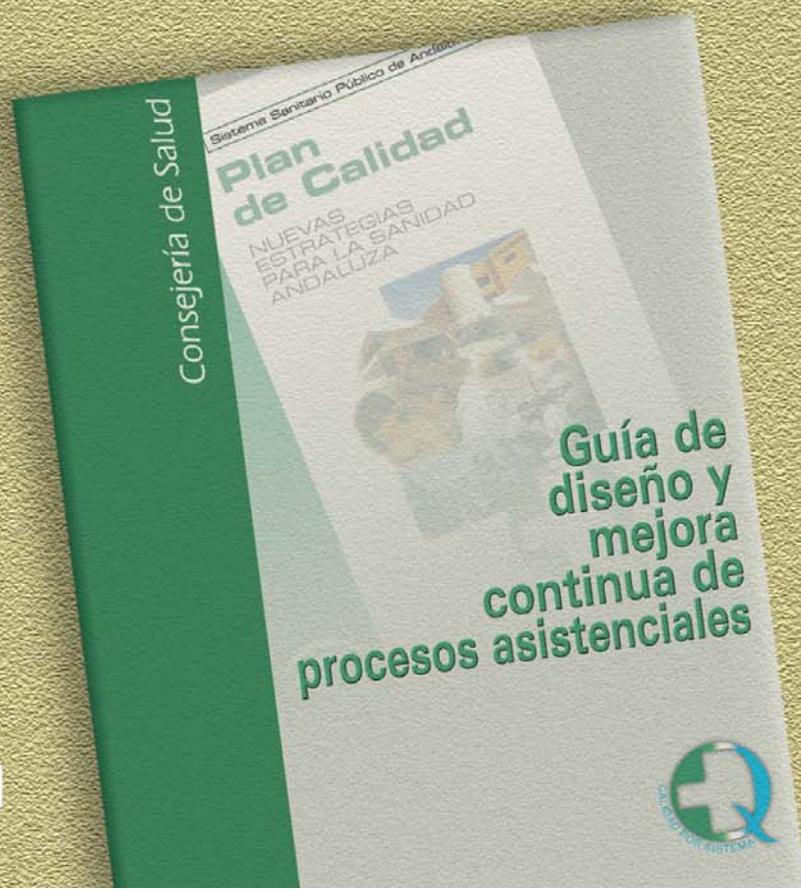


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

FIEBRE EN LA INFANCIA



2ª Edición

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO

PROCESO
ASISTENCIAL
INTEGRADO



PROCESO
FIEBRE EN LA INFANCIA

PROCESO fiebre en la infancia : proceso
asistencial integrado / [autoría, José Manuel
García Puga (coordinador) ... et al.]. -- 2ª
ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2009
96 p. : tablas, gráf. ; 24 cm
1. Fiebre 2. Niño 3. Atención a la salud
I. García Puga, José Manuel II. Andalucía.
Consejería de Salud
WB 152

AUTORÍA

José Manuel García Puga (Coordinador); Elena
Fernández Segura; Francisco Javier
Garrido Torrecillas; M^a Dolores Hernández
Morillas; Sara Marfil Olink; Reyes Sánchez Tallón
Juan Luís Santos Pérez; Manuel
Francisco Trabado Herrera
Matilde Rita Calero Fernández.

1ª edición, 2003

2ª edición, 2009

Edita: Junta de Andalucía, Consejería de Salud

ISBN: 978-84-692-9578-6

D. L.: SE-2939-2010

Maquetación e impresión: Forma Animada S.L.L.

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario o la usuaria.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada una de las publicaciones que se presentan recogen el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas, y sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que se está desarrollando e implantando de forma progresiva, y que es sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Carmen Cortes Martínez
Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DEFINICIÓN GLOBAL.....	9
3. DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS.....	11
- Personas destinatarias y expectativas.....	11
- Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad.....	15
4. COMPONENTES.....	19
- Descripción general.....	19
- Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	22
- Recursos. Características generales. Requisitos.....	39
- Unidades de soporte.....	40
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	41
- Arquitectura. Nivel 1.....	42
- Arquitectura. Nivel 2.....	43
- Arquitectura. Nivel 3.....	45
6. INDICADORES.....	49
ANEXOS	
Anexo 1: Dónde tomar la temperatura.....	53
Anexo 2: Tratamiento antitérmico.....	55
Anexo 3: Recomendaciones a padres, madres y personas cuidadoras (Documento para entregar).....	57
Anexo 4: Historia clínica.....	59
Anexo 5: Escalas para clasificación de la fiebre en función de la gravedad.....	61
Anexo 6: Recogida de orina.....	65
Anexo 7: Valores normales en el hemograma por grupo de edad.....	69
Anexo 8: Recomendaciones para la extracción de sangre destinada a hemocultivos en la edad pediátrica.....	71
Anexo 9: Valores normales de LCR.....	73
Anexo 10: Plan de cuidados estandarizado de enfermería.....	75
ABREVIATURAS.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	87

1

INTRODUCCIÓN

La fiebre es un padecimiento universal que en la mayoría de las ocasiones en la infancia es un síntoma de una infección banal de origen vírico. Suele ser una respuesta útil al huésped y, cuando es moderada, provoca una estimulación de las defensas de nuestro organismo, además de dificultar el crecimiento y la supervivencia de muchos gérmenes. La decisión de tratarla se dirige a aliviar las molestias y complicaciones que puede comportar ¹.

La gran mayoría de niños y niñas con fiebre padecen cuadros autolimitados, generalmente de corta evolución y sin signos o síntomas de focalidad. Durante el tiempo en que dura la fiebre es necesario detectar su causa, pues en algunos casos se desarrolla junto a un cuadro infeccioso específico que se puede diagnosticar y tratar etiologicamente, mientras que en otros sólo habrá que controlar los síntomas de la enfermedad.

Un pequeño grupo de niños y niñas que se presentan con un cuadro clínico aparentemente benigno pueden tener una infección bacteriana focal no sospechada (IBFNS) por los datos de la exploración física, o una bacteriemia oculta (BO) con un riesgo potencial de desarrollar una infección focal grave o una sepsis.

La mayor dificultad para la o el Pediatra estriba en discernir el grupo de niños y niñas con IBFNS o con BO de aquéllos con procesos virales, dado que no existen síntomas ni signos fiables o datos de laboratorio que nos permitan establecer una diferenciación exacta entre ambos, especialmente si el proceso es de corta evolución ².

El manejo de lactantes y menores con fiebre sin foco constituye un desafío ya que entre un 2-10% tendrán una infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) ³ y entre un 4-5% una bacteriemia ⁴. No obstante, el riesgo de bacteriemia ha descendido en los últimos años entre otras causas por la incorporación de nuevas vacunas (Hib y neumococo) ^{5, 6, 7, 8, 9} y de hecho se plantean cambios en los protocolos de actuación merced a esas modificaciones en la incidencia. Es frecuente que en menores de 5 años se presenten 4 o 5 episodios febriles en un año e incluso más, especialmente durante los meses de invierno. Por otro lado, independientemente de la edad, en una cuarta parte de las niñas y los niños con fiebre sin foco no se alcanza un diagnóstico específico ¹⁰.

La fiebre tiene un gran impacto sobre el uso de recursos sanitarios y a menudo es un motivo de ansiedad en la familia. En Atención Primaria constituye el motivo de consulta más frecuente. En los servicios de urgencias pediátricos es la causa principal (25-30%) ¹¹, suponiendo además un elevado porcentaje de los diagnósticos al alta ^{5, 12}.

La variabilidad en el abordaje está condicionada por diversos factores:

- La etiología, la expresión clínica y la evolución de los síndromes febriles varían con la edad. La dificultad de establecer un diagnóstico y valorar la severidad de la enfermedad es mayor cuanto más pequeño es ^{5, 13}.
- La confusión que genera la fiebre entre los padres (fiebre-fobia) fomentada incluso por los y las profesionales de la salud ^{14, 15, 16}.
- La dificultad para determinar los rangos de normalidad en la temperatura, el lugar más idóneo para su toma, o las medidas más adecuadas para paliar el síntoma fiebre ^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}.
- La falta de consenso en la elaboración de guías de práctica clínica y la escasa adherencia de profesionales a las mismas ²⁴.
- Aumento de la incidencia de procesos infecciosos importados ^{5, 25}.

A través de diversos parámetros clínicos y analíticos se intenta una aproximación más segura en el manejo del síndrome febril. Casi todos los estudios realizados en menores de 3 años, grupo de edad con mayor frecuencia de procesos infecciosos, demuestran que la valoración clínica es fundamental a la hora de detectar una enfermedad bacteriana potencialmente grave ^{26, 27}.

En el Proceso Fiebre en la Infancia se describen las diferentes actuaciones, sustentadas en la evidencia científica disponible, que se deben realizar ante un niño o niña que presenta fiebre y entra en contacto con cualquier punto del Sistema Sanitario ^{28, 29, 30}. Para desarrollarlo es necesario que los profesionales cuenten con los recursos adecuados.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones coordinadas que se ponen en marcha cuando se aprecia de forma objetiva o subjetiva un aumento de la temperatura corporal en niños o niñas y se establece contacto con el Sistema Sanitario; comprende todas las medidas que se llevan a cabo para llegar al diagnóstico etiológico de la fiebre, tratamiento del síntoma y/o de sus complicaciones, así como la información y medidas de actuación adecuadas para el menor y personas cuidadoras, garantizando la continuidad en la atención mientras persista el síntoma.

Límite de entrada:

Primer contacto que puede ser personal o telefónico del niño, niña o cuidadores en cualquiera de los niveles de atención sanitaria, tras la sospecha o constatación de fiebre (apreciación subjetiva u objetiva de aumento de la temperatura corporal).

Límite final:

- Se considera final de proceso cuando la niña o el niño se encuentre afebril durante 48 horas o más.
- El establecimiento del diagnóstico etiológico de la fiebre.
- Fiebre prolongada de causa desconocida de duración superior a 5 días ³¹.

Límites marginales:

- Fiebre en menores con inmunodeficiencia.
- Fiebre en el niño o la niña con patologías oncológicas.
- Niño o niña que portan dispositivos invasivos.
- Menores con tratamiento antibiótico.
- Fiebre en niño o niña con edad superior a 14 años.

Observaciones: (Anexo 1) ^{2, 26, 32, 33, 34, 40, 41, 44, 45, 46, 47}

- Fiebre: temperatura rectal superior a 38° C.
- Fiebre sin foco evidente (FSF): proceso agudo en el que la etiología de la fiebre no se identifica después de una historia y un examen físico cuidadoso.
- Fiebre de origen desconocido (FOD): proceso que cursa con fiebre comprobada durante más de 10 días, sin que se haya llegado al diagnóstico con unas primeras pruebas complementarias (hemograma, sedimento, cultivo de orina y radiografía de tórax), que ha sido diaria o que durante esos 10 días no se ha detectado un periodo afebril de más de 48 h.

3

DESTINATARIOS Y DESTINATARIAS. OBJETIVOS

Personas destinatarias y expectativas

Este apartado ha sido realizado con la información obtenida de los padres, de las madres y de profesionales de la salud a través de la técnica de grupo nominal ⁴⁸.

PACIENTES

Accesibilidad

- Atención rápida por parte del pediatra.
- Atención por su pediatra siempre.

Comunicación – comprensión de lenguaje

- Que se nos escuche.
- Que la información sea individualizada y comprensible, en tono amable y tranquilizador.

Tangibilidad

- Entorno tranquilo y limpio.
- Sala de espera de uso exclusivo para Pediatría.
- Habitación y mobiliario adecuados a cada edad.
- Espacio común de juego.
- Buena calidad de las comidas, pensadas para niños o niñas y adecuadas a la patología que presenten.
- Habitación individual con facilidades para el descanso de la persona cuidadora.

Competencia

- Continuidad en el proceso por el mismo personal de salud.
- Evitar pruebas complementarias innecesarias o duplicadas.

Cortesía en el trato

- Provocarle el menor dolor posible.
- Buen trato con independencia de cómo se comporte el niño o niña

Seguridad

- Poder estar siempre acompañados.

Capacidad de respuesta

- Tratamiento que le alivie los síntomas más molestos.

FAMILIARES / PERSONAS CUIDADORAS

Accesibilidad

- Tener la posibilidad de consultar, sin demoras innecesarias, en cualquier momento tanto personalmente como por teléfono.
- Tener la posibilidad de que, en caso necesario, atiendan al niño o niña en el domicilio.

- Disponer de profesionales de referencia, tanto médicos como de enfermería, al que dirigirme.
- Que se solucione el problema en el menor número de desplazamientos y que, cuando sea necesario un traslado, éste se haga de la mejor forma posible.

Comunicación

- Que el personal de salud muestre capacidad de escucha activa, empatía, cordialidad y sensibilidad.
- Que la comunicación sea individualizada y adaptada al nivel sociocultural de cada familia.
- Que conozca el nombre del o de la profesional que nos atiende en el Centro de Salud, en Urgencias o en el Hospital.
- Recibir un informe oral y/o por escrito que sea comprensible, con el diagnóstico y la medicación adecuada.

Tangibilidad

- Entorno tranquilo y limpio.
- Facilitar la lactancia materna en un sitio tranquilo.
- Comidas adecuadas en caso de hospitalización.
- Un correcto funcionamiento de las comunicaciones telefónicas.

Competencia

- Que exista un funcionamiento coordinado de los diferentes profesionales y servicios, evitando duplicidad en las pruebas complementarias, sobre todo si éstas son dolorosas.
- Sensibilidad del personal de la salud en el momento de aplicar técnicas molestas o dolorosas.
- Que las y los profesionales tengan la cualificación adecuada.
- Que haya continuidad en el seguimiento del proceso al alta.

Cortesía en el trato

- Trato personalizado, respetuoso y amable tanto del personal sanitario como no sanitario.
- La posibilidad de encontrar comprensión y ánimo en los profesionales.

Seguridad

- Entorno seguro en cualquier nivel de atención.
- Que pueda disponer de un teléfono de consulta en caso de duda.
- Que tenga la posibilidad de poder acompañar al niño o niña en todo momento durante el proceso.

Capacidad de respuesta

- Rapidez en la respuesta para la confirmación diagnóstica.
- Instauración rápida del tratamiento adecuado independientemente de la fiebre que tenga.
- Capacidad de respuesta ante una situación urgente en cualquier nivel asistencial.

PERSONAL FACULTATIVO Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Personal Médico y de Enfermería

- Disponibilidad de recursos materiales y diagnósticos.
- Comunicación fluida y cordial entre profesionales, niveles asistenciales y medios que la posibiliten.
- Reparto de cargas, plantillas dimensionadas y tiempo para realizar la asistencia.
- Disponibilidad de protocolos y guías comunes en todos los niveles y participación de todos los profesionales en la elaboración y desarrollo de los mismos.
- Relación con las personas cuidadoras presidida por la corrección, cordialidad, sin presiones y con respeto mutuo.
- Corresponsabilidad en la prescripción.
- Disponer de un sistema de clasificación según edad y gravedad.
- Formación continuada y específica orientada al proceso.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

PERSONA DESTINATARIA: **PACIENTE / PERSONA CUIDADORA**

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESO AL SISTEMA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Accesibilidad y disponibilidad de citas en el primer contacto.
- Evitar demoras y tiempos de espera innecesarios.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Facilitar la espera en entornos adecuados.
- Toma correcta de temperatura y aplicación de tratamiento sintomático, si se precisa.
- Entrevista con las personas cuidadoras.
- Facilitar la comunicación con el menor (p.ej: explicarle la exploración que se le está realizando).
- Argumentar a las madres y a los padres, en lenguaje comprensible, las tomas de decisiones de forma oral y/o escrita, tras la valoración clínica y las exploraciones complementarias, el tratamiento que se ha de seguir y la derivación o alta según proceda.
- Información a los padres y a las madres de las posibles variaciones o complicaciones que se puedan plantear durante el proceso.
- En caso de hospitalización habrá: un profesional de referencia, y un adecuado plan de acogida.
- Continuar lo realizado hasta el momento en el proceso de diagnóstico, evitando duplicidades.
- Informe clínico por escrito y Plan de Cuidados al alta hospitalaria o de urgencias

FLUJOS DE SALIDA: EDUCACIÓN SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Explicación sobre dónde y cómo tomar correctamente la temperatura; y dar a conocer los rangos para considerar cuándo el menor tiene fiebre.
- Información acerca del manejo de la fiebre con respecto a medidas físicas y medicamentos.
- Dar a conocer los signos de alerta.
- Información sobre el circuito asistencial y nivel preferente al que dirigirse.
- Ofrecer a las personas cuidadoras la guía de información sobre fiebre en la infancia.

PERSONA DESTINATARIA: PERSONAL MEDICO Y ENFERMERA

FLUJOS DE SALIDA: COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponer de canales para la comunicación entre profesionales de forma que aseguren el acceso fácil, rápido y completo a la información clínica sobre pacientes durante todo el proceso.
- Línea telefónica directa entre profesionales. Comunicación al alta para conocimiento en Atención Primaria. Intranet.
- Informes clínicos completos, adecuados, personalizados y en tiempo real.

FLUJOS DE SALIDA: RECURSOS

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponibilidad de recursos materiales (diagnósticos y terapéuticos) y humanos adecuados y suficientes.
- Acceso rápido a pruebas básicas necesarias para el diagnóstico.
- Tiempo suficiente en consulta.

FLUJOS DE SALIDA: **PROTOCOLOS COMUNES**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Participación activa de Enfermería en los distintos componentes del proceso.
- Guía de actuación basada en conocimientos científicos actualizados.
- Procedimientos terapéuticos consensuados entre niveles y de responsabilidad compartida.

