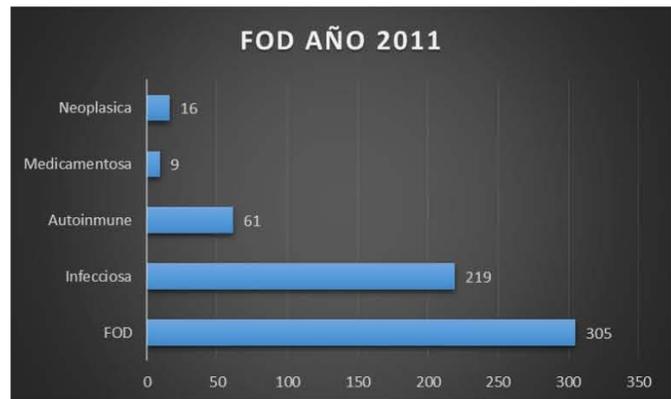
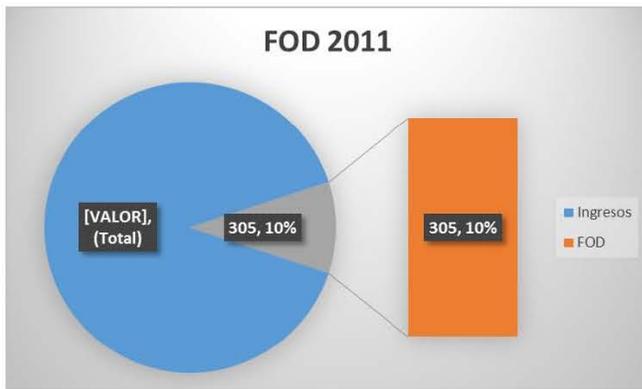
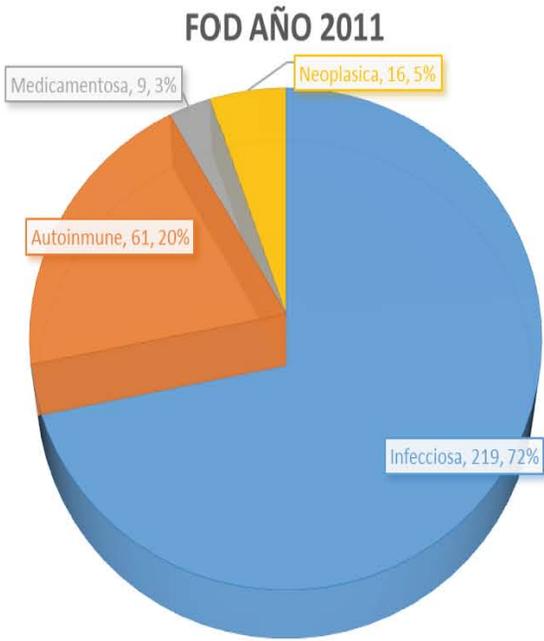
		FOD	Infecciosa	Autoinmune	Medicamentos a	Neoplasica
FOD	Correlación de Pearson	1	.978*	.792	-.292	.463
	Sig. (bilateral)		.022	.208	.708	.537
	N	4	4	4	4	4
Infecciosa	Correlación de Pearson	.978*	1	.665	-.154	.531
	Sig. (bilateral)	.022		.335	.846	.469
	N	4	4	4	4	4
Autoinmune	Correlación de Pearson	.792	.665	1	-.783	-.076
	Sig. (bilateral)	.208	.335		.217	.924
	N	4	4	4	4	4
Medicamentosa	Correlación de Pearson	-.292	-.154	-.783	1	.679
	Sig. (bilateral)	.708	.846	.217		.321
	N	4	4	4	4	4
Neoplasica	Correlación de Pearson	.463	.531	-.076	.679	1
	Sig. (bilateral)	.537	.469	.924	.321	
	N	4	4	4	4	4

