

# “CHULETARIO” DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID Y CASTILLA LA MANCHA

2017



*« La Pediatría preciosa »*



*Un nostálgico homenaje a la entrañable libretita (“Chuletario”) que, desde el bolsillo de la bata, nos infundía seguridad en nuestros comienzos de ejercicio profesional.*

José García-Sicilia,  
en nombre de la Junta  
Directiva de la SMPYCM.

**AUTORES:****PEDIATRAS SOCIOS DE LA SPMYCM**

Almaráz Garzón, Elena  
Alonso Lebrero, Elena  
Astray San Martín, Amelia  
Álvarez Calatayud, Guillermo  
Arriola Pereda, Gema  
Arroba Basanta, M<sup>a</sup> Luisa  
Ballester Herrea, M<sup>a</sup> José  
Baquero Artigao, Fernando  
Benítez Maestre, Ana M<sup>a</sup>  
Boira Sanz, Lorenzo  
Bravo Marcos, Vicente  
Cabo Bravo, M<sup>a</sup> José  
Cañete Díaz, Alfonso  
Ceñal González-Fierro, M<sup>a</sup> Jesús  
Corredor Andrés, Beatriz  
Dago Elorza, M<sup>a</sup> Rosario  
Duelo Marcos, Mar  
Fernández Escribano, Angustias

García-Sicilia López, José  
Giralt Muiña, Patricio  
González Mateos, Juan Antonio  
González Ojeda, Virginia  
González Serrano, M<sup>a</sup> Pilar  
Hernández Palomo, Rosa  
Jiménez García, Juan José  
Maraña Pérez, Ana Isabel  
Muñoz Calonge, Amelia  
Muñoz Calvo, M<sup>a</sup> Teresa  
Natalini Martínez, Silvina  
Pascual Marcos, M<sup>a</sup> Jesús  
Romero Blanco, Isabel  
Rosal Rabes, Teresa del  
Tolín Hernani, Mar  
Vazquez Gomez, Felisa  
Vázquez López, Luis Alberto  
Velasco Bernardo, Rosa M<sup>a</sup>  
Velasco Casares, Matilde  
Zafra Anta, Miguel

**COLABORADORES TEMAS ESPECÍFICOS:**

Arén Vidal, Esther (Inspectora jefe de la Policía)  
Campos Dominguez, Minia (Dermopediatra. H.G.U Gregorio Marañón)  
Iglesias Moreno, M<sup>a</sup> Cruz (S. ORL. H. Cl. San Carlos, U.C)  
Rodríguez Jiménez, M.<sup>a</sup> Jose (Ginecóloga H.U. Infanta Sofía)  
Vaquero Alba, M<sup>a</sup> Antonia (Psicóloga clínica)

**COORDINADORA TÉCNICA, SOCIA DE LA SPMYCM**

Ross Wyatt, Jeannette Anne

**"CHULETARIO" DE PEDIATRÍA DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID Y CASTILLA LA MANCHA**

Fecha de publicación: 2017

ISBN: 978-84-697-3450-6

Depósito legal: M-15341-2017

Diseño y maquetación: Alfíl

Imprime: Aries Innovación Gráfica

Impreso en España - Printed in Spain

*Distribuido por gentileza de Faes Farma. Le informamos que Faes Farma ha colaborado en la financiación de la presente publicación, no obstante Faes Farma no ha intervenido en el diseño de la publicación ni en la selección de los autores por lo que no se hace responsable de los contenidos del mismo. Faes Farma recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.*

Se agradecerá cualquier sugerencia a [josegarciasicilia@gmail.com](mailto:josegarciasicilia@gmail.com)

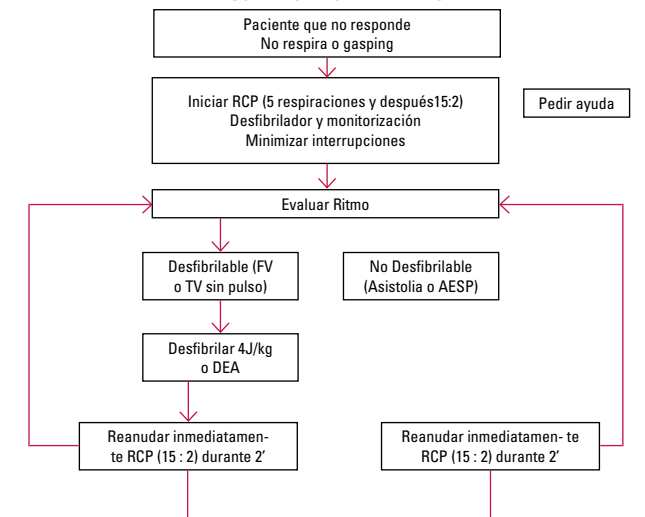
**I.-EMERGENCIAS**

• Coma .....	3
• Soporte vital .....	4
• Crisis epilépticas: Tratamiento de choque .....	5
• Valoración del líquido cefalorraquídeo .....	7
• Sepsis y shock séptico .....	8
• Anafilaxia y shock anafiláctico .....	13
• Crisis asmática .....	14
• Dispositivos de inhalación por edad .....	16
• Cefaleas .....	16
• Valoración y manejo de la laringitis aguda .....	17
• Atragantamiento .....	18
• Intoxicaciones .....	19
• Enfermedad de Kawasaki .....	22
• Quemaduras .....	23
• Traumatismo craneoencefálico .....	24
• Deshidratación .....	25
• Neumonía .....	27
• BRUE. Episodios aparentemente letales .....	29
• Fiebre .....	30
• Acoso, Maltrato, Abuso/violación .....	32
• Dolor torácico .....	37
• Hipoglucemia .....	38
• Ansiedad .....	39
• Llanto en lactante .....	40
• Síncope .....	41
• Cojera .....	42
• Dolor abdominal .....	43
• Vómitos en pediatría .....	44
• Picaduras/Mordeduras .....	46
• Bronquiolitis .....	50
• Cetoacidosis diabética .....	51
• Sedoanalgesia .....	53

**II.-MANEJO DE ALGUNAS PATOLOGÍAS FRECUENTES**

• Estreñimiento .....	54
• Valoración del estado nutricional .....	57
• Talla Baja .....	60
• Indicaciones tratamiento con GH .....	62
• Maduración ósea .....	63
• Insulinoterapia .....	64
• Infección urinaria .....	68
• Problemas ginecológicos en pediatría .....	69
• Infecciones del área ORL .....	70
• Alergia .....	73

• Patología ortopédica más frecuente en Pediatría .....	78
• Anemia .....	80
• Púrpura de Schönén-Henoch .....	82
• Coagulación .....	83
• Diarrea crónica .....	86
• Hipotiroidismo .....	91
• Pubertad .....	92
• Dislipemia .....	95
• Proteinuria .....	97
• Hematuria .....	98
• Síndrome de PFAPA .....	99
<b>III.-VALORACIONES BÁSICAS</b>	
• Test útiles en el recién nacido .....	100
• Tablas de parámetros básicos .....	101
• Desarrollo psicomotor .....	109
<b>IV.-MISCELÁNEA</b>	
• Bases de la vacunación infantil .....	110
• Calendario quirúrgico .....	113
• Despistaje básico de inmunodeficiencias .....	115
• Periodos de incubación y aislamiento de diversas enfermedades transmisibles .....	116
• Tratamiento antibiótico empírico .....	117
• Fórmulas lácteas infantiles especiales .....	119
• Tabla orientativa de proporción de algunos componentes en alimentos .....	121
<b>V.-ALGUNOS AGENTES TERAPÉUTICOS MÁS UTILIZADOS</b>	
• Analgesia .....	123
• Anticonvulsivantes .....	125
• Corticoides sistémicos .....	125
• Asma .....	126
• Procesos dermatológicos .....	128
• Antibióticos .....	130
• Oftálmicos tópicos .....	132
• Antihistamínicos .....	132
• Laxantes .....	132
• Probióticos, prebióticos y simbióticos .....	133
• Antiparasitarios .....	134
• Estomatitis .....	136
• Fluidoterapia .....	136
• Miscelánea .....	137
<b>DIRECCIONES ÚTILES EN INTERNET</b> .....	<b>139</b>

**ALGORITMO DE SV AVANZADO****Durante la RCP**

- Asegurar ritmo adecuado de RCP, profundidad y recuperación.
- Planificar acciones antes de interrumpir RCP
- Administrar oxígeno
- Considerar manejo avanzado de vía aérea y capnografía (CO<sub>2</sub>)
- Acceso vascular (vía venosa o intraósea)
- Administrar adrenalina 0.01 mg/kg cada 3-5 min.
- Corregir causas reversibles
- Compresiones torácicas continuas cuando la vía aérea avanzada esté asegurada

**Causas Reversibles**

- Hipoxia
- Hipoglucemia
- Hipovolemia
- Hipotermia
- Hiper/Hipokalemia/metabólicas
- Neumotórax a tensión
- Taponamiento cardíaco
- Tóxicos
- Tromboembolismo

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW-RAIMONDI. PROTOCOLOS AEP****Escala de Glasgow (Niños > 3 años)**

<b>RESPUESTA MOTORA</b>	<b>RESPUESTA VERBAL</b>	<b>RESPUESTA OCULAR</b>
Obedece órdenes → 6		
Localiza dolor → 5	Orientado → 5	
Flexión normal → 4	Confuso → 4	Apertura espontánea → 4
Flexión anormal → 3	Inapropiada → 3	Apertura a la voz → 3
Extensión → 2	Incomprensible → 2	Apertura al dolor → 2
No responde → 1	No respuesta → 1	No apertura → 1
Puntuación máxima: 11 Puntuación mínima: 3		

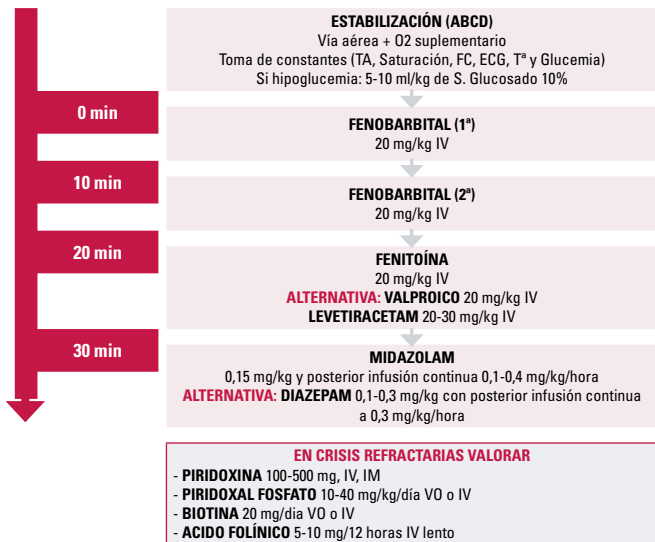
**Escala de Raimondi (Niños < 3 años)**

<b>RESPUESTA MOTORA</b>	<b>RESPUESTA VERBAL</b>	<b>RESPUESTA OCULAR</b>
Flexiona y extiende → 4		Sigue con la mirada → 4
Flexión al dolor → 5	Llora → 3	MOE y pupilas normales → 3
Hipertonía generalizada → 2	Respiración espontánea → 2	MOE y pupilas afectadas → 2
Flacidez → 1	Apnea → 1	Parálisis MOE o pupilas → 1
Puntuación máxima: 11 Puntuación mínima: 3		

## TRATAMIENTO ESTATUS EPILEPTICO EN PEDIATRÍA



## TRATAMIENTO CRISIS NEONATALES



## CONTRAINDICACIONES

- **Fenitoína:** contraindicada en estatus no convulsivos y crisis mioclónicas.
- **Valproico:** precaución en menores de 2 años. Contraindicado en hepatopatías y algunos errores congénitos del metabolismo.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

- Mal estado general.
- Sospecha de infección del sistema nervioso central.
- Crisis de más de 30 minutos que no cede al tratamiento.
- Crisis recidivantes dentro del mismo proceso febril.
- Anomalías neurológicas postcríticas
- Dudas diagnósticas.



## VALORES DEL LCR PROTOCOLOS AEP

## Diagnóstico diferencial según características del LCR.

	CÉLULAS/MM3	TIPO DE CÉLULAS	PROT. (MG/DL)	GLUC. (MG/DL)
LCR normal	<10	MN	<45	35-100
M. bacteriana	>1.000	PMN	↑↑	↓↓
M. vírica	<300	PMN (inicial)/ MN	Normal/↑	Normal
Meningitis TBC	<1.000	MN	↑↑↑	↓

PMN: polimorfonucleares; MN: mononucleares.

## SCORE DE BOYER PROTOCOLOS AEP

## Score de Boyer.

	0	1	2
Fiebre	<39,5° C	≥39,5° C	-
Púrpura	No	-	Sí
Complicaciones neurológicas*	No	Sí	-
Células/mm3 LCR	<1.000	1.000-4.000	>4.000
PMN en LCR	<60%	≥60%	-
Proteínas (mg/dl) en LCR	<90	90-140	<140
Glucosa (mg/dl) en LCR	>35	20-35	<20
Leucocitos/mm3 en sangre	<15.000	≥15.000	-

\*Complicaciones neurológicas: convulsiones, alteraciones del sensorio, hemiparesia.

0, 1, 2 puntos: probable meningitis vírica. Actitud expectante.

3-4 puntos: dudoso. Valorar según evolución si antibioterapia u observación.

≥ 5 puntos: alta probabilidad meningitis bacteriana. Instaurar tratamiento antibiótico inmediato.

**DEFINICIONES:**

**BACTERIEMIA:** Presencia de bacterias viables en sangre. No es sinónimo de sepsis, la bacteriemia puede ser transitoria y asintomática.

**SIRS:** La presencia de al menos dos de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser alteración de la temperatura o recuento leucocitario:

1. Temperatura corporal central  $> 38,5^{\circ}\text{C}$  o  $< 36^{\circ}\text{C}$ .
2. Taquicardia ( $> 2$  DE) en ausencia de estímulo externo, dolor o medicación; o elevación persistente inexplicable durante 0,5-4 horas; o por debajo del año de edad, bradicardia ( $< p 10$ ) sin estímulo vagal, medicación o cardiopatía congénita, o bradicardia  $> 0,5$  horas.
3. Taquipnea: ( $> 2$  DE).
4. Recuento leucocitario elevado o disminuido para su edad (no secundario a quimioterapia) ó  $> 10\%$  de neutrófilos inmaduros.

**SEPSIS:** SIRS en presencia, o como resultado, de infección sospechada o confirmada. Los hallazgos de SIRS no deben ser explicados por otras causas.

**SEPSIS GRAVE:** Sepsis y uno de: disfunción cardiovascular o síndrome de distrés respiratorio agudo o dos o más disfunciones del resto de órganos.

**SHOCK SÉPTICO:** Sepsis y disfunción orgánica cardiovascular.

**SEPSIS MENINGOCÓCICA (SM):**

- SM POSIBLE: (los 3 puntos): 1. Fiebre, malestar, taquicardia y vómitos. 2. Deterioro brusco del estado circulatorio o hipotensión. 3. Rash petequeal diseminado.
- SM PROBABLE: lo anterior y diplococos gram negativos en cualquier fluido estéril.
- SM DEFINITIVA: cuadro anterior y aislamiento de *N.meningitidis* o PCR positiva en cualquier lugar estéril.

**CRITERIOS DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA. INTERNATIONAL PEDIATRIC CONSENSUS CONFERENCE**

- **Disfunción cardiovascular:** Tras administración de fluidos isotónicos  $\geq 40$  ml/kg en 1h: presión arterial  $< P_5$  para su edad o PAS  $< 2SD$  por debajo de normal para su edad o necesidad de drogas vasoactivas para mantener TA en rango normal o dos de los siguientes:
  - Inexplicable acidosis metabólica: déficit de bases  $< 5$  mEq/L
  - Incremento arterial lactato  $> 2$  veces por encima del normal.
  - Oliguria  $< 0,5$  ml/kg/h.
  - Relleno capilar alargado  $> 5$  seg
  - Gradiente de  $T^{\circ}$  central-periférica  $> 3^{\circ}\text{C}$

- **Disfunción respiratoria:**  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 300$ , sin cardiopatía cianótica o enfermedad pulmonar previas o  $\text{PaCO}_2 > 65$  (o 20 mmHg sobre la  $\text{PaCO}_2$  basal) o necesidad de  $> 50\%$  de  $\text{FiO}_2$  para  $\text{SatO}_2 > 92\%$ .
- **Disfunción neurológica:** Glasgow  $\leq 11$  o cambio brusco con descenso de  $\geq 3$  puntos desde un score basal anormal.
- **Disfunción hematológica:** Recuento plaquetario  $< 80.000/\text{mm}^3$  o descenso del 50% del valor previo anterior a 3 últimos días (en pacientes crónicos hemato-oncológicos) o INR  $> 2$
- **Disfunción renal:** Creatinina sérica  $\geq 2$  veces por encima del límite para su edad o el doble de la basal
- **Disfunción hepática:** Bilirrubina total  $\geq 4$  mg/dl (no en neonatos) o ALT 2 veces por encima del límite normal para su edad.

**ETIOLOGÍA DE LA SEPSIS**

- RN: Estreptococo grupo B, Enterobacterias y Listeria.
- Lactantes <3m: Gérmenes neonatales, neumococo, meningococo y Hib.
- 3m-5 a: meningococo, neumococo, Hib.
- >5a: meningococo, neumococo, estafilococos.
- Pacientes inmunodeprimidos: bacterias oportunistas, virus y hongos.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**

- Hemograma: Leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda. La LEUCOPENIA es un factor de mal pronóstico. Trombocitopenia.
- PCR: marcador sensible de infección bacteriana, se eleva también en procesos inflamatorios y traumatismos. Elevación tardía: 24-48h. Útil

para valorar la evolución y respuesta al tratamiento.

- PROCALCITONINA: marcador más específico y elevación muy precoz en infecciones bacterianas graves.
- Equilibrio ácido-base: Acidosis metabólica.
- Lactato aumentado en la sepsis grave por disfunción multiorgánica.
- Bioquímica con glucosa, creatinina, iones, calcio, transaminasas.
- Coagulación: Prolongación del TTPA y del TP, descenso de fibrinógeno, elevación de PDF y D-dímero.
- Marcadores de disfunción cardíaca: Troponina y BNP aumentadas.
- Muestras para bacteriología: hemocultivo, urocultivo (mediante técnica estéril), cultivo LCR. Si inestable: demorar LCR.

**Variables de signos vitales y de laboratorio en función de la edad (valor inferior de frecuencia cardíaca, leucocitos y presión arterial es el percentil 5 y valor superior de frecuencia cardíaca, respiratoria y leucocitos es el percentil 95)**

Edad	Frecuencia cardíaca (latidos/minutos)		Frecuencia Respiratoria (respiraciones/minuto)	Leucocitos (Leucocitos 103/mm3)	TAS (mmHg)
	Taquicardia	Bradicardia			
0 días a 1 sem	> 180	< 100	> 50	> 34	< 59
1 sem a 1 mes	> 180	< 100	> 40	> 19,5 ó < 5	< 69
1 mes a 1 año	> 180	< 90	> 34	> 17,5 ó < 5	< 75
2-5 años	> 140	NA	> 22	> 15,5 ó < 6	< 74
6-12 años	> 130	NA	> 18	> 13,5 ó < 4,5	< 83
13 a < 18 años	> 110	NA	> 14	> 11 ó < 4,5	< 90

**TRATAMIENTO**

Ante la sospecha clínica se debe iniciar tratamiento inmediatamente.

**Manejo inicial:**

- Reanimación: ABC: Valorar si precisa apoyo respiratorio con apertura de la vía aérea, ventilación o intubación.
- Administración de oxígeno al 100%.
- Monitorización de FC, FR, ECG continuo, pulsioximetría y TA no invasiva
- Canalización de 2 vías periféricas o en su defecto vía intraósea. Valorar sedoanalgesia.
- Fluidoterapia: cristaloides a 20 cc/Kg en 5-10 minutos, de forma repetida hasta logro de objetivos o aparición de signos de sobrecarga de volumen. Para lograr la administración de líquidos: usar manguito de presión a 300 mm de Hg o presión manual.
- Análítica: hemocultivo, hemograma, gasometría, iones, calcio iónico, urea, creatinina, transaminasas, lactato, coagulación.
- Corregir la hipocalcemia ( $Ca^{++} < 1,1$  mmol/l) e hipoglucemia.
- Valorar periódicamente la necesidad de intubación según estado de conciencia, situación cardio-respiratoria y respuesta al tratamiento.
- Extracción de cultivos para localizar el foco. Se realizarán precozmente tras estabilización inicial.
- Iniciar antibioterapia tan pronto como sea posible; previamente extracción de cultivos y siempre en la primera hora de la sospecha clínica.

**Terapia antibiótica:**

- NEONATO: Ampicilina (200mg/kg/d)+ Gentamicina 2.5 mg/Kg/12h (ó 24h si <7d) // (Si se sospecha meningitis Cefotaxima (300mg/kg/d).

- LACTANTE <3 m: Ampicilina+ Cefotaxima. Añadir Vancomicina (40-60mg/kg/d) si sospecha neumococo.
- A PARTIR DE 3 MESES: Cefotaxima. Añadir Vancomicina si sospecha neumococo o es portador de catéter.
- Inmunodeprimido o neutropenia febril: Ceftazidima + Aminoglicósido+ Vancomicina.
- Infección invasiva por Estreptococo grupo A: Penicilina + Clindamicina.

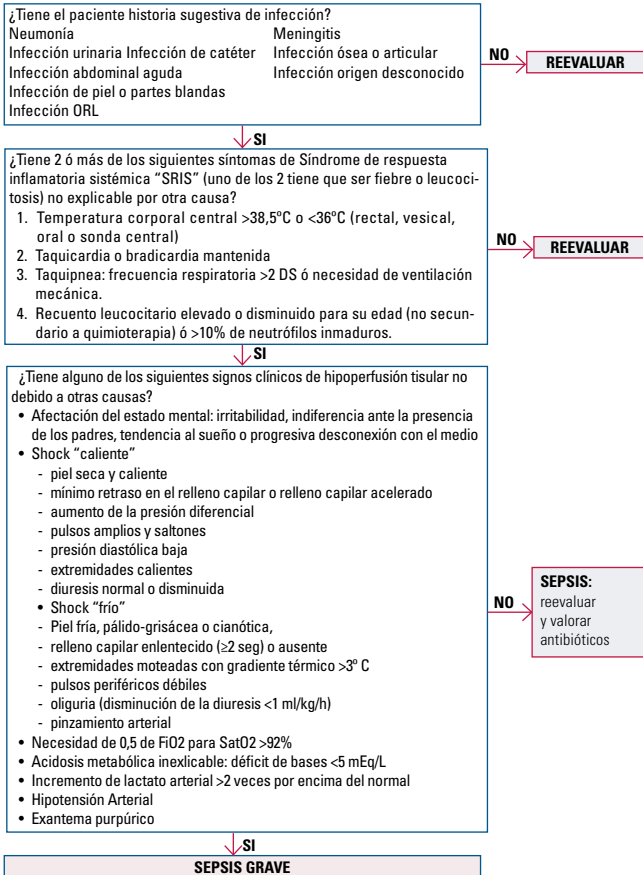
**Manejo posterior:**

Si no se revierte: **shock resistente a fluidoterapia**. Comenzar vasopresores y seguir optimizando el aporte volumétrico. De elección: **dopamina**. Si TA normal con extremidades frías, relleno enlentecido, oliguria o sospecha de disfunción miocárdica (tercer tono, crepitantes, hepa-tomegalia) se sugiere usar dobutamina. Ambos fármacos se pueden administrar por vía periférica.

Si no conseguimos objetivos terapéuticos: situación de **shock resistente a dopamina/dobutamina**. Se empleará adrenalina o noradrenalina:

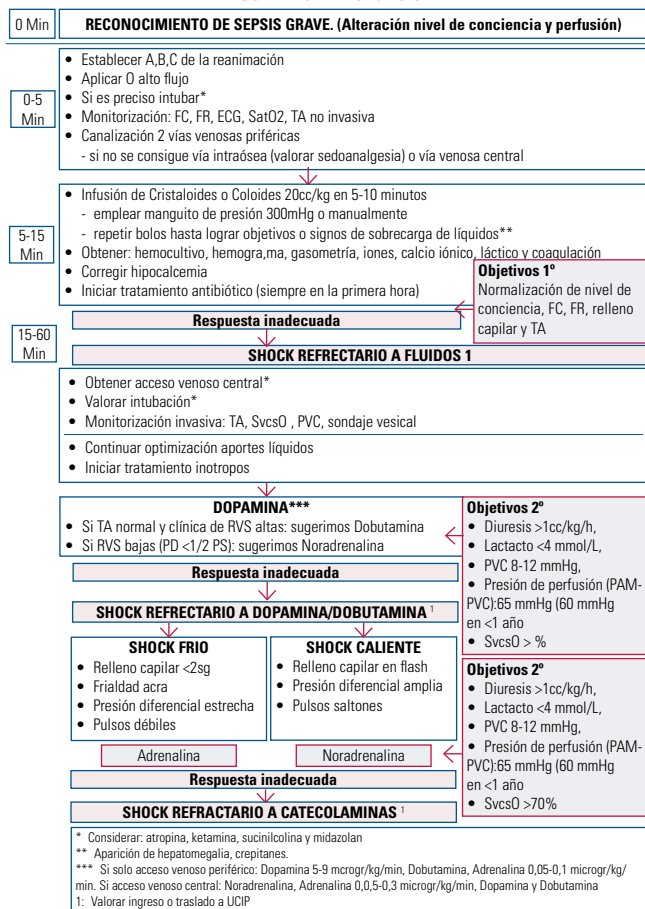
- Shock frío: relleno capilar > de 2 s, frialdad acra, presión diferencial estrecha, pulsos débiles: adrenalina
- Shock caliente: pulso saltón, presión diferencial amplia, relleno capilar en flash: noradrenalina. Si no hay respuesta: **shock resistente a catecolaminas** Se valorará hidrocortisona en función del riesgo de insuficiencia adrenal a dosis de estrés: 50-100 mgr/m2.

## ALGORITMO DE DETECCIÓN DE SEPSIS GRAVE



Fuente: Tomado del Documento de consenso SECIP-SEUP sobre manejo de sepsis grave y Shock séptico en pediatría  
Alonso Salas MT y cols

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN



\* Considerar: atropina, ketamina, succinilcolina y midazolam

\*\* Aparición de hepatomegalia, crepitanes.

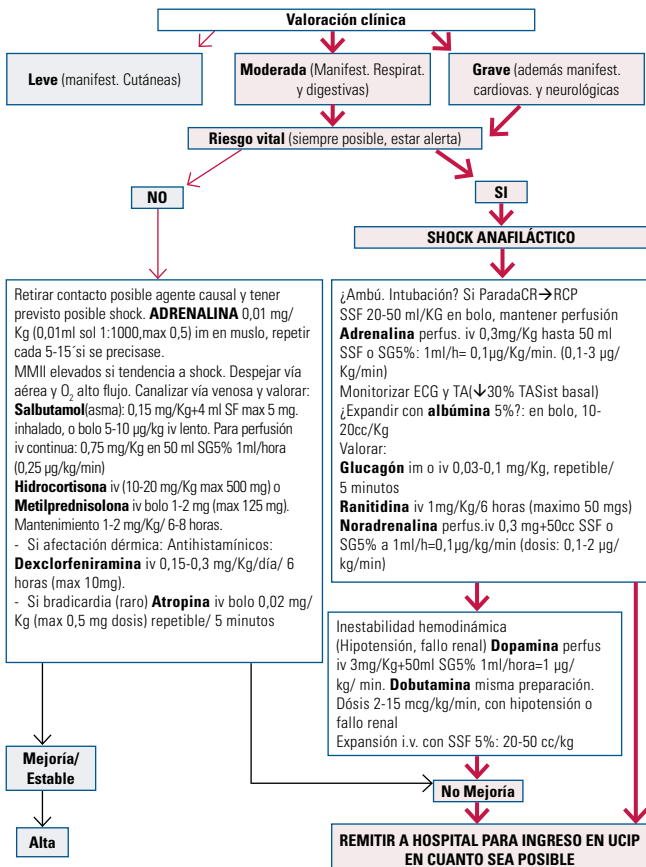
\*\*\* Si solo acceso venoso periférico: Dopamina 5-9 mcgr/kg/min, Dobutamina, Adrenalina 0,05-0,1 mcgr/kg/min. Si acceso venoso central: Noradrenalina, Adrenalina 0,05-0,3 mcgr/kg/min, Dopamina y Dobutamina

1: Valorar ingreso o traslado a UCIP

**Fuente:** Tomado del Documento de consenso SECIP-SEUP sobre manejo de sepsis grave y Shock refractario en pediatría. Alonso Salas MT, y cols.

