

Artículo Original

Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – junio 2025*

Clinical and Epidemiological Characteristics of Children Under 5 Years of Age with Febrile Syndrome Attending the Emergency Department of Regional Hospital JAMO II-2, Tumbes, April-June 2025*

Adriana S. Izquierdo Carreño^{1,a}; Gabriela D. Zapata Ruiz^{1,a}; Mauro P. Meza Olivera^{2,b}; Percy Mc. Vílchez Barreto^{3,c}

Filiación:

1. Escuela Profesional de Medicina Humana; Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú
2. Servicio de Pediatría, Hospital Regional JAMO II-2, Tumbes, Perú.
3. Centro de Salud Global, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Tumbes, Perú
 - a. Bachiller en medicina.
 - b. Médico Pediatra, Doctor en Ciencias de la Salud.
 - c. Master en Ciencias en Investigación Epidemiológica.

Correspondencia: Mauro Pablo Meza Olivera, Miguel Grau manzana LL lote 5 - Puyango, Tumbes mmezao@untumbes.edu.pe

ID ORCID del autor

Adriana S. Izquierdo Carreño
Gabriela D. Zapata Ruiz
Mauro P. Meza Olivera
Percy Mc. Vílchez Barreto

<https://orcid.org/0009-0000-3487-7247>
<https://orcid.org/0009-0005-7325-9448>
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
<https://orcid.org/0000-0001-5409-2703>

Declaración de autoría: los autores declaran haber participado en la concepción, redacción y revisión crítica del contenido intelectual de este artículo, así como en la aprobación final de la versión que se presenta.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento: El presente estudio fue financiado con recursos propios de los autores y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Declaración de uso de IA: Durante la preparación de este manuscrito, los autores utilizaron ChatGPT 5.6 Sol. (OpenAI) como herramienta de apoyo para la corrección gramatical, mejora de la redacción académica, traducción y organización de la información en las secciones de Introducción, Materiales y métodos y Referencias bibliográficas. El contenido generado o revisado mediante esta herramienta fue posteriormente evaluado, verificado y editado por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por la exactitud, integridad y contenido final del manuscrito.

*Artículo es producto de la Tesis presentada por las Bachilleres para optar el título profesional de Médico-Cirujano por la Universidad Nacional de Tumbes.

Recibido: 20-09-2026.

Aceptado: 29-09-2026.

Publicado: 30-09-2026.

DOI: <http://doi.org/10.57188/ricsa.2026.023>



150

Esta obra está publicada bajo la licencia [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes durante el periodo abril – junio 2025. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y no experimental. La muestra consistió en 279 historias clínicas de niños atendidos por emergencia abril - junio 2025. Se emplearon modelos lineales generalizados (GLM) para calcular razones de prevalencia (RP) con IC 95%. **Resultados:** La edad promedio fue de 47.73 ± 13.26 meses, con predominio del sexo masculino (60.22%) y de procedencia urbana (88.89%). La temperatura media registrada fue de 38.49 ± 0.54 °C. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos (61.29%), irritabilidad (50.18%) y rinorrea (49.46%). Entre los diagnósticos asociados al síndrome febril predominó la infección respiratoria aguda (32.26%), seguida de la enfermedad diarreica aguda (14.70%) y la infección del tracto urinario (4.30%). Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome febril y la infección respiratoria aguda ($p < 0.001$), así como con la presencia de rinorrea (RP: 1.21; IC95%: 1.01–1.45; $p = 0.037$) y la procedencia rural (RP: 0.63; IC95%: 0.42–0.97; $p = 0.035$). **Conclusiones:** El síndrome febril en menores de 5 años atendidos en emergencia presentó predominio de manifestaciones respiratorias y afectó principalmente a pacientes de sexo masculino y procedencia urbana, observándose además asociación significativa con la rinorrea y la procedencia rural, siendo la infección respiratoria aguda el diagnóstico más frecuentemente asociado.