FLUJOS DE SALIDA: **FORMACIÓN CONTINUADA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponibilidad de oferta, tiempo especialmente asignado, infraestructura (sustituciones...) y recursos (biblioteca, acceso a la red desde el ordenador de consulta, bases de datos, etc.) para formación tanto de carácter clínico como en habilidades de comunicación.
- Memoria de actividades docentes y de investigación.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1. GESTIÓN DE CITA
QUIÉN	Unidad de Atención al Ciudadano / Salud Responde / InterSAS
CUÁNDO	A solicitud de pacientes o personas cuidadoras
DÓNDE	Centro de Salud / DCCU-AP / SCCU-H / Teléfono / Internet
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	2. PRIORIZACIÓN DEL MOMENTO DE LA ASISTENCIA
QUIÉN	Pediatra / Médico/a de Familia / Enfermera
CUÁNDO	Al contacto
DÓNDE	Teléfono / Centro de Salud / DCCU-AP / SCCU-H
CÓMO	Protocolos establecidos / Guía de Práctica Clínica

QUÉ	3. PLAN DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS (DCCU-AP)
QUIÉN	Pediatra / Médico/a de Familia / Enfermera
CUÁNDO	Acude a Consulta
DÓNDE	Centro de Salud / DCCU-AP
CÓMO	Guía de Practica Clínica

QUÉ	4. PLAN DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (SCCU-H)
QUIÉN	Pediatra / Médico/a de Familia / Enfermera
CUÁNDO	Acude a (SCCU-H)
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Guía de Practica Clínica

QUÉ	5. GESTIÓN Y REALIZACIÓN DE PRUEBAS
QUIÉN	SAC/ Enfermería / Laboratorio / Radiodiagnóstico / Hematología
CUÁNDO	Tras indicación facultativa
DÓNDE	Centro de Salud / DCCU-AP / SCCU-H
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	6. VALORACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Pediatra / Médico/a de Familia
CUÁNDO	Tras la recepción de pruebas complementarias
DÓNDE	Centro de Salud / DCCU-AP / SCCU-H
CÓMO	Guías de Práctica Clínica

QUÉ	7. GESTIÓN DE INGRESO, RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADORES
QUIÉN	SAC de Atención Hospitalaria / Enfermera
CUÁNDO	Tras indicación facultativa
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolos establecidos

QUÉ	8. ATENCIÓN EN PLANTA PEDIÁTRICA
QUIÉN	Pediatra / Enfermera / Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante el ingreso
DÓNDE	Planta de Pediatría
CÓMO	Guía de Práctica Clínica / Protocolos establecidos / Plan de cuidados de enfermería

QUÉ	9. ALTA HOSPITALARIA
QUIÉN	Pediatra / Enfermera / SAC
CUÁNDO	A la resolución
DÓNDE	Planta Hospitalaria
CÓMO	Protocolos establecidos / Informes de alta



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Servicio de Atención a la Ciudadanía / Salud Responde / InterSAS

Actividades	Características de calidad
1º Gestión de la cita	<ol style="list-style-type: none">1. Identificación del o de la profesional.2. Respuesta rápida a la demanda.3. Recogida correcta de datos.4. Mantener la información actualizada.

Pediatra / Médico de Familia / Enfermera

Actividades	Características de calidad
2º Priorización del momento de la asistencia	<ol style="list-style-type: none">1. Identificación del o de la profesional.2. Realización de preguntas secuenciales ^{49, 50, 51, 52}:<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué le pasa al niño o a la niña?.• ¿Qué edad tiene?.• ¿Padece alguna enfermedad?.• ¿Que temperatura tiene? ¿Desde cuando? ¿Dónde le ha puesto el termómetro?.• ¿Qué medidas ha tomado? Si le dio un medicamento, ¿cuál, qué dosis e intervalo?.• ¿Que aspecto tiene? ¿Rechaza el alimento? ¿Vomita? ¿Dolor de cabeza? ¿Lo nota decaído?.• ¿Tiene ganas de juego?.• ¿Llora? ¿Cómo es el llanto?.• ¿Le cuesta respirar?.• ¿Tiene mal color o le ha salido algún tipo de manchas?.

- ¿Le nota algo más?

3. En caso de llamada telefónica:

- Si presenta síntomas de riesgo ^{25, 40, 53} desplazamiento inmediato al centro sanitario correspondiente.
 - o Adormecimiento, decaimiento o muy irritable.
 - o Rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello.
 - o Respiración alterada.
 - o Mala coloración y manchas en piel que no desaparecen al presionar.
 - o Vómitos persistentes.
 - o Temperatura rectal superior a 40° C.
 - o Convulsión.
- Si no presenta síntomas de riesgo, recomendación de medidas antitérmicas (Anexos 2 y 3), establecer contacto con el SAC para concertar cita si procede y vigilancia de aparición de síntomas de riesgo.

4. En caso de valoración presencial: si presenta signos de alerta ^{2, 13, 25, 40, 53 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76}, atención inmediata ⁴⁹:

- Alteración del nivel de conciencia.
- Mala perfusión (relleno capilar mayor a 2 segundos).
- Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación).
- Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial).
- Cianosis.
- Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.
- Exantema maculoso o petequial sugestivos de enfermedad meningocócica.

5. En caso de triaje estructurado hospitalario. Triangulo de evaluación pediátrica: apariencia, respiración y circulación ^{77, 78}:

- Apariencia:
 - o Tono.
 - o Actividad-relación con el entorno.
 - o Consolable.
 - o Mirada.
 - o Llanto.

	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> o Ruidos respiratorios anormales. o Posición anormal. o Retracciones. o Aleteo nasal. o Cabeceo. • Circulación en piel: <ul style="list-style-type: none"> o Palidez. o Piel moteada. o Cianosis. <p>6. Registro de temperatura y administración de antitérmicos si precisa en caso de valoración presencial.</p> <p>7. Clasificación según niveles de gravedad ^{79, 80}.</p>
--	---

Pediatra / Médico de Familia / Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3º</p> <p>Plan de actuación en Atención Primaria y DCCU-AP</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de profesionales. 2. Realización de historia clínica (Anexo 4) ^{2, 17, 40, 41, 49, 53}: <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: edad, temperatura, repercusión de la fiebre, signos y síntomas asociados, desencadenantes, antecedentes personales y familiares, nivel socioeconómico, estado vacunal previo. • Exploración: nivel de conciencia, piel (exantemas, petequias, abscesos, celulitis), pulsos, perfusión, movilidad de extremidades, adenopatías, auscultación cardíaca y pulmonar, palpación abdominal, genitales, signos meníngeos, fontanela, ORL, ojos. 3. Diligencia en la toma de decisiones ante la presencia de signos de alerta ^{2, 13, 40, 41, 53, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76}: <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del nivel de conciencia. • Mala perfusión (relleno capilar mayor a 2 segundos). • Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación).

- Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial).
 - Cianosis.
 - Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.
 - Exantema maculoso o petequial sugestivos de enfermedad meningocócica.
4. Aplicación correcta de escalas dependiendo de la edad y estratificación del riesgo (bajo, intermedio, alto) (Anexo 5) ^{3, 5, 49, 53, 62, 86, 87, 88, 89, 90, 91}.
5. Toma de temperatura si procede con técnica correcta (Anexo 1) ^{17, 18, 21, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41}.
6. Toma de decisiones:
- Población menor de 1 mes: Derivación a Hospital, ^{25, 40, 49, 53, 63, 69, 76, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.}
 - Población de 1 a 3 meses ^{13, 25, 40, 49, 53, 63, 76, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110:}
 - o Si se encuentra foco evidente evaluar y tratar según localización y gravedad.
 - o En época epidémica realizar test rápido de influenza y VRS si existe disponibilidad.
 - o Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios.
 - o Si no se encuentra foco, derivar a Hospital.
 - Población de 3-36 meses ^{13, 24, 25, 40, 48, 53, 63, 76, 92, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124.}
 - o Si se encuentra foco evidente evaluar y tratar según localización y gravedad.
 - o En época epidémica realizar test rápido de influenza y VRS si existe disponibilidad.
 - o Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios.
 - o Si no se encuentra foco clasificar según riesgo (bajo, intermedio, alto) en función de valoración clínica y/o escalas validadas (Anexo 5).
 - Riesgo alto: derivación hospitalaria. En transporte asistido medicalizado si están presentes signos clínicos de

sepsis grave (vasodilatación o vasoconstricción periférica, estado mental alterado y distermia) ⁷¹.

- Riesgo intermedio o fiebre $> 40^{\circ}\text{C}$ en < 6 meses ^{5, 89}: derivación hospitalaria.
- Riesgo bajo:
 - * Se utilizará tira reactiva de orina en ^{49, 126}:
 - Menores de 1 año.
 - ITU previa.
 - Uropatía.
 - Fiebre > 48 h.
 - Fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$ ⁸⁹.
 - * En menores de 6 meses, se recomienda cursar análisis microscópico del sedimento y urocultivo (Anexo 6) ^{92, 93, 123}.
 - * En mayores de 6 meses
 - Si existe fiebre $> 40^{\circ}\text{C}$ ⁸⁹:
 - Si se puede garantizar el seguimiento adecuado, existe posibilidad de contacto telefónico con madres o padres, confianza en su responsabilidad, capacidad de cuidados y acceso en menos de 30 minutos a un centro sanitario: observación domiciliaria con vigilancia expresa de signos de riesgo y revisión en 24-48 horas.
 - Si no se puede garantizar seguimiento: derivación para valoración a centro Hospitalario.
 - Si existe fiebre $< 40^{\circ}\text{C}$: observación domiciliaria con vigilancia expresa de signos de riesgo y revisión, si procede.
- Población mayor de 36 meses ^{49, 40, 53}:
 - o Si se encuentra foco evidente, evaluar y tratar según la localización y gravedad.
 - o Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios.
 - o Si no se encuentra foco, ni presenta signos de alerta: observación domiciliaria y revisión si procede.
 - o Si presenta signos de alerta: derivación hospitalaria ¹³¹. En transporte asistido medicalizado si están presentes signos clínicos de sepsis grave (vasodilatación o vasoconstricción periférica, estado mental alterado y distermia) ⁷¹.

7. Si existe disponibilidad para realización y recepción de pruebas complementarias en tiempo adecuado se podrían efectuar en Atención Primaria.
8. En todos los casos se realizará:
 - Registro claro y detallado en la historia clínica de las actividades practicadas.
 - Información a personas cuidadoras de forma clara y asequible sobre lo hecho y sobre los signos de alerta en tanto se mantiene la observación y a la espera de pruebas complementarias.
 - Explicar medidas antitérmicas y aplicar si proceden (Anexos 2 y 3) ⁴⁹.
 - Tener presentes signos de alerta:
 - o Alteración del nivel de conciencia.
 - o Mala perfusión (relleno capilar mayor a 2 segundos).
 - o Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación).
 - o Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial).
 - o Cianosis.
 - o Exantema maculoso o petequial sugestivos de enfermedad meningocócica.
 - o Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.
 - En caso de decidir observación domiciliar se informara a los padres de síntomas de riesgo a vigilar (Anexo 3) <http://www.csalud.juntaandalucia.es/contenidos/procesos/docs/guia%2520de%2520fiebre.pdf> ⁶⁹ y de la necesidad de desplazamiento inmediato al centro sanitario correspondiente si aparecieran:
 - o Adormecimiento, decaimiento o muy irritable.
 - o Rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello.
 - o Respiración alterada.
 - o Mala coloración y manchas en piel que no desaparecen al presionar.
 - o Vómitos persistentes.
 - o Convulsión.
 - Siempre que haya derivación, se realizará un informe completo.

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>Plan de actuación en urgencias Hospitalarias (SCCU-H)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ver actividad 3 puntos 1 a 6. 2. Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> • Población menor de 1 mes: ingreso ^{25, 40,49, 53, 63, 69, 76, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100} • Población de 1 a 3 meses ^{13, 25, 40, 49, 53, 63, 76, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,} <ul style="list-style-type: none"> o Si se encuentra foco evidente, evaluar y tratar según localización y gravedad: <ul style="list-style-type: none"> - En época epidémica realizar si existe disponibilidad, test rápido de influenza y VRS. - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios. o Si no se encuentra foco: <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto tóxico y/o escala YIOS > 7: ingreso en Observación de Urgencias o Sala de Hospitalización. - Ausencia de aspecto tóxico y/o ESCALA YIOS < 7: <ul style="list-style-type: none"> * Realizar hemograma (RCB, C/S); RFA (PCR y/o procalcitonina) (Anexo 7). * Hemocultivo (Anexo 8). * Orina completa (análisis microscópico de orina, urocultivo recogido por técnica estéril) (Anexo 6) ^{4, 40, 53, 93, 102, 103, 123, 125, 126, 131} * Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³ ¹³². * Continuar con Actividad 5 y 6 (gestión, realización y valoración de pruebas complementarias). • Población de 3-36 meses ^{13, 24, 25, 40,48, 53, 63, 76, 92, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124,} <ul style="list-style-type: none"> o Si se encuentra foco evidente, evaluar y tratar según localización y gravedad: <ul style="list-style-type: none"> - En época epidémica si existe disponibilidad realizar test rápido de influenza y VRS. - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios. o Si no se encuentra foco, clasificar según riesgo (bajo, intermedio, alto) en función de valoración clínica y/o escalas validadas (Anexo 5):

- Riesgo alto: ingreso en Observación de Urgencias o Sala de Hospitalización previa estabilización, si procede.
- Riesgo intermedio o fiebre $> 40^{\circ}$ C en menores de 6 meses: realizar pruebas complementarias:
 - * Hemograma (RCB, C/S); RFA (PCR y/o procalcitonina) (Anexo 6).
 - * Hemocultivo (Anexo 8).
 - * Estudio de orina: tira reactiva y/o análisis microscópico del sedimento según proceda. Si el estudio de orina se considera patológico realizar urocultivo recogiendo la muestra con técnica estéril (Anexo 6). En menores de 6 meses, realizar siempre urocultivo por posibilidad de ITU con sedimento de orina normal (Anexo 6) ^{103, 104, 132}.
 - * Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³.
 - * Continuar con actividad 5 y 6 (gestión, realización y valoración de pruebas complementarias).
- Riesgo Bajo:
 - * Hacer tira reactiva de orina en y/o análisis microscópico según proceda (Anexo 6):
 - Menores de 1 año.
 - ITU previa.
 - Uropatía.
 - Fiebre > 48 h.
 - Fiebre $> 39^{\circ}$ C ⁸⁹.
 - * En lactantes menores de 6 meses, se cursará análisis microscópico del sedimento y urocultivo con técnica estéril (Anexo 6) ^{93, 94}.
 - * En mayores de 6 meses:
 - Si existe fiebre $> 40^{\circ}$ C ⁸⁹:
 - Si se puede garantizar seguimiento adecuado, existe posibilidad de contacto telefónico con los padres o las madres, confianza en su responsabilidad, capacidad de cuidados y acceso en menos de 30 minutos a un centro sanitario: observación domiciliaria con vigilancia expresa de signos de riesgo y revisión en 24-48 horas.

- Si no se puede garantizar seguimiento adecuado realizar pruebas complementarias:
 - Hemograma (RCB, C/S); RFA (PCR y/o procalcitonina) (Anexo 7).
 - Hemocultivo (Anexo 8).
 - Estudio de orina: tira reactiva y/o análisis microscópico del sedimento según proceda. Si el estudio de orina se considera patológico realizar urocultivo recogiendo la muestra con técnica estéril (Anexo 6). En menores de 6 meses, se realizará siempre urocultivo por posibilidad de ITU con sedimento de orina normal (Anexo 6) ^{102, 103, 131}.
 - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³.
 - Continuar con actividad 5 y 6 (gestión y realización y valoración de pruebas complementarias).
 - Si existe fiebre < 40° C: observación domiciliaria con vigilancia expresa de signos de riesgo y revisión si procede preferentemente en Atención Primaria.
 - Población mayor de 36 meses ^{49, 40, 53}:
 - o Si se encuentra foco evidente, evaluar y tratar según localización y gravedad.
 - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios.
 - o Si no se encuentra foco, ni presenta signos de alerta: observación domiciliaria y revisión si procede preferentemente en Atención Primaria.
 - o Si presenta signos de alerta: ingreso en Observación de Urgencias o Sala de Hospitalización previa estabilización si procede.
3. En todos los casos se realizará:
- Registro claro y detallado en la historia clínica de las actividades realizadas.
 - Información a personas cuidadoras de forma clara y asequible sobre lo realizado y sobre los signos de alerta en tanto se

mantiene la observación y a la espera de pruebas complementarias.

- Explicar medidas antitérmicas y aplicar si proceden (Anexo 2 y 3) ⁴⁹.
- Tener presente signos de alerta:
 - o Alteración del nivel de conciencia.
 - o Mala perfusión (relleno capilar mayor a 2 segundos).
 - o Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación).
 - o Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial).
 - o Cianosis.
 - o Exantema maculoso o petequial sugestivos de enfermedad meningocócica.
 - o Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.
- En caso de decidir observación domiciliar se informara a los padres de síntomas de riesgo a vigilar (Anexo 3) <http://www.csalud.juntaandalucia.es/contenidos/procesos/docs/guia%2520de%2520fiebre.pdf> ⁶⁹ y de la necesidad de desplazamiento inmediato al centro sanitario correspondiente en caso de que aparecieran:
 - o Adormecimiento, decaimiento o muy irritable.
 - o Rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello.
 - o Respiración alterada.
 - o Mala coloración y manchas en piel que no desaparecen al presionar.
 - o Vómitos persistentes.
 - o Convulsión.
- Siempre que haya derivación, se realizará un informe completo.