**MANEJO DE LA ANAFILAXIA/SHOCK ANAFILÁCTICO**

Anafilaxia: reacción brusca mediada por IgE, posible evolución catastrófica, por múltiples precipitantes en la 1ª hora-72 horas



## ESCALAS DE VALORACIÓN: PULMONARY SCORE

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 2 años	>2 años		
0	<30 rpm	>30 rpm	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración (sin estetoscopio)	Actividad máxima

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA EXACERBACIÓN DE ASMA EN NIÑOS INTEGRANDO EL PULMONARY SCORE Y LA SAT O<sub>2</sub>

	Pulmonary score	Sat de O <sub>2</sub>
Leve	0-3	>94%
Moderada	4-6	91-94%
Grave	7-9	<91%

## ESCALAS WOOD-DOWNES

TABLA. Escala de Wood-Downes (valoración clínico-analítica del asma aguda)

Puntuación	0	1	2
Cianosis	No	Sí o No	Sí o No
PaO <sub>2</sub>	70-100 mmHg	<70mm Hg (con aire)	<70 mmHg (con O <sub>2</sub> al 40%)
Murmullo inspiratorio	Normal	Desigual	Disminuido o ausente
Sibilancias	No	Moderadas	Intensas (o ausentes)
Tiraje	No	Moderado	Marcado
Nivel de conciencia	Normal	Agitado	Estuporoso o coma

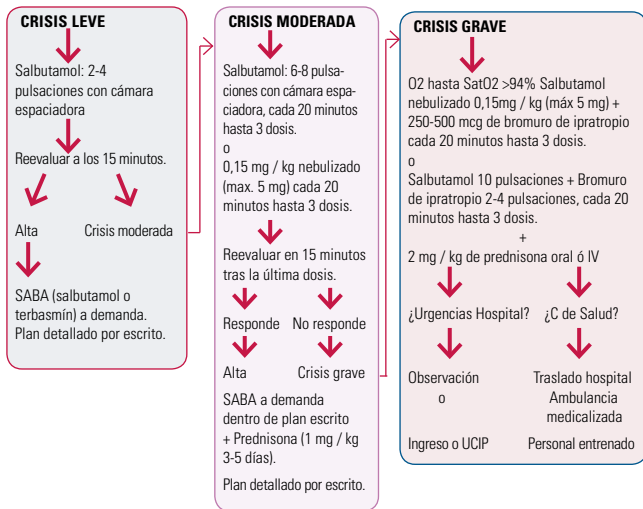


**MANEJO DE LA CRISIS DE ASMA**

- Valorar: Tiempo de evolución.
- Tratamiento administrado.
- Enfermedades asociadas.
- Factores de riesgo.
- Gravedad. Criterios clínicos (Pulmonary score) integrados con saturación de pulsioximetría (Sat O2).

Se recomienda:

- Utilizar broncodilatadores de acción corta (MDI) + cámara espaciadora, mascarilla / boquilla o dispensadores de polvo seco de acuerdo con la edad.
- No deben utilizarse broncodilatadores de acción larga solos o asociados a corticoides inhalados en exacerbaciones de asma en niños
- Individualizar dosis de acuerdo con la respuesta.

**MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA**

Tratamiento por escrito especificando:

- Control de los factores de riesgo.
- Técnicas de inhalación de acuerdo con la edad del paciente.
- Adherencia al tratamiento.

- Valorar medicación controladora del asma, iniciar o subir dosis de corticoides.
- Recomendar acudir a su pediatra en 24-48 horas y nueva revisión en 2 semanas.

## DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN RECOMENDADOS EN NIÑOS DE ACUERDO CON LA EDAD

<4 años	Inhalador presurizado con cámara espaciadora pequeña 150-300 cc y mascarilla adaptada al tamaño del niño	Alternativa: Nebulizador con mascarilla facial.
De 4 a 6 años	Inhalador presurizado con cámara espaciadora de 750 cc y boquilla.	Alternativa: Cámara con mascarilla o nebulizador con mascarilla.
>6 años	Inhalador de polvo seco.	Alternativa: Cámara grande con mascarilla o nebulizador con mascarilla

## CEFALEAS

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE PUEDEN INDICAR PATOLOGÍA INTRACRANEAL EN NIÑOS CON CEFALEA

- Cefalea despierta al paciente o se produce al despertar.
- Cefalea brusca severa.
- Signos y síntomas neurológicos asociados.
- Cefalea empeora en decúbito supino, por la tos, la micción o la defecación.
- Cefalea crónica progresiva.
- Cambios en la calidad, la gravedad, la frecuencia o el patrón de una cefalea crónica.
- Cefalea occipital.
- Vómitos en escopetazo.
- Alteraciones visuales persistentes.
- Rigidez de nuca o tortícolis sin fiebre.
- Falta de respuesta a tratamiento médico.
- Duración de la cefalea menor de 6 meses.

### TRATAMIENTO AGUDO

Se utilizan: Codeína, Dexametasona, Diclofenaco, Ibuprofeno, Metamizol, Metilprednisolona, Naproxeno, Paracetamol y Sumatriptán, *(Ver apartado de fármacos)*.

Cuadro generalmente brusco, con frecuencia aparatoso, predominantemente en varones menores de 3-4 años en la noche de otoño-invierno, de etiología casi exclusivamente vírica, que se manifiesta

clínicamente con tos ronca "perruna", estridor inspiratorio, afonía y un grado variable de dificultad respiratoria.

### ESCALA DE TAUSSIG

	0	1	2	3
Estridor	No	Medio	Moderado	Severo/Ausente
Entrada Aire	Normal	Levemente Disminuida	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Tiraje	No	Escaso	Moderado	Severo
Consciencia	Normal	Decaído	Deprimido	Letargia
Gravedad Laringitis		Leve 0-6	Moderada 7-8	Severa $\geq 9$

### MANEJO DE LA LARINGITIS AGUDA

Nivel de afectación	Tratamiento de elección	Alternativas	Actitud
<b>Laringitis leve-moderada Taussig &lt;7</b> Tos y estridor sin signos de dificultad respiratoria, o hipoventilación y tiraje leve $\text{SatO}_2 > 95\%$ .	<b>Dexametasona oral:</b> 0,15-0,6 mg/Kg. en dosis única. Dosis máxima 8 mg	Si vómitos: <b>Desametaxona IM o IV ó Budesonida en aerosol</b> (2mg diluida en 2ml SSF) Su uso combinado no es más eficaz. La prednisolona a 1mg/Kg dosis única oral, no es tan eficaz	Valorar remitir a domicilio Aleccionar: signos de empeoramiento. No se recomiendan dosis sucesivas.
<b>Laringitis grave Taussig &gt;7</b> Estridor en reposo y tiraje subcostal e intercostal moderado-grave, hipoventilación moderada-grave $\text{SatO}_2 < 94\%$ .	<b>Desametaxona oral + Adrenalina nebulizada:</b> L-adrenalina: 3ml de adrenalina al1-1000 diluidos en 2 ml de SSF. Oxigenoterapia.	No se ha evidenciado eficacia con: antihistamínicos, ni antibióticos, mucolíticos broncodilatadores (sin broncoespasmo), o medidas de humedad ambiental o respirar el aire frío de la noche.	Iniciar tratamiento y remitir al hospital.

Modificado de "Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria, 2ª Ed."

## ATragantamiento: OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE)

## EPISODIO PRESENCIADO O SOSPECHA OVACE

Inicio brusco con tos/atragantamiento: sensación de ahogo, tos violenta, posible cianosis, a veces estridor.

Historia reciente: comer o jugar con objetos pequeños.

## EVALUAR GRAVEDAD

## TOS INEFECTIVA

Incapaz de hablar o llanto débil  
Tos silente o ausente  
Incapaz de respirar, cianosis

## REVISAR CAVIDAD ORAL

CE accesible: extraer con el dedo  
con maniobra gancho

## TOS EFECTIVA

Llanto, responde a preguntas.  
Tos fuerte  
Capaz de respirar y toser  
Coloración normal  
Alerta

## INCONSCIENTE

Turnar al paciente  
Llamar al 112 y  
pedir ayuda  
Abra vía aérea  
5 ventilaciones  
Inicie RCP

## CONSCIENTE

5 golpes en la espalda interescapular  
5 compresiones:  
- en el pecho en lactantes  
- abdominales en > 1 año

## ANIME A SEGUIR TOSIENDO

Compruebe continuamente que  
la tos sigue siendo efectiva hasta  
resolución de la obstrucción



tomado de pediatría integral 2014; XVIII (4): 252-260

## Menores de 1 año:

- Colocar en decúbito prono sobre el antebrazo del reanimador.
- Sujetarlo por la mandíbula con la cabeza más baja que el tronco.
- 5 compresiones con el talón de mano en la zona interescapular.
- Cambiarle a decúbito supino, con cabeza más baja que tronco.
- 5 compresiones torácicas (como RCP pero más lentas) en tercio inferior de esternón, justo bajo línea intermamilar, evitando xifoides, costillas o abdomen.
- Examinar cavidad oral, extraer cuerpo extraño si está accesible.
- Comprobar la eficacia de la respiración.
- **Repetir la secuencia mientras siga consciente.**

## Niños y mayores:

- 5 compresiones con el talón mano interescapulares.
- Reanimador detrás del niño pasa los brazos por debajo de las axilas y abraza el tórax.
- Inclinarse hacia delante de la cabeza del niño.
- 5 compresiones abdominales colocando los puños en la región epigástrica con dirección hacia arriba y atrás.
- Examinar cavidad oral y extraer cuerpo extraño si accesible.
- Comprobar la eficacia de la respiración.
- **Repetir la secuencia mientras siga consciente.**  
- Recordar que se persigue desobstruir la vía aérea, no expulsar el cuerpo extraño.
- **Si recupera la respiración y la tos eficaz, suspender la maniobra y animar a toser.**

**A.- VALORACIÓN CLÍNICA Y ACTUACIÓN INICIAL:**

- Anamnesis rápida Valoración respiratoria, cardiovascular y neurológica. Monitorizar
- Estabilización si precisa.
- Glucemia capilar, si hipoglucemia: tratar.
- Retirar la ropa y valorar lavado de piel y/o mucosas.

**B.- INFORMACIÓN SOBRE EL TOXICO:**

- Tóxico causante, cuándo y cuánto (1 trago niño de 3 a.=5 cc, de 10 a.=10cc, adolescente= 15 cc)

- Averiguar: Antecedentes personales, medicaciones/realización vómitos
- Estudio del tóxico en sangre y orina.
- Tras identificación: llamar toxicología 914112676 y/o consultar manual de toxicología (signos, síntomas, efectos secundarios y tratamientos específicos) o <http://instituto-detoxicologia.justicia.es/>

**C.- EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA:**  
general y dirigida**A.- TRATAMIENTO. MEDIDAS GENERALES****Disminución de la absorción****1.- Carbono activado (C.A.)**

- **Indicación:** Método de elección para tóxico susceptible. Precoz y hasta 6 h. después.
- **Dosis:** 1 g/Kg de peso, vía oral/SNG. Dilución mínima de 200 cc de agua por cada 25 g CA. Remover mucho. Dosis repetidas (0,25-0,5 gr/Kg cada 2-6 h) si persiste clínica. No mezclar con lácteos.
- **Contraindicaciones:** Sustancias no susceptibles. Ingesta de cáusticos. Íleo.

**2.- Vaciado Gástrico:**

- **Indicaciones:** <1h de ingesta. Eficacia discutida. Solo si riesgo vital
- **Contraindicaciones:** Alteración del nivel de conciencia/coma/convulsiones. Ingesta de hidrocarburos/ cáusticos. Riesgo de hemorragia o perforación intestinal, historia de cirugía de esófago o varices esofágicas.

**3.- Catárticos:**

- Uso controvertido. Aceleran el tránsito intestinal. Valorar simultanear CA (evitar estreñimiento que provoca)
- **Dosis:** dosis única de sorbitol al 35 %, 1-2 g/Kg +/- CA.

- **Contraindicado:** íleo, obstrucción intestinal, cirugía abdominal reciente, cáusticos, alteraciones electrolíticas.

**4.- Lavado Intestinal total**

- **Indicaciones:** En contraindicaciones de CA, en sustancias de liberación retardada, comprimidos no evacuables por otros métodos, ingesta de papelinas de drogas de abuso.
- **Dosis:** 20-30 ml/Kg/h. en niños; 0,5-1 L/h. en adolescentes de polietilenglicol (PEG) por vía oral/SNG
- **Contraindicaciones:** íleo, perforación/ obstrucción intestinal, megacolon, vómitos incoercibles.

**5.- Evitar el contacto con el tóxico**

- Cáusticos: lavar durante 20 min con agua o SSF.
- Inhalación: separar al paciente del contaminante y administrar oxígeno a alta concentración.
- Contacto con los ojos: lavado conjuntival (15 – 20 minutos) con agua o SSF.
- Intoxicación vía cutánea (insecticidas, herbicidas): lavado de la piel, previa retirada de la ropa.

**Aumento de la eliminación (RENAL)**

- Diuresis forzada: Diuresis hídrica por sobrecarga, diuresis osmótica (manitol), diuréticos como la furosemida o dopamina para elevar el flujo renal e incrementar diuresis.
- Diuresis iónica: Acidificación de la orina (cloruro amónico/ácido ascórbico) en álcalis. Alcalinizar si ácidos.

**B.- TRATAMIENTOS ESPECIFICOS SEGÚN TOXICO****1.- Paracetamol**

- **Dosis tóxica:** > 140 mg/Kg (> 8 gr adolescentes/adultos). **Toxicidad crónica:** > 150 mg/Kg/día > 2 días (> 100 mg/Kg en pacientes de riesgo – desnutridos, deshidratados, hepatópatas); > 200 mg/Kg en 24 h. Adolescentes > 6 g/día > 2 días (> 4 g en pacientes de riesgo) o más de 10 g en 24 h.

- **Síntomas:** Varias fases:

\*0-24 horas: Asintomático o náuseas, vómitos, MEG, epigastralgia.

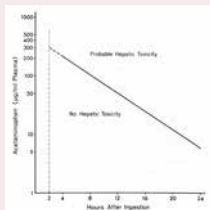
\*24-48 horas: Asintomático o con dolor en zona hepática. Alteración analítica y coagulopatía.

\*48-96 horas: Anorexia, malestar, náuseas, vómitos, ictericia, coagulopatía, alteración del sensorio, fallo renal.

\*4 días: Fallo hepático/renal con éxitus o autorresolución en varias semanas.

- **Tratamiento:**

> 140 mg/Kg: < 75 min tras la ingesta: CA. Niveles a las 4h de la ingesta y pruebas de función hepática y renal, glucemia y equilibrio ácido-base. +/- N-acetilcisteína (Fluimucil) iv según niveles de toxicidad en el nomograma de Rumack-Matthew.

**2.- Ibuprofeno**

- **Dosis tóxica:** >100 mg/Kg (grave >400 mg/Kg).

- **Tratamiento:** Fluidoterapia, protector gástrico, C.A. Si > 400 mg/Kg (< 2 h), lavado gástrico + C.A.

**3.- Ácido Acetil Salicílico**

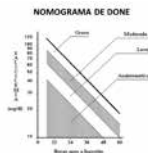
- **Dosis tóxica:** >150 mg/Kg. >500 mg/kg es potencialmente letal.

- **Tratamiento:**

- C.A. hasta 6-12h tras ingesta repetir en 2-4 h a 0,5 gr/Kg si precisa

- Si > 500mg/Kg, y < 1 h: valorar lavado gástrico →Hospital.

\*Hospital: salicilemia y nomograma de Done (niveles/tiempo)

**4.- Alcohol Etilico**

- **Dosis consumida:** cc de producto x grados x 0,8/100 = g de etanol.  
Grave: niveles etanol: 300-400 mg/dl. Letal >400 mg/dl. Dosis letal en niños: 3 g/Kg.

- **Tratamiento:** CA no efectivo. Valorar hipoglucemia, nivel de conciencia de manera repetida. >100 mg/dl o la ingesta >1 g/ Kg <1 hora: lavado gástrico.

**5.- Causticos**

Ausencia de lesiones orofaríngeas, no descarta quemaduras en esófago/ estómago. Contraindicados inducir del vómito y el lavado gástrico. El C.A. no es útil.

- **Tratamiento:**

**Exposición de piel u ojos:** lavar con abundante agua o SSF durante 15 min.

**Asintomáticos, exploración normal:**

- a.- Ingestión dudosa: alta al domicilio con pautas de observación (signos de alarma: babeo, disfagia, dolor torácico/ abdominal, vómitos, hematemesis, alteración del estado general)
- b.- Ingesta segura: escasa de amoníaco o lejía con < 10 % de concentración: alta. Otras sustancias: hospital

**6.- Antieméticos (Clebopride, Metoclopramida)**

- **Tratamiento:** difenhidramina 1mg/Kg/ dosis vo, iv o im (Benadryl, cáps de 25 y 50 mg y susp 1cc=12,5 mg).

O biperideno 0,04-0,1 mg/kg/dosis, máx 3 mg/ dosis iv lento o im (Akinetón, amp 1cc=5 mg). Se puede repetir en 30 minutos.

**7.- Monóxido de Carbono**

- **Tratamiento:** Oxígeno al 100% (mascarilla con reservorio). Hospital: determinación de carboxihemoglobina cada 2h (intoxica-

ción > 5%), radiografía tórax, gasometría, ECG y oxígeno hiperbárico.

**8.- Psicofarmacos**

**ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS** (imipramina, clomipramina, amitriptilina):

- **Tratamiento:** C.A. hasta 6-12h postingesta, (enlentecen vaciamiento gástrico). Hospital: observación > 6 h.

**BENZODIACEPINAS:**

- **Dosis tóxica:** > 5 veces dosis terapéutica. No grave si único fármaco. Resolución en 24 horas.

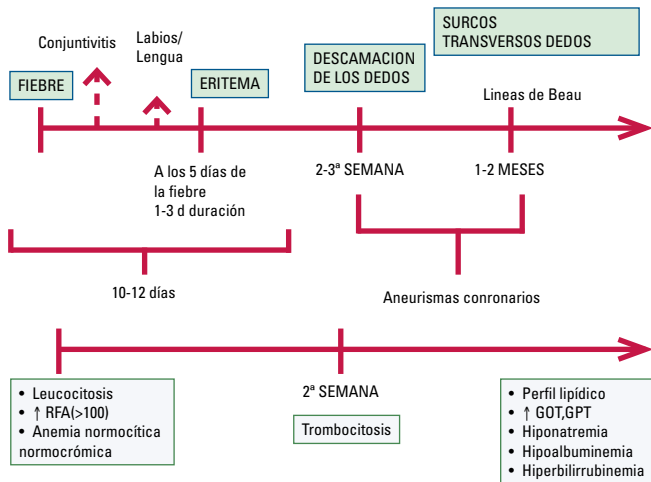
- **Tratamiento:** Hospital: Observación 4 h. <2 h.C.A+/-Flumaceniil (Anexate) 0,01 mg/Kg iv (repetir cada minuto), max 2 mg.

**INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTAC. DE SEROTONINA** (fluoxetina, citalopram, sertralina):

- **Tratamiento:** C.A. <6 h postingesta. Derivar a hospital: monitorizar ECG.

**Criterios:**

- Fiebre más de 5 días
- Al menos 4 de:
  1. Cambios en extremidades:
    - Fase aguda: Eritema palmas, plantas edema de manos y pies.
    - Fase subaguda: Descamación de dedos de manos y pies.
  2. Exantema polimorfo.
  3. Inyección conjuntival bilateral.
  4. Labios fisurados y eritematosos, lengua aframbuesada e hiperemia faríngea.
  5. Adenopatía cervical (>1.5 cm)

**Pruebas complementarias:**

- Analítica
- ECG en el momento

**Tratamiento:**

- **Gammaglobulina:** Dosis altas: 2g/Kg en infusión única  
Si inestabilidad hemodinámica: 400 mg/día durante 4 días  
Administrarla antes del día 10 de fiebre  
Tras el 10º día si persiste fiebre+aneurismas coronarios+ RFA (react, fase aguda)  $\uparrow$
- **AA5:** Dosis 80-100mg/Kg/día en 3-4 tomas hasta 48-72 h tras la fiebre  
Posteriormente: Antiagregante 3-5 mg/Kg/día hasta plaquetas y ecocordio normal
- **Infliximab:** De rescate : 5 mg/Kg endovenoso, infusión 2-3 h



## QUEMADURAS

## I. Valoración Inicial: Profundidad

Las estimaciones de la profundidad de la quemadura se deben revisar en las primeras 24-48 horas, ya que puede evolucionar. Se clasifican en:

**Primer grado:** Epidermis, dolorosas, ERITEMA sin otras lesiones. Curan en 3-7 días sin cicatrizar

**Segundo grado:**

- superficial: Epidermis y dermis superficial, muy dolorosas, ampollas y flictenas, aspecto húmedo con exudado, superficie rojo brillante, curan 14-21 días, a veces deja pequeñas cicatrices.

- profunda: Epidermis y dermis profunda, relativamente dolorosas (si a presión) según terminaciones nerviosas quemadas, coloración pardo-rojiza, zonas moteadas, puede haber flictenas. Curan lentamente: cicatrices residuales hipo/hiperpigmentadas, hipertróficas, retracciones.

**Tercer grado:** Todas las capas de la piel, no dolorosas, superficie deprimida, con trombosis vascular, coloración blanca, roja o marrón, carbonizada. Tratamiento quirúrgico obligado.

## II. Valoración inicial: extensión (SCQ; superficie cutánea quemada). Tablas de Lund-Browder\*

Quemaduras  $\geq 2^\circ$  grado. Práctico: palma de la mano = 1% de superficie. Regla de los 9 válida en adultos

## III. Actuación inicial:

- Evaluación de ABCDE y valorar iniciar maniobras de RCP.
- Control del dolor. Necesario en prácticamente todos los casos: Nolotil®; 0,1 cc/kg/dosis/6-8 horas IV/IM/VO/rectal. Codeína 0,5 mg/Kg VO. Cloruro mórfico: Morfina (ver capítulo fármacos)
- Evaluación de la quemadura:
  - Retirar la ropa, no el material adherido. Si preciso: mojar antes, cortarla y retirar cuerpos extraños con pinzas estériles. Valorar lavado jabonoso o clorhexidina.
  - Enfriar "al grifo", inmersión o compresas o con suero estéril: 20 min
  - Valorar profundidad, extensión, localización y factores agravantes.

## DECIDIR DERIVACIÓN A U. QUEMADOS

Si SCQ >5-10%, 2º G profunda-3erG, eléctrica/química, patología previa o politrauma.

Si cara, manos, pies, genitales, periné o articulaciones mayores.

Si posibilidad de lesión inhalatoria o sospecha

de maltrato

Cubrir con paño estéril seco/sábana limpia o papel "film" de cocina.

Asegurar aporte hidroelectrolítico\*, control del dolor y jevitur hipotermia (mantas)!

## MANEJO AMBULATORIO:

Apósitos enfriamiento: Water Jel, Hydrogel, Burn Aid, efecto analgésico. ¿Hipotermia? Posterior cobertura con apósitos: (leer prospecto antes de aplicar)

- Acuacel Ag, Acticoat, Varihesive, Permafoam, Opsite, Skimfilm, Mepitel, Linitul, Silvederma, Furacin

Articulaciones en extensión. Valorar profilaxis tétanos y antibiótico. Revis 24h → 48h → 3-5d  
Para la cicatriz: Mepiform, el tiempo necesario (reutilizable)

\* Quemaduras >10% SCQ reposición hidroelectrolítica iv: **Fórmula de Parkland:** 3-4ml x kg de peso x SCQ + necesidades basales reponer 50% en 1<sup>as</sup> 8 horas y resto en las siguientes 16 h.

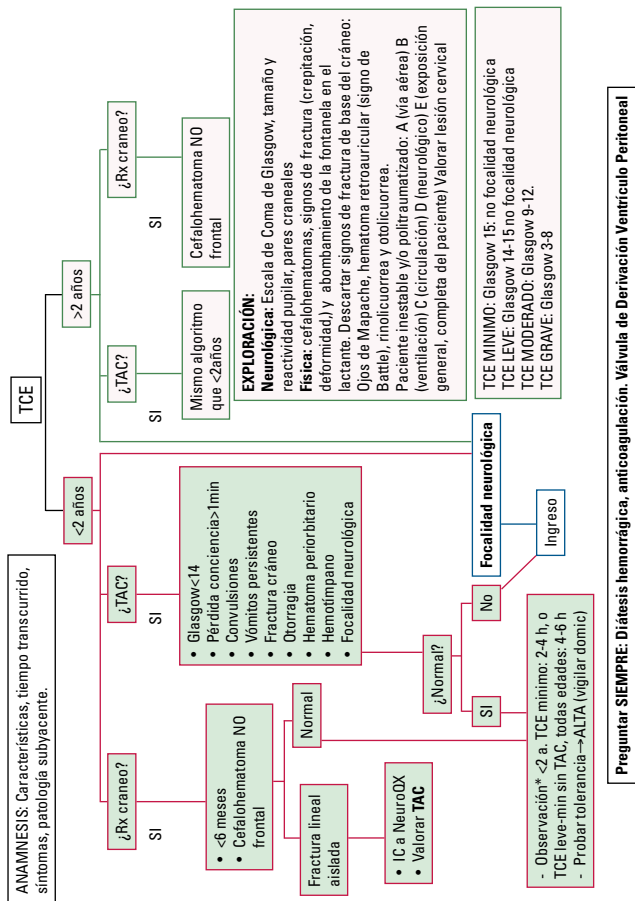
\*

## ÁREA CORPORAL A CUALQUIER EDAD:

Cuello: 2%	Antebrazos: 4% x 2
Tronco: 13% (ant) + 13% (post)	Brazos: 3% x 2
Glúteos: 2,5% x 2	Manos: 2,5% x 2
Genitales: 1%	Pies: 3,5% x 2

## ÁREA CORPORAL SEGÚN EDAD:

	<1 a	1-4 a	5-9 a	10-14 a	15 a	>15 a
<b>Cabeza:</b>	19%	17%	13%	11%	9%	7%
<b>Muslos x 2:</b>	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9%	9,5%
<b>Piernas x 2:</b>	5%	5%	5,5%	6%	6,5%	7%



**DESHIDRATACIÓN AGUDA (EXCEPTO EN DIABETES). REHIDRATACIÓN AORAL/IV****Rehidratación oral.**

Se utilizan orales con bajo contenido en Na (40-60mEq/l).

Volumen déficit: 50ml/kg en 4 h(deshidrataciones leves), 100ml/kg en 6 h (moderadas)

Oferecer pequeñas cantidades (5-10 ml) /5 minutos.

Fracaso si  $\geq 4$  vómitos abundantes.

Reposición de pérdidas: 5-10 ml/kg x cada deposición líquida, 2 ml/kg x cada vómito

Si precisa más de 150 ml/kg/día debe valorarse rehidratación IV.

**Hidratación intravenosa**

Se debe aportar: Necesidades basales + déficit estimado + pérdidas mantenidas

Déficit de líquidos = % de deshidratación x 10 x peso (kg) basal

Pérdidas mantenidas, aprox: Diarrea leve: 25 ml/kg/día; Diarrea grave: 75 ml/kg/día

**Si shock:** Expansión de volemia: 20 ml/kg de SSF en 10-15 minutos, si precisa, repetirse hasta 3 veces.

Tipo de deshidratación	Tiempo de reposición del déficit	Tipo de suero recomendado
Isonatrémica (Na 130-150 mEq/L)	24-36 h	SGS 1/3 + CIK 20 mEq/L
Hipernatrémica (Na >150 mEq/L)	72 h	SGS 1/5 + CIK 20 mEq/L Si hipernatremia grave: SGS al 0,3-0,45 % con CIK. Controles iniciales c/4h. Evitar descenso de Na > 0,5 mEq/h ó 10 mEq/L/día.
Hipernatrémica (Na >150 mEq/L) Hiponatrémica (Na <130 mEq/L)	24 h	SGS 1/3 + CIK 20 mEq/L Se añade al suero mEq de Na según la fórmula: Déficit de Na = (135 – Na real) x 0,6 x kg (CINa 20%: 1 ml = 3,4 mEq) Corrección de hiponatremia: - Si Na sérico < 125 mEq/L: estimar déficit de Na y reponer la mitad en 24 h con SGS 1/3 por el riesgo de rehidratación rápida. Evitar aumento Na > 0,5-1 mEq/L/h ó 12 mEq/L/día. - Si Na sérico < 120 mEq/L, administrar suero salino al 3 %, 1-2 mL/kg/dosis.

**Volumen máximo:** 200 ml/kg/día, si déficit superior, reponer 2/3 el primer día y 1/3 el segundo día

## DH SIN SIGNOS DE SHOCK

**REHIDRATACIÓN RÁPIDA:**

En niño con deshidratación y fracaso de rehidratación oral, afectación no intensa del estado general, necesidad de analítica (iones, gasometría, función renal). Mejoría rápida de vol. extracelular e inhibición de cetogénesis.