Palabras clave: síndrome febril, características, niños, infección respiratoria aguda. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of children under 5 years of age with febrile syndrome treated in the Emergency Department of Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes during the period from April to June 2025. **Materials and Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional, non-experimental study was conducted. The sample consisted of 279 medical records of children treated in the Emergency Department from April to June 2025. Generalized linear models (GLM) were used to calculate prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals (95% CI). **Results:** The mean age was 47.73 ± 13.26 months, with a predominance of males (60.22%) and patients from urban areas (88.89%). The mean recorded temperature was 38.49 ± 0.54 °C. The most frequent clinical manifestations were cough (61.29%), irritability (50.18%), and rhinorrhea (49.46%). Among the diagnoses associated with febrile syndrome, acute respiratory infection was predominant (32.26%), followed by acute diarrheal disease (14.70%) and urinary tract infection (4.30%). A statistically significant association was also found between febrile syndrome and acute respiratory infection ($p < 0.001$), as well as with the presence of rhinorrhea (PR: 1.21; 95% CI: 1.01–1.45; $p = 0.037$) and rural residence (PR: 0.63; 95% CI: 0.42–0.97; $p = 0.035$). **Conclusions:** Febrile syndrome in children under 5 years of age treated in the Emergency Department was characterized by a predominance of respiratory manifestations and primarily affected male patients and those from urban areas. A significant association was also observed with rhinorrhea and rural residence, with acute respiratory infection being the most frequently associated diagnosis.

Keywords: febrile syndrome, characteristics, children, acute respiratory infection. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

El síndrome febril es una de las causas más frecuentes de atención en los servicios de emergencia pediátrica, especialmente en menores de cinco años. La fiebre, definida como una temperatura corporal ≥ 38 °C, constituye una manifestación inespecífica asociada a diversos procesos infecciosos e inflamatorios, lo que dificulta su evaluación diagnóstica(1).

En el Perú, el síndrome febril es un importante problema de salud pública en regiones tropicales como nuestra Región Tumbes, donde existe una amplia diversidad de agentes etiológicos capaces de producir cuadros febriles(2). Durante marzo de 2025, se registraron 321 casos de pacientes febriles con hasta cinco días de evolución, asociados a diferentes patologías, desde enfermedades infecciosas hasta enfermedades de origen neoplásico(2).

Desde la semana epidemiológica 1 hasta la semana 37 del año 2025, se notificaron 17 343 casos de síndrome febril a nivel nacional, correspondiendo a Tumbes el mayor número de casos registrados, con 8 910 pacientes febriles durante dicho periodo(3).

El síndrome febril es uno de los principales motivos de consulta pediátrica, representando entre el 10 % y 20 % de los procesos agudos en atención primaria y hasta el 30 % de las consultas en emergencias hospitalarias(4). Las principales patologías asociadas son las infecciones respiratorias, diarreicas y urinarias, cuya frecuencia varía según las características de cada población(5).

La evaluación del síndrome febril es compleja debido a la diversidad de causas y manifestaciones inespecíficas(4). Identificar sus principales signos y síntomas facilita el diagnóstico y manejo oportunos, aunque la limitada información epidemiológica en algunas regiones dificulta la caracterización de estos pacientes y la toma de decisiones en salud(5).

En este contexto, es necesario generar evidencia sobre el síndrome febril en niños de Tumbes. Por ello, el estudio buscó determinar sus características clínico-epidemiológicas en menores de cinco años atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, entre abril y junio de 2025.

MATERIAL Y METODOS

Diseño y muestra: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, basado en la revisión de historias clínicas de menores de cinco años atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, durante abril a junio de 2025.

Población: la población estuvo constituida por 1004 historias clínicas.

Muestra y muestreo: el tamaño muestral se calculó por población finita, para estimar una proporción usando Epidat 4.2, considerando una proporción de 32,7% (329 febriles de 1004 ingresos en emergencia del HRT), un nivel de confianza de 95% y una precisión de 5% obteniéndose una muestra final de 279 historias clínicas, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple.

Criterios de selección: Se incluyeron historias clínicas de menores de cinco años atendidos durante el periodo de estudio, con diagnóstico de síndrome febril o temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ al ingreso y con información completa de las variables clínicas y epidemiológicas. Se excluyeron registros con información incompleta, ilegible o inconsistente, pacientes atendidos por motivos no relacionados con fiebre y aquellos referidos inmediatamente a otro establecimiento sin evaluación clínica suficiente.

Variables: se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas y diagnósticos de emergencia.