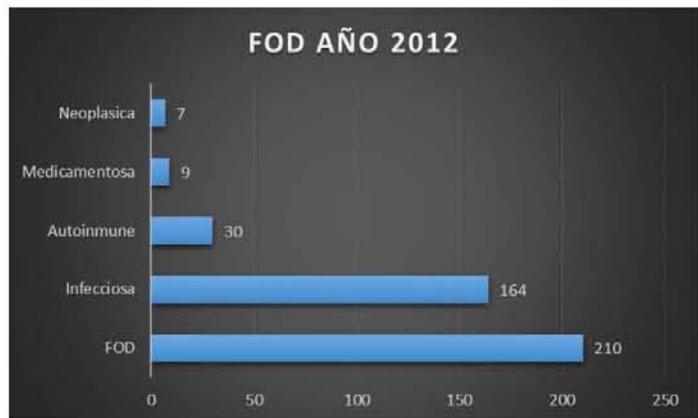
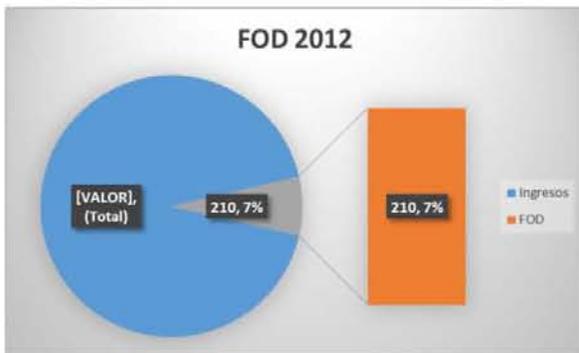
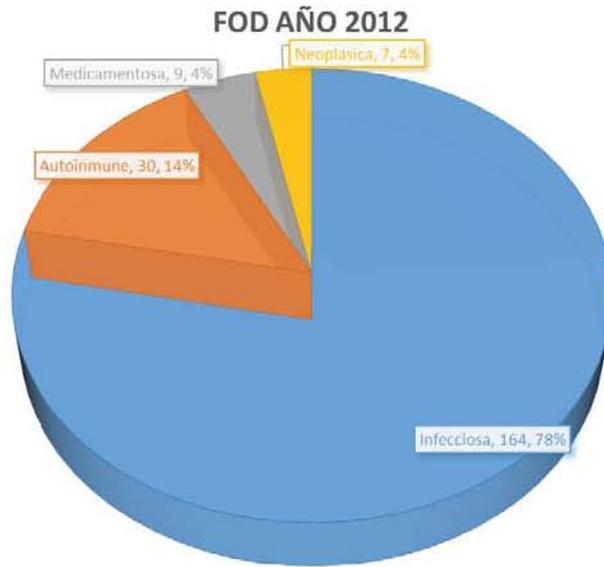
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

FOD AÑO 2009









DISCUSION

La Fiebre de Origen a Determinar es una entidad de difícil manejo si no se tienen en cuenta sus características clínico - epidemiológicas. El abordaje por parte del médico debe ser sistemático y ordenado por un correcto estudio; de no ser así, puede retrasarse o incluso obviar el diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, así como comprometer futuros tratamientos.

La fiebre es la manifestación clínica más frecuente en pediatría, y es la responsable de más de un tercio de las consultas pediátricas

En nuestro estudio se consideró a todos los pacientes pediátricos, con fiebre persistente y sin etiología definida, de acuerdo a los criterios y definición establecidos encontrados en la literatura de Fiebre de Origen a Determinar Petersdorf y Beeson propusieron, en 1961 tres criterios para considerar una fiebre como de origen desconocido, siendo estos: 1. Fiebre mayor de 38.3°C documentada en varias ocasiones, 2. Duración de la fiebre por más de 3 semanas y 3. El diagnóstico etiológico permanece desconocido después de una semana de estudio hospitalario. (10) Durack y Street en 1991, redefinen el tercer criterio, mismo que flexibiliza al indicar que es suficiente la ausencia de diagnóstico a pesar de las investigaciones adecuadas durante al menos 3 visitas en la consulta o 3 días de hospitalización. (11) y con sucesivas revisiones estableciendo listado de dichos indicadores, mismos que se tomaron en cuenta en nuestra población estudiada.