**Contraindicaciones (sin consenso claro):**

- Absolutas: hiponatremia e hipernatremia graves.
- Relativas: edad < 6 meses o < 5kg de peso, o presencia de enfermedad de base (insuficiencia renal, cardiopatías, diabéticos). Factores de riesgo: convulsión, inmunodepresión, viaje reciente, duración de la diarrea prolongada.

**Importante: reevaluar periódicamente**

al paciente, cada hora, durante la infusión de líquidos y pasar a vía oral en cuanto sea posible. Máximo: 700 ml/hora.

**PAUTAS:**

**Dos posibles alternativas, según protocolos y experiencia:**

**PRIMERA ALTERNATIVA:**

1. SSF al 0,9 % + glucosa al 3 %, **10-20 mL/kg durante 2-4 horas** (preparación del suero: 15 mL glucosa GR50 por cada 250 mL de SSF al 0,9 %).
2. Reevaluar tras 1-2 horas.
  - Si mejora, iniciar tolerancia oral precoz.
  - Si no mejora, completar la pauta y reevaluar nuevamente.
3. Si persiste intolerancia oral, continuar con perfusión i.v. con suero salino al medio o tercio + dextrosa al 5 % (añadiendo CIK tras comprobar diuresis, máximo 40 mEq/L). Otra posibilidad es un segundo bolo de **10-20 mL/kg durante 2h (total 40 mL/kg/4 horas)**.

El volumen será la suma de pérdidas estimadas que persistan + necesidades de mantenimiento + pérdidas continuadas a pasar en 24 h. Reintentar periódicamente tolerancia oral.

**SEGUNDA ALTERNATIVA:**

1. SSF al 0,9% 20 mL/kg/ en 1 h (supone un 2% del peso corporal)
2. Suero glucosalino ½ + 20 mEq/L de potasio, volumen 10 mL/kg/h. (supone un 1% del peso corporal/h)

**Corrección de Acidosis**

Clásico: Considerar Tratar si:  $\text{pH} < 7,20$ ,  $\text{CO}_3\text{H}^- < 12$ ,  $\text{EB} > -10$   
(Valorar no reponer Bicarbonato salvo < 6-8 mEq/L)

Déficit  $\text{CO}_3\text{H}^-$  (mEq) =  $\text{EB} \times \text{peso (kg)} \times 0,3$  (0,5 en neonato)

Ritmo de reposición variable según gravedad:

- No urgente: 1/3 en 1 hora con Bicarbonato 1/6 M + 1/3 en 8 horas siguientes
  - Urgente: 1-2 mEq/kg de  $\text{CO}_3\text{H}^-$  diluido al medio con agua destilada IV en 5 minutos
- Si precisa expansión, utilizar Bicarbonato 1/6 M (1 ml = 0,16 mEq)

Proceso inflamatorio agudo por infección del parénquima pulmonar por microorganismos. Diferentes patrones en relación con edad del niño y/o donde se adquiere.

- Neumonía adquirida en la comunidad (NAC: típica o atípica) aparece en niños que no han estado hospitalizados los 7 días previos o en las primeras 48 horas de hospitalización. Neumonía nosocomial >48 horas del ingreso hospitalario.

**ETIOLOGÍA:**

NEONATOS	MENORES 5 AÑOS	MAYORES 5 AÑOS
Streptococos grupo B E. Coli K. Pneumoniae Listeria Staphylococos aureus Clamidia tracomatis	Virus: VRS. Streptococo pneumoniae Haemophilus Influenzae	Mycoplasma pneumoniae Streptococo pneumoniae

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COMUNITARIA/ATÍPICA**

CLÍNICA NEUMONÍA TÍPICA	CLÍNICA NEUMONÍA ATÍPICA
Fiebre >39°, aparición brusca	Sin fiebre o febrícula
Tos productiva	Síntomas catarrales
Dolor torácico o abdominal	Estado general conservado
Auscultación: crepitantes, hipoventilación, roce pleural	Sin focalidad en auscultación
Leucocitosis >13000, neutrofilia	No leucocitosis ni neutrofilia
RX con consolidación	RX sin consolidación

NAC típica: >3 criterios. NAC indeterminada: 1-2 criterios. NAC atípica: 0 criterios de típica, 5 criterios de NAC atípica

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

**Análítica:** Valorar cifras de leucocitos, neutrófilos. PCR y/o PCT (procalcitonina)

- NAC típica: leucocitos de 15000-45000; PCR 50-100 mg/dl, PCT: 1-2 ng/ml, PCR importante para iniciar antibióticos y paso a vía oral si < 40 mg/dl.
- NAC atípicas: linfocitosis (leucocitosis con linfocitosis en Bordetella pertussis), y en ocasiones leucocitos entre 4.000 a 7.000 con predominio linfocitario. La PCR suele ser inferior a 50 mg/l.

**Radiografía de Tórax:** PA y Lateral, si es preciso.

**TAC torácico:** Útil en neumonías complicadas.

**Ecografía torácica:** Muy útil en derrame pleural para diagnóstico, tratamiento y evolución.

**COMPLICACIONES DE NEUMONIA BACTERIANA**

- Insuficiencia respiratoria.
- Fallo cardiorrespiratorio.
- Derrame pleural.
- Empiema.
- Absceso pulmonar.
- Neumotórax.
- Neumatocele.
- Pericarditis.
- Bacteriemia. Sepsis

**Criterios de Ingreso en planta:**

Neonatos y <3 meses. En <6 meses a 1 año: afectación del estado general. Aspecto séptico. Deshidratación. No tolerancia oral. Taquipnea (>60 rpm en <1 año, >50 rpm en >1 año). Hipoxemia: (Sat O<sub>2</sub> <92-93%). Dificultad respiratoria importante, tirajes, pausas de apnea, cianosis. Dolor intenso (torácico, abdominal) Empeoramiento o no respuesta en 24-72 horas a un tratamiento correcto. Si están afectados más de dos lóbulos en RX en neumonía típica. Neumonía Complicada (derrame, empiema, neumotórax, atelectasias, neumatocele). Enfermedad de base importante, enfermedades crónicas. Dificultad familiar para su cuidado

**Criterios de Ingreso en UCIP:**

Sepsis. Shock. Dificultad respiratoria grave.

Síntomas de agotamiento respiratorio. Pausas de apnea. Necesidad de ventilación mecánica.

**Seguimiento con Especialista/pruebas de imagen de control:**

- Neumonía redonda (>6 semanas tras episodio).
- Neumonías recurrentes (+ de 3).
- Neumonías + otros procesos infecciosos recurrentes.
- Neumonía necrotizante. Empiemas tabicados
- Neumonía + fallo de medro

**Tratamiento general:**

Oxígeno si precisa, para Sat O<sub>2</sub> >94%.

Antipiréticos-analgésicos.

Reposo según afectación estado general.

Hidratación

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO**

EDAD	AMBULATORIO	HOSPITALIZADO	DURACIÓN	DOSIS MAXIMA
Neonato	Ingreso	Ampicilina 200mg/kg/d c/8h+Gentamicina 4 mg/kg/d c/24 h +/- Cefotaxima 200 mg/kg/d c/6-8 h	7-10 días	
1-6 meses >6meses.Tratamiento en domicilio si: BEG. Tolerancia y control del niño.	Ingreso Amoxicilina, 80 mg/kg/d, c/8h,10d	Ampicilina 200 mg/kg/d, I.V c/6 h.    ó: Amoxicilina +/- clavulánico a100 mg/kg/d Azitromicina 10 mg primer día, 5 mg/kg/d c24 h, 4 días; si Clamidia trachomatis 20 mg/kg/día    ó Clarithromicina 15 mg /kg/ día. Cada 12 h	7-10días  14 días	1 gr/d
4-6 años	Amoxicilina v.o. 80 mg/kg/d, en 3 dosis	Ampicilina 200 mg/kg/d, c/6 h, i.v.    ó Amoxicilina 100mg/kg/d. c 8 horas.i.v	7-10 días	3 gr/d 1 gr/día Amoxi
5-14 años	Clarithromicina 15 mg/kg/d; c/12 h    ó Azitromicina 10mg/kg/ primer día, luego 5 mg/kg/d, 4 días Si no respuesta: Añadir Ac. clavulánico 10 mg/kg + Amoxicilina 80-100 mg/kg/d.	Ampicilina 200 mg/kg/d, c/6 h ó Amoxicilina/clavulánico 80/90 mg/kg/día o Cefotaxima i.v. 100-200mg/kg/d, c/6h. + Clarithromicina 15mg/kg/d cada12h. Oral o I.V. o Azitromicina.	7-10 días	3 gr/d 1 gr/d Amx 12gr/día
Neumonía Aspirativa	Ingreso	Amoxicilina/clavulánico IV 100 mg/kg/d. Cada 8 horas.	14 días	3 gr amoxi, 250 clavulá
Sospecha de neumococo resistente	Alergia a Penicilina: Clindamicina 10-30 mg/kg/d, c/8 h, oral.	Cefotaxima 300 mg/kg/d, c /6-8 hs iv +/- Vancomicina 40 mg/kg/d, c/6-8 h, I.C Alergia a Penicilina: Clindamicina 25-40 mg/kg/d, c/6-8 h		12g/d  1,8 gr/d VO o 4,8 i.v.

Passar a vía oral si 48 horas afebril, mejoría del estado general y PCR <40 mg/dl.

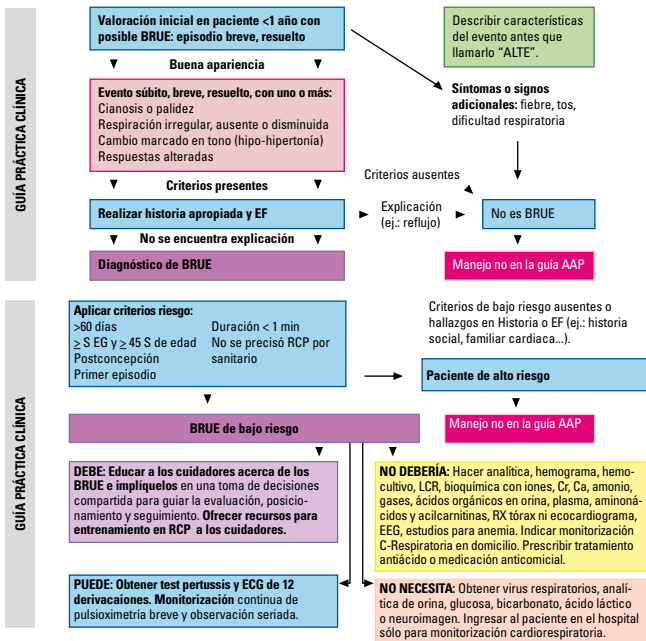
## EPISODIOS BREVES RESUELTOS Y SIN EXPLICACIÓN (BRUE)

Se recomienda la denominación BRUE (propuesta de la AAP, de mayo 2016), en vez de Episodios Aparentemente Letales (ALTE). ALTE era una definición imprecisa, que genera incertidumbre y refuerza la sensación de una gravedad, que en muchos casos no tiene. Definición de **BRUE**: Acontecimiento en <1 año de edad, repentino y **breve (<1 minuto de duración)**, **resuelto** en el momento de la consulta; con al menos uno de los siguientes signos: **cianosis o palidez**, **respiración** irregular, ausente o disminuida, marcado cambio en el tono muscular (hiper- o hipotonía) o **alteración del nivel de capacidad de respuesta, sin explicación** tras una adecuada anamnesis y examen físico. Distinguimos:

**BRUE DE BAJO RIESGO**: en el que se dan todas las siguientes características:

- Edad: >60 días y < 1 año.
- No ser gran prematuro.  $\geq 32$  Semanas de EG y  $\geq 45$  Semanas de edad postconcepción.
- Ningún episodio previo de BRUE. No haya repetición de eventos.
- Duración <1 min.
- No precisó reanimación por un sanitario.
- Historia personal y familiar sin nada reseñable
- Exploración física sin nada reseñable.

Los que no son de bajo riesgo, **son de alto riesgo**, y deben investigarse por la posibilidad de una causa subyacente. La AAP no establece recomendaciones para ellos (no hay evidencias).



Temperatura axilar  $>38^{\circ}\text{C}$ , rectal  $>38,5^{\circ}\text{C}$

**Tratamiento:** sintomático, mejora el confort. No se debe perseguir la apirexia que solo genera angustia paterna. Recomendable tratarla cuando es mal tolerada.

**Medidas físicas:** mal toleradas y poco eficaces, por lo que deben ser suaves. Siempre ingesta abundante de líquidos.

**Farmacológico:** NO PREVIENE LAS CONVULSIONES FEBRILES

NO EVIDENCIA DE QUE UNA PAUTA ALTERNANTE SEA MÁS EFICAZ.

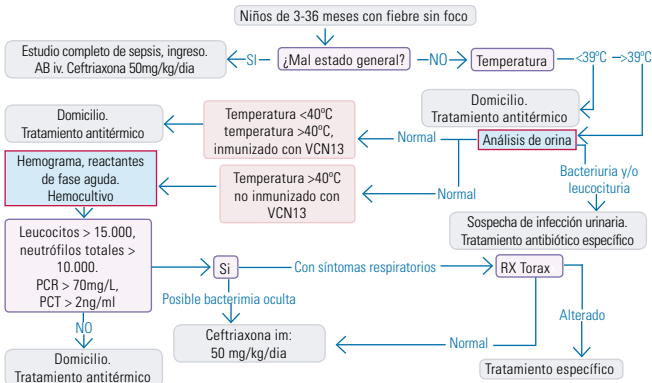
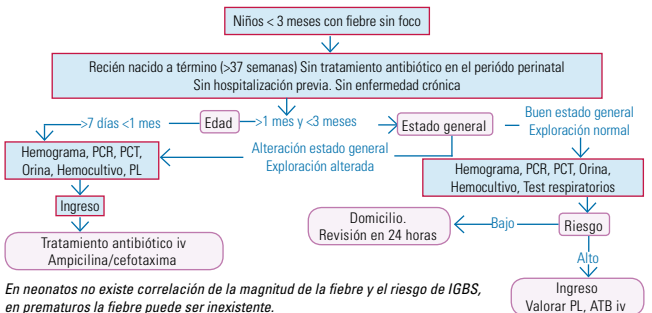
- Paracetamol menos efectos adversos, aconsejado en menores de 6 meses.

- Ibuprofeno: más recomendado en  $>1$  año. Efecto anti-inflamatorio.

- Menos usado metamizol. AAS no se emplea. (ver capítulo de fármacos)

### Fiebre en neonatos $>7$ días a lactantes $<3$ meses

Importante establecer un diagnóstico precoz y tratamiento de las posibles infecciones graves. Los virus siguen siendo la causa más frecuente. En menores de 1 mes predominan los GRAM negativos (E. Coli, enterobacterias, Listeria) y de los GRAM +: Streptococo del grupo B. Después del mes disminuyen los GRAM - y aumenta en incidencia S. pneumoniae, H. influenzae, Salmonella y N. meningitidis.





**Fiebre sin Foco**

En niños de 3-36 meses de menos de 7 días de duración, sin evidenciarse origen o foco tras anamnesis y exploración física correctas (la hiperemia faríngea, timpánica y rinorrea no se consideran foco). Generalmente es por procesos víricos autolimitados.

Bacteriemia Oculta (BO): alrededor del 2% de los niños bien vacunados (5% si no lo están) entre 3-36 meses con una temperatura  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  y buen estado general. El pico de máxima prevalencia se sitúa entre los 6-24 m.

**Fiebre de origen desconocido**

Fiebre  $>7$  días, diaria, sin foco, con un primer estudio básico normal, en  $>4$  años.

Infecciosas 34-77%, reumatológica 1,6% (Artritis Idiopática 90%) neoplasias 0,2% (10-25% sin diagnóstico).

Historia clínica detallada, antecedentes familiares, viajes, vacunación, contacto con animales, ambiente rural y síntomas asociados. Ingreso hospitalario para su estudio.

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (A título orientativo)****1er nivel**

- Hemograma, PCR, PCT, VSG.
- Bioquímica sanguínea.
- Sistemático orina (con sedimento y 2-3 uros).
- Frotis faríngeo.
- Coprocultivo.
- Hemocultivos (2).
- Mantoux.

- Radiografía de tórax ¿otros?
- Serología: Ebstein-Barr, CMV, toxoplasma, brucella, salmonella.
- Inmunoglobulinas y proteinograma.
- ¿Gota gruesa?

**Para 2º y 3er nivel → DERIVAR**

**Crisis febriles (CF)**

Entre 6 meses-5 años (predom 12-18 m), sin antecedentes de crisis afebriles ni signos de infección del SNC o de alteración metabólica. Entre 2-5% de  $<5$  a. Recurrencia 25-30% más a menor edad y riesgo de desarrollar epilepsia de 2% (4-6% si crisis compleja) vs 0.5% sin CF. Frecuentes antecedentes familiares.

**Crisis Simples-Típicas:** (80%) tónicas y/o clónicas generalizadas  $<15$  min, 70% en las 1<sup>as</sup> 24 hs.

**Crisis Complejas-Atípicas:**

(20%) si focalidad o anomalías post ictales  $>15$  min o recurrencia en 1as 24 hs ¿o déficit neurológicos previos?

**Examen físico:** detallado, ¡siempre descartar compromiso neurológico!.

**Estudios complementarios:** solo si se precisa para etiología de la fiebre.

**Punción Lumbar:** solo si se sospecha infección de SNC.

**TAC y EEG** en crisis simples y primer episodio no tienen indicación.

**Ingreso:** si mal estado general, sospecha de infección SNC, crisis febril atípica, anomalía neurológica postcrítica, ambiente familiar no confiable o difícil acceso a medio hospitalario.

**Tratamiento:** Control signos vitales (ABCDE) - Oxigenoterapia 100%

- Duración  $\geq 5$  min → Diazepam rectal (Stesolid®)  $<2$  años 5 mg/ $>2$  años 10 mg

Midazolam entre encía y lengua:  $>6$  m. a  $<1$  a.: 2,5 mg (jeringa amarilla); 1a. a  $<5$  a: 5 mg

(j. azul) 5 a a  $<10$  años 7,5 mg (j. morada); 10 años a  $<18$  años: 10 mg (j. naranja).

Si persiste a los 5 min. → Repetir Stesolid. Si acceso vascular → Midazolam/Diazepam iv

Si persiste a los 5 min. → Valproato sódico (Depakine®) 20 mg/Kg

Si responde → a los 30 minutos iniciar una perfusión continua a 1 mg/Kg/hora.

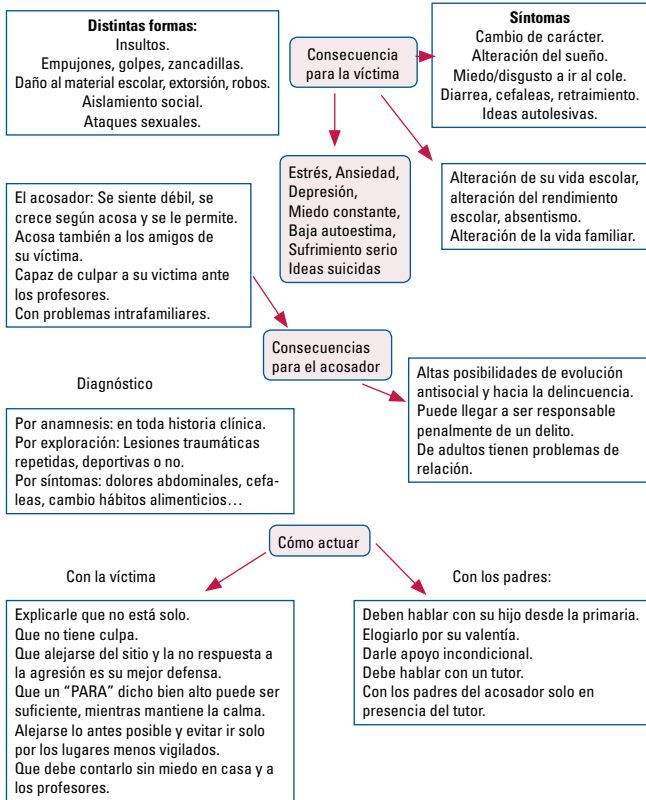
No responde → Fenitoína IV 20 mg/kg (máx. 1 g) a pasar en 20 min / Levetiracetam Kepra® 10mg/kg

**Tratamiento preventivo** solo está indicado en CF complejas de repetición y antecedentes familiares de epilepsia, trastornos neurológicos previos.

Los antitérmicos no previenen las recurrencias. En la actualidad, el diazepam intermitente por vía rectal se ha demostrado eficaz. Su uso está recomendado en casos seleccionados.

**ACOSO ESCOLAR "BULLYING"**

Es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma deliberada y reiterada a lo largo de un tiempo determinado, tanto en el centro como a través de las redes sociales (ciberacoso). Se trata de un abuso de poder, no es un problema de convivencia, mala educación o disciplina.



## ACOSO CIBERNÉTICO O CIBERBULLYING

**Bullying:** el patrón repetitivo de conducta de uno/s niños que deliberadamente infringen abuso físico, verbal o emocional en otro/s niños.

**Cyberbullying:** Es todo aquello que se cuelgue en Internet con intención de hacer daño. Es la utilización de las nuevas tecnologías y redes sociales para criticar, humillar difamar, intimidar o amenazar. Las nuevas tecnologías hacen que se pueda atacar a la víctima/s a todas horas, en grandes círculos sociales y a enorme velocidad.

**Características:** Las nuevas tecnologías hacen que se pueda atacar a la víctima/s a todas horas, en grandes círculos sociales y a enorme velocidad. Es con frecuencia anónimo y difícil de seguir. Puede ser hostigado las 24/horas, siete días/semana, en casa, en la escuela y en cualquier sitio online. Esta es la principal diferencia con el acoso escolar, lo que aumenta la gravedad.

**Se establece:** 1) entre iguales y menores, 2) durante un tiempo prolongado, no de forma puntual, 3) que se conocen en el entorno escolar, 4) con una relación de sumisión y 5) con actitud dolosa.

**Medios utilizados:** Mensajes, tweets, notas, correos, post, videos, fotos comentadas, comentarios a través de Internet, redes sociales, whatsapp, telegram, Tuenti, o cualquier otro medio digital.

**Síntomas:** Físicos como en el acoso escolar. Reluctante a ir al colegio o salir con amigos.

**Más específicos:** Se le ve enfadado mientras usa el ordenador o Tablet. Se pone muy nervioso/a al recibir mensajes o correos. Evita hablar de lo que recibe, esconde su actividad digital. Baja el uso del teléfono o internet.

Afecta a la esfera personal (física y psíquica), escolar, social, familiar de las víctimas, del agresor (sabe que está cruzando una línea) y de los testigos (saben que están participando de algo mal hecho).

**El acosador:** Puede estar cometiendo delitos de los que será directamente responsable si es >14 años. Si es por razones de raza, religión o identidad sexual puede entrar dentro de los delitos de odio, específicamente penado en el Código Penal vigente.

### Que hacer/Que decirles

**Animar a la víctima** a que deje de sufrir en silencio, que denuncie sin miedo a perder el móvil: el acoso puede escalar. **Debe hablar con sus padres** para no perder el seguir conectado, le ayudaran a encontrar una solución. Hay que decirles que tiene solución y vamos a ayudar.

Debe **mantenerse fuera de los mensajes**, desconectar el móvil o el ordenador y hacer alguna actividad que le distraiga (la actividad física irá bien), ignorarlos, mantenerlos fuera de su vista, es lo que mejor puede hacer.

Debe **guardar copia de los mensajes**, tweets, videos o fotos en un lugar que no lo vea continuamente, un USB servirá.

Debe **bloquear los mensajes y denunciar** el acoso **en la red social** (Facebook, Instagram, Youtube, los administradores pueden bloquear al acosador). Denunciar los mensajes de correo **al servidor** de correo o de teléfono para su bloqueo

**MALTRATO INFANTIL**

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

**Maltrato físico:** Provoca daño físico o enfermedad en el niño o le coloca en situación de grave riesgo de padecerlo. El **Síndrome del niño zarandeado:** se produce al agitar violentamente a un pequeño sobre sus hombros, pudiéndole ocasionar graves lesiones cerebrales y oculares.

**Negligencia/Abandono:** Fallo de los padres o tutores en proveer la elementales necesidades físicas, psicológicas y sociales del niño.

**Maltrato psicológico:** situación crónica en la que los adultos responsables del niño le provocan sentimientos negativos mediante acciones o privaciones, causándole baja autoestima o limitando sus iniciativas (rechazar o desvalorizar al menor, evitar vínculos afectivos con él, no permitir la relación social extrafamiliar, usar el miedo como forma de control, culpabilizar, violencia verbal, amenazas).

**SIGNOS DE SOSPECHA:****Anamnesis:**

Factores de riesgo en el menor (embarazo no deseado, prematuro, menor de 3 años, discapacidad, hiperactivo, trastorno de conducta, trastornos de alimentación o del sueño, fracaso escolar, retraso mental), en la familia (malos tratos, familia disfuncional, enfermedades mentales, inexperiencia en el cuidado, violencia, consumo de alcohol o drogas) o sociales (desempleo, problemas económicos, malas condiciones de la vivienda, emigración, ambiente cultural que usa violencia y castigo físico en la educación de los niños).

Evitar juicios de valor, preguntar en tono de confidencialidad, manteniendo actitud de respeto a los padres o cuidadores y sospechar cuando no dan una explicación sobre el mecanismo de producción de la lesión, o ésta es incoherente, ilógica, no convincente o contradictoria. Hablar con padres/cuidadores por separado para ver si las narraciones coinciden.

Un retraso en acudir o solicitar asistencia médica también es sugestivo de maltrato.

**Síntomas y Exploración:**

Respetar la intimidad del menor, evitando exploraciones innecesarias o repetidas. Preguntar al niño sólo lo que sea estrictamente imprescindible, evitando que vuelva a sufrir la experiencia del trauma. Valorar la actitud e interacción emocional cuidador/niño. Los maltratadores suelen mantener una actitud de apatía, menosprecio o indiferencia frente a la gravedad de las lesiones. Los niños también pueden mostrarse temerosos y refugiarse en el mutismo.

El maltrato puede manifestarse sin lesiones visibles, con síntomas psicósomáticos (enuresis, encopresis, trastornos del sueño, de alimentación) o trastornos de la conducta (fobias, absentismo escolar, regresión, sentimientos de culpa, bajón en el rendimiento académico, aislamiento social). También como retraso psicomotor o del lenguaje, hipocrecimiento, o como higiene o vestido inapropiados.

Todas las lesiones visibles deben ser cuidadosamente documentadas, con una descripción lo más completa y detallada posible: tamaño, localización, forma, coloración. Las fotografías, evitando signos identificativos, pueden ser muy útiles. Son muy sugerentes:

- Las intoxicaciones y fracturas (craneales, costales, múltiples en distinto estadio de consolidación, lesiones por torsión o estiramiento) en menores de 2 años.
- Las quemaduras en nalgas, en guante o calcetín, grandes o pequeñas (cigarrillo).
- Los hematomas, laceraciones, heridas... en áreas tradicionales de castigo (mejillas, espalda, abdomen, glúteos, genitales, palmas de pies y manos).
- Traumatismos abdominal o torácico con frecuencia complicados.

**ACTUACIÓN**

Inmediata sobre las lesiones que lo precisen.

**Derivación:**

**Domicilio:** casos leves con riesgo limitado, tras ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y asegurar un seguimiento o intervención.

**Ingreso hospitalario:** en sospecha o certeza de una forma grave de maltrato o por motivos sociales que pudieran poner en peligro la seguridad del niño.

**Notificaciones:**

- Cumplimentar la Hoja de Notificación del Maltrato Infantil establecida por cada Comunidad Autónoma.
- Comunicar el caso al Trabajador Social del hospital o zona que corresponda.
- Notificación a la Comisión de Tutela del Menor, en casos graves, cuando exista situación de desamparo o riesgo inminente para el menor. Puede hacerse a través del trabajador social o del GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial). Si esto no fuera posible, comunicar al Juzgado de Guardia.
- Parte judicial de lesiones, siempre que existan lesiones físicas consecuencia de malos tratos.