Pediatra / Médico/a de Familia / Enfermera / SAC / Laboratorio / Radiología / Hematología

Actividades	Características de calidad
<p>5º</p> <p>Gestión y realización de pruebas</p>	<p>1. Realización de pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de muestras: <ul style="list-style-type: none"> o Por personal suficientemente entrenado. o Identificación clara. o Correcta recogida. o Envío y procesamiento correcto e inmediato. • Disponibilidad de radiología simple y posibilidad de contacto con radiología. • Recepción de resultado de cultivos: avance de los positivos en 24 h y de los negativos en 48 h. • Resultados del sedimento y hemograma a la mayor brevedad. • Examen de LCR a la mayor brevedad. <p>2. Comunicación de resultados entre niveles de atención.</p>

Pediatra / Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
<p>6º</p> <p>Valoración de pruebas complementarias</p>	<p>1. Población de 1-3 meses ^{13, 25, 40, 49, 53, 63, 76, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de resultados (Anexo 7): <ul style="list-style-type: none"> o Se consideran valores normales: <ul style="list-style-type: none"> - Leucocitos de 5.000-15.000 mm³. - C/S menor 0.2^{84, 85}. - PCR menor 40 mg/l (4 mg /dl) y/o procalcitonina menor 0.4 ng/ml. - Urinoanálisis: para su correcta valoración es preciso conocer los valores de referencia según la técnica empleada en cada centro. Se acepta como estándar menos de 10 leucocitos / campo de orina centrifugada⁸⁹. o Si presenta parámetros alterados: ingreso hospitalario. o Si presenta parámetros normales:

- Lleva menos de 12 horas de fiebre: ingreso en Observación de Urgencias o Sala de Hospitalización y valorar la repetición de pruebas complementarias en 12 horas ^{7, 134, 135}.
- Lleva más de 12 horas con fiebre:
 - * Si existe garantía de seguimiento adecuado y no presenta signos de riesgo ¹³⁸ (Criterios de ROCHESTER/Anexo 5): observación domiciliaria hasta recibir los resultados de los cultivos, reevaluar en 24 horas preferentemente en Atención Primaria.
 - * Si no se puede garantizar seguimiento adecuado y/o presenta signos de riesgo (Criterios de ROCHESTER/Anexo 5) ingreso hospitalario.

2. Población de 3-36 meses ^{13, 24, 25, 40, 48, 53, 63, 76, 92, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124}.

- Se consideran valores normales (Anexo 7):
 - o Leucocitos de 5000-15.000 mm³.
 - o PMN igual o menores a 10.000/mm³.
 - o PCR menor 40 mg/l (4 mg /dl).
 - o Procalcitonina menor 0.4 ng/ml.
 - o Urinoanálisis: para su correcta valoración es preciso conocer los valores de referencia según la técnica empleada en cada centro. Se acepta como estándar menos de 10 leucocitos / campo de orina centrifugada (Anexo 6) ^{5, 88, 125}.
- Si los parámetros son normales, observación domiciliaria hasta recibir los resultados de los cultivos, reevaluar en 24 horas preferentemente en Atención Primaria.
- Si los parámetros están alterados: tira reactiva y/o análisis microscópico del sedimento fuera positivo, cursar urocultivo por técnica estéril (Anexo 6) y conducta según guías de práctica clínica de ITU ^{126, 132}.
 - o Si fiebre de más de 24 horas de evolución observación domiciliaria hasta recepción de cultivos y reevaluar en 12-24 horas, preferentemente en Atención Primaria (en algunas circunstancias se podría valorar tratamiento empírico, con amoxicilina a 80-90 mg/kg/día ^{7, 134, 135}).
 - o Si fiebre de menos de 24 horas ingreso en Observación de Urgencias o Sala de Hospitalización.

- Reevaluación periódica hasta recepción de los resultados de los cultivos:
 - o Si los cultivos son negativos, y no presenta otros datos de infección bacteriana, se suspende la antibioterapia empírica en caso de haberse iniciado y se procede al alta cuando el niño o la niña esté asintomático.
 - o Si los cultivos son positivos, valorar el ingreso hospitalario para un tratamiento específico o continuar el tratamiento ambulatorio (límite final).
 - o Si aparece foco durante la observación, aplicar el tratamiento específico (límite final).

Servicio de Atención a la Ciudadanía / Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>7º</p> <p>Gestión de ingreso, recepción del paciente y cuidadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respuesta rápida a la demanda. 2. Identificación del profesional. 3. Recogida correcta de datos. 4. Aplicación de medidas de seguridad para la identificación inequívoca del menor según su edad. <ul style="list-style-type: none"> • Mediante brazalete identificativo con, al menos dos códigos de identificación diferentes, siendo uno de ellos el NUHSA de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario del sistema. • Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone de alguna de estas formas de identificación. 5. Mantener la información actualizada.

Actividades	Características de calidad
<p>8º</p> <p>Atención en planta pediátrica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación del profesional. 2. Recogida correcta de datos. 3. Realización de historia clínica (Anexo 4) ^{2, 17, 40, 41, 49, 53}. <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis: edad, temperatura, repercusión de la fiebre, signos y síntomas asociados, desencadenantes, antecedentes personales y familiares, nivel socioeconómico, estado vacunal previo. • Exploración: nivel de conciencia, piel (exantemas, petequias, abscesos, celulitis), pulsos, perfusión, movilidad de extremidades, adenopatías, auscultación cardiaca y pulmonar, palpación abdominal, genitales, signos meníngeos, fontanela, ORL, ojos. 4. Diligencia en la toma de decisiones ante signos de alerta. 5. Toma de temperatura con técnica correcta (Anexo 1). 6. Valoración de pruebas complementarias si han sido realizadas. En caso contrario, establecer un plan de actuación según la edad del paciente, informando sobre las pruebas a realizar y solicitando el consentimiento en las que sea preciso. <ul style="list-style-type: none"> • Población menor de 1 mes ^{25, 40, 49, 53, 63, 69, 76, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100}. <ul style="list-style-type: none"> o Estudio completo de sepsis: hemograma (RCB, C/S), RFA, LCR, hemocultivo, análisis microscópico de orina, urocultivo por técnica estéril (Anexo 6). o Radiografía de tórax si presenta síntomas respiratorios o RCB >20.000 leucocitos/mm³. o Tratamiento empírico por vía parenteral: ampicilina 200 mg/kg/día cada 8 h mas cefotaxima 150 mg/kg/día cada 8 h, o bien ampicilina 200 mg/kg/día cada 8 h mas gentamicina 3-5 mg/kg/d cada 24 h ⁷⁹. o Tratamiento antitérmico (Anexo 1). • Población de 1-3 meses ^{13, 25, 40, 49, 53, 63, 76, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110}. <ul style="list-style-type: none"> o Si no existen estudios previos, realizar:

- Hemograma (RCB, C/S); RFA (PCR y/o procalcitonina) (Anexo 7).
- Hemocultivo (Anexo 8).
- Análisis microscópico de orina; urocultivo recogido por técnica estéril (Anexo 6) ^{5, 89, 126}.
- Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³.
- o La punción lumbar, se puede retrasar u omitir, cuando se cumplen todos los siguientes criterios ^{80, 90}:
 - Bajo riesgo identificado con criterios de cribaje estrictos utilizando criterios clínicos y pruebas diagnósticas ¹³⁶ (Criterios de ROCHESTER/Anexo 5).
 - Acuerdo de su médica o médico y padres y madres en el plan de seguimiento.
 - No inicio de tratamiento antibiótico.
- o Si las pruebas están alteradas (Anexo 7 y 8): tratamiento vía parenteral:
 - Ampicilina 200 mg/kg/día cada 8 h mas cefotaxima 150 mg/kg/día cada 8 h, mas tratamiento antitérmico.
 - En caso de ITU otra opción es ampicilina 200 mg/kg/día cada 8 h mas gentamicina 3-5 mg/kg/d cada 24 h ⁷⁹.
- o Si pruebas normales y criterios de bajo riesgo ¹³⁸ (Criterios de Rochester /Anexo 5): observación hospitalaria.
- Población de 3-36 meses ^{13, 24, 25, 40, 48, 53, 63, 76, 92, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124}:
 - o Si no existen estudios previos, realizar:
 - Hemograma (RCB, PMN); RFA (Anexo 7).
 - Hemocultivo (Anexo 8).
 - LCR (opcional según escala de gravedad) (Anexo 9).
 - Tira reactiva de orina: si fuera positiva, y/o en lactantes menores de 6 meses, realizar un análisis microscópico de orina y cursar un urocultivo por método estéril (Anexo 6).
 - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³.
 - o Si las pruebas están alteradas y/o signos de riesgo: tratamiento vía parenteral con cefotaxima 150 mg/kg/día cada 8 h o ceftriaxona a 50-100 mg/kg/día cada 12 h ⁷⁹.

- o Si pruebas normales y ausencia de síntomas de riesgo: observación hospitalaria.
- Población mayor de 36 m ^{49, 40, 53}:
 - o Si no existen estudios previos, realizar:
 - Hemograma (RCB, C/S), RFA, (Anexo 7).
 - Hemocultivo (Anexo 8).
 - Tira reactiva de orina (Anexo 6).
 - LCR según clínica (Anexo 9).
 - Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³.
 - o Si las pruebas están alteradas y/o están presentes síntomas de riesgo: tratamiento vía parenteral con cefotaxima 150 mg/kg/día cada 8 h o ceftriaxona a 50-100 mg/kg/día cada 12 h.
 - o Si las pruebas no son normales y existe ausencia de síntomas de riesgo: observación hospitalaria.

7. En todos los casos: tratamiento antitérmico (Anexo 2).

8. Reevaluación periódica hasta recepción de los resultados de los cultivos:

- Si los cultivos son negativos y no presenta otros datos de infección bacteriana, se suspende la antibioterapia empírica en caso de haberse iniciado y se propondrá el alta cuando el niño mejore.
- Si los cultivos son positivos, tratamiento específico (límite final).
- Si aparece foco durante la observación, aplicar un tratamiento específico (límite final).

9. Plan de Cuidados ^{139, 140, 141, 142, 143} (Anexo 10):

- Realización de un plan de cuidados individualizado que cubra al menos los requisitos de autocuidados universales:
 - o Mantenimiento suficiente de aire, agua y nutrientes.
 - o Mantenimiento de higiene adecuada.
 - o Mantenimiento de una eliminación adecuada.
 - o Mantenimiento de equilibrio entre soledad e integración social.

- o Protección frente a peligros, capacidad de funcionamiento y bienestar.
- Diagnóstico de enfermería de la NANDA.
- Utilización de material escrito como apoyo en las tareas de educación sanitaria.
- Explicar medidas antitérmicas y aplicar si procede:
 - o Medidas generales ^{49, 50, 51, 52, 54}
 - Adecuado cuidado del estado de hidratación e ingesta calórica.
 - Temperatura ambiente en torno a 20-22° C.
 - Mantenerle al niño con poca ropa.
 - o Medidas físicas ^{28, 49, 55}:
 - Baños o paños de agua tibia.
 - Nunca usar agua fría, hielo o friegas con alcohol.
 - Medicación antitérmica ^{17, 18, 19, 26}:
 - De primera elección: paracetamol.
 - De segunda elección: ibuprofeno ^{19, 49, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61}.

Pediatra / Enfermera / SAC

Actividades	Características de calidad
<p>9º</p> <p>Alta hospitalaria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de alta de Pediatría: <ul style="list-style-type: none"> • Redacción de informe completo con identificación del personal facultativo e inclusión en la historia digital. • Recomendaciones sobre seguimiento en Atención Primaria. • Información completa sobre el plan de cuidados para su continuidad en el domicilio (Actividad 8ª) utilizando la taxonomía NANDA en el que se identifique la enfermera que lo realiza. • Emisión de primeras recetas. 2. Gestiones complementarias: Envío de comunicación y/o informe de alta a Atención Primaria. 3. Tramitación de traslado si procede.



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Documentación	<ul style="list-style-type: none">– Documentos de historia clínica y filiación.– Recursos informáticos.– Documentos EPS.– Documentos de interconsulta /alta.– Documentos para petición de pruebas complementarias.– Recetas.	<ul style="list-style-type: none">– Registros formalizados y unificados.– Intranet.
Instrumental	<ul style="list-style-type: none">– Fonendoscopio.– Otoscopio y espéculos.– Oftalmoscopio.– Básculas.– Esfigmomanómetros con tallas pediátricas.	<ul style="list-style-type: none">– Existencia de unidades de esterilización.
Aparataje	<ul style="list-style-type: none">– Negatoscopio.– Mesa de exploración.– Aparato de Radiología.– Monitores.– Pulsioxímetros.	<ul style="list-style-type: none">– Revisiones reglamentarias realizadas.
Material fungible	<ul style="list-style-type: none">– Jeringas, tiras reactivas, bolsas y recipientes estériles de recogida de orina, sondas de sondaje uretral, gasas, guantes, set de punción lumbar y set de punción suprapúbica, termómetros, material para recogida de muestras.	<ul style="list-style-type: none">– Disponibilidad de acceso a los almacenes.
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">– Antitérmicos, antibióticos, antisépticos.	
Personal	<ul style="list-style-type: none">– Pediatra.– Médico/a de Familia.– Radiólogo/a.– Analista.– Microbiólogo/a.– Enfermería.– Técnicos de radiología y laboratorio.– Personal administrativo.– Auxiliar de Enfermería.– Celador.	<ul style="list-style-type: none">– Personal con formación específica.

Unidades de soporte

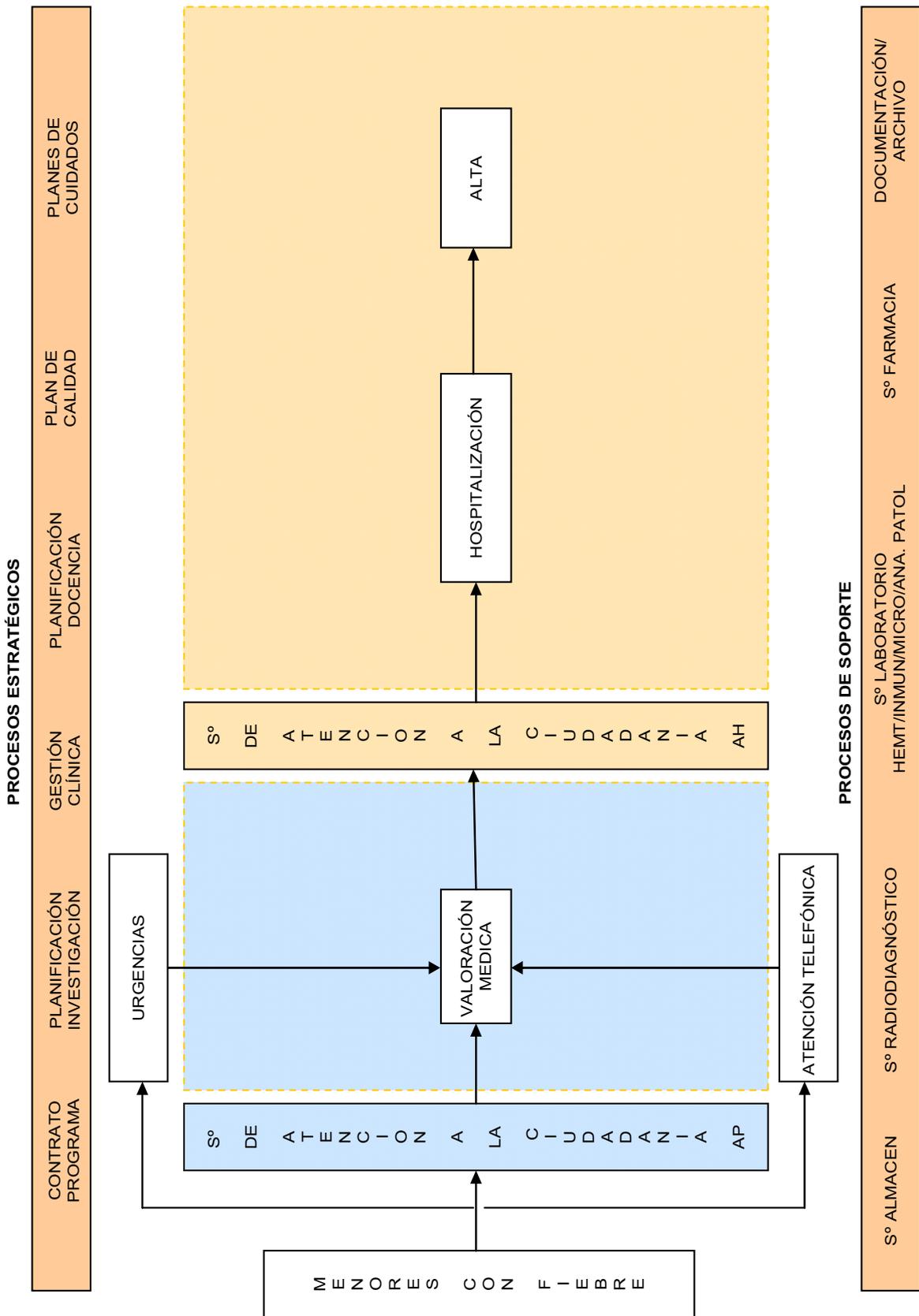
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Sº de Laboratorio	- Pruebas diagnósticas: Hematología, Bioquímica, Microbiología
Sº de Almacén	- Material fungible
Sº de Radiodiagnóstico	- Radiografías
Unidad de Personal	- Recursos humanos
Ambulancia	- Traslado urgente
Sº de Farmacia	- Medicación
Unidad de Documentación y Archivo/Servicio de Informática	- Sistemas de información y equipamiento