Recolección de datos: la información se obtuvo mediante revisión documental utilizando una ficha de recolección de datos elaborada por las investigadoras y validada mediante juicio de expertos.

Análisis estadístico: Los datos fueron procesados en Stata versión 19.5. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y medias y desviaciones estándar para las variables numéricas. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher. Las asociaciones se estimaron mediante modelos lineales generalizados con familia binomial y función de enlace log, obteniéndose razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos: Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y la Ley N.º 29733, garantizando la confidencialidad y anonimización de la información.

RESULTADOS

Respecto a las características clínicas (Tabla 1), la temperatura media fue de $38,49 \pm 0,54^{\circ}\text{C}$, la frecuencia respiratoria de $29,10 \pm 8,70$ respiraciones por minuto y la frecuencia cardíaca de $142,60 \pm 17,67$ latidos por minuto. Las manifestaciones más frecuentes fueron tos (61,29%), irritabilidad (50,18%) y rinorrea (49,46%), seguidas de vómitos (26,16%), diarrea (22,94%) y dolor abdominal (12,19%).

La dificultad respiratoria se presentó en el 6,45% de los pacientes, mientras que las demás manifestaciones clínicas registraron frecuencias inferiores al 10% (tabla 1).

En relación a las características epidemiológicas (Tabla 2), la edad media fue de $47,73 \pm 13,26$ meses y el peso medio de $12\,983,26 \pm 6\,097,86$ gramos. El 60,22% de los pacientes correspondió al sexo masculino y el 39,78% al sexo femenino. Respecto

a la procedencia, el 88,89% provenía de zona urbana y el 11,11% de zona rural.

Entre los diagnósticos de emergencia evaluados (Tabla 3), la infección respiratoria aguda fue la más frecuente (32,26%; 90 casos) y presentó asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril ($p < 0,001$). La enfermedad diarreica aguda se presentó en el 14,70% (41 casos) y la infección del tracto urinario en el 4,30% (12 casos), sin asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril ($p = 0,480$ y $p = 0,130$, respectivamente). Otros diagnósticos, como impétigo, convulsión febril, dermatitis del pañal, gingivitis, pioderma, intoxicación alimentaria e ictericia neonatal, se presentaron con frecuencias de dos a tres casos por diagnóstico y no fueron incluidos en el análisis principal.

Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – junio 2025

Tabla 1. Características clínicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.

Variables	Frec.	%
Temperatura		
Media - DS	38.49	0.54
Frecuencia respiratoria		
Media - DS	29.1	8.7
Frecuencia cardiaca		
Media - DS	142.6	17.67
Tos		
No	108	38.71
Si	171	61.29
Rinorrea		
No	141	50.54
Si	138	49.46
Dificultad respiratoria		
No	261	93.55
Si	18	6.45
Vómitos		
No	206	73.84
Si	73	26.16
Diarrea		
No	215	77.06
Si	64	22.94
Dolor abdominal		
No	245	87.81
Si	34	12.19
Convulsiones		
No	275	98.57
Si	4	1.43
Cefalea		
No	255	91.4
Si	24	8.6
Irritabilidad		
No	139	49.82
Si	140	50.18
Diaforesis		
No	268	96.06
Si	11	3.94
Somnolencia		

No	274	98.21
Si	5	1.79
Disuria		
No	273	97.85
Si	6	2.15
Polaquiuria		
No	275	98.57
Si	4	1.43
Rash		
No	273	97.85
Si	6	2.15
Lesiones cutáneas		
No	270	96.77
Si	9	3.23

Tabla 2. Características epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.

Variables	Frec.	%
Edad en meses		
Media - DS	47.73	13.26
Sexo		
Femenino	111	39.78
Masculino	168	60.22
Procedencia		
Urbana	248	88.89
Rural	31	11.11
Prematuridad		
No	248	88.89
Si	31	11.11
Peso		
Media - DS	12983.26	6097.86
Inmunizaciones		
Completas	237	84.95
Incompletas	42	15.05

En el análisis bivariado (Tabla 4), la procedencia rural (RP=0,63; IC95%: 0,42-0,97; p=0,035) y la rinorrea (RP=1,21; IC95%: 1,01-1,45; p=0,037) mostraron asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril. Las demás variables evaluadas no presentaron asociación estadísticamente significativa (p>0,05).