De los resultados arrojados en el estudio se determinó que un porcentaje el 3.65% en la población ingresada por cualquier causa a través del servicio de Urgencias, presentara riesgo de FOD de nuestra población de estudio, considerando que en la literatura la prevalencia de 5 – 15% correspondería a una incidencia baja.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de FOD en nuestra población de estudio es relativamente baja, concordando con lo establecido en la literatura
- Los resultados obtenidos de acuerdo a la etiología más frecuente, que se obtuvo al realizar el estudio, las 4 más frecuentes fueron: 1. Infecciosa, 2. Autoinmune 3. Neoplásica y 4. Medicamentosa, se arrojaron estudios similares a lo descrito en la literatura, solo difiriendo en 2do lugar como causas autoinmunes o colagenopatías, por lo que sería recomendable, hacer más hincapié en un abordaje integral en búsqueda de estas patologías.
- Podremos abordar de manera oportuna, sistemática e integral al paciente, unificando criterios, así como solicitar oportunamente el apoyo multidisciplinario cuando se requiera, con el fin de obtener el diagnóstico etiológico correcto y así poder brindar el tratamiento específico sin demoras ni tratamientos parciales o inespecíficos. Evitando gastos innecesarios a la Institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLPÍZAR CABALLERO LOURDES DRA. Y MEDINA HERRERA. ESTHER DRA. FISIOPATOLOGÍA DE LA FIEBRE. REV CUBANA MED MILIT 1999;28(1):49-54

2. ALPÍZAR CABALLERO LOURDES B. DRA Y MEDINA HERRERA ESTHER E. DRA. LA FIEBRE. CONCEPTOS BÁSICOS. REV CUBANA PEDIATR 1998; 70(2):79-83

3. BUESO LARA JAIME ALBERTO, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) EN NIÑOS. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS GUATEMALA (USAC).FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. EXTERNADO DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA. HOSPITAL ROOSEVELT. 2009.

4. GEORGE O. AKPEDE¹ AND GREGORY I. AKENZUA² AETIOLOGY AND MANAGEMENT OF CHILDREN WITH ACUTE FEVER OF UNKNOWN ORIGIN. PAEDIATR DRUGS 2001; 3 (3): 169-193
1174-5878/01/0003-0169/\$22.00/0

5. GEORGE O. AKPEDE AND GREGORY I. AKENZUA² MANAGEMENT OF CHILDREN WITH PROLONGED FEVER OF UNKNOWN ORIGIN AND DIFFICULTIES IN THE MANAGEMENT OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN CHILDREN IN DEVELOPING COUNTRIES PAEDIATR DRUGS 2001; 3 (4): 247-262
1174-5878/01/0004-0247/\$22.00/0

6. OZGUR COGULU, GULDANE KOTUROGLU, ZAFER KURUGOL, FERDA OZKINAY, FADIL VARDAR AND CIHANGIR OZKINA EVALUATION OF 80 CHILDREN WITH PROLONGED FEVER. PEDIATRICS INTERNATIONAL (2003) 45 , 564–569

7. ROBERT W. TOLAN, JR. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN: A DIAGNOSTIC APPROACH TO THIS VEXING PROBLEM. CLINICAL PEDIATRICS 49(3) 207–213

8. HASAN A. MAJEED, FRCPI, DCH. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IN CHILDREN. CURR OPIN RHEUMATOL 2000, 12:439–444

9. FLORES-CANALIZO HÉCTOR ROGELIO ET AL. APTITUD CLÍNICA EN FIEBRE DE ORIGEN OSCURO. COMPARACIÓN DE DOS ESTRATEGIAS EDUCATIVAS. REV MED INST MEX SEGURO SOC 2009; 47 (1): 45-50