5

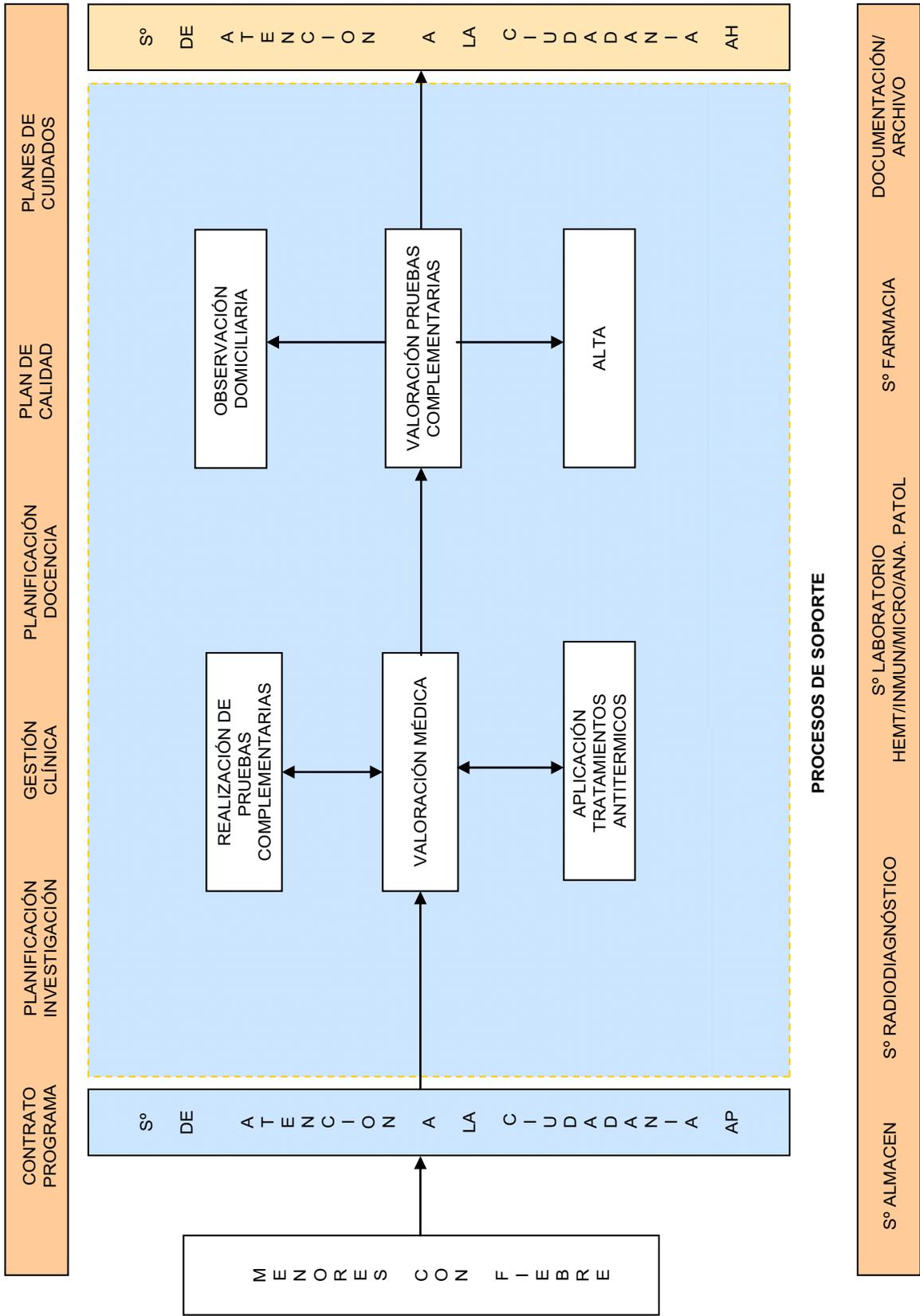
REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: FIEBRE EN LA INFANCIA



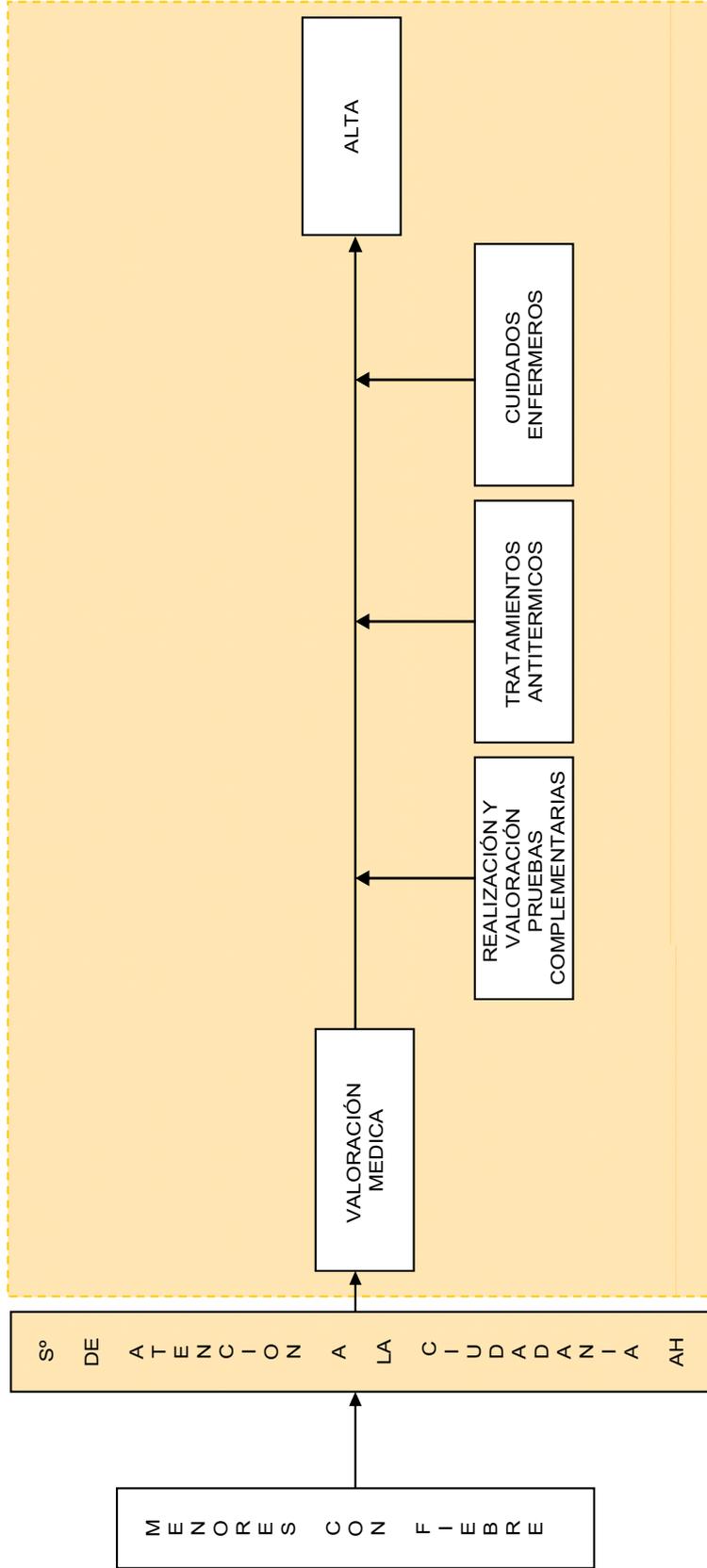
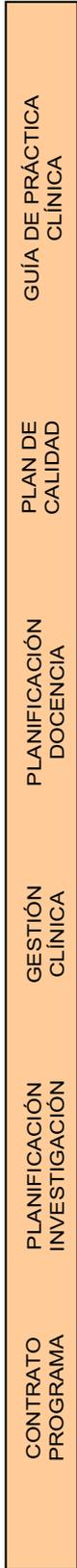
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: FIEBRE EN LA INFANCIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: FIEBRE EN LA INFANCIA

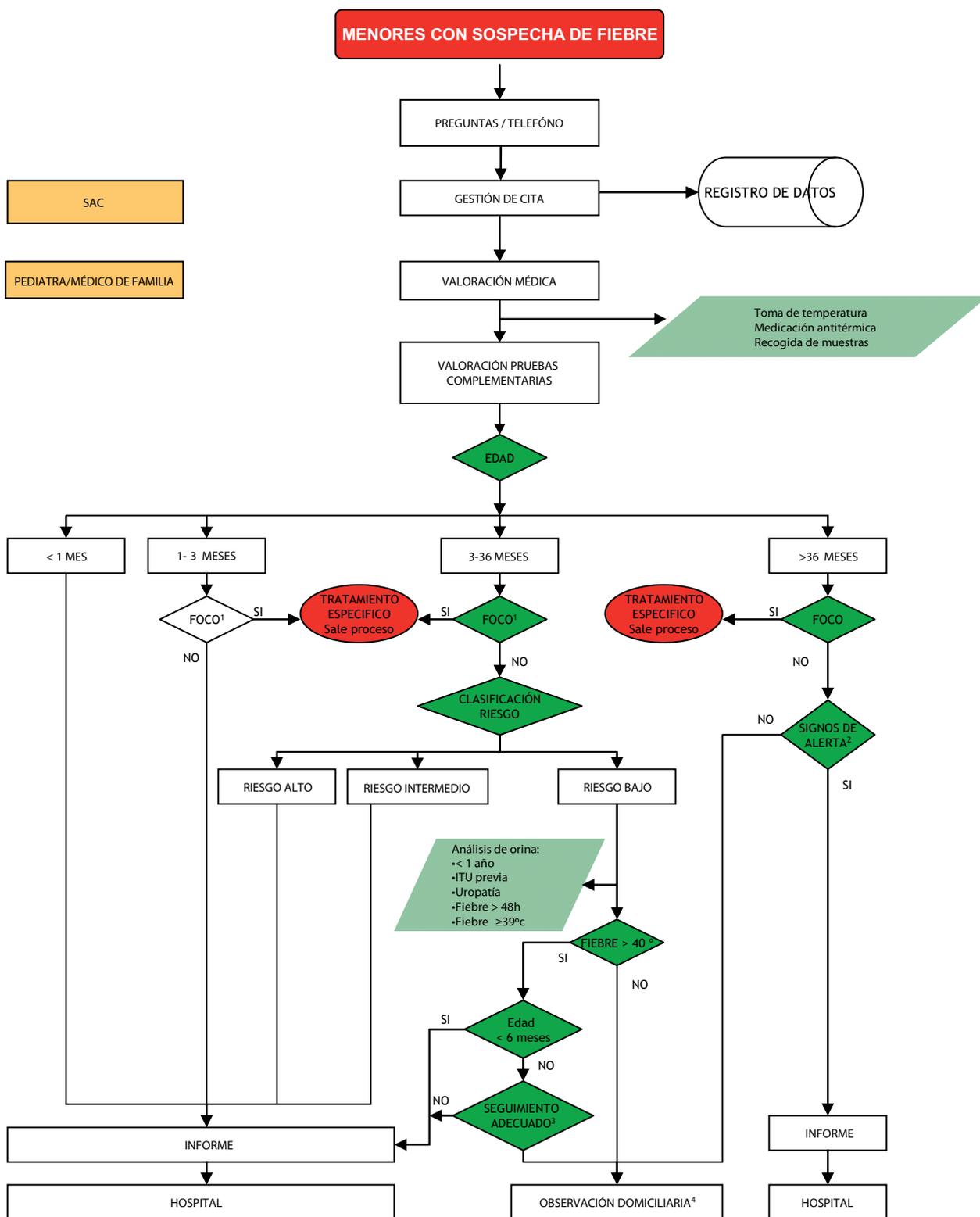
PROCESOS ESTRATÉGICOS



PROCESOS DE SOPORTE



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: FIEBRE EN LA INFANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA



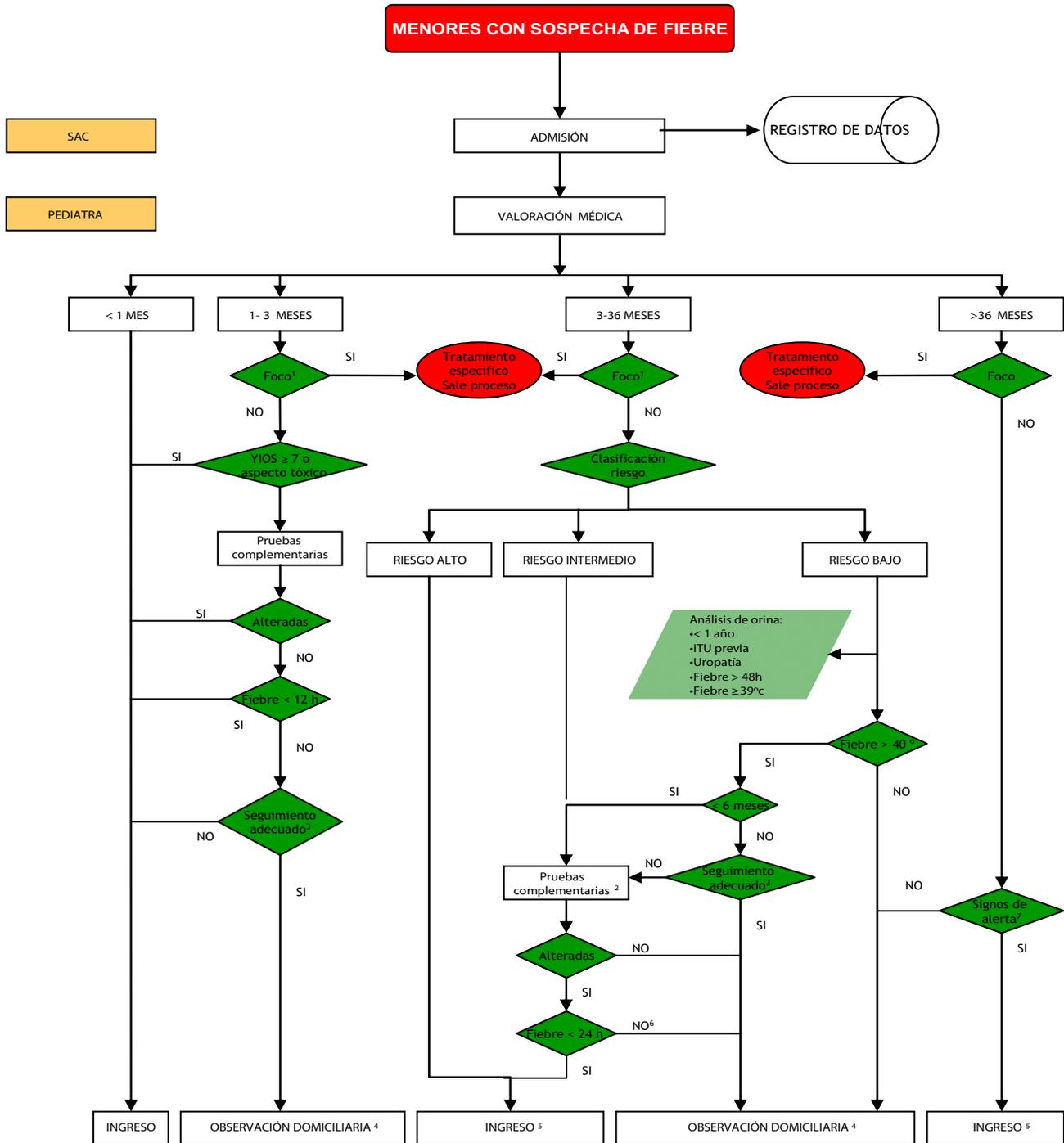
¹ En época epidémica realizar, si existe disponibilidad, test rápido de influenza y VRS.

² Alteración del nivel de conciencia; Mala perfusión (repleno capilar mayor a 2 segundos); Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación); Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial); Cianosis; Exantema maculoso o petequeal sugestivos de enfermedad meningocócica; Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.

³ Existe posibilidad de contacto telefónico con los padres; confianza en su responsabilidad y capacidad de cuidados; acceso en menos de 30 minutos a un centro sanitario.

⁴ Vigilancia síntomas de riesgo (Adormilado, decaído o muy irritable, rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello, respiración alterada, mala coloración y manchas en piel que no desaparecen al presionar, vómitos persistentes, convulsión).

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: FIEBRE EN LA INFANCIA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS



¹ En época epidémica realizar si existe disponibilidad, test rápido de influenza y VRS.

² Hemograma (RCB, C/S); RFA (PCR y/o procalcitonina), Hemocultivo, Orina completa (análisis microscópico de orina, urocultivo recogido por técnica estéril, Radiografía de tórax, si tiene síntomas respiratorios o RCB > 20.000 leucocitos/mm³).

³ Existe posibilidad de contacto telefónico con los padres; confianza en su responsabilidad y capacidad de cuidados; acceso en menos de 30 minutos a un centro sanitario. 3a seguimiento adecuado más criterios de bajo riesgo (Rochester).