Ministerio de sanidad: **016**

Guardia Civil **062**

Policía Nacional **091**

Teléfono del Menor **900 20 20 10**



- Guía sobre ciberacoso para profesionales de la salud
- [seguridadescolar@policia.es](mailto:seguridadescolar@policia.es)
- [participa@policia.es](mailto:participa@policia.es)
- [http://www.madrid.org/dat\\_sur/site/convivencia/acoso\\_escolar/ACOSO\\_ESCOLAR\\_Protocolo\\_correccion\\_y\\_sancion.pdf](http://www.madrid.org/dat_sur/site/convivencia/acoso_escolar/ACOSO_ESCOLAR_Protocolo_correccion_y_sancion.pdf)

Importante: Existen múltiples teléfonos y direcciones locales para denuncias e información sobre cada apartado de este capítulo, tantos (policiales, judiciales, sanitarios, sociales, ONGs, etc) que superan el alcance de este capítulo, por lo que sugerimos al lector que se haga con los más útiles en su medio y los añada a esta página en un adhesivo

**VIOLACIÓN:** Modalidad de violencia de género.

**Abuso sexual:** cualquier acto sexual contra la voluntad de la otra persona (o consentida en <13 a.) sin violencia.

**Agresión sexual:** con violencia o intimidación.

**Violación:** con penetración (consecuencias clínicas y legales) Implica:

- más posibilidad de **lesiones físicas** generales.
- más **impacto psicológico**.
- mayor posibilidad de: **transmisión de ITS y embarazo**.

**!!!Actitud inicial!!!:** Cuidar su dignidad y privacidad, con confidencialidad y respeto (también ante personal sanitario y acompañantes). Empatía; evitar juicios y comentarios innecesarios, dejar que se libere y desahogue, tranquilizarla. Preguntas naturales con lenguaje llano y educado. Evitar repeticiones innecesarias del relato de los hechos por parte de la víctima o por parte de los acompañantes en presencia de ella.

**Historia Clínica:** completo registro (literal) de toda la información.

**Antecedentes familiares:** hábitos y costumbres, etnia, cultura, religión, así como su concepto pre-establecido de la sexualidad, para evaluar el impacto del suceso y elaborar estrategia.

**Antecedentes personales:** generales y dirigidos → Vacunaciones: VHB, VHA, Tétanos, VPH Hábitos sexuales (promiscuidad), anticoncepción y método. Embarazos, abortos e interrupciones voluntarias Última relación sexual voluntaria y posibilidad de embarazo actual.

**Detalles de la violación:** número de violadores, sexo oral/oro-anal, drogas/alcohol, lugar, características y si agresión física ¿armas, otros? Edad y datos identificativos del agresor. Reseñar exactamente día y hora de la violación y del momento en que la atendemos y, si el incidente ha sido reciente, si la agredida se ha bañado, orinado, defecado, vomitado, efectuado una ducha vaginal o cambiado sus ropas (si es posible: evitarlo hasta examen forense). Fecha de la última regla.

**Examen físico:** Cuidadoso y completo, lo más inmediato a la violación, informando del procedimiento, ante testigos (mejor personal sanitario o policial femeninos) y permitiendo la presencia de quien la paciente solicite. Solicitar valoración ginecológica si fuese posible.

**Exploración dirigida:** Valorando la maduración sexual de la menor y buscando restos de semen o vello púbico, lesiones genitales o en el resto del cuerpo (con su consentimiento: pueden ser útiles fotografías). Restos epiteliales del agresor en uñas, recogiendo muestras de interés forense y clínico (también tóxicos en orina y/o sangre) Evaluar su situación psicológica ¿apoyo psicosocial inmediato?

**Obligaciones legales:** comunicado inmediato al **Juez de Guardia**, mediante un Parte Judicial de lesiones (copia en la Hª C y a la víctima) y avisar a la **policía** para que la vea el **forense** de guardia y se realicen los análisis pertinentes por la policía científica (insistir: no cambiarse de ropa ni lavarse)

**Acciones médicas:** Informar y ofrecer la píldora postcoital (no es abortiva) a partir de los 16 años, sin precisarse consentimiento por representación (art. 162.2.1 del Código Civil), en niñas de 13-16 años, valorar su madurez y se puede administrar, sin comunicar ni conformidad de sus tutores legales.

**Análisis complementarios:** muestras rectales, vaginales, uretrales e incluso faríngeas para N. Gonorreae, Chlamydia Trachomatis, Trichomonas y gérmenes productores de Vaginosis Bacterianas. Análítica básica y serología Sífilis, VIH y Hep. B (para referencia)

**Prevención de las ITS:** profilaxis empírica inmediata, si se considera necesario. En la práctica, la Azitromicina suele ser eficaz frente a la mayoría de bacterias implicadas en las ITS, aunque no sea siempre el tratamiento de 1ª elección. Para anaerobios y protozoos: Metronidazol. Antifúngicos locales para levaduras. Tener en cuenta que el riesgo de contagio del VIH: 0,1-0,2% tras penetración vaginal (0,5- 3% en penetración rectal) y por sexo oral mucho más baja. Hasta resultados, recomendar abstinencia sexual o preservativo.

Para la prevención con vacunas, consultar el capítulo de vacunación: profilaxis post exposición.

- Evaluación de gravedad: aspecto, estado general, coloración, respuesta vegetativas etc.
- Toma de constantes: FC. FR .TA Saturación de O2

Enfermo estable

Enfermo grave.

- Características del dolor:
  - Localización: Precordial, Unión costo-esternal, Metamérico, Retro-esternal, Posterior, Lateral.
  - Tipo de dolor: Punzante, Opresivo, Ardiente.
- Síntomas asociados: Dificultad respiratoria. Tos. Fiebre. Síntomas vegetativos (Sudoración, Taquicardia).
- Causas que lo exacerban y lo disminuyen

Soporte de vía aérea y circulatoria. Estabilización

- Exploración detallada:
  - Observación: lesiones locales, signos inflamatorios, reproducción del dolor a la presión.
  - Maniobras para descubrir lesiones musculo-esqueléticas
  - Valoración pulmonar: Tipo de respiración, superficial, agitada. Auscultación: hipoventilación difusa o localizada, Sibilancias, crepitantes .etc.
  - Valoración cardíaca: Estado cardiocirculatorio. Ritmo, tonos, soplos, ruidos sobreañadidos.

**Exploraciones complementarias:****Rx de tórax:**

- Normal:
- Patológica: Musculo-esquelética. Pulmonares: Condensaciones, Neumotórax, Derrames. Cardíaca: Cardiomegalia

**EKG:** 1. Signos de hipertrofia ventricular izquierda

2. Elevación del ST

3. Voltajes disminuidos: Pericarditis

4. Ondas Q anormales, alargamiento del PR y/o del QT en la Enfermedad de Kawasaki.

5. Signos de isquemia coronaria: origen anómalo o fistulas.

6. Pueden aparecer alteraciones del ritmo cardíaco: taquicardia, ondas delta, diagnósticas de síndrome QT largo, QT corto, S. de pre-excitación o S. de Brugada

**Otras:** Hemograma, coagulación.**Orientación y derivación****Causas psicológicas**  
(10-20%)

- Síndrome de hiperventilación.
- Ansiedad.
- Depresión

**Idiopático**  
(20 -40%)

Dolor en el que no se encuentra causa orgánica ni psicológica que lo justifique

**Causas neuromusculares**  
(30 - 35%)

- Traumatismo
- Lesión muscular
- Costo-condritis.
- Síndrome de Tietze.
- Síndrome de pinzamiento precordial
- Síndrome de la costilla deslizante.

**Causas cardíacas: o vasculares**  
(<5%)**Taquiarritmias.**

- Inflamatorias**
  - Miocarditis
  - Pericarditis
- Coronarias**
  - Enfermedad de Kawasaki
  - Arterias coronarias anómalas
- Aórticas**
  - Disección, aneurisma,

**Causas pulmonares:**  
(10-20%)

- Tos
- Asma
- Bronquitis
- Neumonía
- Derrame pleural
- Neumotórax

**Gastrointestinales:**  
(4-10%)

- RGE
- Esofagitis
- Hernia de hiato
- Cuerpo extraño en esófago
- Ingestión de cáusticos
- Distensión gástrica
- Gastritis

**Definición de hipoglucemia:**

- <45 mg/dl (=2,5 mmol/L) en niños mayores
- O bien <60 si hay síntomas sugestivos
- <40 mg/dl en lactantes
- <35 mg/dl en neonatos a término
- <30 mg/dl en prematuros

**Diagnóstico**

Anamnesis y exploración detallada. Síntomas adrenérgicos, neuroglucopénicos, mioglucopénicos, tratamientos, antecedentes, última ingesta y calidad, relación con alimentos o interurrencias...

**Actuación según paciente consciente y tolerancia adecuada o no.**

Valorar si es hipoglucemia cetósica o no y su recuperación con el aporte de hidratos de carbono.

**- Síntomas leves y tolerancia oral:**

Glucosa oral a 0,7-1 gr/kg; a razón de 7-10 cc/kg de SG al 10% en 1 hora.

En los niños mayores se puede ofrecer en forma de zumos azucarados, glucosmón al 33% o una solución de sacarosa en agua al 30%, siempre que el déficit de fructosa 1-6 difosfatasa o la intolerancia hereditaria a la fructosa estén descartados (si habitualmente comen frutas sin problemas).

Ofrecer también hidratos de carbono de absorción lenta.

**- En caso de somnolencia, confusión, coma o convulsiones:**

Intentar canalizar vía venosa periférica y obtener analítica y una "muestra crítica" para guardar.

Hemograma y coagulación, perfil hepatorenal, glucemia, iones, CPK, úrico, triglicéridos, gasometría con láctico y amonio.

Cuerpos cetónicos en sangre mediante tira reactiva (si no disponibles: al menos en orina).

Orina elemental: sistemático: Interesan, sobre todo, los cuerpos cetónicos.

**Sangre:**

Congelar y Guardar 2 tubos de suero para

- Laboratorio de pruebas metabólicas: Aminoácidos, Acilcarnitinas, CDG, Ácidos grasos libres y beta-OH-butilato, Otros.

- Laboratorio de hormonas: Insulina, Péptido C, Cortisol, GH, TSH, T4.

Guardar sangre en papel de filtro (como el de las pruebas metabólicas del talón en el recién nacido).

**Orina:**

Congelar 10 ml para: Aminoácidos, Ácidos orgánicos.

**TRATAMIENTO CON GLUCOSA IV****1º Bolo inicial**

Niño 0,5 g/kg Dos opciones:

- SG 10%: 5 ml/kg
- SG 50%: 1 ml/kg, diluido 1/2 con agua destilada

Neonato 0,2 g/kg

- SG 10%: 2 ml/kg

**2º Mantenimiento**

Niño 3-5 mg/kg/minuto (1,8-3 ml/kg/h de SG 10%)

Neonato 7-8 mg/kg/minuto (4,2-4,8 ml/kg/h de SG 10%)

Si persiste hipoglucemia:

Glucagón IM/IV 0,03-0,1 mg/kg, máx 1 mg

Neonato 0,3 mg/kg/4h

Controles horarios de glucemia y la edad del paciente. Se añadirán iones según edad, peso y situación clínica.

En cuanto lo toleren se les debe ofrecer líquidos y alimentación rica en hidratos de carbono.



## ANSIEDAD EN LA INFANCIA

- Ansiedad: sensación de intenso malestar a raíz de situaciones reales o imaginadas sin causa objetiva, de duración (>1-6 m.) o intensidad importante, que supera la capacidad adaptativa y perturba el funcionamiento personal, familiar y social.

- A largo plazo, los síntomas de ansiedad persistente pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. Son los trastornos psiquiátricos más frecuentes.

**Diagnóstico:** Se manifiesta en forma de somatizaciones (síntomas físicos como taquicardia, sudoración, palidez, temblor, náuseas, dolor abdominal, cefalea, mareo, parestesias, opresión torácica, sensación de falta de aire...) y malestar psicológico. Importante dificultad para diferenciar entre respuesta exagerada pero normal, ansiedad o enfermedad física.

Considerar enfermedad médica si hay cambio brusco en el comportamiento, alteración de constantes, o exploración física alterada: focalidad neurológica, alteración del nivel de consciencia, fluctuación de

la sintomatología, confusión, discurso incoherente, desorientación temporoespacial, pérdida del ritmo sueño-vigilia, empeoramiento nocturno, alucinaciones visuales, olfatorias o táctiles

**Tratamiento:** El primer escalón es pediátrico. Si es leve, corta duración, el entorno familiar, escolar y social es favorable, junto con la capacitación del Pediatra, este puede afrontar un primer intento de control, pues la escucha, comprensión, contención y consejo son psicoterapéuticos. Será más habitual la necesidad de apoyo psicológico o psiquiátrico consultando a los servicios de Salud Mental. La Terapia reconocida es Cognitivo-Conductual (TCC) en >6 años, individual o grupal. A veces "la familia es el enfermo" y es preciso el apoyo de Terapia Familiar (TF).

La Farmacoterapia es discutida pero práctica, cuando no es suficiente la PCC y TF. Es razonable dejar el manejo farmacológico a largo plazo a Salud Mental:

**1ª línea:** Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (limitados a >6-8 a.): inicio a dosis bajas, tratamiento 8-12 meses y reducción gradual hasta retirada.

**2ª línea:** Los antidepresivos tricíclicos (ADT)

## CRISIS DE ANSIEDAD. CRISIS DE ANGUSTIA-PANICO.

Episodio intenso y espontáneo de ansiedad. Inicio progresivo de síntomas físicos que conducen a una sensación creciente de pánico que acaba desbordando las posibilidades de autocontrol del paciente. Pueden ser:

- Inesperadas.
- Determinadas por situaciones concretas (ej fobias); suelen ser predecibles.
- Situacionales, desencadenadas por una situación vital (accidente, pérdida de ser querido).

## DIAGNÓSTICO

## Anamnesis

AP y AF, enfermedades, posibilidad de uso de fármacos, alcohol u otras drogas.

La mayoría de sus manifestaciones son somáticos (ver somatizaciones), más que emocionales

**Complementarios:** glucemia y considerar gasometría capilar (hiperventilación). Si sospecha de organicidad, ampliar pruebas, para diagnóstico diferencial: generales y dirigidas.

**Diagnóstico diferencial:**

- Complicaciones de un traumatismo craneoencefálico previo.
- Epilepsia, asma, cetoacidosis diabética, hipoglucemia, vértigo.
- En adolescentes y adultos: enfermedades cardiovasculares), hipo o hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, Cushing, esclerosis múltiple, otras.
- Fármacos (broncodilatadores, estimulantes alfa-adrenérgicos, esteroides) y sustancias abuso (alcohol, opiáceos, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.). Síndrome de abstinencia
- Psicopatías. Trastorno del Espectro Autista. Considerar posibilidad de maltrato o abuso.

**Manejo**

Ambiente tranquilo, técnicas de relajación sencillas (respirar despacio, profundamente), evitar expresiones negativas (“no tiene nada” o “es nervioso”).

Si riesgo de lesión física: contención verbal, física o farmacológica: Las benzodiacepinas (lorazepam, etc) controlan eficazmente crisis de ansiedad y de pánico. Si hiperventila, respirar en bolsa.

Determinar la gravedad y urgencia del tratamiento, iniciar intervenciones de apoyo dirigidas a abordar circunstancias familiares, escolares o sociales de estrés. Derivar a salud mental

**LLANTO INCONSOLABLE EN EL LACTANTE**

-Valorar las causas fisiológicas del llanto, si están cubiertas las necesidades básicas del lactante, así como la actitud de los padres, la relación entre ellos y con el bebé.

Respuesta a maniobras de contención, succión, balanceo, paseo.

-Plantear descartar causa orgánica en: Llanto agudo, inconsolable, que a los padres les parezca diferente de lo habitual en calidad o duración, o llanto asociado a otros síntomas (fiebre, vómitos, estancamiento de curva ponderal, etc): otitis media, obstrucción nasal, aftas orales, GEA o ITU. Otras causas, menos frecuentes: patología SNC, digestiva, genital, cardiovascular, piel, traumática, maltrato, úlcera corneal, intoxicación por monóxido de carbono...

**Valoración:**

Detallada anamnesis, exploración física completa (“de la cabeza a los pies”): incluir ojos, dedos, ano, genitales.

Rara vez son necesarias las pruebas complementarias.

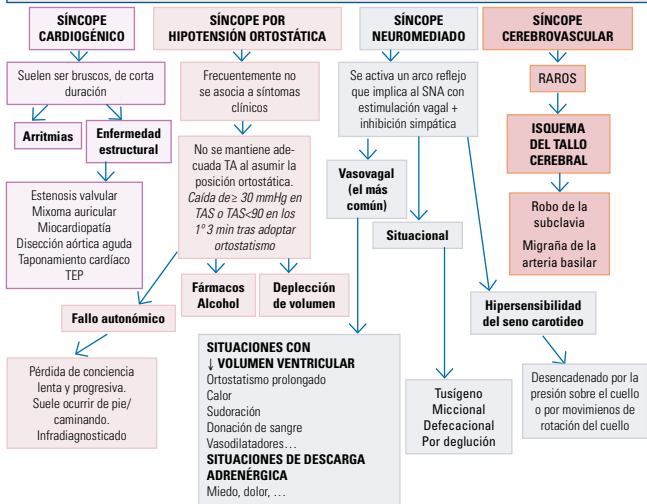
Si la sospecha es llanto fisiológico o cólico del lactante, actuar conforme a ello, y **mostrar que se calma** con maniobras de consuelo, sondaje rectal.

**SI HAY SOSPECHA DE ORGANICIDAD:**

- **Primer nivel:** Análítica de orina. Valorar fluoresceína en ojos si sospecha de lesión.
- **Segundo nivel** (no calma, intenso, consultas repetidas, asociado a otros síntomas...): **Dirigidas por la anamnesis y la exploración física:** hemograma, bioquímica con iones, glucemia, PCR, gasometría capilar. Otras: Rx de tórax, ECG, fondo de ojo, punción lumbar, Rx de cráneo, eco de abdomen, eco testicular, etc.

- **SÍNCOPE:** Pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, con una recuperación espontánea rápida y completa.

- **PRESÍNCOPE:** Sensación de desfallecimiento inminente sin llegar a perder por completo el conocimiento.



#### VALORACIÓN GLOBAL:

##### 1. Historia clínica:

- Antecedentes patológicos, hábitos tóxicos, fármacos
- Antecedente de familiares con cardiopatías, síncope o muerte súbita
- Número y frecuencia de los síncope
- Circunstancias justo antes y al inicio del ataque
- Circunstancias durante y después del ataque

##### 2. Exploración física:

- Constantes: SatO<sub>2</sub>, FR, FC, T<sup>o</sup>, glucemia capilar

- TA en ambos brazos y en decúbito y tras 5 minutos de ortostatismo
- Exploración física y neurológica completa
- Búsqueda de soplos carotídeos y cardíacos
- Signos de hipovolemia, heridas, hematomas, etc

##### 3. ECG

- ##### 4. Exámenes de laboratorio y complementarios:
- solo si H<sup>o</sup>C, exploración y ECG → anomalía

#### PAUTAS INICIALES DE ACTUACIÓN

##### 1. CRITERIOS DE INGRESO:

- Síncope sugestivo de insuficiencia cardíaca, TromboEmbolismo Pulmonar o de cardiopatía estructural.
- Síncope en cardiopatía estructural conocida.
- Síncope en postoperatorio de cirugía conocida.
- Síncope durante el ejercicio.
- Anomalías en ECG incluidas canalopatías (síndrome Brugada, QT largo/corto).
- Sospecha de mal funcionamiento de marcapasos en portadores del mismo.

##### 2. CRITERIOS DE ALTA:

- Ausencia de cardiopatía estructural y ECG normal.
- Sospecha de pseudosíncope.

##### 3. CRITERIOS DE DERIVACIÓN PARA ESTUDIO AMBULATORIO:

- Historia de síncope recurrentes.
- Síncope de larga duración.
- Historia familiar de muerte súbita.

## COJERA EN NIÑOS

Principalmente por afectación de la cadera	Poliartritis/ Monoartritis inflamatoria	Monoartritis séptica	Osteomielitis	Miositis	Epifisiolisis	Sinovitis transitoria	Púrpura Schonlein Henoch	Urticaria	Espondilo- discitis
Cojera	Puede con artritis	Puede con artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis	Puede sin artritis
Fiebre	+/-	+/-*	+/-*	Si fiebre, buscar otro foco	No	No. Si fiebre; buscar otro foco	Si fiebre; buscar otro foco	Si fiebre; buscar otro foco	+/-*
Edad	Indiferente	< 5 años	< 5 años prin- cipalmente	Indiferente	> 8-9 años	> 3 años	Indiferente	Indiferente	< 5 años prin- cipalmente
Dolor	+/- dolor Limitación de articulación	Mucho dolor Limitación de articulación	Dolor óseo a punta de dedo	Dolor muscular	Dolor con la marcha	Si limitación de articulación	Si limitación de articulación debido a edema de partes blandas	Si limitación de articulación debido a edema de partes blandas	Rechazo o dolor a la sedestación
Análítica	Normal / alterada	VSG >20 PCR: Normal/ aumentada	VSG >20 PCR: Normal/ aumentada	CPK alterada	Normal	Normal	Normal	Normal	VSG >20 PCR: Normal/ aumentada
Pruebas Imagen	Ecografía: (derrame articular)	Ecografía: (derrame articular)	Gammagrafía Radiografía +/- RM	No precisa	Radiografía	Ecografía (derrame articular + hipertrofia sinovial)	No precisa	No precisa	Gammagrafía Radiografía +/- RM
Tratamiento	AINES Infiltración corticoides FAME Biológicos	Antibio- terapia 3 semanas	Antibio- terapia 4 semanas	AINES (Dosis antiin- flamatoria)	AINES (Dosis antiin- flamatoria)	AINES (Dosis antiin- flamatoria)	AINES +/- Corti- coides (2mg/Kg/día)	AINES +/- Corti- coides (2mg/Kg/día)	Antibio- terapia 4 semanas

**DOLOR ABDOMINAL**

Datos de gravedad: triángulo de valoración (estado general, respiración, circulación).

Toma de constantes: FC, FR, TA, Sat O<sub>2</sub>

**Anamnesis**

Edad. Sexo. Cirugía abdominal previa. Historia ginecológica en niñas púberes.

Última ingesta de alimentos. Ambiente epidémico.

**Exploración física**

Actitud general del paciente, adopción de posturas antiálgicas.

Inspección abdominal: hernias, lesiones cutáneas, distensión abdominal, peristaltismo visible.

Palpación abdominal: punto más doloroso, defensa, signos de peritonismo; masas y megalias; hernias; pared abdominal.

Siempre revisar genitales, sobretodo testes en el varón.

Tacto rectal si: fecalomas, sospecha de apendicitis retrovesical, o patología anexial.

**Características del dolor**

- Inicio: brusco (perforación, invaginación o embarazo ectópico) o gradual (procesos inflamatorios: apendicitis, pancreatitis, colecistitis) o crónico (estreñimiento, EI, anemia de células falciformes, fibrosis quística).

- Carácter: cólico o intermitente (aumento del peristaltismo), o constante (peritonitis).

- Ritmo: diurno o nocturno y duración del mismo.

- Localización: en epigastrio (estómago, duodeno, páncreas, patología cardiaca), en hipocondrio derecho (hígado, vías biliares), periumbilical (porción distal de intestino delgado, apéndice, ciego y colon proximal) o suprapúbico (parte distal de intestino grueso, vías urinarias y resto de órganos pélvicos).

- Síntomas acompañantes: vómitos, diarrea, estreñimiento, fiebre, hemorragia digestiva o síntomas genitourinarios.

**Valoración inicial**

Siempre plantearse: fluidoterapia iv, analgesia, analítica general y dirigida y ecografía abdominal.

→ Si signos de obstrucción (distensión abdominal, vómitos biliosos o fecaloideos, ...): sospechar vólvulo, malrotación, bridas → SNG / Rx abdominal / valoración por cirugía.

→ Si hay signos de invaginación intestinal (episodios de irritabilidad, vómitos, palidez, hipotonía, ...) → Tacto rectal.

→ Si signos de irritación peritoneal (Blumberg, McBurney, psoas, ...), dolor en FID, fiebre, vómitos: sospechar apendicitis, peritonitis, torsión ovárica → valoración por cirugía.

ACTITUD: OBSERVACIÓN ACTIVA CON REEVALUACIONES FRECUENTES.

**Orientación diagnóstica según la localización del dolor**

- Abdomen normal → Dolor abdominal INESPECÍFICO → Analgesia y control por su pediatra.

- Dolor suprapúbico → Analítica de orina → Si ITU (ver capítulo).

- Dolor en hipocondrio derecho → si ictericia y/o hepatomegalia: analítica y eco abdominal.

- Dolor epigástrico → si regurgitación, vómitos, pirosis, plenitud → GASTRITIS/ULCUS → ranitidina / omeprazol, dieta blanda.

- si dolor irradiado a espalda, vómitos, afectación EG → PANCREATITIS → analítica con amilasa y lipasa, SNG, dieta, eco abdominal, analgesia.

- Dolor FII → timpanismo, fecalomas → ESTREÑIMIENTO → dieta, valorar desimpacción (ver capítulo).

- Dolor FID → analítica, valorar eco abdominal → descartar APENDICITIS, ADENITIS MESENTÉRICA Y PATOLOGÍA OVÁRICA.

- Dolor difuso → síntomas asociados (fiebre, tos, odinofagia, ...) → buscar causa extradigestiva.

**Indicaciones de ingreso**

- Afectación del estado general.

- Sospecha de patología quirúrgica o patología orgánica grave.

- Presencia de masa abdominal dudosa para estudio.

- Deshidratación aguda o intolerancia oral y necesidad de analgesia i.v.

**VÓMITOS: Manejos en Pediatría****Etiología de los vómitos según la edad****NEONATOS:****Situaciones fisiológicas**

Errores dietéticos (cantidad o concentración elevadas).

**Infecciones:** G.E.A., I.T.U., Procesos de Vías respiratorias, Meningitis, Sepsis.

**Anomalías obstructivas gastrointestinales congénitas.**

**Reflujo gastroesofágico.**

**Alergia/intolerancia a proteínas de vacuno.**

**Errores innatos del metabolismo.**

**Patología neurológica.**

**Enfermedades renales.**

**NEONATOS:****Situaciones fisiológicas**

**Infecciones.**

**R.G.E.**

**Obstrucción del Aparato Digestivo.**

**Intoxicaciones.**

**Patología neurológica: ¿TCE?**

**Enfermedades renales.**

**NIÑOS MAYORES DE 4 AÑOS**

**Infecciones.**

**Enfermedades gastrointestinales.**

**Obstrucción del aparato digestivo:**

**Patología quirúrgica**

**Cinetosis.**

**Síndromes vertiginosos.**

**Enfermedades metabólicas.**

**Enfermedades renales.**

**Intoxicaciones.**

**Otros:** Psicógenos, trastornos de la conducta alimentaria, embarazo.

**Etiología de los vómitos según la edad****ANTECEDENTES FAMILIARES**

Ambiente epidemiológico de la familia y el entorno.

Enf. familiares genéticas.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Enfermedades o tratamientos previos

Errores dietéticos

Fiebre

Diarrea previa

Dolor abdominal

Edad del paciente

¿Ingestión de cuerpo extraño?

Cefaleas

Características del vómito:

→ Contenido

→ Forma

→ Tiempo de evolución

Síntomas asociados y/o procesos intercurrentes

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Estado general

Signos de deshidratación

Signos meníngeos o sépticos

Olor extraño

Ictericia

Postura antiálgica

**SIGNOS DE ALARMA**

Afectación E.G.

Vómitos biliosos incoercibles o en escopetazo

Signos meníngeos,

Enfermedad crónica concomitante

Dolor abdominal con palpación patológica

**PRUEBAS DE LABORATORIO**

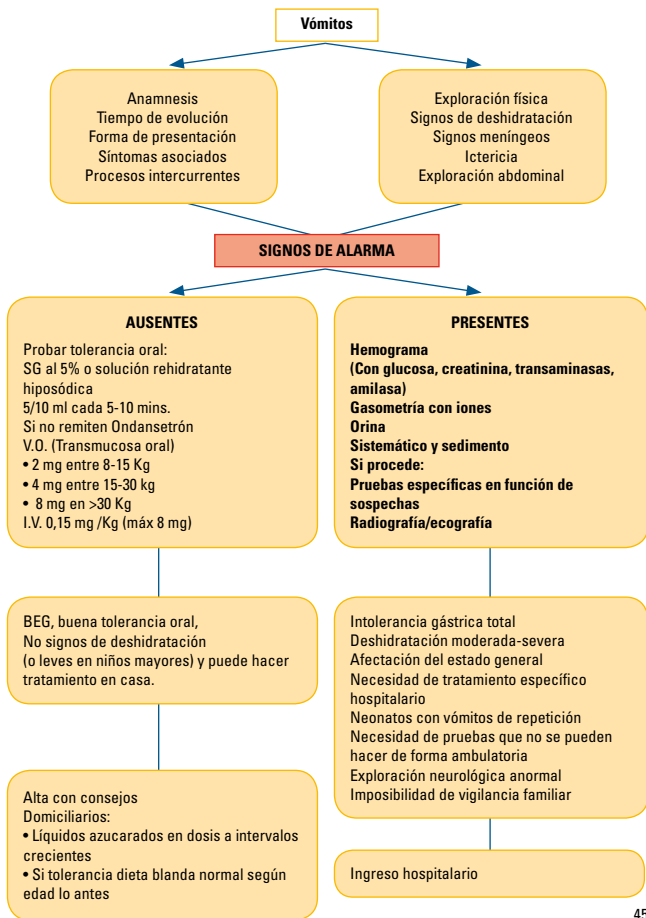
Si:

→ Etiología no clara

→ Persisten síntomas

Ver algoritmo

## ALGORITMO Diagnóstico - Terapéutico



## MORDEDURAS DE MAMÍFEROS

Perro (60-80%): gralite propia mascota / razas grandes producen mayores daños.