Tabla 3. Diagnósticos de emergencia más frecuentes en menores de 5 años asociadas al síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.

Variables	Frec.	%	Síndrome febril				p
			No		Si		
			Frec.	%	Frec.	%	
Infección respiratoria aguda							
No	189	67.74	71	37.57	118	62.43	Ref.
Si	90	32.26	6	6.67	84	93.33	<0.001
Enfermedad diarreica aguda							
No	238	85.3	85	35.71	153	64.29	Ref.
Si	41	14.7	17	41.46	24	58.54	0.48
Infección del tracto urinario							
No	267	95.7	95	35.58	172	64.42	Ref.
Si	12	4.3	7	58.33	5	41.67	0.130 *

p de chi cuadrado; * p de test exacto de Fisher

Tabla 4. Análisis bivariado del perfil clínico y epidemiológico de niños menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.

variables	Bivariado		p
	RP	IC95%	
Sexo			
Femenino		Ref.	
Masculino	0.9	0.75 - 1.07	0.237
Edad	1.01	0.99 - 1.02	0.07
Procedencia			
Urbana		Ref.	
Rural	0.63	0.42 - 0.97	0.035
Prematuridad			
No		Ref.	
Si	1.02	0.77 - 1.35	0.894
Inmunizaciones			
Completas		Ref.	
Incompletas	1.11	0.88 - 1.39	0.382
Tos			
No		Ref.	
Si	1.2	0.99 - 1.46	0.066
Rinorrea			
No		Ref.	
Si	1.21	1.01 - 1.45	0.037
Dificultad respiratoria			
No		Ref.	
Si	0.96	0.66 - 1.40	0.837
Vómitos			

No			Ref.	
Si	0.88	0.70 - 1.09		0.247
Diarrea				
No			Ref.	
Si	0.86	0.68 - 1.09		0.204
Dolor Abdominal				
No			Ref.	
Si	0.97	0.73 - 1.28		0.832
Cefalea				
No			Ref.	
Si	0.84	0.58 - 1.23		0.375
Irritabilidad				
No			Ref.	
Si	1.03	0.86 - 1.23		0.769
Diaforesis				
No			Ref.	
Si	0.71	0.37 - 1.36		0.301
Somnolencia				
No			Ref.	
Si	0.94	0.46 - 1.94		0.877
Disuria				
No			Ref.	
Si	0.26	0.04 - 1.55		0.139
Polaquiuria				
No			Ref.	
Si	0.39	0.07 - 2.14		0.278
Rash				
No			Ref.	
Si	1.05	0.59 - 1.87		0.862

RP de modelo lineal generalizado, familia binomial link log

DISCUSION

El presente estudio caracterizó el perfil clínico y epidemiológico de menores de cinco años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes. Predominaron las manifestaciones respiratorias, el sexo masculino y la procedencia urbana. La rinorrea y la procedencia rural mostraron asociación significativa con el síndrome febril. La temperatura media fue de $38,49 \pm 0,54$ °C, con una frecuencia respiratoria de $29,10 \pm 8,70$ respiraciones por minuto y frecuencia cardiaca de $142,60 \pm 17,67$ latidos por minuto. Estos resultados son similares a los reportados por Londoño J. et al., quienes encontraron una temperatura promedio de 38,9 °C, y por Hasan I. et al., quienes identificaron una correlación positiva entre temperatura corporal y frecuencia cardiaca en pacientes febriles (6) (7). Estos hallazgos son compatibles con las modificaciones fisiológicas asociadas al incremento de la temperatura. Márquez N. et al. señalan que la fiebre constituye uno de los principales motivos de consulta pediátrica y puede acompañarse de alteraciones en los signos vitales, por lo que su valoración resulta fundamental durante la atención inicial (8).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos (61,29%), irritabilidad (50,18%) y rinorrea (49,46%), seguidas de vómitos (26,16%) y diarrea (22,94%). El predominio de síntomas respiratorios coincide con lo descrito por Pancorbo K. et al., quienes identificaron una elevada frecuencia de fiebre asociada a síntomas respiratorios y digestivos (94%) (9). Esta distribución podría relacionarse con la elevada frecuencia de infecciones respiratorias en la población pediátrica y con la susceptibilidad de los menores de cinco años a presentar procesos infecciosos.