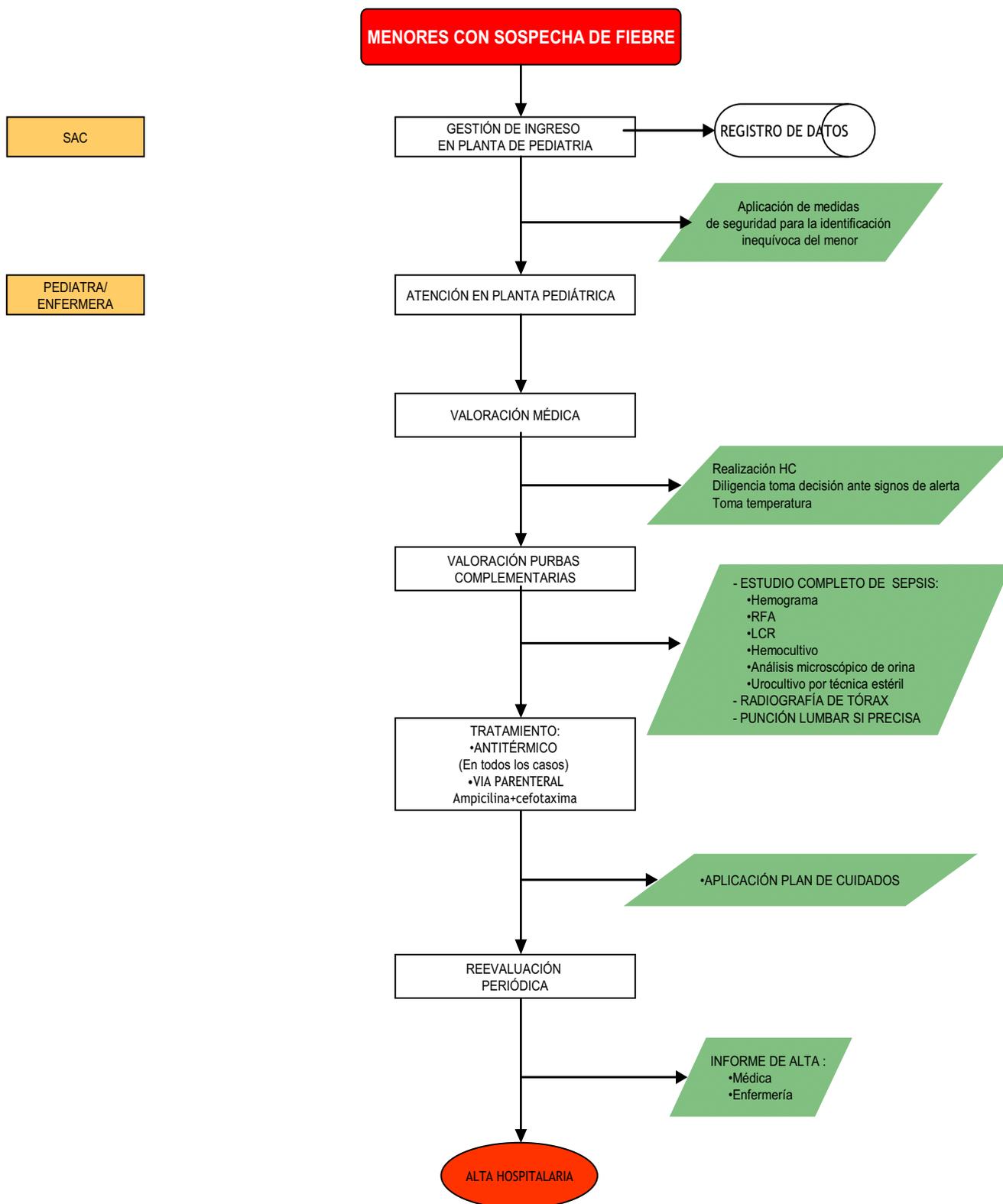
⁴ Vigilancia síntomas de riesgo (Adormilado, decaído o muy irritable, rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello, respiración alterada, mala coloración y manchas en piel que no desaparecen al presionar, vómitos persistentes, convulsión).

⁵ En Sala de Hospitalización u Observación de Urgencias.

⁶ En algunas circunstancias se podría valorar tratamiento empírico, con amoxicilina a 80-90 mg/kg/día.

⁷ Alteración del nivel de conciencia; Mala perfusión (relleno capilar mayor a 2 segundos); Trastornos del ritmo respiratorio (hipo o hiperventilación); Alteración de signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial); Cianosis; Exantema maculoso o petequiral sugestivos de enfermedad meningocócica; Dolor y/o tumefacción osteoarticular y/o limitación de la movilidad.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: FIEBRE EN LA INFANCIA EN PLANTA DE PEDIATRIA



6

INDICADORES

Denominación	Calidad en la derivación
Fórmula	$\frac{\text{Número de menores con fiebre sin foco (FSF) derivados desde AP o DCCU-AP con informe clínico de derivación que cumple los criterios definidos en el proceso}}{\text{Número total de menores con FSF derivados desde AP al SCCU-H}} * 100.$
Criterio	Permite conocer si los menores que llegan a los servicios de Urgencias desde AP o DCCU-AP son derivados con un informe y si éste es adecuado. Los datos que deben aparecer para que un informe clínico de derivación sea considerado de calidad son: <ul style="list-style-type: none">- Datos de filiación.- Edad del menor.- Tiempo de evolución del cuadro.- Hallazgos de interés en la exploración y anamnesis.- Administración del último antitérmico (principio activo y hora de la última administración).- Juicio clínico.- Datos de identificación del facultativo.
Estándar	75 %
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Aplicación de escalas de valoración clínica en menores de 0 – 36 meses
Fórmula	Número de menores de 0-36 meses con FSF atendidos en cualquier nivel asistencial a los que se les clasifica en función del riesgo según las escalas recomendadas según edad / Número total de menores de 0-36 meses atendidos en cualquier nivel asistencial con FSF * 100.
Criterio	Permite ver si los menores de 0-36 meses con FSF son valorados adecuadamente empleando escalas recomendadas de valoración clínica según edad.
Estándar	80%
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Información a padres, madres y/o personas cuidadoras
Fórmula	Número de menores con fiebre remitidos a observación domiciliaria cuyos padres, madres o personas cuidadoras disponen de indicaciones precisas sobre las medidas que deben aplicar / Número total de menores con fiebre que se remiten a observación domiciliaria * 100.
Criterio	Permite asegurar que padres, madres o personas cuidadoras tienen indicaciones precisas sobre las medidas antitérmicas
Estándar	90%
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Ingreso de menores de 1 mes con fiebre
Fórmula	Número de menores de 1 mes con fiebre que acuden al Hospital y son ingresados / Número de menores de 1 mes con fiebre que acuden al Hospital* 100.
Criterio	Permite conocer si los menores de un mes con fiebre son ingresados.
Estándar	
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Realización de pruebas complementarias en los menores de 3 años con fiebre sin foco a los que se prescribe antibiótico ^{31, 145, 146} .
Fórmula	Porcentaje de antibióticos en menores de 3 años con fiebre sin foco y pruebas complementarias / Total de menores de 3 años con procesos de fiebre sin foco a los que se indica antibiótico *100.
Criterio	Valora el uso de pruebas complementarias con el fin de tratar precozmente los cuadros febriles que pudieran complicarse con una infección bacteriana grave y evitar el uso inadecuado de antibióticos.
Estándar	90%
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Denominación	Recogida adecuada de orina en pacientes no continentes ^{137, 146} .
Fórmula	Número de menores diagnosticados de ITU por muestra obtenida por método estéril / Número de menores diagnosticados de ITU x 100.
Criterio	Valora la recogida de orina para urocultivo con técnica estéril (sondaje vesical o punción suprapúbica) ante la sospecha de ITU en el niño con fiebre.
Estándar	90%
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Periodicidad	Anual

Todos los indicadores estarán desagregados por sexo.

ANEXO 1

DONDE TOMAR LA TEMPERATURA ^{17, 18, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41}

EDAD	LOCALIZACIÓN	TIEMPO
< 2 Años	Recto (1ª elección) Axila (screening)	2 minutos (*) 4 minutos (*)
2-5 Años	Recto (1ª elección) Timpánico (2ª elección) Axila (3ª elección)	2 minutos (*) 4 minutos (*)
> 5 Años	Oral (1ª elección) Timpánico (2ª elección) Axilar (3ª elección)	2 minutos (*) 4 minutos (*)

* Tipo de termómetro: digital o infrarrojos.

RANGOS DE TEMPERATURA ^{42, 43}

RECTAL	36.6-38° C
TIMPÁNICA	35.8-38° C
ORAL	35.5-37,5° C
AXILAR	34.7-37.3° C

TRATAMIENTO ANTITÉRMICO ¹⁴

Medidas Antitérmicas

Parece apropiado comenzar a tratar la fiebre por encima de los 38-38.5° C axilar o los 38.8–39° C rectal o cuando provoque quebrantamiento y afectación del estado general.

Explicar medidas antitérmicas y aplicar si procede:

- Medidas generales ^{49, 50, 51, 52, 54}
 - Adecuado cuidado del estado de hidratación e ingesta calórica.
 - Temperatura ambiente en torno a 20-22° C.
 - Mantenerle con poca ropa.
- Medidas físicas ^{28, 49, 55}
 - Baños o paños de agua tibia.
 - Nunca usar agua fría, hielo o friegas con alcohol.
- Medicación antitérmica ^{17, 18, 19, 26}
 - De primera elección: paracetamol.
 - De segunda elección: ibuprofeno ^{19, 49, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61}

FÁRMACO	EFEECTO TERAPÉUTICO	VÍA	DOSIS	DOSIS TÓXICA	EFECTOS SECUNDARIOS
Paracetamol	Antitérmico/Analgésico. Buena absorción, alcanzando niveles máximos entre 1-2 horas. Efecto en torno a 4-6 horas	Oral	10-15 mg/Kg cada 4-6 horas v.o. Puede administrarse hasta 25-30 mg/Kg como dosis inicial (12) sin sobrepasar los 90 mg/Kg/día	> 150 mg/Kg	Hepatotoxicidad
Proparacetamol		IV	30 mg/Kg/dosis		
Paracetamol rectal		Rectal	15-20 mg/Kg/dosis.		
Ibuprofeno	Antiinflamatorio Antitérmico/Analgésico.	Oral	5-10 mg/Kg cada 6-8 horas	> 100 mg/Kg	Hemorragia digestiva, nefrotoxicidad
Metamizol	Niveles máximos a las 2 horas	IV IM Rectal	15-20 mg/kg cada 6-8 horas		Agranulocitosis, leucopenia, trombopenia, hipotensión arterial.

El empleo de metamizol, al igual que el proparacetamol, se reservaría para menores con ingreso hospitalario, y se administraría por vía intravenosa. El metamizol estaría más justificado como analgésico y su uso como antitérmico debería ser excepcional.

No parece estar justificado el uso alternativo de antitérmicos, a pesar de la amplia difusión que esta práctica tiene, no existen evidencias científicas que lo apoyen, dada la diferente farmacocinética de ambos fármacos, por lo que se debería requerir extremo cuidado ²⁶. No alternancia sistemática de antitérmicos ^{19, 21, 41, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 67, 68}.

RECOMENDACIONES A PADRES, MADRES Y PERSONAS CUIDADORAS (DOCUMENTO PARA ENTREGAR) ^{1, 69}

<http://www.csalud.junta-andalucia.es/contenidos/procesos/docs/guia%2520de%2520fiebre.pdf>.

¿Cuándo debo consultar con profesionales de la salud?

Es conveniente consultar en los siguientes casos:

- Si aparecen manchas en la piel.
- En niñas o niños de menos de 3 meses.
- Si tiene fiebre durante más de 24-48 horas en menores de 2 años.
- Si tiene fiebre durante más de 48-72 horas en mayores de 2 años.
- Si el llanto es intenso y difícil de calmar.
- Si rechaza totalmente la toma de alimentos y líquidos.
- Si deja de orinar o la orina es muy escasa.
- Si presenta decaimiento a pesar de bajar la fiebre.
- Ante cualquier circunstancia extraña o desacostumbrada.

¿Qué debo vigilar cuando tiene fiebre?

Mientras la niña o el niño tienen fiebre, aunque ya haya hecho la visita a su pediatra, debe observar:

- Su estado general: aspecto, cara, manos, cuerpo, color. Busque específicamente si hay manchas o su piel está muy pálida o azulada.
- Su comportamiento, si existe adormecimiento, está irritable, con llanto excesivo o bien señala algún dolor específico (oído, garganta, abdomen, cabeza...).
- Si tiene rigidez, sobre todo del cuello.
- Si presenta alteraciones en la respiración.
- Si tiene orina maloliente o de color distinto al habitual.
- Si muestra flojedad o negativa a moverse.
- Si tiene vómitos o diarrea persistentes o muy abundantes.

Todos estos datos son de indudable valor y sobre ellos le va a preguntar quien le trate.

¿Cuándo debo acudir a urgencias?

Cuando aparezca alguno de estos signos no siempre quiere decir que vaya a tener una enfermedad grave, pero es conveniente que la valoración se realice cuanto antes:

- Temperatura superior a 40° C (rectal).
- Fiebre alta y alguna enfermedad crónica grave (malformación del corazón, inmunodeficiencia, cáncer en tratamiento quimioterápico).

- Rigidez de nuca o dificultad para mover el cuello.
- Convulsión.
- Manchas de aparición reciente, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
- Dificultad para que se mantenga despierto o despierta.
- Dificultad para respirar.

En estos casos actúe con calma: empiece a tratar la fiebre como se ha explicado y diríjase al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud u Hospital, indicando a su llegada los síntomas que presenta.

HISTORIA CLÍNICA 19, 25, 33, 40, 53

Anamnesis

Edad	
Temperatura	Termometrada, táctil. Localización del lugar de la toma. Temperatura máxima. Evolución. Horario. Respuesta a antitérmicos utilizados
Repercusión de la fiebre	Nivel de actividad. Nivel de conciencia. Calidad del llanto. Capacidad de ser consolado. Hábito de alimentación.
Signos y síntomas asociados	Irritabilidad, vómitos, diarrea, tos, dificultad respiratoria, exantemas, molestias urinarias.
Desencadenantes	Ambientales. Vacunaciones previas. Epidemiológicos (contactos infectantes recientes, viajes recientes al extranjero países recorridos, tiempo y lugares de estancia, profilaxis). Asistencia a guarderías.
Antecedentes personales y familiares	Embarazo. Parto. Prematuridad. Hospitalizaciones. Enfermedades crónicas. Medicación previa (antibióticos, otros medicamentos).
Nivel socioeconómico	

Exploración por órganos y aparatos 2, 25, 33, 40, 53, 81, 82, 83, 84, 85

Piel (exantemas, petequias, abscesos, celulitis).
Pulsos. Perfusión.
Movilidad de extremidades.
Adenopatías.
Auscultación cardiaca y pulmonar.
Palpación abdominal. Genitales.
Signos meníngeos. Fontanela. Nivel de conciencia. Focalidad.
ORL. Otoscopia. Ojos.

ESCALAS PARA CLASIFICACIÓN DE LA FIEBRE EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD.

Variables de observación para lactantes de 1-3 meses YIOS (Young Infant Observation Scale) ^{3, 49, 62, 86, 88}

Item	1	2	3
Estado/Esfuerzo	No afectación, vigoroso/a.	Compromiso leve-moderado (FR > 60/min), retracciones o quejoso.	Distress respiratorio / esfuerzo inadecuado (apnea, fallo respiratorio).
Perfusión	Rosado, extremidades calientes.	Moteado, extremidades frías.	Pálido, shock.
Afectividad	Sonrisa y/o irritable.	Irritable, consolable.	Irritable, no consolable.

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems individuales. Puntuación mínima 3, máxima 15.

YIOS < 7: bajo riesgo de IBG.

YIOS ≥ 7: alto riesgo de IBG.

Escala de observación para 3 a 36 meses (Yale Observation Scale) ^{49, 62, 88}

Item Observación	1 (Normal)	3 (Afectación moderada)	5 (Afectación severa)
Calidad del llanto	Fuerte, con tono normal o sin llorar.	Lloriqueando, sollozando.	Débil o con quejido o tono alto.
Reacción al estímulo paterno	Llora brevemente y se calma, esta contento/a y ausencia de llanto.	Llanto intermitente.	Llanto continuo o responde poco.
Nivel de conciencia	Si despierto permanece despierto/a; si duerme se despierta al estimularle.	Cierra los ojos brevemente cuando esta despierto/a, o despierta tras estimulación prolongada.	Tendencia al sueño o no despierta.
Coloración	Rosada.	Palidez de extremidades o acrocianosis.	Palidez o cianosis o moteada o ceniza.
Hidratación	Piel y ojos normales y mucosas húmedas.	Piel y ojos normales, y boca discretamente seca.	Piel pastosa o con pliegue y mucosas secas y/u ojos hundidos.
Respuesta social	Sonríe o alerta.	Sonríe brevemente o esta alerta brevemente.	No sonríe o facies ansiosa, inexpresiva o no alerta.

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems individuales.

YOS ≤ 10: bajo riesgo de infección bacteriana grave (IBG).

YOS 10-16: riesgo incrementado de IBG.

YOS ≥ 16 alto riesgo de IBG

Escala de valoración para identificar riesgo de enfermedad severa (NICE) ^{5, 53}

Riesgo	Bajo	Intermedio	Alto
Color	Piel coloración normal, labios y lengua.	Palidez referida por padres, madres o personas cuidadoras.	Pálido/moteado/gris/azulado.
Actividad	Responde normalmente a indicaciones sociales. Contento/sonriente. Permanece despierto/a o despierta rápidamente. Llanto fuerte normal o no llora.	Ausencia de respuesta normal a indicaciones sociales. Despierta solamente cuando hay una estimulación prolongada. Actividad disminuida. No sonríe.	Ausencia de respuesta a indicaciones sociales. Apariencia de enfermo/a para un profesional sanitario. No despierta o si se le despierta no permanece despierto/a. Débil, agudo o grito continuo.
Respiratorio	Normal.	Aleteo nasal Taquipnea: FR > 50 rpm, 6-12 meses FR > 40 rpm, mayor de 12 meses Saturación de oxígeno < 95 % en aire Estertores auscultatorios.	Quejido Taquipnea FR > 60 rpm Moderada o severa retracción torácica.
Hidratación	Piel y ojos normal. Mucosas húmedas.	Mucosas secas. Alimentación pobre en lactantes. TRC > 3 segundos. Disminución de la diuresis.	Turgencia en piel reducida.
Otros	Ninguno de los síntomas o signos de la zona amarilla o roja.	Fiebre > 5 días.	Edad 0-3 meses, temperatura $\geq 38^{\circ}$ C. Edad 3-6 meses, temperatura $\geq 39^{\text{a}}$ C.
		Inflamación de una extremidad o articulación. No carga el peso/no utiliza una extremidad.	Exantema que no palidece con la presión. Abombamiento de fontanela. Rigidez de nuca. Estatus epiléptico. Signos neurológicos focales. Convulsiones focales.
		Nódulo de aparición reciente > 2 cm.	Vómitos biliosos.

FR = Frecuencia respiratoria. TRC = Tiempo de relleno capilar

Valoración del aspecto clínico. Escala de Cincinnatti^{89, 90}

Buen aspecto	<ul style="list-style-type: none">• Sonríe, juega, no irritable, alerta, alimentación adecuada, llanto vigoroso, fácilmente consolable por cuidadores.• No signos de deshidratación.• Buena perfusión periférica: rosado, caliente.• No signos de dificultad respiratoria.
Aspecto enfermo	<ul style="list-style-type: none">• Sonríe brevemente, irritable, solloza, con respuesta a la persona cuidadora, con menos actividad de lo habitual, escasa apetencia por el alimento.• Signos de deshidratación leve o moderada.• Buena perfusión periférica: extremidades rosadas y cálidas.
Aspecto Tóxico (Baraff 1993)	<ul style="list-style-type: none">• Irritable y no fácilmente consolable, contacto visual pobre o ausente, incapacidad de interacción con padres u objetos del entorno, letárgico o sin respuesta, rechazo de alimento, convulsiones o signos de irritación meníngea.• Petequias, púrpura.• Signos de deshidratación grave.• Mala perfusión, extremidades frías o moteadas.• Pálidez, pulso débil.• Frecuencia respiratoria >60, tiraje, quejido o apnea, cianosis, fallo respiratorio.