Gatos (10-20%): gralite en manos / mordedura punzante, más riesgo de infección de tejidos profundos.

**LOCALIZACIÓN:** Niño pequeño - cabeza, cara, cuello. Niño mayor - extremidades.

**ANAMNESIS:**

- Tiempo transcurrido desde la mordedura
- Animal implicado (doméstico conocido o no; estado de vacunación; salvaje; accesible)
- Medidas de limpieza llevadas a cabo en la herida.
- Síntomas de infección, local o sistémica (dolor, fiebre, vómitos, estado general). Suelen aparecer 12-48 horas después.

**AP:** alergias medicamentosas, estado de vacunación y estado inmunitario.

**EXPLORACIÓN:**

Características de la herida: tamaño, profundidad y existencia de cuerpos extraños; en extremidades, realizar examen motor y sensitivo, y valorar la integridad de tendones y ligamentos.

Localización: especial atención a las mordeduras localizadas en:

- Cabeza, cara y cuello (frecuente en los más pequeños / posibilidad de fracturas, hemorragias intracraneales y desfiguraciones / explorar siempre la cavidad bucal / las mordeduras cervicales son las que con más frecuencia asocian muerte por hemorragias masivas)
- Manos (localización con mayor número de infecciones (30-40%) y complicaciones a largo plazo)

Signos de infección (eritema, hinchazón, secreción), abscesos, linfangitis o adenopatías regionales.

Extensión a tejidos profundos en heridas punzantes (gatos): articulaciones, periostio.

**ACTUACIÓN: PRIMERAS MEDIDAS**

- Limpieza exhaustiva con esponja, o cepillado, con irrigación con abundante suero salino fisiológico estéril a presión, ya que reduce el inóculo bacteriano y la transmisión de la rabia.

Povidona yodada 1%.

- Retirada de cuerpos extraños y desbridamiento.

- Valoración por cirujano de heridas extensas y de manos, cuello y cara, o sospecha de afectación osteoarticular o neurovascular.

- **CIERRE DE LA HERIDA:** controversia sobre indicación de sutura inicial de la herida.

**NO** aconsejable cierre primario de **heridas de alto riesgo de infección:** punzantes, con aplastamiento y destrozo, en manos y pies, evolución mayor de 6-12 horas en extremidades, mordeduras de gato y humanas, niños inmunodeprimidos.

**SÍ:** heridas faciales por motivos estéticos, ya que la amplia vascularización de la zona proporciona bajo nivel de riesgo para el desarrollo de infecciones, salvo que hayan pasado más de 24 horas. También las de bajo riesgo de infección.

Mantener después el miembro inmovilizado en posición funcional, elevado.

**ANTIBIOTERAPIA**

Como profilaxis inicialmente en heridas con alto riesgo de infección.

Tras recoger cultivo previo: Amoxicilina-clavulánico 40 mg/Kg/día.

Alternativa: Trimetoprim-sulfametoxazol (incluidos humanos) o cefa 2ª o 3ª generación + clindamicina.

Duración: 7-14 días (si afectación de tejidos blandos) y 3-4 semanas (si afectación ósea).



**INDICACIONES DE INGRESO:**

- Manifestaciones sistémicas de infección (mal estado general, fiebre, etc.).
- Extensión local de la infección: celulitis, artritis séptica, fascitis, osteomielitis.
- Heridas significativas en niños inmunocomprometidos.
- Heridas susceptibles de intervención quirúrgica o neuroquirúrgica.

**PROFILAXIS VACUNAL POSTEXPOSICIÓN: TÉTANOS, RABIA, HEPATITIS B (VER CAPÍTULO VACUNAS)****MORDEDURA DE SERPIENTES**

En **España** se debe pensar en culebras y víboras. Diferencias:

- **Culebra:** cabeza oval, grandes escamas, pupila redondeada, cuerpo alargado, cola sin transición marcada.
- **Víboras:** cabeza triangular, escamas pequeñas, pupila vertical, cuerpo robusto, cola corta diferenciada del cuerpo, ambos con dibujo en zigzag.

**CLÍNICA:** Las mordeduras por culebra suelen dar reacciones locales, salvo la culebra bastarda, que puede ser altamente venenosa al igual que las víboras. El veneno puede provocar un cuadro sistémico (proteólisis, coagulopatía, hemólisis y, a veces: neurotoxicidad) tras las primeras dos horas.

**MANEJO:**

- Paciente en reposo. Evitar torniquetes, incisiones o succiones de la herida (peligroso para el paciente y cuidador). Limpieza y desinfección de la herida.
- Intentar identificar la serpiente.
- Ingreso hospitalario en caso de mordedura por víboras o culebras venenosas (monitorización estrecha 24h).
- Según intensidad del cuadro, valorar la necesidad de administración del antídoto (suero antiofídico).
- Profilaxis antitetánica y antibiótica en todos los casos.

## PICADURAS DE ANIMALES

**Picaduras de insectos**

Muy frecuentes, benignas; excepcionalmente, pueden ocasionar reacciones alérgicas severas e incluso la muerte.

• **Himenópteros (avispa, abeja):** la abeja sólo pica si es molestada y una sola vez, ya que al desprenderse del aguijón muere; las picaduras de las avispas, en cambio, pueden ser múltiples. CLÍNICA: síntomas locales generalmente leves (prurito, dolor intenso) que ceden en horas. La reacción local aumentada presenta una inflamación mayor de 10 cm e incluso de toda una extremidad; no presenta mayor riesgo de afectación sistémica ante nuevas picaduras y no requiere estudio específico. A veces, la reacción es ampollosa (culicosis ampollosa).

**Puede existir gravedad en los siguientes casos:** picaduras en cuello o faringe (edema local con compromiso respiratorio), picaduras en la zona ocular, picaduras múltiples (reacción tóxica por la gran cantidad de veneno inoculado), en personas hipersensibles con riesgo de desarrollar un shock anafiláctico. Los síntomas comienzan con prurito ocular y palmo-plantar, enrojecimiento facial y urticaria generalizada o angioedema en las formas leves; al cabo de unos minutos puede aparecer fallo respiratorio, náuseas, vómitos y diarrea, e incluso shock y muerte. Existen reacciones tardías a los 10-14 días similares a la enfermedad del suero.

- **Dípteros (moscas, mosquitos, tábanos):** ocasionan pápulas urticariformes, no agrupadas, a veces con bullas o pústulas, con edema alrededor de tamaño variable.
- **Lepidópteros (orugas):** los pelos de las orugas pueden causar ronchas muy pruriginosas que se exacerban tras el rascado (autoinoculación).
- **Afanípteros (pulgas):** su picadura presenta lesiones papulares agrupadas en fila o en grupo.

**TRATAMIENTO:**

- Reacción local leve: Lavado de la piel con agua y jabón. Extracción del aguijón, con pinzas; en orugas, retirar los pelos con esparadrapo; hielo local o compresas de agua fría; aplicación local de amoníaco. La mayoría de las veces no se necesita medicación: corticoides tópicos, antihistamínicos y analgésicos orales.
- Reacción urticarial: Antihistamínico y/o corticoides sistémicos, 3-5 días.
- Reacción anafiláctica: (ver capítulo).
- Sobreinfección: Antiséptico, antibiótico tópico, y amoxicilina-clavulánico si celulitis.

**Picaduras de miriápodos (ciempiés)**

Lesión rodeada de halo rojo, con intenso dolor, prurito, edema y, en ocasiones, espasmos musculares, adenopatías y linfangitis. Tratamiento: como en insectos

**Picaduras de insectos**

- **Arañas:** en España se encuentran tres especies, mucho menos tóxicas que las americanas:
  - **Viuda negra europea (*Latrodectus*).** Su picadura pasa inadvertida pero a los 30-60 minutos aparece un cuadro de toxicidad sistémica neurotóxica (de tipo colinérgico), con dolor muy intenso en región lumbar y toracoabdominal, diaforesis, ansiedad y agitación, que se acompañan ocasionalmente de espasmos, rigidez muscular, náuseas, vómitos y cefalea. TRATAMIENTO: sintomático (lavado, analgesia, corticoides, gluconato cálcico 10% si calambres). Metocarbamol y Neostigmina si aparecen efectos colinérgicos.
  - **Araña marrón (*Loxosceles rufescens*).** Puede habitar en domicilios. Produce una picadura inadvertida; luego, a las 2-8 horas deriva en un eritema doloroso, con una ampolla o pústula central, que se puede extender hasta 10-15 cm. Las manifestaciones sistémicas son poco frecuentes. TRATAMIENTO sintomático.
  - **Tarántula (*Lycosa tarentula*).** No ataca si no se la provoca. Picadura muy dolorosa, con dos puntos de inoculación separados 6 mm, con edema, urticaria y posterior escara necrótica. TRATAMIENTO sintomático.
- **Escorpiones o alacranes.** Las especies españolas no tiene un veneno muy agresivo. Produce un eritema muy doloroso y punto necrótico en el centro y raramente hay manifestaciones sistémicas. TRATAMIENTO: limpieza y desinfección de la zona, inyección local de anestésico y analgesia. Uso de atropina si clínica colinérgica. Valorar profilaxis antitetánica. **No** se recomienda la administración de suero antiescorpiónico.
- **Garrapatas.** Pápula pruriginosa, que se resuelve en 48 horas o evoluciona a escara negra con adenopatías regionales. Raramente reacción sistémica y excepcionalmente parálisis flácida que se resuelve al retirar la garrapata. TRATAMIENTO: Matar la garrapata con alcohol, aceite, vaselina, éter o insecticidas y retirarla con pinzas. Desinfectar con agua, jabón y antiséptico. No precisa antibiótico profiláctico, pero vigilar la sobreinfección local, si aparece una erupción o cuadro febril.

**Picaduras de animales marinos**

Provocan reacciones locales, dolorosas, no graves; en ocasiones síntomas sistémicos por el dolor o el efecto tóxico del veneno (náuseas, vómitos, calambres musculares, hipotensión, e incluso raramente anafilaxia)

- **Celentéreos (medusas).** Producen una lesión urticarial lineal muy dolorosa. Se deben retirar los filamentos con guantes de plástico o raspando con una tarjeta de plástico.
- **Equinodermos (erizos de mar).** Provocan lesiones dolorosas punzantes. Puede producir un granuloma a cuerpo extraño. Se deben retirar las espinas.
- **Cefalópodos (pulpos).** La lesión puede producir dolor y prurito.
- **Peces.**

Por espinas (pez araña): pueden producir pequeñas descargas eléctricas

Por mordedura (morena, congrio y pintarroja): producen heridas con desgarros que requieren tratamiento quirúrgico y antibioterapia. El tratamiento consiste en irrigar la zona afectada con agua salada y sumergir la zona afectada en agua caliente, desinfección local y profilaxis antitetánica (si precisa).

TRATAMIENTO:

- Lavar con agua salada, sin frotar.
- Extracción de cuerpos extraños con pinzas (salvo medusas, ver arriba).
- Analgesia (sumergir 20 min en agua lo más caliente posible / analgesia oral / infiltración local si precisa).
- Antihistamínicos y corticoides **poco útiles.**

## MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO BRONQUIOLITIS

**Obstrucción vía aérea, agudo, clínica catarral de vías altas previa progresando a bronquios/bronquiolos, <2 años, primer episodio, generalmente por VRS**

**EVALUACIÓN:** historia clínica detallada y exploración física minuciosa (FR, FC, SatO<sub>2</sub>, previo lavado nasal y aspiración de secreciones) **F RIESGO:** <3m, más si <6s, prematuridad, patología de base (enf. pulmonar, inmune, cardiopatía o neuromuscular) evolución rápida, indagar factores sociales. Evaluar dificultad respiratoria (score Wood Downes modificado por Ferres) junto con la concomitancia de factores de riesgo.

**LEVE (1-3)**

- BEG
- Come bien
- FR < 50 RPM
- Sat O<sub>2</sub> >94%

**MODERADA (4-7)**

- BEG
- Come aceptablemente
- FR < 60 RPM
- Trabajo respiratorio moderado

**GRAVE (8-14)**

- MEG
- Rechazo de tomas, intolancia, deshidratación
- Letargia / Irritabilidad

**MANEJO  
AMBULATORIO SI NO  
FACTORES RIESGO**

Con garantías cuidados familiares:  
Medidas generales en domicilio: Desobstrucción nasal, tomas frecuentes, semiincorporado, Explicar signos de alarma (rechazo tomas, letargia, taquipnea). Control en 24 horas por pediatra.

**SIN FACTORES  
DE RIESGO.**

Tras observación durante unas horas en urgencias

**INGRESO EN PLANTA:**

- a. Valorar necesidad de pruebas complementarias
- b. Aislamiento y monitorización
- c. Medidas de sostén; posición semiincorporada, lavados nasales con ssf, antitérmicos si precisase
- d. Asegurar hidratación y nutrición ( valorar según afectación): Fluidoterapia
- e. Oxigenoterapia convencional en gafas nasales (max 2lts) o mascarilla c/s reservorio si Sat O<sub>2</sub> <92% o distres moderado o cianosis: 0,5-2 L/min.
- f. Broncodilatadores (discutidos) sólo si respuesta positiva:
  - Salbutamol: 0.03 ml (0.15mg) /kg/dosis (min 0.25 ml-máx. 1 ml) hasta 3 ml de ssf ó 2 inh en cámara espaciadora
  - Adrenalina (1:1000) :0.25 ml /kg /dosis (min 1 ml-máx. 3 ml) hasta 5 ml de ssf
- g. Oxigenoterapia de alto flujo/CPAP
  1. Si aumento del trabajo respiratorio
  2. FR >60 en >1mes o 70 en < 1 mes
  3. pCO<sub>2</sub>>60 mm Hg
  4. Pausas apnea >3/hora

**INGRESO EN UCIP**

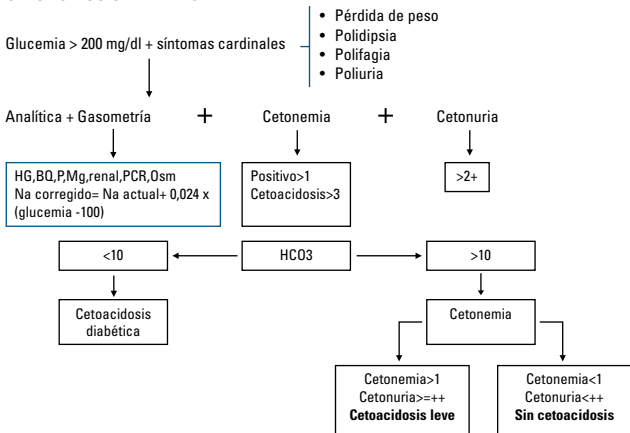
Por deterioro del estado general

- Insuficiencia respiratoria
- Signos de agotamiento,
- Sat O<sub>2</sub> < 90% con oxígeno al 60%
- Acidosis respiratoria
- Apneas frecuentes

Para Cuidados respiratorios (VM si precisa).

- Dieta absoluta mantenida o por sonda nasogástrica.
- Monitorización.
- Tratamiento de síntomas asociados

**NO SE RECOMIENDA UTILIZAR:** corticoides, bromuro de ipatropio, antibióticos si no sobreinfección, suero salino hipertónico, heliox, fisioterapia respiratoria sistemática, ni realizar RX torax de rutina.

**CETOACIDOSIS DIABÉTICA**

**Hasta que llegue analítica:** Expansión con SSF 10-20cc/Kg en 1-2 horas (shock en 20 min).

Si HCO<sub>3</sub> <5-7 → Suero Bicarbonato 1/6 M

**MODERADA-GRAVE**

HCO<sub>3</sub> <10  
Cetonemia >3 mmol/L

1 cc/h = 0.01 UI/Kg/h  
10 cc/h = 0.1 UI/Kg/h

Diluir: En 100 ml de SSF tantas UI de insulina como Kg tenga el paciente.

Tras expandir con SSF (10 cc/Kg) se calculan aportes para 24 h (NB + 1/2 de déficit calculados para % de deshidratación)

**LEVE**

HCO<sub>3</sub> >10  
Cetonemia >1 mmol/L

**Insulina:** 1 UI/Kg/día (ver capítulo insulino terapia)

A) RÁPIDAS: cada 6 h (20 min antes de las comidas)

9:00; 15:00; 21:00; 3:00 am

A LAS 3:00 >150 poner 1UI menos + 1R  
<150 No poner insulina ni ración

B) ULTRARÁPIDAS: cada 2-4 horas (5-10 min antes de comer)

Horarios más flexibles pero requieren ajustes de dosis hasta glucemia < 200 mg/dl.

**NO** moverse, reposo.

**Alimentación:** NO LIBRE (ni grasa ni proteínas hasta cetonemia negativa).

1R= 10 g de HC

Nº de raciones= 10+edad en años

DE	Mm	CO	Me	Ce	M.noche
20%	10%	30%	10%	25%	Dxt <80 dar 2Raciones Dxt 80-250 1Ración Dxt>250 No dar R

**SIN CETOACIDOSIS**

HCO<sub>3</sub>>10  
Cetonemia<=1 mmo/L

**Puede** moverse. No reposo.

**Alimentación:** Libre.

**Insulina:**

**< 1 año**

AAL+AAR

-50% AAL: DETEMIR (50%DE;50%CE)

-50%AAR: 1/3DE;1/3COM;1/3CE)

NPH+AAR

-DE 1/3 dosis diaria [AAR o regular]

-Co 1/3 dosis diaria [2/3NPH+1/3AAR]

-Ce 1/3 dosis diaria [2/3NPH+1/3 AAR]

**1-6 años 0.5 UI/Kg**

**1-12 años 0.5-075 UI/Kg**

**>12 años 0.75-1 UI/Kg**

50%

-DETEMIR (50%DE; 50%CE)

-GLARGINA (1 sola dosis)

50%

AAR (1/3DE; 1/3COM; 1/3 CE)

**SEDOANALGESIA: MANEJO DEL DOLOR INTENSO Y CONSTANTE**

1. **Intervalos regulables, no a demanda** vigilando efectos Colaterales;
2. **Vía adecuada:** más simple, eficaz y menos dolorosa
3. Individualizar al niño y al grado del dolor

**• CLORURO MORFICO: MORFINA: Analgésico**

SOLUCION ORAL ORAMORPH 2mg/ml y 20mg/ml.

>1 año: 0.2- 0,5 mg/Kg / 4-6 horas.

Adolescentes: 15-20mg/4 -6 horas (Máximo 20 mg/dosis)

SOLUCION INYECTABLE Morfina hidrocloreuro al 1% o al 2%.

SC o IM : 0.1 -0,2 mg/Kg/4horas (máx. 15mg/24 horas)

IV lenta: 0,05-0,1 mg/Kg (máx. 15mg/24 horas)

IV continua: Dolor crónico intenso 0.04-0.07 mg/Kg/h, mantenimiento 0.025-1.79 mg/Kg/h.

Neonatos máx. 0.015-0,02mg/Kg/h

**No epidural o intratecal** en niños

**• FENTANILO. Analgésico y sedación**

Niño de 2-12 años :1-2 mcg/Kg/dosis IV o IM / 30-60 min.

>12 años IV 25-50mcg/ 3-5 min hasta efecto deseado (Máximo 500mcg/4 horas)

**Analgesia transmucosa:** Oral Sublingual o nasal con atomizador.

<2 años 1-3 mcg/Kg/dosis (Max 100mcg/dosis).

Transbucal: Bucofaringeo para chupar 10-15mcg/Kg

## ALGORITMO DEL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alteración del ritmo, características y consistencias de las heces que hacen una defecación incómoda o conlleva síntomas secundarios a la retención de las mismas

## HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA:

**AF:** estreñimiento familiar. Ojo!!  
E.Hirschprung, hipoPTH, Enf.Tiroidea, FQ, E. celiaca  
AP: meconiorrexis (1º 48 hdv). Episodios previos y edad de inicio.

**EA:**  
-Características de las deposiciones (nº, aspecto..)  
- Síntomas acompañantes - tto previo recibido.  
- Historia dietética: hábito higiénicos, dieta, aporte de fibra, fruta y verdura.

**EF:**  
-Peso y talla y percentiles.  
-Expl.abdominal (distensión, masas..) , neurológica (fuerza y sensibilidad MMII y zona perianal, reflejos)  
- Expl.anorrectal: fisuras o lesiones perianales, posición del ano, tacto rectal (tono esfínter, contenido ampolla, estenosis/dilatación).

>90%

## SOSPECHA TRASTORNO FUNCIONAL

- Deposiciones en las primeras 48 horas tras el nacimiento.
- Deposiciones extremadamente duras o de gran calibre.
- Encopresis.
- Dolor o molestia durante la defecación y sangre fresca con las heces, fisura perianal.
- Dolor abdominal que disminuye tras la deposición.
- Dieta pobre en fibras y frutas con abundantes lácteos.
- Examen físico con abdomen blando y palpación de heces en el cuadrante inferior izquierdo, presencia de tono rectal durante el tacto y reflejo cremastérico presente

- 1)Tranquilizar. Iniciar tto higiénico dietético.
- 2) Tratamiento médico para desimpactación + mantenimiento.

Si no respuesta al tto, ingresos repetidos por dolor recurrente o incontinencia fecal persistente o sospecha de organicidad.

## SOSPECHA CAUSA ORGÁNICA

- Retraso en eliminación de meconio.
- Presentación en < 1 año.
- Fallo de medro. Pérdida de peso, anorexia.
- Vómitos biliosos. Distensión abdominal persistente.
- Inicio tras introducción de proteínas de leche de vaca o gluten.
- Alteración en exploración abdominal o neurológica.
- Intolerancia al frío, bradicardia, fatiga.
- Fiebre.

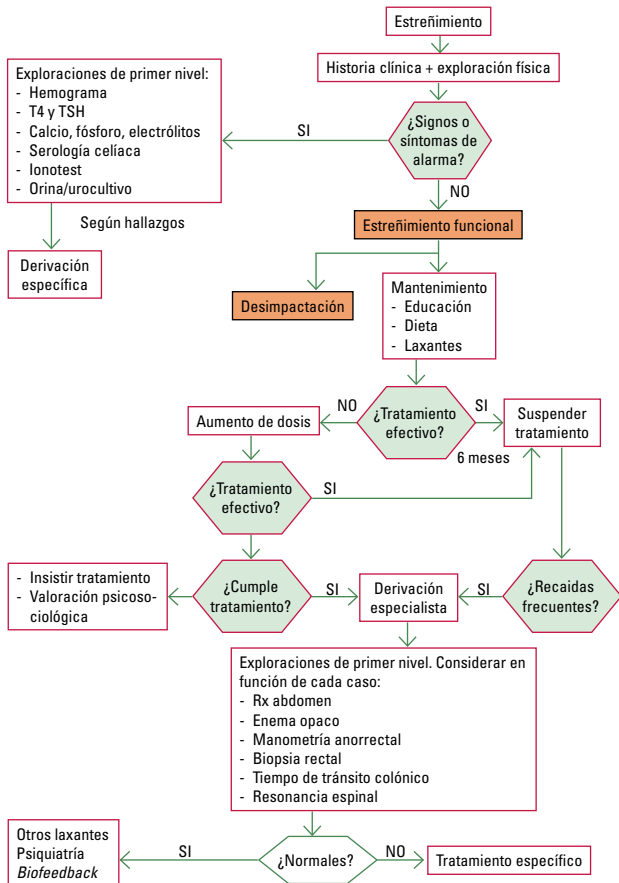
## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Análítica** (hemograma, bioquímica con iones, glucemia, perfil hepático, TSH), marcadores de E. celiaca.
- Sedimento de orina y UC. Coprocultivo.
- **rx abdomen** (en casos dudosos, cuando no se pueda realizar tacto rectal o ante sospecha de alteraciones en la columna)

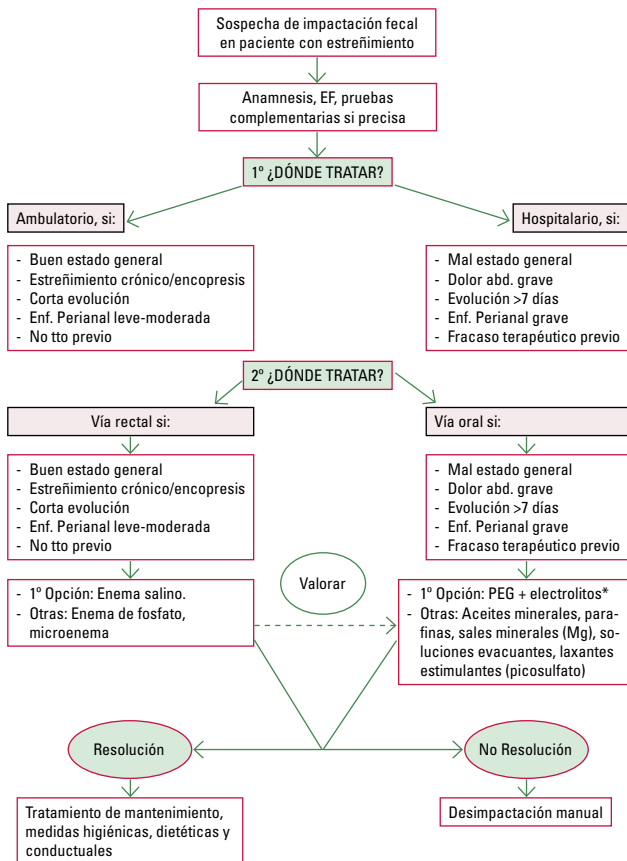
ESPECIALISTA



## ALGORITMO DEL TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO



## ALGORITMO DE MANEJO DE LA IMPACTACIÓN FECAL



## VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

### HISTORIA CLÍNICA

No olvidar una correcta y sistemática historia clínica con **Antecedentes personales y familiares, anamnesis incluyendo encuesta dietética:**

- Registro diario alimentario (marca, cantidad, preparación...)
- Recuerdo ingesta 24 h. previas
- Registro de tres días no consecutivos

#### Y valoración alimentaria:

- Calorías ingeridas
- Macronutrientes
- Micronutrientes
- Consumo/gasto

#### EXPLORACIÓN FÍSICA dirigida

#### ANTROPOMETRÍA

#### - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Utilizar gráficas percentiladas como valores de referencia y valorar los cambios evolutivos.

**Peso:** Calibrar balanza previo sesión (límite lactante 10g/100g niños). Pesar sin ropa. En el niño no colaborador: peso con adulto y restar.

**Talla:** En < 2 años: estadiómetro tumbado. En > 2 años: de pie.

**Perímetro craneal:** cinta métrica alrededor de cabeza por prominencia occipital.

**Perímetro braquial:** Desde el punto medio acromión y oleocranon del brazo izquierdo, cinta sin presión.

**Pieles cutáneas:** Práctica y entrenamiento (media de tres mediciones/pelliczo vertical). Se usa el plicómetro de Harpenden, Lange o Holtain.

•Tricipital: punto similar PB, cara posterior, sólo grasa subcutánea.

•Subescapular: por debajo de la escápula izquierda.

**Perímetro abdominal:** Rodeando el abdomen, en el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.

### INDICES NUTRICIONALES

**Relación peso/talla:** patrones referencia por sexo y edad (OMS 2006-2007), percentiles o Z-score (valor obtenido-mediana (P50)/desviación estándar).

**Índice de Waterlow:** porcentaje peso para talla P50:

- Peso real (kg) / Peso para talla (P50) x 100.
- Normal > 90% ; Desnutrición: leve: 80-90%; moderada: 70-80%; grave: < 70%.

#### Porcentaje de talla para la edad:

- Talla real (cm)/Talla (P50 para la edad) x 100.
- Normal > 95%; Desnutrición: leve: 95-90%; moderada: 90-85%; grave: < 85%.

**Relación de P/T por edad (Mc Laren y Read):** P real (kg) / T real(mm).

**Porcentaje de P/T por edad:** Peso 50 (kg)/T50 (mm) x 100.

Normal: 90 -100%; Desnutrición leve: 85-90%; moderada: 75-85 %; grave < 75 %.

**Índice de Masa Corporal o Quetelet:** P (kg) / T<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)

Grados de obesidad: leve 25-29,9, moderada 30-40, grave > 40; Malnutrición: < 25.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Dirigidas por la historia clínica y exploración física.

#### Examen básico:

Análítica de sangre; fórmula hemática, VSG, PCR, función renal, perfil hepático, lípidos, metabolismo del hierro, fosfo-cálcico, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, RBP, vitaminas, ionograma, EAB. Sedimento orina/urocultivo.