La rinorrea presentó asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril (RP=1,21; IC95%: 1,01-1,45; $p=0,037$), resultado concordante con el predominio de manifestaciones respiratorias observado por Zambrano et al. y Márquez N. et al. quienes señalan que una proporción importante de los cuadros febriles en menores de cinco años se relaciona con procesos infecciosos, principalmente de origen viral (8). En contraste, la tos, pese a ser la manifestación más frecuente, no mostró asociación significativa (RP=1,20; IC95%: 0,99-1,46; $p=0,066$), evidenciando que una mayor frecuencia clínica no implica necesariamente asociación estadística.

Respecto a las características epidemiológicas, predominó el sexo masculino (60,22%), en concordancia con Hasan I. et al. (7) y Derakhshanfar H. et al. (10). Sin embargo, el sexo no presentó asociación significativa con el síndrome febril (RP=0,90; IC95%: 0,75-1,07; $p=0,237$), por lo que este predominio debe considerarse únicamente como una característica descriptiva de la población estudiada. El 88,89% de los pacientes no presentó

antecedente de prematuridad y el 84,95% contó con esquema de inmunizaciones completo. Estos resultados difieren de lo señalado por Pancorbo K. et al., quienes relacionaron el esquema de inmunización incompleto con una mayor frecuencia de cuadros febriles (6). Asimismo, Londoño J. et al. reportaron que el 84% de sus pacientes presentaba esquema de vacunación completo pese a la presencia de fiebre. Esto podría explicarse porque las vacunas protegen frente a enfermedades específicas, pero no evitan otros procesos infecciosos capaces de producir fiebre (9). En el análisis bivariado, ni la prematuridad ni las inmunizaciones mostraron asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril.

La procedencia urbana fue predominante (88,89%); no obstante, la procedencia rural presentó asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril (RP=0,63; IC95%: 0,42-0,97; $p=0,035$). Este resultado debe interpretarse con cautela debido a la distribución desigual entre ambas categorías. Diferencias en el acceso a los servicios de salud, en los patrones de búsqueda de atención o en el registro de los casos podrían constituir explicaciones plausibles para este hallazgo; sin embargo, estas variables no fueron evaluadas directamente en el presente estudio, por lo que no es posible establecer su influencia sobre la asociación observada. Muñoz R. et al. señalan que los factores sociodemográficos y las condiciones de vida pueden influir en la presencia y atención de enfermedades febriles (11).

En cuanto a los diagnósticos de emergencia, las infecciones respiratorias agudas fueron las más frecuentes (32,26%) y presentaron asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril ($p<0,001$). La enfermedad diarreica aguda estuvo presente en el 14,70% y la infección del tracto urinario en el 4,30%, sin asociación significativa ($p=0,480$ y $p=0,130$, respectivamente). Estos resultados coinciden con Acosta et al., quienes identificaron a las infecciones respiratorias agudas como una de las principales causas de síndrome febril, seguidas por las enfermedades diarreicas agudas e infecciones urinarias (12). Asimismo, Zambrano et al. destacan el predominio de las infecciones virales entre las causas del síndrome febril en población pediátrica (8).

Los demás diagnósticos presentaron baja frecuencia (2-3 casos), por lo que fueron excluidos del análisis principal, limitando las comparaciones estadísticas. Aunque poco frecuente, la convulsión febril destaca por su relevancia clínica en pediatría. Las variables prematuridad, inmunizaciones y las manifestaciones gastrointestinales, neurológicas y urinarias tampoco mostraron asociación significativa. Esta ausencia podría relacionarse con la distribución de las características estudiadas o

con la naturaleza inespecífica de algunos cuadros febriles durante sus etapas iniciales. Ruiz A. et al. señalan que, en determinados casos, la causa del síndrome febril permanece inespecífica, dificultando la identificación de factores asociados (5).

En conjunto, el perfil clínico de los menores de cinco años con síndrome febril estuvo caracterizado principalmente por manifestaciones respiratorias, siendo la infección respiratoria aguda el diagnóstico de emergencia más frecuente.