Criterios de bajo riesgo de Rochester⁷⁶

1. Buen aspecto general.
2. Previamente saludable:
 - Nacimiento a término (edad gestacional ≥ 37 semanas).
 - Ausencia de tratamiento antimicrobiano perinatal.
 - Ausencia de hiperbilirubinemia inexplicada.
 - Ausencia de tratamiento antimicrobiano previo.
 - Ausencia de hospitalización previa.
 - Ausencia de enfermedad crónica o subyacente.
 - Ausencia de hospitalización más prolongada que la madre.
3. Sin evidencia de infección en la piel, tejidos blandos, ósea, articulaciones u oídos
4. Valores de laboratorio:
 - Recuento de células blancas de 5.000 a 15.000 por mm^3 (5 a $15 \times 10^9 / \text{L}$).
 - Recuento absoluto de cayados < 1.500 por mm^3 ($< 1,5 \times 10^9 / \text{L}$).
 - Diez o menos glóbulos blancos por campo de alto poder en el examen microscópico de la orina.
5. Cinco o menos glóbulos blancos por campo de alta resolución en el examen microscópico de las heces en lactantes con diarrea.

RECOGIDA DE ORINA

Técnicas de recogida de orina ^{125, 126}

Lavado de genitales

- Usar agua jabonosa: evitar antisépticos que puedan impedir el crecimiento de bacterias.
- Irrigar luego con abundante agua y secar con gasas estériles
- Es necesario retraer los labios mayores o el prepucio para que sea efectivo.

Recogida de orina en menores con control esfinteriano

- Tras lavado de genitales, se recoge la orina de la segunda parte de la micción “ al vuelo” en un recipiente estéril, manteniendo el prepucio o separando los labios mayores.

Recogida de orina en menores sin control esfinteriano

1. Bolsa colectora adherida a periné

- Reservada exclusivamente para recogida de orina con vistas a descartar una ITU (el análisis de la orina obtenida por este método tiene un alto valor predictivo negativo pero muchos falsos positivos, por lo que en caso de que sea positivo, debe confirmarse por otro de orina obtenido por punción suprapúbica o sondaje, pero en caso de ser negativo el método es fiable)
- Requiere lavado muy cuidadoso de los genitales y cambio de bolsa precedido siempre de lavado cada 20-30 minutos.

2. Sondaje (cateterismo vesical)

- Es una técnica criticada por algunos autores, pero que ha demostrado ser de gran utilidad y mínimo riesgo en niños de ambos sexos.
- A pesar de las posibles preocupaciones teóricas sobre la contaminación de las muestras o entrada de gérmenes del meato en la vejiga, cuando la técnica es apropiada no se producen.
- En el varón, tras una inmovilización adecuada y después de lavar los genitales, secar con gasa estéril, retraer el prepucio y limpiar con una solución antiséptica local, usando guantes estériles, se tira del cuerpo del pene y se introduce una sonda lubricada del calibre 6F o similar. Si se encuentra resistencia, no hay que forzar el paso sino traccionar hacia fuera y continuar lentamente. En caso de encontrar dificultad de paso hay que utilizar una sonda de menor diámetro.
- En la niña se preparan el periné y el introito aplicando, tras lavado, una solución antiséptica local usando guantes estériles.

3. Punción / aspiración suprapúbica

- Para muchos autores es el método de elección de recogida de orina en recién nacidos y lactantes. Debe realizarse con la vejiga llena (palpable) o al menos una hora después de la última micción.
- Con el menor inmobilizado con las piernas en “posición de rana” (puede tener ventajas envolver el torso en una sábana), un ayudante obstruye la uretra presionando el pene en el niño o comprimiendo el orificio externo uretral en la niña).
- Se selecciona el lugar de punción a 1,5 cm de la sínfisis del pubis en la piel previamente lavada con solución jabonosa tibia más antiséptico local, secada y aclarada con alcohol de 70° y se introduce una aguja calibre 22 por la línea alba con una inclinación caudal de 10-20°.
- No es precisa la anestesia local. Debe introducirse la aguja en la piel, y con un segundo movimiento rápido en la vejiga. Si no se obtiene orina de entrada, se extrae la aguja sin sacarla de la piel y se intenta de nuevo con un ángulo alternativo. Es poco probable obtener orina tras el tercer intento, si no se espera dos o tres horas para repetirla.
- Casi siempre aparece hematuria microscópica transitoria y ocasionalmente es macroscópica, y si la técnica es cuidadosa son muy infrecuentes la perforación de una víscera abdominal, el hematoma vesical o la infección del lugar de punción.
- En mayores de 2 años la vejiga es de peor accesibilidad por lo que el procedimiento no está indicado.
- La orina debe enviarse en la misma jeringa que se uso para la extracción.
- Tras separar los labios mayores y exponer el meato uretral se introduce la sonda bien lubricada hasta que la orina fluya libremente.
- Para la recolección de la muestra, se deja salir la primera parte de la orina, recogiendo el resto en un recipiente estéril.
- El tiempo de conservación de la orina anterior al análisis fuera del frigorífico no debe de ser superior a 4 horas y en el frigorífico debe conservarse a 4° C.

Sensibilidad y especificidad de los componentes del urinoanálisis ¹²²

Urinoanálisis: Cualquiera de los siguientes define un urinoanálisis positivo:

- Nitritos (+)
- Esterasa leucocitaria (+)
- Examen microscópico (+). La definición de examen microscópico anormal depende del punto de corte.

LEUCOCITOS / CAMPO (CENTRIFUGADO)	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
≥ 5	54-84%	77-96%
≥ 10	32-78%	87-99%

Si las tres pruebas están alteradas (considerando > 5 leucocitos como valor anormal), la sensibilidad agregada es del 100% (IC 95% 96,4-100) y la especificidad agregada es 60% (IC 95% 56,1-64,1) ³

Sensibilidad y especificidad de los componentes del análisis urinario ^{92, 93, 127, 128, 129}.

TEST	SENSIBILIDAD %	ESPECIFICIDAD %
Leucocito esterasa	83	78
Nitritos	53	98
Leucocito esterasa o nitritos	93	72
Análisis microscópico orina centrifugada ≥ 5 leucocitos/campo	79	67
Análisis microscópico orina no centrifugada ≥ 10 leucocitos/mm ³	89	77
Análisis microscópico: bacterias	81	83
Leucocito esterasa o nitrito o microscopía positiva	99.8	70

Criterios para el diagnóstico de ITU ^{92, 130}.

MÉTODO DE COLECCIÓN	RECuento DE COLONIAS	PROBABILIDAD DE INFECCIÓN (%)
Aspiración suprapúbica	Bacilos Gram negativos: cualquier número. Cocos Gram positivos: más de unos pocos miles.	> 99%
Cateterización transuretral	$> 10^5$ (*) 10^4 - 10^5 10^3 - 10^4 $< 10^3$	95% Infección probable Sospechoso: repetir Infección poco probable
Chorro medio	$> 10^5$ 3 muestras $\geq 10^5$ 2 muestras $\geq 10^5$ 1 muestra $\geq 10^5$ $5 \times 10^4 - 10^5$ $10^4 - 5 \times 10^4$ $< 10^4$	Infección probable 95% 90% 80% Sospechoso: repetir Sintomático: sospechoso; repetir Asintomático: infección poco probable Infección poco probable

(*) La mayoría de autores considera infección probable si $> 5 \times 10^4$ colonias

VALORES NORMALES EN EL HEMOGRAMA POR GRUPO DE EDAD

Menores de 1-3 meses 13, 25, 40, 49, 53, 63, 76, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110

- Leucocitos de 5.000-15.000 mm³.
- C/S menor 0.2^{85, 86}.
- PCR menor 40 mg/l (4 mg /dl) y/o procalcitonina menor 0.4 ng/ml.
- Urinoanálisis. Para su correcta valoración es preciso conocer los valores de referencia según la técnica empleada en cada centro. Se acepta como estándar si igual o mayor a 10 leucocitos / campo de orina centrifugada.

Menores de 3-36 meses 13, 24, 25, 40, 48, 53, 63, 76, 92, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124

- Leucocitos de 5000-15.000 mm³.
- PMN igual o menores a 10.000/mm³.
- PCR menor 40 mg/l (4 mg /dl).
- Procalcitonina menor 0.4 ng/ml.
- Urinoanálisis. Para su correcta valoración es preciso conocer los valores de referencia según la técnica empleada en cada centro. Se acepta como estándar si mayor a 10 leucocitos / campo de orina centrifugada (Anexo 6)^{5, 90, 127}.

RECOMENDACIONES PARA LA EXTRACCIÓN DE SANGRE DESTINADA A HEMOCULTIVOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA ^{137, 138}.

Se deberán obtener dos o más muestras siempre que sea posible.

- Una o más deben ser percutáneas.
- Una de ellas se podrá obtener de un catéter en sus primeras 48 horas de utilización.
- Si se sospecha infección secundaria a catéter, una de las tomas debe ser realizada a través de él y otra mediante punción percutánea.
- Se obtendrán previamente a la administración de antibióticos. Si fuese imposible, deberá obtenerse en las dos horas siguientes a su administración.
- En la edad pediátrica no se realiza de manera rutinaria el cultivo de anaerobios.

Volumen de la muestra

En menores de 1 año se utilizará el frasco especial pediátrico.

A edades superiores, la cantidad óptima depende del peso corporal, según la tabla 1.

Tabla 1. Relación volumen de muestra / peso corporal en la edad pediátrica.

Peso (Kg)	< 8	8-14	14-27	27-41	41 – 55	> 55
Volumen (cc)	1	3	5	10	15	20

Técnica de extracción

1. Se retirará la cápsula protectora y desinfectará el tapón con antiséptico, que se dejará evaporar para que no entre en el frasco posteriormente.
2. Se realizará limpieza y desinfección muy cuidadosa de la zona de punción:
 - Limpiar con alcohol de 70° (desde el punto de punción hacia fuera).
 - Desinfección con clorhexidina en solución alcohólica (gluconato de clorhexidina al 0.5%).
 - Dejar secar la piel 2 min antes de pinchar.
3. Extracción:
 - No tocar el punto de punción. Si fuera absolutamente necesario para detectar la posición de la vena, el guante o el dedo debe ser desinfectado igual que la zona de punción.

4. Inoculación en los frascos:

- Eliminar todo el aire de la jeringa, antes de pinchar el tapón del frasco.
- No es preciso cambiar la aguja.
- Si se solicita aerobios y anaerobios, inocular esta muestra en primer lugar.
- Agitar suavemente los frascos.

5. Envío y conservación:

- Enviar rápidamente al laboratorio de Microbiología.
- Si no fuera posible, se conservará en estufa de cultivo a una temperatura de 35-37° C.

VALORES NORMALES DE LCR ³

CARACTERÍSTICAS	< 1 MES	> 1 MES
Nº leucocitos	0-32 (8)	0-8 (3)
PMN %	61%	0%
Proteínas	20-170 mg/dL (90)	5-40 mg/dL
Glucosa	34-119 mg/dL (52)	40-80 mg/dL
Glucosa en LCR / glucosa en sangre	44-128 %	50-60 %
LDH	5-30 U/mL	5-30 U/mL
Color	Agua de roca	Agua de roca
Presión	80-119 mm H ₂ O	<200 mm H ₂ O

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

El impacto y la frecuencia de aparición de los episodios febriles en la infancia son elevados, no es excepcional que niños menores de 5 años presenten 4 ó 5 episodios febriles en un año, especialmente durante los meses de invierno.

La fiebre genera con frecuencia confusión a los padres y a las madres e incluso entre profesionales de la salud. En la mayoría de los casos es un síntoma de una infección banal de origen vírico, y suele ser una respuesta útil para el huésped. La decisión de tratarla se dirige a aliviar las molestias y complicaciones que puede comportar; ello sin olvidar que existe un riesgo potencial de desarrollar, aunque en un bajo número, una infección focal grave, sepsis o incluso un cuadro letal.

Con este plan de cuidados estandarizado se pretende establecer un conjunto de actuaciones coordinadas cuando el niño o la niña y personas que les cuidan aprecian de forma objetiva o subjetiva un aumento de la temperatura corporal y establecen contacto con el Sistema Sanitario. Comprende todas las medidas que se llevan a cabo para llegar al diagnóstico etiológico de la fiebre, tratamiento del síntoma y/o de sus complicaciones, así como la información y medidas de actuación adecuadas, garantizando la continuidad en la atención mientras persista el síntoma.

Este documento ha sido elaborado por enfermeras de Atención Primaria y de Atención Especializada, recogiendo los cuidados de enfermería susceptibles de ser aplicados en el Centro de Salud y/o en el domicilio así como en el hospital. La coordinación interniveles es fundamental para garantizar una continuidad de cuidados que beneficia tanto a niñas y niños como a sus madres y padres.

El plan incluye la valoración mínima específica que se complementa con los cuestionarios/escalas clinimétricas más utilizados según el área a valorar. Se recogen aquellas etiquetas diagnósticas que con mayor frecuencia pueden aparecer, sin olvidar que el plan de cuidados se completará y adaptará, tras la valoración, a cada niño o niña, persona cuidadora, y en el caso de Atención Primaria, de su entorno.

Se especifican:

- Etiquetas diagnósticas enfermeras más prevalentes.
- Criterios de resultados con indicadores de valoración.
- Intervenciones más frecuentes.
- Actividades propuestas.

Consideramos que el plan de cuidados requiere un registro adecuado donde reflejar la actividad diaria, que permita una posterior evaluación. Se hace indispensable la utilización de un lenguaje unificado que favorezca, además de una comunicación interprofesional eficaz, investigar en cuidados y mejorar la calidad de éstos para el beneficio de los usuarios y usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En un principio se tomaron en consideración otros diagnósticos tales como “Riesgo de infección”, “Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos”, “Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal”, “Termorregulación ineficaz”, “Intolerancia a la actividad”, “Fatiga” o “Interrupción de los procesos familiares”.

Tras el debate se concluyó no desarrollarlos atendiendo por no ser los que con mayor frecuencia aparecen en las niñas y en los niños que se atienden tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria en este proceso.

Diagnósticos enfermeros como “Riesgo de infección” hacen que el niño o la niña salgan del proceso al estar relacionados con desnutrición, inmunosupresión, alteración de las defensas, enfermedades crónicas, etc.

En el caso de “Riesgo de desequilibrio en el volumen de líquidos”, aún siendo un diagnóstico relacionado con el proceso, se ha de considerar desarrollar “Riesgo de déficit de volumen de líquidos” por adaptarse los factores relacionados mejor al proceso.

Diagnósticos como “Intolerancia a la actividad”, “Fatiga”, “Interrupción de los procesos familiares”, “Termorregulación ineficaz” y “Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal” no se han desarrollado porque las actividades incluidas en los diagnósticos elegidos evitarían la aparición o disminución los efectos derivados de éstos.

Valoración mínima específica de enfermería

NECESIDAD 01. RESPIRACIÓN

- 1 Dificultad para respirar
- 10 Frecuencia respiratoria
- 11 Frecuencia cardiaca
- 13 Ruidos respiratorios

NECESIDAD 02. ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN

- 19 Total de consumo de líquidos diarios (1 vaso = 250 cc)
- 21 Apetito
- 22 Náuseas
- 23 Vómitos

NECESIDAD 03. ELIMINACIÓN

- 26 Número y frecuencia de deposiciones
- 28 Tipo de heces
- 35 Síntomas urinarios
- 38 Otras pérdidas de líquidos

NECESIDAD 04. MOVILIZACIÓN

- 44 Falta o reducción de energía para tolerar la actividad

NECESIDAD 05. REPOSO/SUEÑO

- 52 Temperatura
- 53 Fluctuaciones de temperatura

NECESIDAD 08. HIGIENE/PIEL

- 56 Estado de piel y mucosas

NECESIDAD 09. SEGURIDAD

- 60 Nivel de consciencia
- 62 Dolor
- 68 No sigue el plan terapéutico

NECESIDAD 10. COMUNICACIÓN

- 75 Dificultad en la comunicación
- 77 Su cuidador/a principal es...
- 80 Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas de cuidador/a

NECESIDAD 11. RELIGIÓN/CREENCIAS

- 96 La situación actual ha alterado sus...
- 101 No participa en aspectos relacionados con su enfermedad
- 105 Temor expreso

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

- 00007.- Hipertermia**
- 00028.- Riesgo de déficit de volumen de líquidos**
- 00126.- Conocimientos deficientes**
- 00148.- Temor**
- 00146.- Ansiedad**

DESARROLLO

00007.- HIPERTERMIA.

Manifestado por aumento de la temperatura corporal, piel enrojecida, calor al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria o taquicardia.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0802- Signos vitales

- 01. Temperatura corporal.
- 02. Frecuencia del pulso apical.
- 03. Frecuencia del pulso radial.
- 04. Frecuencia respiratoria.

- 05. Presión arterial sistólica.
- 06. Presión arterial diastólica.

1608.-Control de síntomas

- 01. Reconoce el comienzo del síntoma.
- 03. Reconoce la intensidad del síntoma.
- 05. Reconoce la variación del síntoma.
- 06. Utiliza medidas preventivas.
- 07. Utiliza medidas de alivio.
- 08. Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria.
- 11. Refiere control de los síntomas.

1902.- Control del riesgo

- 01. Reconoce factores de riesgo.
- 11. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
- 08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
- 16. Reconoce cambios en el estado de salud.
- 13. Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.