Radiografía carpo izquierdo.

#### Otros exámenes útiles:

Prueba nitrogenado e Índice creatinina/altura.

Pruebas hormonales (somatomedinas, T3, TSH).

Pruebas inmunológicas.

Determinaciones específicas (elementos traza, aminoácidos, ácidos grasos libres).

#### Técnicas medición compartimentos corporales:

ECO, TAC, medición K40 (masa grasa libre), bioimpedancia, densitometría, absorciometría de acreción mineral ósea, absorción rayos infrarrojos.

#### Exámenes específicos según sospecha:

- Patología esofágica (pHmetría, manometría, esofagograma, endoscopia).

- Síndrome malabsorción (RAST, IgE, Igs, estudio celiaca, D-xylosa, estudio heces, quimotripsina,  $\alpha$ 1antitripsina, biopsia intestinal).

- Estudio deglución (esofagograma, manometría ORL).

- Estudio neurológico (EEG, TAC, RMN).

- Estudio cardiológico (Ecocardiograma, ECG).

- Patología respiratoria (Rx. tórax, pruebas alérgicas, test sudor).

- Nefropatías (estudio función renal, orina 24 horas).

- Oncohematológicas (hemoglobinopatías).

- Endocrinológicas (función tiroidea).

- Metabolopatías (ácidos orgánicos en orina, catecolaminas, aas en sangre y orina, biopsia muscular y piel).

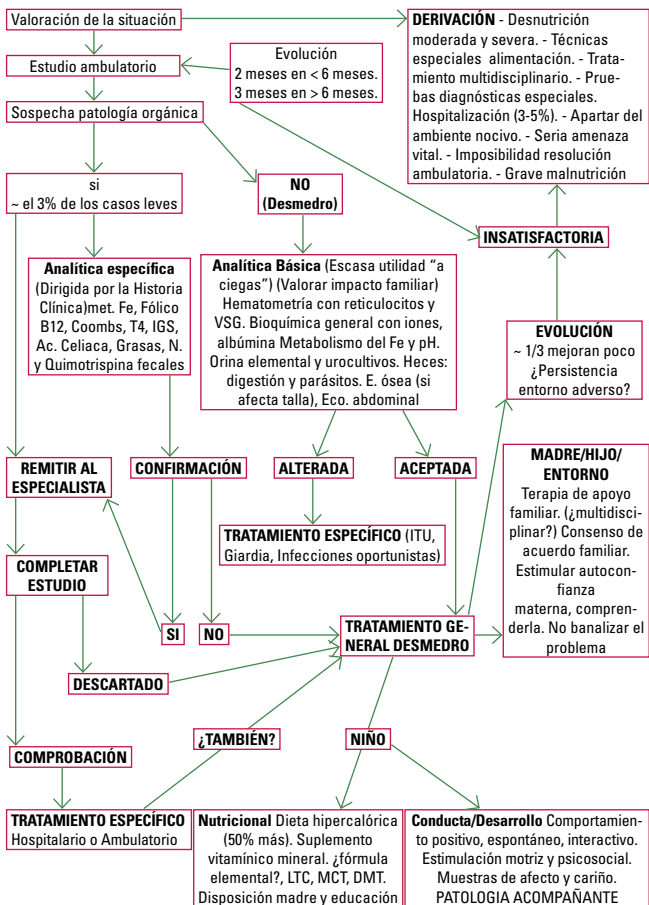
**"FALLO DE MEDRO"/MALNUTRICIÓN (GENERALMENTE LEVE-MODERADA: "SUBNUTRICIÓN")**- PESO  $<P_3$  o  $<2DS$  (marcador más simple y razonable, útil en la práctica. Tablas adecuadas a genética, etnia.) - DESPROPORCIÓN P/T (descartar problemas constitucionales con equilibrio Peso/Talla bajos. Referir a curvas de crecimiento) - CURVA PONDERAL DECRECIENTE EN TIEMPO ADECUADO A EDAD E INTENSIDAD DEL CUADRO - ¡IMPORTANTE: IDENTIFICACIÓN PRECOZ, ACTUACIÓN TEMPRANA: IMPEDIR PROGRESIÓN Y SECUELAS!

**HISTORIA CLÍNICA: ¡FUNDAMENTAL!** (25% Causa no determinada: mejoran o "falsos desmedros". 55% Deprivación ambiental.) **ANAMNESIS GENERAL:** - *Características niño*, comportamiento, interacción, guardería, infecciones, síntomas de organicidad, trastornos del sueño. - *A. Familiares:* Patología orgánica y no orgánica (edad padres, hábitos; drogas, anorexia materna, estrés ambiental emocional), somatometría familiar. - *A. Personales:* Patología orgánica (pre y perinatal; peso a las 4-8 semanas. Síntomas digestivos.) - *Psicosocial:* Nivel socio-cultural, problemas familiares, aceptación padres/hijo, características padres y entorno, actitud. **ENCUESTA NUTRICIONAL:** Actitud, conocimientos, cantidad y tipo de alimentos. Balance calórico (1 a 3 días) y nutrientes, regularidad, ingesta líquidos, tipo de rechazo/reacción madre. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** - Objetivar signos de patología orgánica (25-30%) y atención al niño (¿maltrato?). Hábito constitucional (asténico: variante de la normalidad). - Valoración del desarrollo motor y psicosocial, anímico y de relación, actitud madre/hijo, padre/hijo, entorno familiar.- Valoración nutricional: P, T, índices (nutricional, masa corporal, Waterlow), ver niño comiendo :¿rechazo? ¿pasividad?. Reacción padres. - Comprobación masa muscular, pliegue tricipital, (índice grasa corporal), perímetro braquial (índice masa muscular), signos carenciales. - Valoración evolutiva: controles seriados, intervalos según edad y grado de afectación. General, somatométrico y patrones de conducta.

Valoración de la situación

## II. MANEJO DE ALGUNAS PATOLOGÍAS FRECUENTES

### Algoritmo del Fallo de Medro



**DEFINICIÓN**

Talla < P3 o < -2DE según edad y sexo.

**CLASIFICACIÓN**

**Talla baja idiopática (80% de los hipocrecimientos):**

- Familiar con o sin retraso puberal.
- No familiar con o sin retraso puberal.

**Talla baja patológica (20%):**

- **Armónica Prenatal** (crecimiento intrauterino retardado, síndromes dismórficos, cromosomopatías).
- **Armónica Postnatal** (malnutrición, enfermedades crónicas, infecciones, carencia afectiva, endocrinopatías).
- **Disarmónica** (displasias óseas, raquitismo).

**VALORACIÓN INICIAL**

- **Antecedentes familiares:** Talla e inicio de pubertad de familiares, especialmente los padres, enfermedades genéticas o hereditarias.
- **Antecedentes personales:** Embarazo (infecciones, tóxicos, fármacos), patología perinatal, talla, peso y perímetro cefálico al nacimiento, ritmo de crecimiento previo, desarrollo psicomotor, enfermedades previas, síntomas de patología crónica.
- **Exploración física:** Peso, talla, relación peso/talla, velocidad de crecimiento, perímetro cefálico, estadio puberal de Tanner, proporciones corporales (talla sentado, relación talla/braza, relación segmento superior/segmento inferior), estado nutricional, rasgos dismórficos, exploración general y por aparatos.
- **Edad ósea (maduración esquelética):** Radiografía de mano y muñeca izquierda en mayores de 2 años, de pie y tobillo izquierdo en menores de 2 años.

- **Talla diana o genética:** Es la que se calcula para un descendiente de una pareja.

- **Talla Diana Niños:** Talla Padre + Talla Madre/2 + 6,5 cm ( $\pm$  5 cm, intervalo confianza 95%)

- **Talla Diana Niñas:** Talla Padre + Talla Madre/2 - 6,5 cm ( $\pm$  4,5 cm, intervalo confianza 95%)

- **Pruebas complementarias específicas:** Cuando, tras la valoración previa, se sospecha una talla baja patológica, o cuando el retraso de talla o la disminución de la velocidad de crecimiento son muy significativos se considerará la realización de otras pruebas:

**Hemograma, VSG, bioquímica con iones y metabolismo calcio/fósforo y de hierro, gasometría, cribado de celiaca, hormonas tiroideas, análisis de orina, test de iones en sudor, cortisol en orina, cariotipo, serie ósea, hormona de crecimiento (GH), factores de crecimiento (IGF1, IGFBP3).**

**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

Tras la valoración inicial se estará en condiciones de establecer una orientación diagnóstica.

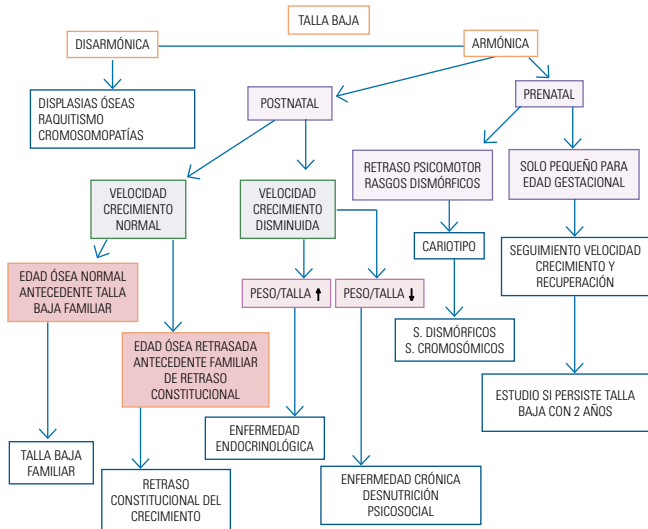
- **Hipocrecimiento disarmónico** → sospecha de osteocondrodisplasia
- **Hipocrecimiento armónico de inicio prenatal** (recién nacido pequeño para la edad gestacional):
  - Si rasgos dismórficos o retraso psicomotor  
→ sospecha de cromosomopatía o cuadro sindrómico.
  - Si fenotipo y desarrollo normal  
→ vigilar velocidad de crecimiento y recuperación espontánea. Valorar ampliar estudio si persiste talla baja a los 2 años.

- **Hipocrecimiento armónico de inicio postnatal:**

- Con datos sugerentes de talla baja patológica (antecedentes patológicos, síntomas de enfermedad crónica, rasgos dismórficos, talla < -2,5 DE, velocidad de crecimiento < p3, edad ósea retrasada más de 2 años)  
→ pruebas complementarias específicas según sospecha diagnóstica.
- Con datos sugerentes de talla baja idiopática (antecedentes personales no patológicos, antecedentes familiares de talla baja idiopática, ausencia de síntomas de enfermedad crónica, fenotipo normal, talla alrededor de -2 DE, velocidad de crecimiento p25, edad ósea normal o retrasada menos de 2 años)  
→ Seguimiento y vigilar velocidad de crecimiento cada 6 meses.

### CARACTERÍSTICAS DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE TALLA BAJA TALLA BAJA FAMILIAR (TBF) Y RETRASO CONSTITUCIONAL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (RCCD)

CARACTERÍSTICAS	TBF	RCCD	TBF + RCCD
Peso y Talla al nacimiento	Normal	Normal	Normal
Antecedentes Familiares	Talla Baja	Retraso Puberal	Talla Baja + Retraso Puberal
Edad Ósea	Normal	Retrasada	Retrasada
Velocidad de Crecimiento lenta	Entre 1-3 años	Entre 1-3 años y Puberal	Entre 1-3 años y Puberal
Inicio Puberal	Normal	Retrasado	Retrasado
Talla Final	Baja	Normal	Baja



### INDICACIONES DE TRATAMIENTO CON SOMATOTROPINA (GH), APROBADAS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD (2017)

1. Déficit de hormona de crecimiento
2. Síndrome de Turner
3. Insuficiencia renal crónica
4. Síndrome de Prader-Willi
5. Crecimiento intrauterino retardado.
6. Deficiencia de crecimiento debida a alteración del gen SHOX.

**Deberá reunir todos los criterios de tratamiento auxológicos y analíticos**

#### Otras indicaciones:

##### 1. Talla Baja Idiopática (TBI):

TBI (inferior a -2 SDS) para edad y sexo. Se desconoce causa que la origina. Dx de exclusión.

Indicación no aprobada en Europa.

- a) La magnitud del efecto del tratamiento con GH en la TBI (~4cm) es menor que en otros trastornos.
- b) No evidencia científica para recomendación adecuada
- c) Respuesta muy variable, su indicación debe ser individualizada.

##### 2. Síndrome de Noonan (SN):

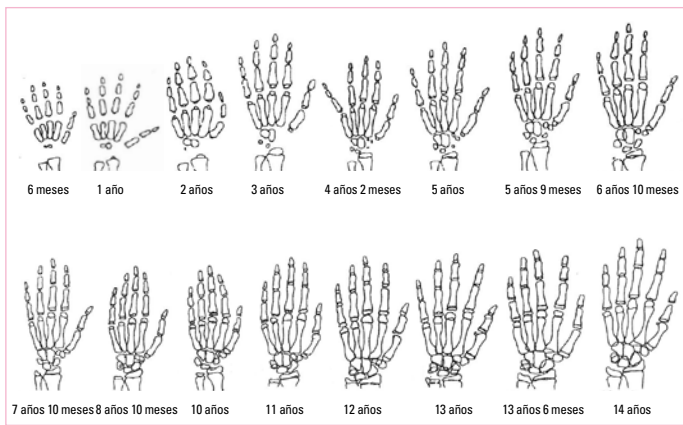
Rechazada actualmente en Europa de momento por predisposición a padecer cáncer (mutaciones específicas asociadas a neoplasias hematológicas) y casos de miocardiopatía hipertrófica.



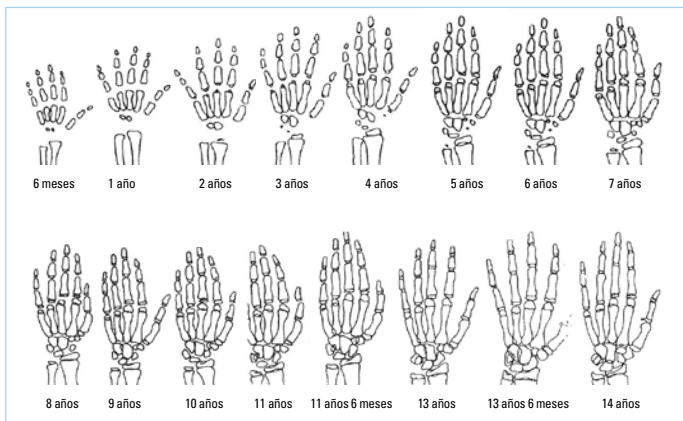
## II. MANEJO DE ALGUNAS PATOLOGÍAS FRECUENTES

Maduración ósea (Edad ósea)

### NIÑAS



### NIÑOS



**Guía de Dosificación con insulina:****-Al diagnóstico:**

- Con cetosis: 0.1UI/Kg/hora (Perfusion iv) con insulina regular o análogos de acción rápida.
- Sin cetosis: 0.2-0.3 UI/Kg/2-4h (subcutánea) con insulina regular o análogos de acción rápida.

**-Remisión parcial (luna de miel):**

- <0.5 UI/Kg/día.
- Pre-puber: 0.7-1 UI/Kg/día.
- Pubertad: 1.2-1.5 UI/Kg/día.
- Postpuberal: 0.7-0.9 UI/Kg/día.

En un régimen de terapia intensiva, aproximadamente el 50% de la insulina diaria calculada será para cubrir necesidades basales y el resto para cubrir las ingestas.

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO CON INSULINA**

Objetivos de óptimo control glucémico (IDF/ISPAD 2011)

	Ideal (no diabético)	Óptimo	Subóptimo	Alto riesgo
GC Basal y Preprandial	65-100	90-145	>145	>162
GC Postprandial 2 horas	80-126	90-180	180-250	>250
GC Antes de acostarse	80-100	120-180	<120 ó >200	<80 ó >200
GC Nocturna	65-100	80-162	<75 ó >162	<70 ó >200
HbA1c (%)	<6,05	<7,5	7,5-9	>9

CG: Glucemia Capilar (mg/dl)

ISPAD: Internacional Society Pediatric and Adolescent Diabetes

**Acción de los diferentes tipos de insulina**

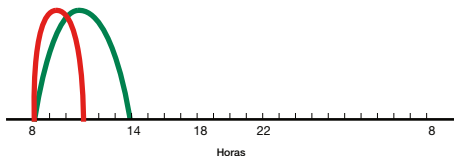
Tipo	Inicio acción	Máximo efecto	Duración
<b>ACCION RÁPIDA</b>			
Insulina Regular -Humulina Regular® -Actrapid®	1/2-1h	2-4h	4-6h
AAR Lispro -Humalog®	15 min	1-2h	3-4h
AAR Aspártico -Novorapid®	15 min	1-2h	3-4h
AAR Glulisima -Apidra®	15 min	1-2h	3-4h
<b>ACCIÓN INTERMEDIA</b>			
Insulina NPH -Humulina NPH® -Insulatard NPH®	1-3h	5-8h	12-14h
Insulina NPL (mezclas)			
<b>ACCIÓN PROLONGADA</b>			
AAP Glargina 100UI/ml -Lantus® -Abasalg®	2-4h	6-7h	22-24h
AAP Detemir -Levemir®	1-1/2h	6-7h	12-20h
AAP Glargina 300UI/ml -Toujeo®	3-4h	6-7h	24-36h
AAP Degludec -Tresiba®	1-2h		24- h

AAR: Análogos de Acción Rápida. AAP: Análogos de Acción Prolongada.

## Acción comparativa de la insulina regular con análogos de acción rápida (AAR)

- Humana
- Regular
  - Insulina soluble neutra

Inicio	Máximo	Fin
30 min	3 h	6 h

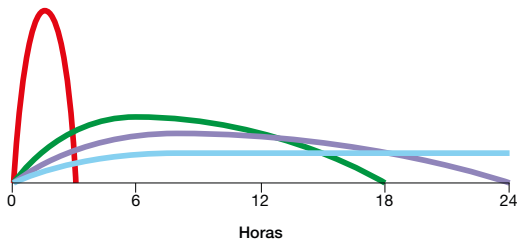


- Analógico rápido
- Lispro
  - Aspart
  - Glulisima

Inicio	Máximo	Fin
10 min	De 30 min a 1,30h	3 h

## Acción comparativa de los diferentes tipos de análogos de insulina

- Análogo rápido (3 horas de duración). **NovoRapid; Humalog; Apidra**
- Análogo lento (18-22 horas de duración). **Levevir**
- Análogo lento (24 horas de duración). **Lantus, Abasaglar, Toujeo**
- Análogo lento (36-42 horas de duración). **Tresiba**



**Pautas de insulinoterapia:**

Hay mucha variabilidad en las pautas de insulinoterapia, dependiendo de muchos factores (edad, metas glucémicas establecidas, complicaciones, tolerancia, etc.). Puede conseguirse una glucemia adecuada mediante 4 ó 5 inyecciones de insulina. La pauta Basal-Bolus es la más utilizada en el momento actual. Deben realizarse controles de glucemia capilar pre y postprandiales para ajustar las dosis.

A modo de ejemplo se puede valorar seguir la siguiente:

- **Insulina basal:** el 50% de la dosis total.

Niños mayores y adolescentes:

- AAP Glargina. Una dosis todos los días a la misma hora (mañana, medio día o noche.

- AAP Detemir. Dos dosis desayuno y cena.  
- AAP Degludec. Una dosis al día, permite mayor flexibilidad de horario.

Niños pequeños:

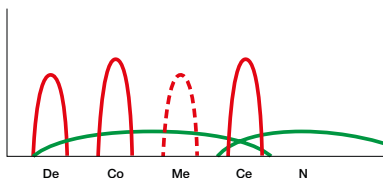
- AAP Detemir. Dos dosis desayuno y cena o comida y cena.

- AAP Glargina. Dos dosis desayuno y cena.

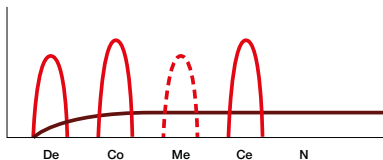
Si fuera necesario utilizar I. NPH como basal se debe poner en 3 dosis Desayuno, Comida y Cena.

- **Insulina para bolus:** AAR el 50% de la dosis total.

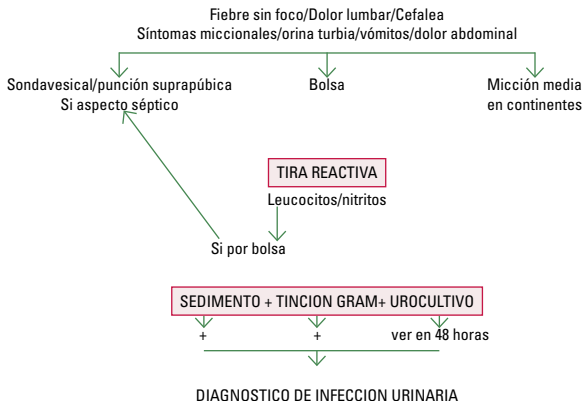
Todas las edades: Se distribuye en 3 dosis antes de las comidas: 1/3 Desayuno, 1/3 comida, 1/3 cena, puede ser necesaria una cuarta dosis antes de la merienda.

**Pauta de 2 dosis de basal**

De: desayuno; Al: almuerzo; Co: comida; Me: merienda; Ce: cena; N: noche.

**Pauta con una dosis de basal, el horario puede variar**

De: desayuno; Al: almuerzo; Co: comida; Me: merienda; Ce: cena; N: noche.



**FIEBRE**

**AFEBRIL**

FIEBRE	AFEBRIL
<p>Hemograma, Creat, Na, K PCR, PCT</p> <p><b>Ingreso si :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;3meses/afectación estado general</li> <li>Intolerancia oral/deshidratación</li> <li>Anomalías renales</li> <li>Dudas cumplimiento terapéutico</li> </ul> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alto aporte de líquidos IV</li> <li>-Antibiótico IV 48-72horas (Cefalosporina 3ª/Aminoglucosido: no en Insuf Renal)</li> </ul> <p><b>No ingreso</b></p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alto aporte líquidos oral</li> <li>Cefalosporina 3ª oral</li> </ul> <p>Reevaluar en 48 horas</p> <p>Completar hasta 10 días oral + Ecografía en 1as 48-72 horas + Gammagrafía 6 meses después</p>	<p>Alto aporte líquidos oral antibiótico oral 5-7 días Amoxi/Clavulánico Fosfocina/Furantoína</p> <p>Ecografía y estudio si recidiva o disfunción Vesical</p>

**Coalescencia de labios menores:** Si tiene síntomas.

- Estrógenos tópicos-Estriol ( Blissel ) /12 horas /2-3 semanas (max: 6 sem.)
- Betametasona 0,05%, ( Celecrem) cada 12 hs, 4 semanas
- Si fracaso de tto médico o ITU o VV recurrente→Derivar

**Vulvovaginitis inespecífica en la infancia:** explicar la etiopatogenia de la VV a la madre

Leve: hábitos higiénicos, lavados con sustancias calmantes astringentes: manzanilla, tomillo, malvarrosa.

Lavados con antiinflamatorios tópicos: Rosalgis, Septogin. Si oxiiuriasis→Tratar

Intensa: Lavado con solución de Burow (acetato de aluminio) o permanganato K.

Crema de estriol 1/12-24 h. durante 2 semanas y/o corticoide tópico(Lanacort, Synalar) /8-12hs.

Antihistamínico oral si prurito persistente.

Leucorrea persistente (>3-4 semanas): Amoxiclavulánico 10mg/K/día o cefalexina 25-50 mg/kg/día x 10d.

Lavados con povidona yodada al 1% mediante jeringuilla o sonda uretral cada 2-3 d

Instilaciones vaginales con 2 cc de ampicilina o gentamicina 1 o 2 dosis con intervalo 5 d.

Alteraciones menstruales en adolescentes: Tto. Personalizado :

- Antiinflamatorios no esteroideos, reducen el flujo menstrual el 35% y mejoran la dismenorrea.
- Antifibrinolíticos (Amchafibrin): 0,5-1 gr/8hs máximo 5d. reducen flujo en el 50%.
- Tto hormonal no anticonceptivo (Progyluton) reduce flujo 35-50% , regularizan ciclo, "naturales"
- Tto hormonal anticonceptivo (Etinilestradiol + levonorgestrel) ↓ el flujo hasta 70%, regularizan el ciclo.

**Vulvovaginitis candidiasica en adolescentes.** Rara en pequeñas (condiciones vaginales desfavorables)

Asociada a tratamientos antibioticos previos, inmunosupresión, humedad continua.

Si sintomática.: clotrimazol, miconazol, nistatina. Tratamiento oral: Fluconazol. No necesario tratar a la pareja  
CANDIDIASIS RECIDIVANTE: mas de 4 episodios en un año→. ( Triple tratamiento)

Tratamiento inicial

Oral – Itraconazol 200mg/día 10d

Tópico vaginal – Clotrimazol 500mg/semana 2 sem.

Tópico cutáneo – Clotrimazol una aplicación al día 2 sem.

Tratamiento de mantenimiento

Tópico vaginal: Clotrimazol 500mg/semana 6-12meses

Sertaconazol 500mg/semana 6-12 meses

Fenticonazol 600mg/sem 6-12 meses.

Oral: Fluconazol 150mg/semana 6-12 meses

Itraconazol 100mg/día 6-12 meses o 200mg/

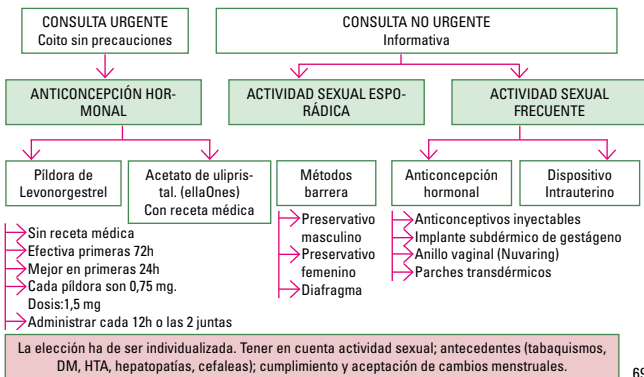
post-menstrual 6-12 meses

Ketoconazol 100mg/día 6-12 meses

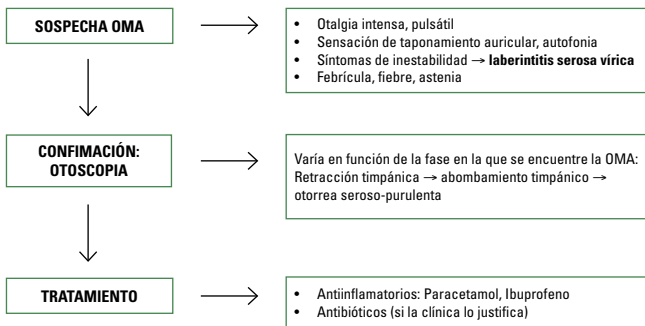
**Dismenorrea:** Principal causa de absentismo escolar . En adolescentes es dismenorrea esencial.

Tto: AINES, Anticonceptivos , Fitoterapia: Aceite de Onagra, sauzgatillo.

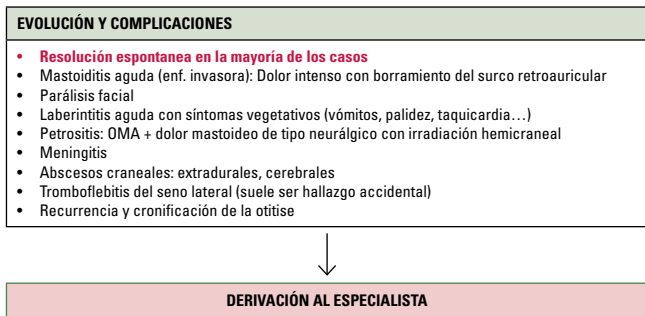
**Anticoncepción:** algoritmo



## OMA

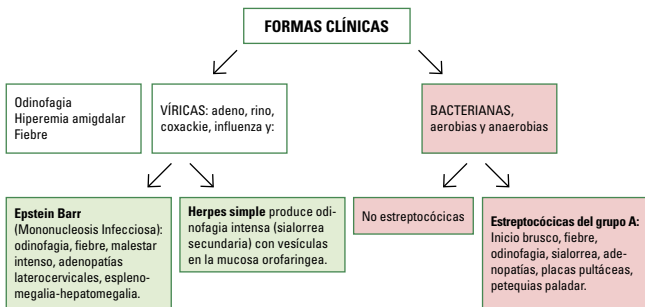


Antibiótico de <b>primera línea</b> : Amoxicilina (80mg/kg/día) (Eritromicina o Trimetropin-Sulfametoxazol en alérgicos)	<b>Segunda línea</b> : Amoxi-clavulánico, Cefixima, Cefuroxima, Cefpodoxima, Azitromicina, Claritromicina
< 6 meses > 6m, historia familiar de OMA, presentación de la OMA en un hospital o en una guardería. Si afectación general.	En tratados con antibióticos de primera línea, previamente, con síntomas y signos de infección persistente.