10. PETERSDORF RO, BEESON PB. FEVER OF UNEXPLAINED ORIGIN: REPORT ON 100 CASES. MEDICINE 1961; 40: 1-30.

11. ROMÁN RUIZ ARCOS ET. AL. FIEBRE EN PEDIATRÍA. VOL. 77, SUPL. 1 • JULIO-AGOSTO 2010 PP S3-S8
12. M. LABAY MATÍAS, J. MARTÍN CALAMA, F. VALLE SÁNCHEZ, C. DE MIGUEL PARDO, M. VALERO ADÁN FIEBRE PROLONGADA DE ORIGEN DESCONOCIDO, CAUSADA POR RUBÉOLA ATÍPICA EN NIÑO PREVIAMENTE VACUNADO, SIMULANDO MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. AN ESP PEDIATR 1998;49:321-322.
13. GONZALEZ SALDAÑA, TORALES, GOMEZ, BARRETO. INFECTOLOGIA CLINICA PEDIATRICA. 7° EDICIÓN. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA, MEXICO 2003.
14. LOZANO F, LEÓN JIMÉNEZ EM, GÓMEZ-MATEOS JM Y CORZO JE, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: ACTITUDES DIAGNÓSTICAS, SECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA, [HTTP://WWW.SEPEAP.ES/LIBROS/MEDICINA_CINE98/ARTIKU-LU/M7704.PDF](http://www.sepeap.es/libros/medicina_cine98/artiku-lu/m7704.pdf)
15. IBARRA G. XIMENA, TAMARA VIVIANI S.\ PEÑA D ANA MARÍA, CERDA L. JAIME. SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO Y SOSPECHA DE INFECCIÓN BACTERIANA EN NIÑOS ENTRE 6 SEMANAS Y 36 MESES. REV CHIL PEDIATR- 2008; 79 (4): 388-392
16. PALMIERI OJ, FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. REVISTA ELECTRONICA DE DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES, 1997 (1).
17. PAGANINI H, BOLOGNA RR. DEBBAG R, Y COL. NEUTROPENIA Y FIEBRE EN PEDIATRÍA: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA. MEDICA INFANTIL. 1996: 3:159-164
18. RUIZ CONTRERAS J, LÓPEZ GONZÁLEZ G, MARTÍNEZ ANTÓN A. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO Y FIEBRE PROLONGADA. VOL.1/2007. GUIA ABE INFECCIONES EN PEDIATRIA. GUÍA RÁPIDA PARA LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO.
19. FINKELSTEIN JA, CHISTIANSSEN CL, PLATT R. FEVER IN PEDIATRIC PRIMARY CARE: OCCURRENCE, MANAGEMENT AND OUTCOMES. PEDIATRICS. 2000; 105 (1 PT 3): 260-266
20. MARTINEZ Y MARTINEZ. SALUD Y ENFERMEDAD DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. MC GRAW HILL. 5° EDICION. MEXICO. 2005. PP 445-448.
21. BURKE A CUNHA MD. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN. CLIN INFECT DIS 10: 111-12, 1996
22. DURACK DT. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN-REEXAMINED AND REDEFINED. CURRENT CLIN TOPICS IN INFECT DIS 8: 35-41, 1991

- 23.** VANDERSCHUEREN S, KNOCKAERT D, ET AL. FROM PROLONGED FEBRILE ILLNESS TO FEVER OF UNKNOWN ORIGIN: THE CHALLENGE CONTINUES. ARCH INTERN MED, 163: 1033-44, 2003
- 24.** EFSTATHIOU SP, PEFANIS AV, TSIAKOU AG. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN: DISCRIMINATION BETWEEN INFECTIOUS AND NON INFECTIOUS CAUSES. EUROPEAN JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE; 21: 137-143, 2010