NIC (Intervenciones de enfermería):

1380.- Aplicación de calor o frío

- Explicar la utilización del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a sus síntomas.
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos que presente.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Evaluar la respuesta a la aplicación del frío.

2680.- Manejo de las convulsiones

- Guiar los movimientos para evitar lesiones.
- Aflojar la ropa.
- Permanecer con el niño o la niña durante el ataque.
- Mantener abierta una vía aérea.
- Comprobar el estado neurológico.
- Reorientar después del ataque.
- Registrar la duración del ataque.
- Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo.

3590.- Vigilancia de la piel

- Vigilar el color de la piel y observar si hay erupciones y petequias.
- Instruir a la persona cuidadora acerca la aparición de petequias o erupciones en la piel.

3740.- Tratamiento de la fiebre

- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado de la niña o del niño.
- Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.
- Vigilar por si hubiera descenso en los niveles de consciencia.
- Vigilar por si hubiera actividad de ataques.
- Comprobar los valores de recuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito.
- Monitorizar por si hubiera anomalías en los electrolitos.
- Administrar medicación antipirética, si procede.
- Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.
- Controlar la temperatura de cerca para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.

6650.- Vigilancia

- Determinar los riesgos de salud del niño o de la niña, si procede.
- Obtener información sobre su conducta y rutinas normales.
- Observar su capacidad para realizar las actividades de autocuidado.
- Iniciar y/o modificar el tratamiento para mantener los parámetros dentro de los límites ordenados por el médico o la médica mediante protocolos establecidos.

5510.- Educación sanitaria

- Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal y familiar.
- Determinar la capacidad de pacientes y familia para asimilar información específica.
- Determinar su conocimiento sanitario actual y las conductas en estilo de vida del niño o la niña y de su familia.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades y hábitos deseados.
- Proporcionarles materiales educativos escritos.
- Ayudarles a coordinar los cuidados y la comunicación sanitaria.
- Informarles de cómo acceder a los servicios sanitarios.

00028.- RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS. Relacionado con factores que influyen en la necesidad de líquidos (estados hipermetabólicos), pérdidas excesivas a través de vías normales, extremos de edad o déficit de conocimientos respecto a la ingesta de líquidos.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0602.-Hidratación

01. Piel tersa.
02. Membranas mucosas húmedas.
05. Sed.

1902.-Control del riesgo

01. Reconoce factores de riesgo.
02. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.

- 03. Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario.
- 13. Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.
- 16. Reconoce cambios en el estado de salud.

NIC (Intervenciones de enfermería):

4120.- Manejo de líquidos

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.
- Controlar la ingesta de alimentos/líquidos diarios.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar pajita para beber, ofrecer líquidos entre comidas, preparar polos con su zumo preferido, cortar gelatina con formas divertidas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), si procede.

4130.- Monitorización de líquidos

- Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed.
- Vigilar y registrar ingresos y egresos.
- Comprobar niveles de electrolitos en suero y orina, si procede.
- Observar niveles de osmolaridad de orina y suero.
- Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.
- Contar y pesar pañales, si procede.

5240.- Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionarles información objetiva según sea necesario y si procede.
- Pedirles que identifiquen lo que pueden o no hacer sobre lo que le sucede a la niña o al niño.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por otros deseados.
- Ayudarles a coordinar los cuidados y la comunicación sanitaria.
- Informarles de cómo acceder a los servicios sanitarios.

00126.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES. Relacionados con mala interpretación de la información, falta de interés en el aprendizaje o poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

Manifestados por verbalización, seguimiento inexacto de las instrucciones o comportamiento inapropiado o exagerado.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1803.- Conocimiento: proceso de la enfermedad

- 06. Descripción de los signos y síntomas.
- 11. Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.

1813.- Conocimiento: régimen terapéutico

02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento habitual.
03. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.
05. Descripción de la dieta prescrita.
06. Descripción de la medicación prescrita.
07. Descripción de la actividad prescrita.

1814.- Conocimiento: procedimientos terapéuticos

01. Descripción del procedimiento terapéutico.
02. Explicación del propósito del procedimiento.
06. Descripción de restricciones relacionadas con el procedimiento.
10. Descripción de los posibles efectos indeseables.

0906.- Toma de decisiones

01. Identifica información relevante.
02. Identifica alternativas.
08. Compara alternativas.
09. Escoge entre varias alternativas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad

- Evaluar su nivel actual de conocimientos (de paciente y familia) relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del/de la paciente.
- Informarles acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
- Ayudarle a alternar correctamente los periodos de descanso y de actividad.

5614.- Enseñanza: dieta prescrita

- Evaluar su nivel de conocimientos (de paciente y familia) acerca de la dieta prescrita.
- Conocer y explicar sus sentimientos/actitud acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- Explicar el propósito de la dieta e ingesta líquidos.
- Informarles e instruirles acerca de la administración/aplicación, dosis y duración de los efectos de cada medicamento.
- Instruirles sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, si procede.
- Informarles (a paciente y familia) acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.
- Advertirles contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas.

- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Informarles acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Informarles sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Enseñar a la niña o al niño como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento.
- Proporcionarle distracción para que desvíe su atención del procedimiento.
- Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.
- Determinar sus expectativas respecto del procedimiento/tratamiento.
- Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento, si procede.
- Discutir tratamientos alternativos, si procede.
- Darles tiempo para que hagan preguntas y discutan sus inquietudes.
- Incluir a la familia, si resulta oportuno.

00148.- TEMOR. Relacionado con desconocimiento del ambiente y procesos hospitalarios, desconocimiento del proceso de su enfermedad o separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.

Manifestado por verbalización del origen del temor, nerviosismo, inquietud, inseguridad, aprensión, agresividad o llanto.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1404.-Autocontrol del miedo

- 03. Busca información para reducir miedo.
- 15. Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.
- 17. Controla la respuesta de miedo.

NIC (Intervenciones de enfermería):

- Valorar el impacto de la situación vital del niño o de la niña en los roles y relaciones.
- Valorar su comprensión del proceso de enfermedad.
- Animarle a evaluar su propio comportamiento.
- Alentar la manifestación de sentimientos y miedos.
- Favorecer un dominio gradual de la situación.
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Disminuir los estímulos del ambiente que puedan ser interpretados como amenazantes.
- Mostrar calma, escuchar sus miedos y permanecer junto a él o ella fomentando su seguridad.
- Explicarles todas las pruebas y procedimientos.
- Responder a sus preguntas sobre su salud de una manera sincera.
- Proporcionarle chupete y objetos queridos, si procede.
- Cogerle en brazos, si procede.
- Dejar la luz encendida durante la noche si es necesario.
- Determinar como afecta a la niña o al niño el comportamiento de la familia.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira o negociación.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

5240.- Asesoramiento

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer metas.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el niño o niña y la familia se encuentren bajo un estrés severo.

5460.-Contacto

- Averiguar las acciones comunes de la madre y del padre utilizadas para aliviarle y calmarle.

00146.- ANSIEDAD. Relacionado con situación de estrés debida a la hospitalización, desconocimiento del ambiente hospitalario y proceso, ruptura de su rutina habitual, cambio de roles, cambio en el estado de salud o miedo a la separación.

Manifestado por irritabilidad y mal carácter, nerviosismo, inquietud, agitación, expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y consecuencias inespecíficas, angustia, aprensión, incertidumbre o aumento del estado de alerta.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

- 04. Busca información para reducir la ansiedad.
- 14. Refiere dormir de forma adecuada.
- 15. Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.

NIC (Intervenciones de enfermería):

- Disponer de un ambiente no amenazador.
- Evitarle posibles situaciones emocionales estresantes.
- Proporcionarles información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer junto al niño o la niña y familia para promover seguridad y reducir miedos.
- Reforzar comportamientos adecuados si procede.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

4920.- Escucha activa

- Mostrar calma, escuchar los miedos y acompañarle fomentando su seguridad.
- Tratar de comprender las perspectivas de paciente y familia sobre una situación estresante.
- Hablar suavemente a bebés, niña o niño.
- Favorecer una respiración lenta y profunda intencionadamente.
- Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudarle.
- Instruir a la madre y al padre sobre uso de técnicas de relajación, favorecer una respiración lenta, profunda e intencionada.
- Permanecer con el niño o la niña para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Facilitar el mantenimiento de sus rituales habituales.
- Ayudar a la niña o al niño y ser querido a que identifiquen sus puntos fuertes y reforzarlos.

5340.- Presencia

- Reafirmar y ayudar al padre y a la madre en su papel de apoyo.
- Sensibilidad con sus tradiciones y creencias.

5900.- Distracción

- Animar al niño o a la niña a que elija la técnica de distracción deseada (música, cuentos, imaginación dirigida, humor, etc.).
- Sugerir técnicas de distracción coherentes con su nivel de energía y capacidad.
- Fomentar la participación de la familia/seres queridos en las técnicas de distracción.

7560.- Facilitar visitas

- Determinar la necesidad de favorecer o limitar las visitas de familiares y amigos.
- Controlar periódicamente su respuesta a las visitas.

7040.- Apoyo al/a la cuidador/a principal

- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados.
- Proporcionar ayudas sanitarias de seguimiento a la persona cuidadora mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Ofertar servicios de hostelería de los centros hospitalarios a la persona cuidadora, si procede (alimentación, descanso y aseo).

ABREVIATURAS

- BO:** Bacteriemia oculta.
- C/S:** Índice cayados/segmentados.
- DCCU-AP:** Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria.
- dL:** decilitro.
- EPS:** Educación para la salud.
- FR:** Frecuencia Respiratoria.
- FSF:** Fiebre sin foco.
- FOD:** Fiebre de origen desconocido.
- IBFNS:** Infección bacteriana focal no sospechada.
- IBG:** Infección bacteriana grave.
- IBPG:** Infección bacteriana potencialmente grave
- IC:** Índice de confianza.
- IM:** Intramuscular.
- ITU:** Infección del tracto urinario.
- IV:** Intravenoso.
- kg:** Kilogramo
- L:** Litro.
- LCR:** Líquido cefalorraquídeo.
- mg:** miligramo.
- NUHSA:** Número único de historia de salud de Andalucía
- PCR:** Proteína C reactiva.
- ORL:** Otorrinolaringología.
- PMN:** Recuento de neutrófilos.
- RCB:** Recuento de células blancas.
- RFA:** Reactantes de fase aguda que sea posible obtener, proteína C reactiva, procalcitonina...
- SAC:** Servicio de Atención a la Ciudadanía
- Sº:** Servicio
- SCCU-H:** Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalario.
- TRC:** Tiempo de relleno capilar.
- v.o:** Vía oral.
- VRS:** Virus respiratorio sincitial.
- YIOS:** Young Infant Observation Scale.
- YOS:** Yale Observation Scale.

1. Moral Gil L, Rubio Calduch EM. Antipiréticos en niños. FMC 1999; 6: 410-419.
2. Durán I, Obando I, Martín de la Rosa L, Cano J, Jurado A. El lactante febril. *Pediatría Integral* 2000; 5(6): 637-656.
3. Benito J. Introducción. En: Manejo del lactante febril sin focalidad. Benito J, Mintegi S Eds. Ergon 2005; 11-14.
4. Gervais A, Caffish M and Suter S. Management of children with fever without localizing signs of an infection. *Arch Pediatr* 2001 Mar. 8; 3: 324-330.
5. Feverish illness in children assessment and initial management in children younger than 5 years. Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women`s and Children`s Health. London, May 2007.
6. Sur DK; Bukont EL. Evaluating fever of unidentifiable source in young children. *Am Fam Physician*. 2007; 75 (12): 1805-11.
7. Mintegi S; Benito J, González M et al. Impact of the Pneumococcal Conjugate Vaccine in the Management of Highly Febrile Children Aged 6 to 24 Months in an Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*. 2006; 22 (8): 566-569.
8. Benito-Fernández, J; Mintegi Raso, S; Pocheville-Gurutzeta, I; Sánchez Etxaniz, J; Azcunaga-Santibañez, B and Capapé-Zache, S. Pneumococcal Bacteremia Among Infants With Fever Without Known Source Before and After Introduction of Pneumococcal Conjugate Vaccine in the Basque Country of Spain. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26: 667-671.
9. Madsen KA; Bennertt JE, Downs SM. The role of parental preferences in the management of fever without source among 3 to 36 months-old children: a decision analysis. *Pediatrics*. 2006; 117 (4): 1067-76.
10. Lobato, Z y cols. Estudio epidemiológico de la fiebre sin foco como motivo de ingreso urgente. *An Esp Pediatr* 2001; 54 (1): 140-141.
11. Mintegi S, González M, Pérez A, Pijoan JI, Capapé S, Benito J. Lactante de 3 a 24 meses con fiebre sin foco en urgencias: características, tratamiento y evolución posterior. *An Pediatr* 2005; 62 (6):522-528.
12. Graneto, J. Fever *Pediatrics*. eMedicine Journal 2001 June 4; 2 (6).
13. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR et al. Practice guideline for the management of infants and children 0-36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993; 92:1-12.
14. Crocetti M et al. Nueva toma de contacto con la fobia a la fiebre. ¿Han cambiado los conceptos erróneos de los padres sobre la fiebre en 20 años? *Pediatrics (ed esp)* 2001; 51 (6): 417.

15. Rodríguez Serna, A; Astobiza Beobide, E; González Valenciaga, M y cols. Cambios de los hábitos poblacionales en el tratamiento de la fiebre. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64 (5): 496-502.
16. Carabaño Aguado I y Llorente Otones L. Fiebre y niños: puesta al día. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66 (2): 57-66.
17. Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth RL. Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. *BMJ* 2000 Apr 29; 320 (7243): 1174-8.
18. Jensen BN, Jeppesen LJ, Mortensen BB, Kjaergaard B, Andreassen H, Glavind K The superiority of rectal thermometry to oral thermometry with regard to accuracy. *J Adv Nurs* 1994; 20: 660-665.
19. Mayoral CE et al. Alternancia de los antipiréticos: ¿es una opción? *Pediatrics (ed esp)* 2000; 48 (5): 289-292.
20. Robinson, Joan L. Body temperature measurement in pediatrics: Which gadget should we believed?. *Pediatrics & Child Health*. 2004; 9 (7): 457-459.
21. Canadian Pediatric Society. Community Pediatrics Committee. Temperature measurement in pediatrics. (acceso 9 de Septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.cps.ca/caringforkids/whensick/fever.htm>.
22. Erlewyn-Lajeunesse MDS, Coppens K, Hunt LP et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. *Arch Dis Child*, 2006; 91: 414-416.
23. Buñuel Álvarez, JC. En niños de 6 a 36 meses controlados en atención primaria, la alternancia de paracetamol e ibuprofeno parece más eficaz que la monoterapia para disminuir la fiebre, sin poderse determinar la seguridad de esta pauta. *Evid Pediatr* 2006; 2:18.
24. Massin, MM; Montesanti J; Lepage P. Management of fever without source in young children presenting to an emergency room. *Acta Paediatrica*, vol 95; No 11 November 2006: 1446-1450.
25. González Requejo A, Saavedra Lozano J. Niño febril: fiebre sin foco, fiebre prolongada, fiebre en el niño viajero. Tratamiento antitérmico. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 347-59.
26. Pou Fernández J y cols. El niño febril. Resultados de un estudio multicéntrico. *An Esp Pediatr* 2001; 55 (1): 5-10.
27. McCarthy P. Fever without apparent source on clinical examination. *Curr Opin Pediatr*. 2005; 17 (1): 93-110.
28. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla 2001.
29. García Gutiérrez, JE y March Cerda, JC. Medicina basada en la evidencia. Guías de Práctica Clínica. *Rev And Pat Digest* 1999; 22 (4): 202-204.

30. García Gutiérrez, JF y Bravo Toledo, R. Guías de práctica clínica en Internet. Atención Primaria 2001; 28: 74-79.
31. Velasco RM. Fiebre Prolongada. Fiebres Recurrentes. En: Infectología Pediátrica. Guía Diagnóstico-Terapéutica. Moreno D, Mellado MJ, Ramos JT. Eds. Edika Med 2007. 6-9.
32. Bauchner HM; Momer C; Salem Scharz S; Adams W. The status of pediatric practice guidelines. Pediatrics 1997; 99: 876-881.
33. Bonadio WA. The history and physical assessments of the febrile infant. Pediatr Clin North Am 1998; 45: 65-77.
34. Childs C, Harrison R, Hodgkinson C. Tympanic membrane temperature as a measure of core temperature. Arch Dis Child 1999; 80(3): 262-6.
35. Erickson RS, Woo TM. Accuracy of infrared ear thermometry and traditional temperature methods in young children. Heart Lung 1995 May-Jun; 24 (3): 260.
36. Morley CJ, Hewson PH, Thornton AJ, Cole TJ. Axillary and rectal temperature measurements in infants. Arch Dis Child 1992 Jan; 67 (1): 122-5.
37. Muma BK, Treloar DJ, Wurmlinger K, Peterson E, Vitae A. Comparison of rectal, axillary and tympanic membrane temperatures in infants and young children.. Ann Emerg Med 1991; 20: 829-31.
38. Jensen BN; Jensen FS; Madsen SN and Lossel K. Accuracy of digital tympanic, oral, axillary and rectal thermometers compared with standard rectal mercury thermometers. Eur J Surg 2000 Nov, 166 (11): 848-51.
39. Schmitz T, Bair N, Falk M, Levine C. A comparison of five methods of temperature measurement in febrile intensive care patients. Am J Crit Care 1995 Jul; 4 (4): 286-292.
40. Ishimine P. The evolving approach to the young child who has fever and no obvious source. Emerg Med Clin N Am 2007; 25: 1087-1115.
41. Canadian Paediatric Society. Fever and temperature taking [acceso 9 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.cps.ca/caringforkids/whensick/fever.htm>.
42. El-Radhi AS, Patel S. An evaluation of tympanic thermometry in a paediatric emergency department. Emerg Med J 2006; 23: 40-41.
43. EL-Radhi AS, Barry W. Thermometry in paediatric practice. Arch Dis Child 2006; 91: 351-356.
44. Akpede GO, Akenzua GI. Etiology and management of children with acute fever of unknown origin. Pediatric Drugs 2001; 3 (3): 169-193.
45. Bourrillon A. Management of prolonged fever in infants. Hopital Robert-Debré, Paris, France. Arch Pediatr 1999 Mar; 6 (3): 330-335.