## FARINGOAMIGDALITIS



**Faringoamigdalitis en las Hemopatías:** Agranulocitosis, etc: Odinofagia, fiebre y muy mal estado general

**LABORATORIO**

- BACTERIANAS: leucocitosis con neutrofilia
- MONONUCLEOSIS: más del 10% de linfocitos atípicos. Confirmación mediante Paul-Bunell (detección de anticuerpos heterófilos)
- Test rápido para estreptococo (mejor para iniciar Tra<sup>o</sup> AB)
- Cultivo del exudado faríngeo: diagnóstico de confirmación, pero no se obtiene de urgencia

**TRATAMIENTO**

- Vírica: **Tratamiento sintomático**
- Bacteriana: **PENICILINA 50 mg/Kg/d en 2 dosis**
- **¿+ METRONIDAZOL ó CLINDAMICINA;** Sospecha anaerobios, resistencia?

**ESPECIALISTA (Urgencia): SOSPECHA DE FLEMÓN/ABSCESO PERIAMIGDALINO**  
(Abombamiento del pilar amigdalino anterior)

## RINOSINUSITIS AGUDA

### HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

- Estornudos
- Rinorrea purulenta
- Obstrucción nasal
- Tos, cefalea, fiebre
- Dolor facial
- ¡Catarro común (5-10%) prolongado!

- Rinoscopia
- RX simple de senos paranasales: poca sensibilidad y especificidad. No aconsejable por sistema.
- TC: prueba de imagen de elección, si la clínica lo requiere.

### TRATAMIENTO

Humidificadores, lavados nasales, mucolíticos

Descongestionantes: Oximetazolina

Antihistamínicos: en los primeros días

Corticoides tópicos: durante cortos periodos de tiempo

Corticoides sistémicos: en casos severos

Antibióticos (no tópicos) : no están indicados de entrada; sólo en casos severos o cuando coexiste con asma, bronquitis crónica u otitis media  
Amoxicilina-clavulánico (40mg/kg/día)  
Cefalosporinas de segunda y tercera generación  
Macrólidos: azitromicina (10mg/kg/día)

Una complicación, relativamente frecuente, de la sinusitis en niños, es la **celulitis orbitaria**.

**ALERGIA MEDIADA POR IGE**

<b>Hipersensibilidad:</b> Síntomas por exposición a un estímulo definido en dosis tolerada por personas normales.	<b>Alergia:</b> Si hay un mecanismo inmunológico	<b>Alergia mediada por IgE</b>
		<b>Alergia no mediada por IgE</b>
<b>Hipersensibilidad no alérgica:</b> Si no se conoce mecanismo inmunológico		

<b>Síntomas por órgano.</b> Se pueden presentar aislados o combinados
Respiratorios: Conjuntivitis, Rinitis, Tos, Laringitis, Asma.
Cutáneos: Urticaria/Angioedema, Dermatitis atópica.
Aparato digestivo: Prurito bucal-lengua-retrofaringe, rechazo del alimento, sialorrea, vómitos, diarrea, abdominalgia
Afectación general: Anafilaxia
<b>Por causas frecuentes</b>
Alergia a alimentos: cualquier alimento pero depende de edad. En primera infancia puede ser alergia transitoria.
Alergia a inhalantes: pólenes, ácaros, hongos, epitelios de animales. En todos ellos la frecuencia depende de la exposición y del tipo de hábitat.
Alergia a fármacos: Cualquier fármaco. Depende de exposición previa
Otros: látex, venenos insectos, etc.
<b>En el niño a cada edad se corresponden causas desencadenantes (alérgenos) diferentes.</b>

ENFERMEADES ALÉRGICAS MEDIADAS A TRAVÉS DE INMUNOGLOBULINAS DE TIPO IGE. (Inmediatas)				
Edad	Síntomas ordenados por frecuencia	Causas por frecuencia	Tratamiento	Recomendaciones
Lactante y niños hasta 36 meses		<p><b>Alimentos:</b> generalmente por ingesta aunque puede ser por contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Relación causa-efecto desde inmediata a 90 minutos.</li> <li>-Con primera introducción aparente o con tolerancia previa.</li> <li>-Frecuentes: leche, huevo (puede tolerarse muy cocinado), pescado, legumbres</li> </ul> <p><b>Cefáneos:</b> Urticaria, angioedema</p>	<p>Sintomático: Lavado antihistamínicos orales Corticoides orales</p> <p>Etológico: Dieta del alimento sospechoso hasta consulta</p>	<p>No se indica ninguna dieta a la madre lactante. En alergia a leche no se retira carne. Derivación <b>rápida</b> a alergia pediátrica.</p>
		<p><b>Alergia a fármacos: Excepcional.</b> Las urticarias asociadas con fármacos suelen ser de etiología infecciosa (cuadros virales)</p>	<p>Sintomático: antihistamínicos orales Corticoides orales</p>	<p>No se continúa con antibiótico. Solo derivación a alergia pediátrica por motivos legales. Protocolo rápido para descartar alergia a fármacos.</p>
		<p><b>Formas leves</b> muy frecuentes en primeros años Buena evolución espontánea con la edad. Etiología multifactorial</p>	<p>Tratamiento de base sintomático con emolientes, valorar corticoides tópicos.</p>	<p><b>Nunca dieta "a priori"</b> No retraso de introducción de alimentos. Solo se derivan a alergia dermatitis graves o si reacción clara con alimentos.</p>
		<p><b>No son alérgicos</b> Excepción: cuadros muy agudos de afectación general dentro de una reacción de anafilaxia</p>	<p>Tratamiento sintomático Si sospecha anafilaxia: Tratamiento sintomático de anafilaxia</p>	<p>No derivación a alergia salvo sospecha de anafilaxia.</p>
		<p><b>Poco frecuente como síntoma aislado</b></p>	<p>Sintomático: reposo y tolerancia a líquidos</p>	<p>Solo valorable si ocurre repetidamente, con un solo alimento tolerando el resto.</p>
	<p><b>Siempre alimentos</b></p>	<p>Sintomático: Adrenalina IM Corticoides orales o parenterales. En su caso tratamiento shock (Ver capítulos anafilaxia y shock)</p>	<p><b>Emergencia:</b> Derivación rápida a alergia pediátrica.</p>	

Edad	Síntomas ordenados por frecuencia	Causas por frecuencia	Tratamiento	Recomendaciones
3-5 años	<p><b>Cutáneos:</b> Urticaria, angioedema</p> <p><b>Orofaringeos:</b> Prurito local, edema e hiperemia local, prurito ótico Frecuente eritema peribucal. Dificultad tragar, cambio voz <b>(pueden evolucionar a mayor gravedad).</b></p>	<p><b>Alimentos:</b> Relación causa efecto desde inmediata a 90 minutos. Primera introducción o tolerancia previa Leche y huevo, en preescolar solo síntomas por ingestas accidentales en diagnosticados. Más tarde: Huevo crudo poco cocinado, pescado, legumbres, mariscos, frutos secos, frutas frescas.</p> <p><b>Alergia a fármacos: Muy poco frecuente</b> Antibióticos: amoxicilina por ser el más utilizado. Raro, paracetamol y AINES. Exacerbación de dermatitis ya tratada.</p>	<p>Sintomático: antihistamínicos orales Corticoides orales</p> <p>Etiológico: Dieta exenta del alimento sospechoso hasta consulta alergia pediátrica. Dieta exenta de productos relacionados y alimentos del mismo grupo.</p> <p>Sintomático: antihistamínicos orales Corticoides orales</p> <p>Sintomático</p>	<p><b>No dieta estándar.</b> <b>Derivación alergia pediátrica.</b></p> <p><b>No se continua con antibiótico analgésicos o antiinflamatorio o se cambia de grupo.</b> <b>Derivación a alergia pediátrica.</b></p> <p><b>Derivación a dermatología.</b></p> <p><b>Cuando se trata de un cuadro agudo con alérgeno evidente (epitelios) debe recomendarse evitación cuidadosa hasta estudio.</b> <b>Derivación a consulta alergia pediátrica.</b></p> <p>Solo valorable si ocurre repetidamente, con un solo alimento tolerando el resto</p> <p><b>Derivación rápida a alergia pediátrica.</b></p>
	<p><b>Respiratorios:</b> Conjuntivitis y rinitis con prurito nasal y ocular, estornudos, secreción clara nasal e hiperemia conjuntival. Asma Puede ser inicio brusco si exposición masiva a alérgeno.</p>	<p><b>Infección respiratoria: frecuente</b> <b>Inhalantes: ocasional</b> Sospecha de alergia si asma asociado a rinoconjuntivitis aguda. Depende de factores de exposición (epitelios, exposición masiva a cualquier alérgeno)</p>	<p>Tratamiento sintomático: colirio antihistamínico. Si conjuntivitis muy aguda colirio con corticoides y simpaticomimético. Antihistamínicos orales. Evitación de alérgeno Tratamiento sintomático: el habitual en asma. Evitación de alérgeno</p> <p>Sintomático</p>	<p>Sintomático: Adrenalina IM Corticoides orales o parenterales. En su caso tratamiento shock (<i>Ver capítulos</i>)</p>
	<p><b>Digestivos</b></p>	<p>Poco frecuente como sintoma aislado</p>	<p>Sintomático</p>	<p>Sintomático: Adrenalina IM Corticoides orales o parenterales. En su caso tratamiento shock (<i>Ver capítulos</i>)</p>
	<p><b>Anafilaxia.</b> Afectación estado general.</p>	<p><b>Alimentos</b> <b>Excepcionalmente fármacos, látex.</b></p>	<p>Sintomático</p>	<p>Sintomático: Adrenalina IM Corticoides orales o parenterales. En su caso tratamiento shock (<i>Ver capítulos</i>)</p>
	<p><b>Excepcionalmente fármacos, látex.</b></p>	<p>Sintomático</p>	<p>Sintomático</p>	<p>Sintomático</p>

ENFERMEADES ALÉRGICAS MEDIADAS A TRAVÉS DE INMUNOGLOBULINAS DE TIPO IGE. (Inmediatas)				
Edad	Síntomas ordenados por frecuencia	Causas por frecuencia	Tratamiento	Recomendaciones
5- 10 año	<p>Urticaria, angioedema</p> <p><b>Cutáneos:</b></p> <p><b>Orofaringeos:</b></p> <p>Muy frecuente Síndrome Alergia Oral (SAO) con Síntomas leves</p>	<p><b>Alimentos:</b> ingestión o contacto Relación causa efecto desde inmediata a 90 m. Con primera introducción aparente o con tolerancia previa. Síntomas por ingestas accidentales en ya diagnosticados</p> <p>Nuevos alimentos: frutos secos, mariscos, frutas de pelo o exóticas, especias.</p>	<p>Sintomático; antihistamínicos orales</p> <p>Corticoides orales</p> <p>Etiológico; dieta del alimento sospechoso hasta consulta</p> <p><b>Derivación a alergia pediátrica</b></p>	<p>Dieta solo del alimento sospechoso hasta consulta. No dieta estándar</p> <p><b>Derivación a alergia pediátrica</b></p>
	<p>Purito local, edema e hiperemia local, prurito ótico, eritema peribucal.</p> <p>Dificultad tragar, cambio voz.</p> <p>Pueden evolucionar a mayor gravedad</p>	<p><b>Alergia a fármacos:</b> siempre con tolerancia previa.</p> <p>Antibióticos: betalactámicos por frecuencia utilización.</p> <p><b>AINES:</b> lapso de tiempo largo, desde la toma, hasta de varias horas (4-9h).</p> <p>Predomina angioedema en cara, sobre todo párpados.</p> <p>Menos frecuente paracetamol</p>	<p><u>Sintomático:</u> antihistamínicos orales</p> <p>Corticoides orales. El angioedema tarda en ceder</p> <p><u>Etiológico:</u> supresión del medicamento.</p> <p>Sustituir antibiótico por otro grupo.</p> <p>No emplear AINES. Si imprescindible analgesia paracetamol el más seguro</p>	<p><b>Derivación a alergia pediátrica</b></p> <p><b>Si infección importante o intervención quirúrgica pendiente derivación rápida</b></p>
	<p><b>Dermatitis atópica</b></p>	<p><b>Respiratorios:</b></p> <p>Rinoconjuntivitis</p> <p>Tos espasmódica / Asma</p>	<p>Exacerbación de dermatitis ya tratada.</p> <p><b>Inhalantes : Muy frecuentes</b></p> <p><b>Infección respiratoria : ocasional</b></p> <p>La epidemiología depende de factores de exposición.</p> <p><b>En zona polínica aparece en "epidemias" en fechas determinadas coincidiendo con floración</b></p>	<p>Sintomático</p> <p>Sintomático; antihistamínicos orales</p> <p>Antihistamínico tópico en ambos casos. Si muy aguda corticoides y simpaticomimético</p> <p>Corticoides tópicos nasales</p> <p>Etiológico; evitación de alérgeno.</p> <p>Tratamiento sintomático: el habitual en asma.</p>
	<p><b>Anafilaxia.</b> Afectación estado general.</p>	<p><b>Alimentos. Valorar combinación alimento/ejercicio</b></p> <p>Poco frecuente: fármacos, picadura himenópteros.</p>	<p>Sintomático; Adrenalina IM</p> <p>Corticoides orales o parenterales.</p> <p>En su caso tratamiento shock (<i>Mer captulos anafilaxia y shock</i>)</p>	<p><b>Derivación rápida a alergia pediátrica</b></p>

Edad	Síntomas ordenados por frecuencia	Causas por frecuencia	Tratamiento	Recomendaciones
10-16 años	<p><b>Cutáneos:</b> Urticaria, angioedema</p> <p><b>Orolaringeos:</b> Muy frecuente SAO (Síndrome Alergia Oral). Síntomas leves.</p> <p>Prurito local, edema local, prurito ótico, dificultad tragar, cambio voz. Pueden evolucionar a mayor gravedad</p>	<p><b>Alimentos:</b> Ingesta o contacto causa efecto desde inmediate a 90 m. Tolerancia previa. Síntomas por ingestas accidentales muy frecuentes en ya diagnosticados. Nuevos alimentos: frutos secos, mariscos, frutas de pelo o exóticas, especias, verduras.</p>	<p>Sintomático: antihistamínicos orales. Corticoides orales Etiológico: Dieta del alimento sospechoso hasta consulta alergia pediátrica. Dieta de productos relacionados y alimentos del mismo grupo</p>	<p>No dieta estándar. <b>Derivación a alergia pediátrica.</b></p> <p><b>Derivación a alergia pediátrica.</b> <b>Si infección importante o intervención quirúrgica pendiente derivación rápida.</b></p>
	<p><b>Fármacos: más frecuente que en edades previas. Tolerancia previa</b> Antibióticos. Betalactámicos por ser más utilizados <b>AINES:</b> lapso de tiempo largo desde la toma, hasta de varias horas (4-8h). Angioedema en cara, sobre todo parpados. Pueden presentar asma. Menos frecuente paracetamol.</p>	<p>Tratamiento sintomático: antihistamínicos orales. Corticoides orales Etiológico: supresión del medicamento. Sustituir antibiótico por otro grupo. No emplear AINES. Si impres cindible analgesia paracetamol</p>	<p>No se continua con antibiótico analgésicos o antiinflamatorio o se cambia de grupo.</p>	<p><b>Derivación a alergia pediátrica.</b></p>
	<p><b>Látex:</b> En sensibilizados previamente (preservativos) o síndrome látex -frutas</p>	<p>Sintomático: evitación contacto</p>	<p>Derivación a alergia pediátrica.</p>	<p><b>Derivación a alergia pediátrica.</b></p>
	<p><b>Dermatitis atópica</b></p> <p><b>Respiratorios:</b> Conjuntivitis y rinitis (prurito nasal y ocular intenso, estornudo, secreción clara) Asma Si es alérgico con rinoconjuntivitis. Inicio muy brusco si exposición masiva a alérgeno (epitelios animales, día de máxima polinización, etc)</p>	<p><b>Inhalantes: la causa más frecuente de asma en adolescencia</b> La epidemiología depende de factores de exposición y de la sensibilización. <b>En zona polínica aparece en "epidemias" en fechas determinadas coincidiendo con floración.</b></p>	<p>Sintomático: evitación contacto Sintomático <b>Tratamiento sintomático:</b> colirio antihistamínico. Si conjuntivitis muy aguda colirio con corticoides y simpáticoomético. Antihistamínicos orales (ver "Fármacos"). <b>Tratamiento sintomático:</b> el habitual en asma. Derivación a consulta alergia pediátrica</p>	<p><b>Derivación a dermatología.</b></p> <p><b>Evitación de alérgeno</b> Si cuadro conjuntivitis/rinitis marcada o reiterativa o mal controlada <b>derivación a alergia pediátrica.</b> <b>Si asma repetida o mal controlada derivación a alergia pediátrica para diagnóstico y valoración tratamiento etiológico.</b></p>
	<p><b>Anafilaxia.</b> Afectación estado general.</p>	<p><b>Alimentos</b> <b>Valorar combinación alimento/ejercicio</b> Menos frecuente: fármacos, picadura himenópteros, látex.</p>	<p>Sintomático: Adrenalina IM Corticoides orales o parenterales. En su caso tratamiento shock (Ver <i>capítulos</i>)</p>	<p><b>Derivación rápida a alergia pediátrica.</b></p>

## PATOLOGÍA ORTOPÉDICA MÁS FRECUENTE EN PEDIATRÍA

<b>OSTEOCONDritis:</b> necrosis de los núcleos de osificación por déficit vascular				
Enfermedad	Localización	Edad/Sexo	Síntomas	Dco y tratamiento
<b>Perthes</b> (Enf. Legg-Perthes-Calvé)	Cabeza femoral	3-9 años (más grave cuanto más edad) Varones (4:1) Bilateral:10-15 %	Cojera insidiosa (80%). Dolor inconstante referido a ingle o rodilla, que aumenta con la actividad. Limitación, a veces leve, a rotación interna y abducción de cadera	Rx cadera Gammagrafía y RM para diagnóstico precoz Derivación urgente a Traumatología
<b>Osgood-Schlatter</b>	Tuberosidad anterior de la tibia (inserción tendón rotuliano)	>8-9 años. Adolescentes. Varones Deportistas Puede ser bilateral	Dolor en cara anterosuperior de tibia durante y después del ejercicio. Tumefacción y dolor a la presión en tuberosidad tibial anterior. Cojera	Dco clínico. Rx en caso de duda. Disminuir deporte a lo que tolere. Antiinflamatorios si dolor intenso. Resolución espontánea al terminar el crecimiento En los casos de afectación a nivel del pie puede ser útil algún dispositivo ortopédico para descarga de la parte inflamada
<b>Köhler</b>	Escafoides tarsiano	3-7 años Varones Frecuente bilateral	Cojera por apoyo del pie en varo (evita apoyo sobre borde interno del pie)	
<b>Sever</b>	Tuberosidad mayor del calcáneo	Preadolescentes Varones	Talalgia con la marcha. Cojera por apoyo del antepie para evitar el dolor. Dolor a la presión lateral del talón	
<b>Freiberg</b>	Cabeza del 2º metatarsiano	Adolescentes Mujeres unilateral	Dolor al apoyo del antepie, más al saltar y correr. Engrosamiento y dolor a la presión a nivel de la cabeza del 2º meta. Limitación movilidad articulación metatarsalángica	



**ALTERACIONES ORTOPÉDICAS DE COLUMNA VERTEBRAL****ESCOLIOSIS:** incurvación lateral de la columna vertebral

- No estructurada (postura escoliótica: provocada por factores externos a la columna vertebral) Dismetría de EEl con oblicuidad pélvica. Corregir si > 1 cm de diferencia Actitudes escolióticas posturales o antiálgicas
- Estructurada (Curva lateral estructurada + rotación vertebral que provoca mayor prominencia posterior de las costillas del lado de la convexidad). Pueden ser congénitas por malformaciones vertebrales, neuromusculares por parálisis cerebral...o idiopáticas

**Escoliosis idiopática:**

- Infantil: menores de 3 años
- Juvenil: 3-9 años. Suelen progresar
- **Adolescente:** > 10 años. Son las más frecuentes. Más en mujeres.

Más importante durante la pubertad coincidiendo con máximo crecimiento de la columna vertebral. Más frecuente torácica y de convexidad derecha.

Debe descartarse a partir de los 6 años: con el niño de pie, desde atrás valorar la simetría de hombros, flancos, crestas ilíacas y escápulas. Flexionando el tronco hacia delante con las piernas en extensión (maniobra de Adams) ver que no haya mayor prominencia costal en un hemitórax.

La teleRx de columna permite confirmar el diagnóstico y valorar el grado (ángulo de Cobb). Remitir al traumatólogo para tratamiento con corsé (20-45°) (evitar la progresión) o cirugía en los casos más severos (>45°).

**ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN:** alteración en el crecimiento del cuerpo vertebral (etiología desconocida, posible osteocondritis vertebral): acentuación de la cifosis fisiológica, cuando ocurre a nivel dorsal (dorso redondeado) y una disminución de la lordosis fisiológica cuando ocurre a nivel lumbar. Dco por Rx de columna y derivar al Traumatólogo para tratamiento con corsé y rehabilitación o cirugía en los casos más severos.

**DISPLASIA DE CADERA:** alteración en el desarrollo de la cadera.

- Cadera luxable: cabeza femoral en el acetábulo. Maniobra de Barlow + (se luxa al realizarla)
- Cadera luxada: la cabeza femoral está fuera del acetábulo. Maniobra de Ortolani + (se coloca en el acetábulo al realizarla, salvo que esté evolucionada)

Más frecuente: raza blanca, mujeres, lado izquierdo

**Exploración:**

- En el recién nacido: maniobras de Ortolani y Barlow.
- A partir de los 3 meses: limitación a la abducción de la cadera, asimetría de pliegues y posible acortamiento del muslo del lado afectado, tanto con la pierna en flexión como en extensión.
- Inicio de la marcha: se mantiene lo anterior y aparece cojera.

Diagnóstico: Ecografía de cadera en los 3 primeros meses de vida cuando la exploración es patológica.

Radiografía de caderas (en abducción y rotación externa de 45°): en mayores de 3-4 meses

El tratamiento varía según la edad en la que se detecta y corresponde en todos los casos al traumatólogo.

**GENU VALGO:** rodillas juntas en línea media (piernas en X). Fisiológico 2º y 3º año de vida. Observación hasta los 9-10 a. de edad, si distancia intercondílea > 10 cm: tratamiento quirúrgico.

**GENU VARO:** rodillas alejadas de la línea media (piernas en paréntesis). Fisiológico primer año de vida. Observación hasta los 9-10 a. si la distancia intermaleolar es > de 10 cm: tratamiento quirúrgico.

**PIES PLANOS LAXOS:** (El arco plantar aparece a partir de los 3-4 años al desaparecer la almohadilla plantar). Son pies con valgo del talón y pérdida del arco longitudinal plantar. Al ponerse de puntillas y al hacer flexión dorsal del primer dedo aparece el arco plantar. Esto los diferencia del pie contracto que siempre es patológico. No precisan radiografía. Derivar al traumatólogo si aparece dolor.

## ANEMIA

Edad	Hemoglobina (g/dL)		Hematocrito (%)		Hematíes (millones/mcL)	
	MEDIA	<2DS	MEDIA	<2DS	MEDIA	<2DS
Recién nacido	16,5	13,5	51	42	4,7	3,9
3 días	18,5	14,5	56	45	5,3	4
1 semana	17,5	13,5	54	42	5,1	3,9
1 mes	14	10	43	31	4,2	3
2-6 meses	11,5	9	35	28	3,8	2,7
6 meses - 2 años	12	10,5	36	33	4,5	3,7
2-12 años	13	11,5	40	35	4,6	4
>12 años	14	12	41	36	4,6	4,1

**CLINICA:**

Depende de rapidez de instauración

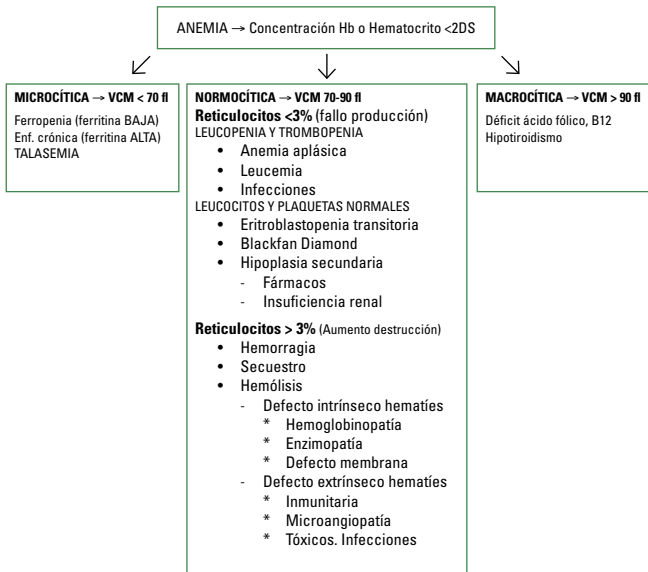
**Comunes:** astenia, anorexia, palidez mucocutánea, fallo de medro, soplo cardiaco...

**Específicas:** ictericia, equimosis, adenopatías, esplenomegalia, hepatomegalia, alteraciones óseas, alteraciones tróficas de piel y faneras...

**ESTUDIO DIAGNÓSTICO**

**Primer nivel:** Hemograma. Reticulocitos, LDH, bilirrubina total y directa, perfil férrico

**Segundo nivel:** extensión en sangre periférica, perfil hepático y renal, vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas, fragilidad osmótica, estudio médula ósea...



<p style="text-align: center;"><b>TRATAMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;">En función de etiología y repercusión</p>	<p><b>Ferroterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral: sal ferrosa (2-6 mg/kg/día de hierro elemento). 1-2 /día. 2-6 meses. Ayunas. No con lácteos.</li> <li>• Grupos de riesgo anemia ferropénica: Prematuridad (&lt; 1500gr), lactancia materna exclusiva &gt; 6 meses, dietas restrictivas, cardiopatías congénitas cianógenas, tratamiento prolongado AINEs, corticoides...</li> <li>• Efectos adversos: intolerancia digestiva, pigmentación de heces y dentina</li> </ul> <p><b>Trasfusión concentrado hematíes:</b> Instauration aguda con compromiso hemodinámico.</p>
--	---

## PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

Púrpura palpable o petequias, preferentemente en las extremidades (zonas de presión). No relacionado con trombocitopenia.

Si distribución no es en extremidades, descartar déficit de IgA.

Al menos 1 e las 4 siguientes:

- Dolor abdominal

- Vómitos  
- Hematemesis  
- Melenas

- Histopatología asociada

-Vasculitis leucocitoclástica con depósitos de IgA predominantes.  
-Glomerulonefritis proliferativa con depósito de IgA predominantes.

- Artralgias / "falsa artritis" (tumefacción y limitación periarticular).

- Afectación renal

- Proteinuria.
- Hematuria.

>0.3 g/24h  
Albumina/creatinina >30 mmol/mg  
>= ++ en tira de orina

### LABORATORIO:

- Descartar plaquetopenia.
- Anemia normocrómica en ocasiones cuando coexiste sangrado.
- Leucocitosis en ocasiones.
- IgA, IgM aumentada en ocasiones.
- Descartar afectación por STR.  $\beta$  Hemolítico, desencadenante del cuadro muchas veces.

### TRATAMIENTO:

- Prednisona (1-2 mg/Kg/día) vía oral para afectación gastrointestinal; hemorragias, afectación periarticular o afectación renal instaurada.
- Metilprednisolona intravenosa si afectación grave.
- Metilprednisolona +/- ciclofosfamida si hemorragia pulmonar o glomerulonefritis rápidamente progresiva.

+/- plasmaféresis

## TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA O DIATESIS HEMORRAGICAS

### 1. TEST DE EXPLORACIÓN DE LA HEMOSTASIA

#### 1.1 Hemostasia primaria (vasos y alteraciones plaquetarias):

- Plaquetas: 100.000 - 400.000/mm<sup>3</sup>
- Tiempo de obturación: análisis automatizado de la función plaquetaria

#### 1.2 Via intrínseca de la coagulación:

- **Tiempo de tromboplastina activado (TTPA) o de cefalina:** normal 24-36 seg. Son valorables diferencias de 8-10 seg. Explora las vías intrínseca y común final (factores VIII, IX, II, V, XI, XII, precaliceína y cininógenos de alto peso molecular).

*Alargado con:* heparina, anticoagulante lúpico o hematocritos elevados.

*Alargamiento aislado* del TTPA: déficits de factores VIII, IX y XI.

#### 1.3 Via extrínseca de la coagulación:

- **Tiempo de protrombina (TP):** normal 9-12 s. [ % (índice de Quick) o INR (relación normalizada internacional): normal <1,1; en coagulopatías adquiridas: 1,2 - 3,5]. Mide las vías extrínseca y común (factores VII, X, V, II y fibrinógeno).