La asociación encontrada entre rinorrea y síndrome febril resalta la importancia de considerar los síntomas respiratorios durante la valoración inicial del paciente pediátrico. Sin embargo, esta asociación no permite establecer causalidad debido al diseño del estudio. Del mismo modo, la asociación observada con la procedencia

rural debe interpretarse con precaución debido a la distribución desigual de la población.

Finalmente, el carácter retrospectivo y el uso de información procedente de historias clínicas pueden limitar la disponibilidad y precisión de los datos y favorecer sesgos de información. Asimismo, la baja frecuencia de algunas variables y la distribución desigual de determinadas categorías pueden afectar la precisión de las estimaciones. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia local sobre las características clínicas y epidemiológicas del síndrome febril en menores de cinco años atendidos en un hospital de referencia de Tumbes, y proporciona información útil para fortalecer la evaluación clínica inicial y servir como base para futuras investigaciones en población pediátrica de la región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsa. Guía de práctica clínica manejo de fiebre sin foco evidente en niños de 0-36 meses. 2023;29(1):1-14. Disponible en: <http://www1.hep.gob.pe/pdfs/guias/APROBADAS/GP EMER URG/02 GPSEU FIEBRE SIN FOCO.pdf>
2. Minsa. Compendios Instituto Nacional de Salud [Internet]. Plataforma del Estado Peruano. 2025 [cited 2025 Sep 19]. p. 01. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/colecciones/17176-reporte-de-vigilancia-centinela-del-sindrome-febril-en-maynas-loreto>
3. Diresa. Boletín epidemiológico SE (22). Diresa [Internet]. 2025;20(1):3. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regiontumbes-diresa/informes-publicaciones/7040563-boletin-epidemiologico-s-e-22>
4. Minsa. Vigilancia de síndrome febril en áreas de alto riesgo. 2024;24(3):1-36. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_invepi/iepi05.pdf
5. Adrián, López R. Síndrome Febril Agudo En Pacientes De 1 Mes a 36 Meses En El Servicio De Pediatría General. Cibamanz2021 [Internet]. 2021;21(2):1. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/416/1093%0Ahttps://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/416>
6. Pablo J, Ruíz L. Caracterización de niños con fiebre sin foco atendidos en urgencias de Fundación Cardio infantil entre 2016 - 2017. 2019;25(8):1-52. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/items/e365007c-0aeb-4b3b-bca8-093179708253>
7. Isa HM, Isa AJ, Alnasheet MA, Mansoor MM. Fever assessment in children under five: Are we following the guidelines? World J Clin Pediatr [Internet]. 2024 Mar 9;13(1). Available from: <https://www.wjgnet.com/2219-2808/full/v13/i1/88864.htm>
8. Cabada MM, Aguilar PV, Rodas JD, Hidalgo M, Mozo K, Gonzalez-Diaz ES, et al. Establishment of a multisite umbrella cohort study protocol to describe the epidemiology and aetiologies of acute undifferentiated febrile illness in Latin America. BMJ Open [Internet]. 2024 Jul 22;14(7):e083560. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2023-083560>
9. Santillan P, Alexandra K, Rodríguez A, Esther M, Campos M, Honorata J, et al. Factores asociados a enfermedades febriles con síntomas catarrales en niños menores de 2 años y su perfil de búsqueda de atención médica: ENDES 2022. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2024;12(1):48. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20500.13084/8718/UNFV_FMhu_Pancorbo_Santillan_Karen_Alexandra_Titulo_profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Rahimpour A, Derakhshanfar H, Mirbaha S. The Epidemiology of Co-Infections in Febrile Children Younger than 5-Years-Old in Emergency Department; A Cross-Sectional Hospital-Based Study. 2021;9(85):12885-91. Available from: https://jpp.mums.ac.ir/article_15791_12424ab84c7ba49dcc1cc4af7e0cb2c6.pdf
11. Da T, José F, Javier A, Ascón C, Manuel C. Factores asociados a enfermedades febriles en menores de 5 años en peru. Univ Nac federico Villarreal [Internet]. 2025;54(7):1-64. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20500.13084/10287>
12. Gámez MCA, Polanco VNC, Quintana CAZ. Caracterización Clínico-Epidemiológica Del Síndrome Febril Agudo En Pacientes Menores De 5 Años En Hospital De Neiva. Univ Surcolombiana [Internet]. 2024;56(10):89. Disponible en: www.usco.edu.co