46. Pastor X, Cruz M y Ferrer-Pi S. Síndrome febril. En: M. Cruz. Tratado de Pediatría. Majadahonda (Madrid); Ed. Ergon, SA. 9ª ed; 2006. p. 373-381.
47. Kuppermann N, Fleisher G, Jaffe D. Predictors of occult pneumococcal bacteraemia in young febrile children. *Ann Emerg Med* 1998; 31: 679-687.
48. Hernán M y cols. Expectativas calidad percibida y satisfacción de Usuarios. Sobre servicios sanitarios en Andalucía. Informe Preliminar. EASP. Granada Feb 2001.
49. Soult Rubio JA, López Castilla JD. Síndrome febril sin focalidad. *Pediatr Integral* 2006; X(4): 255-262.
50. Merino Moína, M y Bravo Acuña, J. Fiebre. De la A a la Z. Octubre 2001. (acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.aepap.org/familia/fiebre.htm>.
51. American Academy of Family Physicians. Recomendaciones cuando su hijo tiene fiebre. <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/children/parents/common/common/069.html> (acceso 9 de septiembre de 2008).
52. Guerrero-Fernández J. ¿Qué hacer en caso de fiebre? (actualizado en Abril de 2008, acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: http://www.aeped.es/infofamilia/temas/fiebre_urg.htm.
53. Martin Richardson, Lakhanpaul M. On behalf of the Guideline Development Group and the technical team. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007; 334: 1163-4.
54. Meremickwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2002 (acceso 9 de septiembre de 2008).
55. Axelrod P. External cooling in the management of fever. *Clin Infect Dis* 2000 Oct; 31. Suppl 5:S224-229.
56. Canadian Pediatric Society. Drug therapy and hazardous substances committee, Acetaminophen and ibuprofen in the management of fever and mild to moderate pain in children. *Paediatrics and Child Health* 1998; 3(4).
57. Hurwitz ES, Barrett MJ, Bregman D, Gunn WJ, Pinsky P, et al. Public Health Service study of Reye's syndrome and medications. Report of the main study. *JAMA* 1987 Apr 10; 257(14): 1905-11.
58. Treluyer JM et al. Antipyretic efficacy of an initial 30 mg/kg loading dose of acetaminophen versus 15 mg/kg maintenance dose. *Pediatrics* 2001; 108 (4): 73-77.
59. Cranswick N, Coghlan D. Paracetamol efficacy and safety in children: the first 40 years. *Am J Ther* 2000; 7 (2): 135-141.
60. Lesko SM, Mitchell AA. The safety of acetaminophen and ibuprofen among children younger than two years old. *Pediatrics* 1999; 104 (4): p. e39.

61. Carley S, Thomas M. Ibuprofen is probably better than paracetamol in reducing fever in children. 2001. (acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.bestbets.org/cgi-bin/bets.pl?record=00032>.
62. Del Castillo Martín. Manejo y tratamiento de la fiebre en el niño. *Salud Rural* Enero 2006; 23(1):49-59.
63. Ramos Amador JT, Ruiz Contreras J. Fiebre sin foco (FSF). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. *Infectología* (acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: www.aeped.es/protocolos/infectologia/15-Fiebresinfoco.pdf.
64. Díez Domingo J y Ballester A. Utilización secuencial de antitérmicos. Basado en la evidencia o la costumbre. *An Esp Pediatr* 1999; 50 (1): 105-106.
65. Díez Domingo J y cols. Utilización de la alternancia de antipiréticos en el tratamiento de la fiebre en España. *An Esp Pediatr* 2001; 55 (6): 503-510.
66. Moreno Pérez D, Chaffanel Peláez M. Antitérmicos, padres y pediatras. ¿Tenemos conclusiones para todos ellos?. *Evid Pediatr* 2006; 2: 16.
67. Nabulsi MM, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, Mikati M. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study. *BMC Medicine* 2006; 4: 4.
68. Buñuel Alvarez JC, Cortes Marina RB. En niños ingresados con fiebre y tratados con una dosis de ibuprofeno, la administración de paracetamol 4 horas después reduce la presencia de fiebre a las 6-8 horas, sin poder determinarse la seguridad de dicha intervención. *Evid pediatr* 2006; 2: 19.
69. García Puga, JM y Santos Pérez JL. Guía de Salud Proceso Fiebre en la Infancia. Guía de Información para Pacientes. Edita-Junta de Andalucía. Consejería de Salud. SE 2893-2008 (acceso 9 de septiembre de 2008) Disponible en; <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/guia%2520de%2520fiebre.pdf>.
70. Goldstein B, Giroir B, Randolph A and the Members of the International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6 (1):2-6.
71. Carcillo JA, Fields AI, Task Force Comité Members, Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal patients in septic shock. *Crt Care Med* 2002; 30 (6): 1365-1378.
72. Carrillo Álvarez A, et al. Reconocimiento del niño con riesgo de parada cardiorrespiratoria. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(2):147-53.
73. Hazelzet JA. Diagnosing meningococemia as a cause of sepsis. *Pediatr Crit Care Med* 2005. 6 (3) (Supl.):S50-S54.
74. Nielsen H E, Andersen E A, Andersen J, Böttiger B, Christiansen K M, Daugbjerg P, Larsen S O, Lind I, Nir M, Olofsson K. Diagnostic assessment of haemorrhagic rash and fever. *Arc Dis Chil*. 2001, 85: 160-165.

75. Wells LC , JSmith JC, Weston VC, Collier J, Rutter N. The child with a non-blanching rash: how likely is meningococcal disease?. Arch Dis Child 2001;85:218-222.
76. Singer JI, Vest J, Prints A. Occult bacteraemia and septicaemia in the febrile child younger than two years. Emerg Med Clin North Am 1995; 13:381-415.
77. Dieckman RA. Pediatric Assessment. En The Pediatric Emergency Medicine Resource 4th Ed Gausche Hill M, Fuchs S, Yamamoto L editores. The American Academy of Pediatrics 2004; 20-51.
78. Sánchez I. Valoración de la gravedad. Triángulo de Evaluación Pediátrica. En: Manual de Urgencias en Pediatría. Alonso Salas MT y Loscertales Abril M editoras. Ergon 2007; 24-33.
79. American Collage of Emergency Physicians and Emergency Nurses Association. Triage Scale Standardization. Ann Emerg Med 2004; 43-154.
80. Baumann MR, Strout TD. Evaluation of the Emergency Severity Index (version 3). Triage Algorithm in Pediatric Patients. Acad Emerg Med 2005; 12:219-224.
81. Bleeker SE, Derksen-Lubsen G, Grobbee DE, Donders ART, Moons KGM, Moll HA. Validating and updating a prediction rule for serious bacterial infection in patients with fever without source. Acta Ped 2007; 96:100-104.
82. Goo PL Lee SW, Wong EH. Predictors of serious bacterial infection in children aged 3 to 36 months with fever without source. Singapore Med J 2006;47 (4):276-280.
83. McCarthy P Walls T, Cicchetti D et al. Prediction of resource use during pediatric acute illnesses. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157:990-996.
84. McCarthy. Fever without apparent source on clinical examination. Curr Opin Pediatr 2005; 17:93-110.
85. Ishmine P. Fever without source in children 0 to 36 months of age. Ped Clin North Am 2006; 53(2): 167-194.
86. Bonadio WA, Hennes H, Smith D, et al. Reliability of observation variables in distinguishing infectious outcome of febrile young infants. Pediatr Infect Dis J 1993; 12:112-114.
87. Bonadio WA. Assessing patient clinical appearance in the evaluation of the febrile child. Am J Emerg Med 1995; 13: 321-326.
88. McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. Pediatrics 1982; 70: 802-809.
89. Evidence based clinical practice guideline for fever of uncertain source in children 2 to 36 months of age. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. 2000 Feb (revised 2003 Oct 27; reviewed 2006 Aug).
90. Evidence based clinical practice guideline for fever of uncertain source in infants 60 days of age or less. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. 1998 May 15 (revised 2003 Jun; reviewed 2006 Sep).

91. Jaskiewicz J, McCarthy C, Richardson A, White K, Fisher D and Febrile Infant Collaborative Study Group. Lactantes con fiebre expuestos a un bajo riesgo de infección bacteriana grave. Valoración de los criterios de Rochester e implicaciones para el tratamiento. Pediatrics (ed. Esp.) 1994; 3:169-175.
92. Committee on quality improvement and subcommittee on urinary tract infection. Practice parameter: the diagnosis, treatment, and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics 1999; 103: 843-852.
93. Gorelick MH, Shaw KN. Screening test for urinary tract infection in children: a metaanalysis. Pediatrics 1999; 104(5): p. e54.
94. McCarthy PL, Klig JE, Kennedy WP, Kahn JS. Fever without apparent source on clinical examination, lower respiratory infections in children, and enterovirus infections. Curr Opin Pediatr 2000; 12: 77-95.
95. Shaw KN, Gorelick MH. Urinary tract infection in the pediatric patient. Pediatr Clin North Am 1999; 46: 1111-1125.
96. Baker DM. Evaluation and management of infants with fever. Pediatr Clin North Am 1999; 46: 1061-1072.
97. Baskin M, O'Rourke E, Fleisher G. Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone. J Pediatr 1992; 120:22-7.
98. Bramson RT, Meyer TL, Silbiger ML, et al. The futility of the chest radiograph in the febrile infant without respiratory symptoms. Pediatrics 1993; 92:524-526.
99. Baker M, Bell L. Unpredictability of serious bacterial illness in febrile infants to 1 month of age. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 508-511.
100. Cheng-Hsun C, Tzou-Yien L, Bullard M. Application of criteria identifying febrile outpatient neonates at low risk for bacterial infections. Pediatr Infect Dis J 1994; 13:946- 9.
101. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Ann Emerg Med 2000; 36: 602-614.
102. Fernández A, Luaces C, Valls C, Ortega J, García J y cols. Procalcitonina para el diagnóstico precoz de infección bacteriana invasiva en el lactante febril. An Esp Pediatr 2001;55:321-328.
103. Hoberman A, Wald ER. Urinary tract infection in young febrile children. Pediatr Infect Dis J 1997; 16:11-17.
104. National Guideline Clearinghouse. Fever of Uncertain Source Team. Children's Hospital Medical Center Cincinnati (CH). Evidence based clinical practice guideline for fever uncertain source in infants 60 days of age or less. 1998 Sep 10.
105. Baker MD, Bell LM, Avner JR. The efficacy of routine outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. Pediatrics 1999; 103:627-631.

106. Crain EF, Bulas D, Bijur PE, et al. Is a chest radiograph necessary in the evaluation of every febrile infant less 8 weeks of age? *Pediatrics* 1991; 88: 821-824.
107. García Peña B, Harper M, Fleisher G. Occult bacteraemia with group B Streptococci in an outpatient setting. *Pediatrics* 1998; 102: 67-72.
108. Kuppermann N, Walton E. Immature neutrophils in the blood smears of young febrile children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 261-266.
109. Lieu T, Baskin M, Schwartz S, Fleisher G. Clinical and cost-effectiveness of outpatient strategies for management of febrile infants. *Pediatrics* 1992; 89: 1135-1144.
110. MV Music. Clinical management of fever in children younger than three years of age. *Paediatrics & Child Health* 2007; 12; 6: 469-472.
111. Bachur R, Perry H, Harper M. Occult Pneumonias: empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis. *Ann Emerg Med* 1999; 33:166-173.
112. Bass J, Steele R, Wittler R, Weisse M, Bell V et al. Antimicrobial treatment of occult bacteraemia: a multicenter cooperative study. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12:466-73.
113. Fleisher G, Rosenberg N, Vinci R, Steinberg J, Powell K et al. Intramuscular versus oral antibiotic therapy for the prevention of meningitis and other bacterial sequelae in young, febrile children at risk for occult bacteraemia. *J Pediatr* 1994; 124: 504-12.
114. Isaacman D, Shults J, Gross T, Davis P, Harper M. Predictors of bacteraemia in febrile children 3 to 36 months of age. *Pediatrics* 2000; 106: 977-982.
115. Kuppermann N, Malley R, Inkelis S, Fleisher G. Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. *Pediatrics* 1999; 103 (2): p.e.20.
116. Kuppermann N. Occult bacteraemia in young febrile children. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46: 1073-1109.
117. Lee G, Fleisher G, Harper M. Management of febrile children in the age of the conjugate pneumococcal vaccine: a cost-effectiveness analysis. *Pediatrics* 2001; 108: 835-844.
118. Rothrock SG, Harper MB, Green SM, Clark MC, Bachur R et al. Do oral antibiotics prevent meningitis and serious bacterial infections in children with streptococcus pneumoniae occult bacteraemia: a meta-analysis. *Pediatrics* 1997; 99:438-444.
119. Rothrock SG, Harper MB, Green SM, Clark MC, Bachur R et al. Parenteral vs oral antibiotics in the prevention of serious bacterial infections in children with streptococcus pneumoniae occult bacteraemia: a meta-analysis. *Academic Emerg Med* 1998; 5: 599-606.
120. Schlager TA. Urinary tract infections in children younger than 5 years of age: epidemiology, diagnosis, treatment, outcomes and prevention. *Pediatr Drugs* 2001; 3: 219-227.
121. Kramer MS, Shapiro ED. Management of the young febrile a commentary on recent practice guidelines. *Pediatrics* 1997; 100: 129-133.

122. National Guideline Clearinghouse. Fever of Uncertain Source Team. Children's Hospital Medical Center Cincinnati. Evidence based clinical practice guideline of fever of uncertain source. Outpatient evaluation and management for children 2 months to 36 months of age. 2000, 10 p.
123. Roberts AP, Robinson RE, Beard RW. Some factors affecting bacterial colony counts in urinary infection. *Br Med J*, 1967. 1:400-403.
124. Madsen KA, Bennett JE, Downs SM. The role of parental preferences in the management of fever without source among 3- to 36- month- old children: a decision analysis. *Pediatrics* 2006; 117: 1067-1076.
125. Ochoa C, Brezmes MF y Grupo Investigador del Proyecto Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinario. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(5):442-9.
126. Ochoa Sangrador C, Málaga Guerrero S, Panel de Expertos de la Conferencia de Consenso y Grupo Investigador de la Conferencia de Consenso. Recomendaciones de la Conferencia de Consenso "Manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones del tracto urinario en la infancia". *An Pediatr (Barc)* 2007; 67,5: 517-25.
127. Ochoa C, Conde F y Grupo Investigador del Proyecto. Utilidad de los distintos parámetros del perfil urinario en el diagnóstico de infección urinaria. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67 (5): 450-60.
128. Whiting P, Westwood M, Bojke L, Palmer S, Richardson G, Cooper J, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of tests for the diagnosis and investigation of urinary tract infection in children: A systematic review and economic model. *Health Technol Assess*. 2006;10:1-172.
129. Deville WL, Yzermans JC, Van Duijn NP, Bezemer PD, Van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol*. 2004;4:4.
130. Carballo E, Luaces C, Pou J, Camacho JA, Jiménez-Llort A. Guía de práctica clínica de la infección urinaria en Pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Barcelona: Ergón Creación, S.A.; 2004.
131. Park JW. Fever without source in children. Recommendations for outpatient care in those up to 3. *Postgrad Med* 2000 Feb; 107 (2): 259-62, 265-6.
132. Urinary Tract infection in children. Nice Guidance (22 August 2007) (acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance>.
133. Alvarez E, Pijoán JI, Marañón R, Peñalba A, González A, Gondra A, Luaces C, Claret G, Mintegi S. Incidencia de neumonía en lactantes con fiebre sin foco y más de 20.000 leucocitos/mm³. Estudio prospectivo multicéntrico. XIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Murcia 2008.
134. Ardura C, Rojo P. Fiebre sin foco. En: *Infectología Pediátrica. Guía Diagnóstico-Terapéutica*. Moreno D, Mellado MJ, Ramos JT. Eds. Edika Med 2007. 3-5.

135. Herz AM, Greenhow TL, Alcantara J, Hansen J, Baxter RP, Black SB, Shinefield R. Changing Epidemiology of outpatient bacteremia in 3 to 36 month old children after the introduction of the heptavalent conjugated pneumococcal vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:293-300.
136. Luaces C, Benito J, Ferrés F, González A, Sebastián V. Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (seup) (acceso 9 de septiembre de 2008).. Disponible en: <http://www.seup.org/seup/pdf/publicaciones/indicadoresCalidad.pdf>.
137. Procedimientos en microbiología clínica. Hemocultivos. Loza Fernández de Bobadilla E, Planes Reig A, Rodríguez Creixems M (acceso 9 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>.
138. Guía del Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Junio 2006.
139. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Ed. Elsevier. 2003-2004.
140. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby. 2006.
141. Clasificación de intervenciones (NIC). 4ª edición. Ed. Mosby. 2006.
142. Luis Rodrigo, MT. Los diagnósticos enfermeros. Una revisión crítica. Ed. Masson. 2004.
143. Jonson M, Bulechek G; Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones, Ed. Mosby. 2002.
144. Moreno D, García FJ. Meningitis bacteriana. En: *Infectología Pediátrica. Guía Diagnóstico-Terapéutica*. Moreno D, Mellado MJ, Ramos JT. Edikamed 2007; 64-73.
145. Martín Álvarez, E; Martínez Pardo, L. M; Sánchez Tallón, R. Pacheco Sánchez-Lafuente J, Pérez Aragón A, López Contreras I, Moreno Galdó MF, Santos Pérez JL. Criterios de Calidad de la Prescripción de Antibióticos en un Servicio de Urgencias Pedátricas. Comunicación Oral. XIII Reunión de las Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Murcia 2008.
146. Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía Consejería de Salud. 2000.