*Alargado:* Déficit de vitamina K, hepatopatías, inhibidores específicos y cumarínicos.

**Alargamiento aislado:** Deficiencia de factor VII

#### 1.4 Evaluación de la formación y destrucción de fibrina:

- **Tiempo de trombina (TT).** Explora la fase final de la coagulación.
- **Alargado:** Alteración de fibrinógeno, hiperfibrinólisis o heparina. TT N: 15-20 seg.
- **Fibrinógeno.** N: 200-400 mg/dl.

## 2. COAGULOPATÍAS

### 2.1. HEREDITARIAS

#### Hemofilia A y B

Más frecuente la A (déficit factor VIII) que la B (déficit factor IX). AR ligada a X lo más frecuente.

#### Manifestaciones Clínicas

- Clínica idéntica en ambas.
- La gravedad y edad de aparición depende del nivel del factor:
  - Grave, hemorragias de forma espontánea;
  - Moderada/leve se desencadenan por un traumatismo o una intervención quirúrgica.
- Formas de presentación: equimosis, hematomas grandes al mínimo traumatismo y sangrado bucal.
- Hemorragias más características: hemartrosis, hematomas musculares, hemorragias del SNC.

#### Diagnóstico

< 50% factor VIII en la A y de factor IX en la B. Grave (<1%), moderada (1-5%) o leve (>5%). TP normal y TTPA alargado.

#### Tratamiento

- FVIII o FIX recombinante en las hemorragias y/o profiláctica (casos graves)
- Hemofilia A moderada o leve puede emplearse la Desmopresina asociada o no a antifibrinolíticos.
- Las vacunas rutinarias deben administrarse por vía subcutánea profunda.

#### **Enfermedad de Von Willebrand**

Manifestaciones Clínicas: Hemorragias de intensidad y duración injustificadas, de diversa localización

Diagnóstico: TTPA puede ser normal o alargado. El TP y fibrinógeno son normales. El tiempo de obturación está alargado.

#### Tratamiento

- Desmopresina (hemorragias o pre-cirugía).
- Si no puede emplearse o EVW tipo 3: concentrados de FVIII/FwW
- Tratamiento con los antifibrinolíticos: pueden ser eficaces en hemorragias mucosas.

## 2.2. ADQUIRIDAS

Diagnóstico diferencial (laboratorio) de la deficiencia de vitamina K, la hepatopatía y la coagulación intravascular diseminada			
	Deficiencia vitamina K	Hepatopatía	Coagulación intravascular diseminada
Hemáties	Normales	±	Acantocitos y esquistocitos
Plaquetas	Normales	Normales/↓	↓
TP	↑	↑	↑
TTPA	↑	↑	↑
PDF/DD	Normales	Normales/↑	↑↑
Factores deficientes	II, VII, IX y X	II, V, VII, IX, X y fibrinógeno	II, V, VIII, XIII y fibrinógeno

## 3. TROMBOCITOPENIAS

## PTI (Trombocitopenia inmune primaria)

Clasificación (Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas, 2010):

- PTI crónica: > 12 meses de duración.

Manifestaciones clínicas

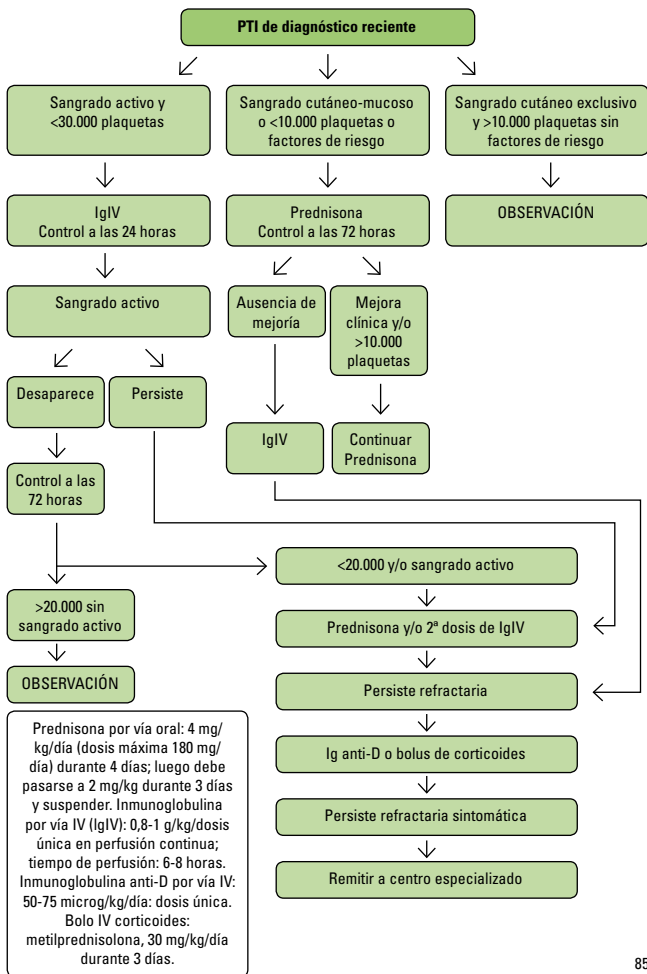
- Más recuente entre 2-8 años. Síndrome agudo purpúrico cutáneo mucoso, con posible hemorragia a diferentes niveles sin obligada correlación con la cifra de plaquetas. Suele ir precedida de infección vírica o vacunación.
- Factores de riesgo de hemorragia grave: TCE, politraumatismo previo, tratamiento con antiagregantes, hematuria y diátesis hemorrágica (vasculitis y coagulopatías).
- *Sangrado activo*

Diagnóstico

- Hemograma completo
- Morfología de sangre periférica
- Hemostasia: tiempo de protrombina, tiempo de cefalina, fibrinógeno
- Inmunoglobulinas
- Bioquímica básica
- Estudio de virus (VIH, hepatitis, parvovirus y herpesvirus)

Nota: Médula ósea: debe realizarse con presentación atípica, citopenia asociada o curso prolongado.

Tratamiento: Ver algoritmo de PTI de diagnóstico reciente.



**DIARREA CRÓNICA**

Aumento del número y/o **disminución de la consistencia** >2 semanas.

	Diarrea osmótica (+frec)	Diarrea secretora
Volumen heces	<200cc/24h	>200cc/24h
Respuesta ayuno	Sí	No
Na <sup>+</sup> en heces	<70meq/l	>70meq/l
Osmolaridad fecal	=(Na+K)x2	>(Na+ K)x2
Cuerpos reductores	+	-
Ph heces	<5	>6
Mecanismo	Aumento en la Presión osmótica el la luz intestinal Sustancias no absorbidas en la luz originan movimientos a favor de gradiente de agua y electrolitos	Aumento de la secreción activa de agua y electrolitos desde el plasma a la luz intestinal que superan la capacidad de absorción
Heces	Líquidas explosivas (si MA <malabsorción> de HC) Voluminosas, oleosas y brillantes (esteatorrea) si MA de grasas y normales si MA de proteínas	Líquidas Abundantes sin productos patológicos

- **Diarrea por alteración de la motilidad intestinal:** HIPOMOTILIDAD (sobrecrecimiento bacteriano) HIPERMOTILIDAD (déficit de absorción de líquidos)
- **Diarrea por mecanismo inflamatorio**

<b>Alteración en la digestión</b>	Pastosas, oleosas, flotan de color pálido y olor rancio Volumen constante (insuficiencia pancreática)
<b>Alteración en la absorción</b>	Blandas o líquidas de olor ácido, esteatorrea leve (EC , APLV, sobrecrecimiento bacteriano)
<b>Alteración en la fermentación</b>	Líquidas, ácidas con abundante gas (volumen variable en función de la cantidad de HC ingerido)



<b>Menores de 6m</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarreas congénitas: (inclusión microvilli, Displasia neuronal intestinal, Diarrea de cloruros, Malabsorción de glucosa galactosa, diarrea autoinmune/IPEX ,APECED, diarrea sindrómica)</li> <li>• Síndrome de intestino corto</li> <li>• Enfermedad de Hirschprung (EH)</li> <li>• <b>APLV ó IPLV</b></li> <li>• <b>Síndrome postenteritis</b></li> <li>• Errores dietéticos</li> <li>• Fibrosis quística</li> <li>• Síndrome de Schwachman- Diamond</li> <li>• Inmunodeficiencia ( ID combinada severa) (ICS/Síndrome de Wiskott Aldrich, Deficit de IGA, SIDA)</li> <li>• Acrodermatitis enteropática</li> <li>• Enfermedades metabólicas</li> </ul>
<b>&gt;6m - 3 años</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diarrea crónica inespecífica</b></li> <li>• <b>Enfermedad celiaca</b></li> <li>• <b>Parasitosis: Giardia</b></li> <li>• <b>Síndrome postenteritis</b></li> <li>• Déficit de sacarasa-isomaltasa</li> <li>• Malabsorción de fructosa</li> <li>• Alergia alimentaria (gastroenteritis eosinofílica)</li> <li>• Fibrosis Quística</li> <li>• Inmunodeficiencias (ICS/SWA/Déficit de IGA, SIDA)</li> </ul>
<b>&gt;3 años y niños mayores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parasitosis: Giardia</b></li> <li>• <b>Síndrome intestino irritable</b></li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>• <b>Enfermedad celiaca</b></li> <li>• <b>Intolerancia a lactosa</b></li> <li>• Tumores secretores</li> </ul>

**HISTORIA CLÍNICA**

- Heces líquidas, explosivas, acidas en la malbsorción de azúcares
- Heces brillantes pálidas que flotan esteatorrea grave en la insuficiencia pancreática y leve en la enfermedad celiaca.
- Heces con moco y sangre, con tenesmo y deposiciones nocturnas en la Enfermedad Inflamatoria intestinal o en colitis alérgica.
- Heces muy líquidas que no mejoran con el ayuno en la diarrea secretora
- Heces diurnas que se hacen más líquidas a lo largo del día con restos de alimentos sin digerir en la diarrea funcional.

**EXPLORACIÓN FÍSICA****El peso suele afectarse más que la talla.**

Signos y síntomas de organicidad: vómitos, diarrea con sangre, nocturna, distensión abdominal, edemas, deshidratación ó afectación del estado nutricional. Búsqueda de hábito malabsortivo ( enfermedad celiaca) dismorfias y pelo ensortijado ( Menkes) palidez (ferropenia), edemas ( malnutrición PE o en enteropatía pierde proteínas o enfermedad hepática avanzada) acropaquias (fibrosis quística) lesiones en la piel o afectación periorifical (Acodermatitis por déficit de Zn) dermatitis perianal ( intolerancia a hidratos de carbono), dermatitis atópica (alergias), dermatitis herpetiforme ( enfermedad celiaca), aftas, fistulas fisuras (Enfermedad Inflamatoria Intestinal)

**Pruebas primer nivel**

- **Examen de heces:** Determinación de Antígenos virales (rota y adeno), coprocultivo y examen parasitológico de 3 días (giardia y *cryptosporidium*). Si sangre en heces y casos seleccionados toxina de *clostridium difficile* (ID/ antibioterapia previa)
- **Análítica:** Hemograma, Bioquímica (glucosa, urea, creatinina, PT, Albumina, colesterol, TGC, iones, Calcio, Fósforo, FA, Ferritina, niveles de vitaminas liposolubles A-D-K), Coagulación, Serología de Enfermedad celíaca: AGA deaminados IgA e IgG en menores de 2 años, Ac antitransglutaminasa IgA con determinación de IgA sérica y Ac antiendomiso, TSH, Inmunoglobulinas, VSG y PCR.
- **Urocultivo (lactantes)**
- **Prueba terapéutica** retirada de PLV, lactosa ó zumos (exceso de azucares) cuando la historia lo sugiera.

**Pruebas segundo nivel**

- **Estudios de malabsorción, maldigestión:** Determinación de la grasa fecal (Van de Kamer: (heces de 72h) VN: <3g/24h niños y <6g/24h adultos) coeficiente de absorción de grasa CAG (grasa ingerida (encuesta dietética de 3d- grasa excretada) VN 65-75% RNPT, 80-85% RNAT >95% en niños mayores de 3 años y adultos)
- **Técnica de infrarrojo cercano (FENIR) en heces de 24h** (% de agua, grasa, nitrógeno, almidón y azúcar) **Nitrógeno fecal:** VN 0.8-1.2g/24h (elevado orienta a una enteropatía pierde proteínas)
- **Alfa 1 AT fecal:** Si sospecha de enteropatía pierde proteínas (linfangiectasia intestinal, EI,...) Heces de 24h Su presencia en heces es patológica excepto en situaciones de Hemorragia digestiva o lactancia materna. VN 0.2-0.72mg/g heces secas.
- **Quimotripsina fecal:** Heces de 24h VN: 23-46 U7g o en muestra aislada VN: 6-30U/g
- **Elastasa 1 fecal:** Sensible y específico de función pancreática exocrina VN: >200mcg/g heces
- **pH y sustancias reductoras:** pH cuerpos reductores (CR) y glucosa MA azúcares pH <5,5 en lactancia materna <4,5. CR >0.5-1% y glucosa positiva. Para el déficit de Sacarasa isomaltasa (azúcar no reductor) técnica de hidrólisis (Selivanoff)
- **Pruebas de imagen** reservadas a trastornos anatómicos o quirúrgicos o en búsqueda de EII (RX simple abdomen, Eco abdominal), estudios baritados enema opaco o entero-RMN

**Estudios específicos según sospecha clínica:****Intolerancia HC y sobrecrecimiento bacteriano**

- Determinación de pH y CR en heces
- Test de hidrogeno espirado con azúcar implicado: aumento de 10-20ppm a los 90-120m de la sobrecarga. Si basal alta o pico precoz orienta a sobrecrecimiento bacteriano. Limitación: individuos no productores de hidrogeno, en estos puede hacerse test con carbohidrato marcado con carbono 13.
- Cuantificación de disacaridasas en muestra obtenida por biopsia

<b>Insuficiencia pancreática Exocrina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test del sudor: Cl en sudor 2 determinaciones &gt;60mmol/l confirman el diagnóstico FQ 40-60 mmol/l (dudoso)</li> <li>• Estudio genético de FQ</li> <li>• Determinación de vitaminas liposolubles ADK</li> <li>• Test de C13 TGC mixtos: cantidad de CO2 eliminado está en relación directa con la capacidad del páncreas de digerir grasas. Para tratamiento enzimático sustitutivo</li> <li>• Técnica de IR cercano FENIR: cuantificación de la grasa fecal : control enzimático de la FQP</li> </ul>
<b>Enteropatía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsia intestinal</li> </ul>
<b>Sensibilización a las proteínas alimentarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test cutáneos (pricko prick by prick)</li> <li>• IgE total y específica para diversos Ag alimentarios</li> <li>• Prueba terapéutica retirada y recaída</li> </ul>
<b>Enfermedad Inflamatoria intestinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia con Biopsias</li> <li>• Endoscopia digestiva si sospecha de Enfermedad de Crohn</li> <li>• TDC, entero RMN y gammagrafía con leucocitos marcados en casos seleccionados</li> <li>• Calprotectina fecal indicador de inflamación con sensibilidad y especificidad no establecidas VN 0-30mcg/g heces</li> <li>• VSG y PCR</li> </ul>
<b>Acrodermatitis enteropática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zn sérico</li> </ul>
<b>Inmunodeficiencias</b>	Ig y sus clases, Ac funcionales, Función linfocitaria, función de neutrófilos, Complemento...
<b>Abetalipoproteinemia</b>	Colesterol, TGC , LDI
<b>Enteropatía AI</b>	Ac antienterocito, estudio hormonal
<b>Tumores secretores</b>	VIP, gastrina, secretina, catecolaminas, cromogranina A
<b>Diarreas congénitas</b>	Electrolitos y anión GAP

**TRATAMIENTO**

- Evitar ayunos prolongados y dietas restrictivas ó pobres en grasas
- Proporcionar aporte adecuado de calorías, manteniendo alimentación normal. Limitar la ingesta de alimentos con elevado contenido de azúcares simples como zumos de frutas envasados (ricos en sorbitol)
- No introducir alimentos nuevos hasta que no esté resuelto el cuadro.
- Aporte de líquidos (agua y soluciones de rehidratación oral en los casos de diarrea secretora)
- Evitar el uso de antiperistálticos
- Evitar el uso indiscriminado de antibióticos.
- Eliminar alimentos claramente implicados

**ENTIDADES ESPECÍFICAS FRECUENTES:****Diarrea crónica no específica o diarrea del lactante:**

6m-3 años tras una infección, estrés. Autolimitada. Sin clínica nocturna. Normalizar dieta.

**Síndrome colon irritable:**

Niños mayores, dolor abdominal recurrente (alternancia de diarrea y estreñimiento). Identificar factores psicosociales Disminuir la ingesta de sorbitol, fructosa y legumbres. En algunos casos espasmolíticos con escasa eficacia.

**Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano:**

< 2-3 a. tras uso frecuente de antibióticos Dolor abdominal/ flatulencia/diarrea. Tto: Metronidazol 15mg/kg/d en 2 dosis 7-10 d. o Trimetoprim- Sulfametoxazol 8mg/kg/d en 2 dosis 7-10d.

**Síndrome postenteritis:**

Diarrea aguda de curso prologado o recaída tras mejoría. 6m y 3 años. Útil la eliminación transitoria de la lactosa o la PLV .

**Intolerancia/ alergia alimentaria:**

Mediada o no por mecanismo IgE. Más frecuentemente implicadas las PLV, también la soja o en niños más mayores el huevo. Heces con sangre y moco en lactante, síntomas respiratorios o dermatológicos. Dietas de eliminación.

**Malabsorción de Hidratos de carbono:**

Heces explosivas acidas con distensión abdominal y meteorismo, eritema perianal, pérdida de peso.

Eliminación del carbohidrato frecuentemente lactosa.

**Parasitosis**

Giardiasis y *Cryptosporidium* (No tratar en inmunodeprimidos)

**HIPOTIROIDISMO****Diagnóstico diferencial del hipotiroidismo clínico:**

	<b>TSH</b>	<b>T4 LIBRE</b>
<b>Hipotiroidismo Primario</b>	aumentado	Disminuido
<b>Hipertirotropinemia</b>	aumentado	Normal
<b>Hipotiroidismo central hipofisario</b>	Normal o disminuido (no respuesta a Test de TRH)	Disminuido
<b>Hipotiroidismo central hipotalámico</b>	Normal o disminuido (no respuesta a Test de TRH)	Disminuido
<b>Déficit congénito de TBG</b>	Normal	Disminuido
<b>Resistencia a Hormonas tiroideas</b>	aumentado	aumentado

**Hipotiroidismo subclínico (HS)/Hipertirotropinemia (HTT):** ↑ TSH (5-10 mU/L) y T4 normal

2% de población pediátrica, más en niñas.

**Manejo de la hipertirotropinemia:**

- 1m.-3 años: si TSH no se normaliza → Tratar. Si persiste → imagen de la glándula.
- >3 años
  - TSH: 5-10 mU/L → repetir TSH, T4L y solicitar Ac antitiroideos si (-): control anual.

**Consideraciones sobre la TSH:**

- Normal: 0,45 – 3-4,5 mUI/L (98% población hasta 3.5)
- La TSH varía con ciclo circadiano. Extraer a primera hora de la mañana.
- Trisomía 21 : Se recomienda monitorización regular de la TSH

## PUBERTAD NORMAL Y PATOLÓGICA

### Pubertad normal

♀ Inicio: Botón mamario entre 8 y 13 años. Menarquia 2 años después.

Edad ósea (EO) 11 años

♂ Inicio: Aumento del volumen testicular (>4 ml) entre 9 y 14 años.

Edad ósea (EO) 13 años

### Adrenarquia, Telarquía aislada, Menarquia aislada (Variantes normales)

#### Pubertad adelantada (Variante normal)

♀ Inicio: Botón mamario entre 8 y 9 años.

♂ Inicio: Aumento del volumen testicular (>4 ml) entre 9 y 10 años.

#### PP Pubertad precoz

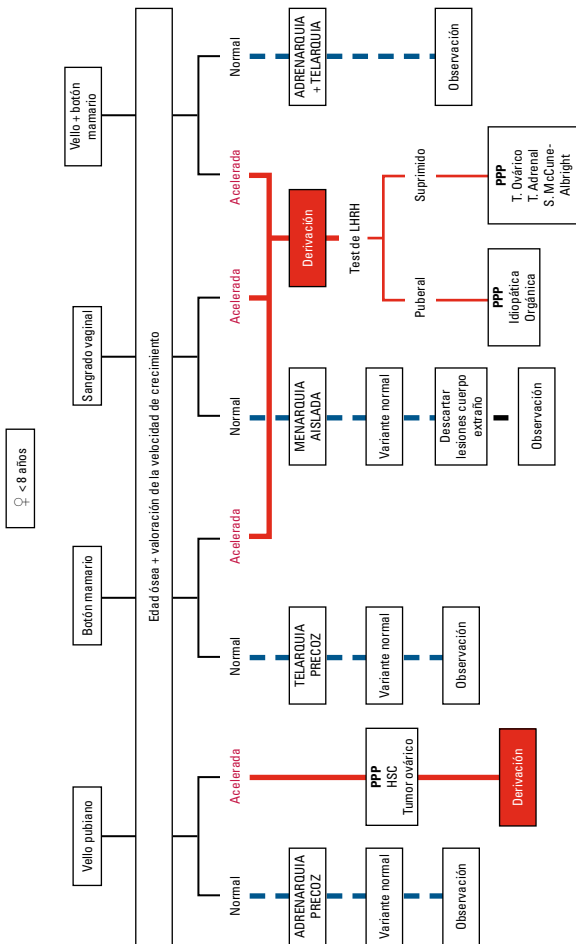
♀ Inicio: Antes de los 8 años.

♂ Inicio: Antes de los 9 años. Puede ser **Central (PPC)** o **Periférica (PPP)**

#### Pubertad retrasada

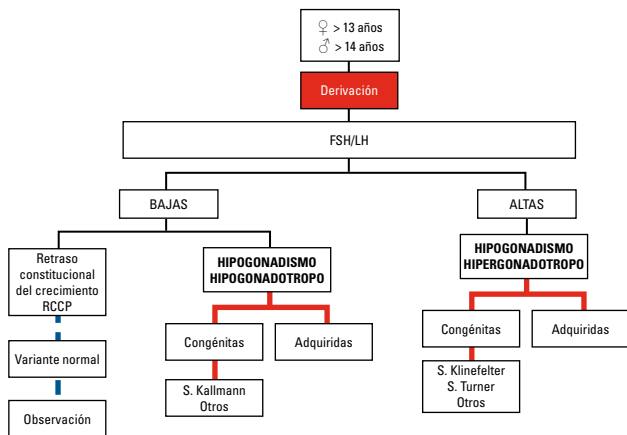
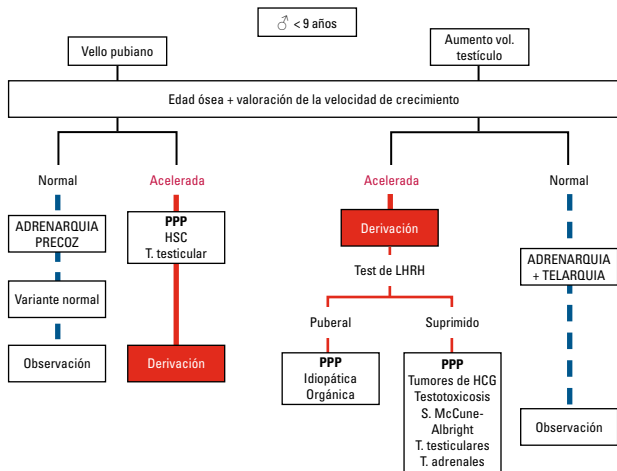
♀ Inicio: Botón mamario después de 13 años.

♂ Inicio: Aumento del volumen testicular (>4ml) después de 14 años.



## II. MANEJO DE ALGUNAS PATOLOGÍAS FRECUENTES

### Pubertad precoz y pubertad retrasada





## DISLIPEMIAS

**DESPISTAJE  
PEDIATRÍA**

\*No está indicado el despistaje universal.

**> 2 años con:**

- Antecedente de enfermedad cardiovascular: (varones < 55 años o mujeres < 65 años), en familiares de 1er, 2º grado.
- Padres con dislipemia / colesterol ( $\geq 240$  mg/dl).
- IMC > p95 y/o TA > p95

**Niños y adolescentes**

Categoría	Aceptable (mg/dl)	Límite (mg/dl)	Alto (>p95) (mg/dl)
<b>CT</b>	< 170	170-199	$\geq 200$
<b>C-LDL</b>	< 110	110-129	$\geq 130$
<b>Apo B</b>	< 90	90-109	$\geq 110$
<b>TG</b>			
<b>0-9 años</b>	< 75	75-99	$\geq 100$
<b>10-19 años</b>	< 90	90-129	$\geq 130$

Valores propuestos por NCEP (National Cholesterol Education Program)

**DX:****Exploración física**

Peso, talla, IMC, estadio puberal, T.A. y F.C.

**Estudio analítico**

- Ayuno de 12 horas
- Libre de enfermedad desde 3 semanas antes

Hemograma, Bioquímica (perfil hepático y renal)  
Hormonas tiroideas (TSH y T4L)  
Perfil lipídico: colesterol total (CT), triglicéridos (TG) y lipoproteínas (LDL-c, HDL-c y VLDL-c)  
Apo A y Apo B

- Si los valores lipídicos están alterados repetir el análisis en **tres o cuatro semanas**.
- Si antecedentes hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFH): Gen del receptor de LDL.

**Causas secundarias**

Fármacos, obesidad, diabetes mellitus, síndrome de Cushing, hipotiroidismo, trastorno de la conducta alimentaria tipo restrictivo, infecciones intercurrentes, entre otras.

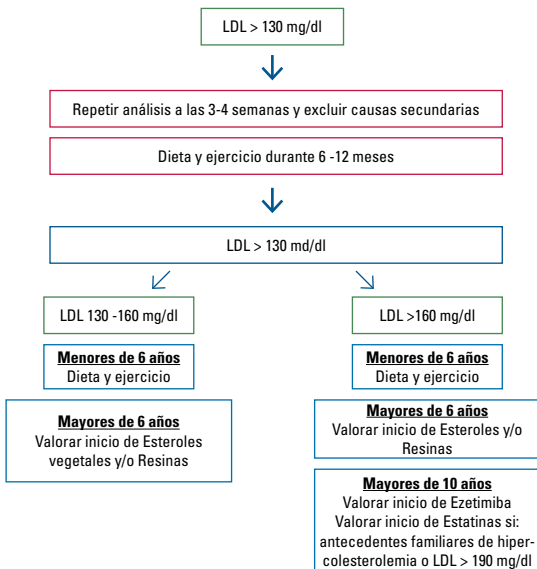
**Causas primarias**

HFH, H. poligénica, hiperlipidemia familiar combinada, hipertrigliceridemia familiar.

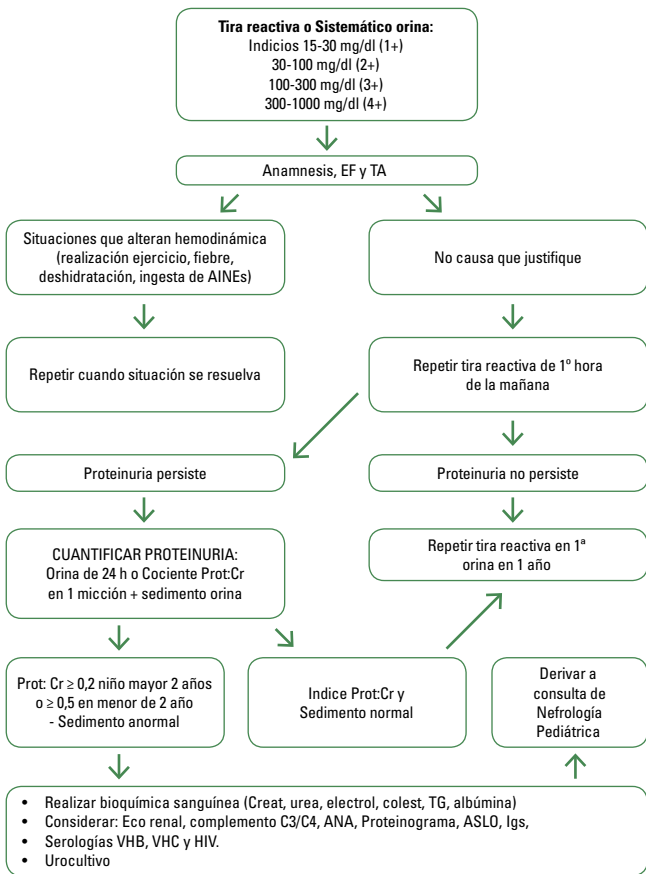
**Recomendaciones dietéticas**

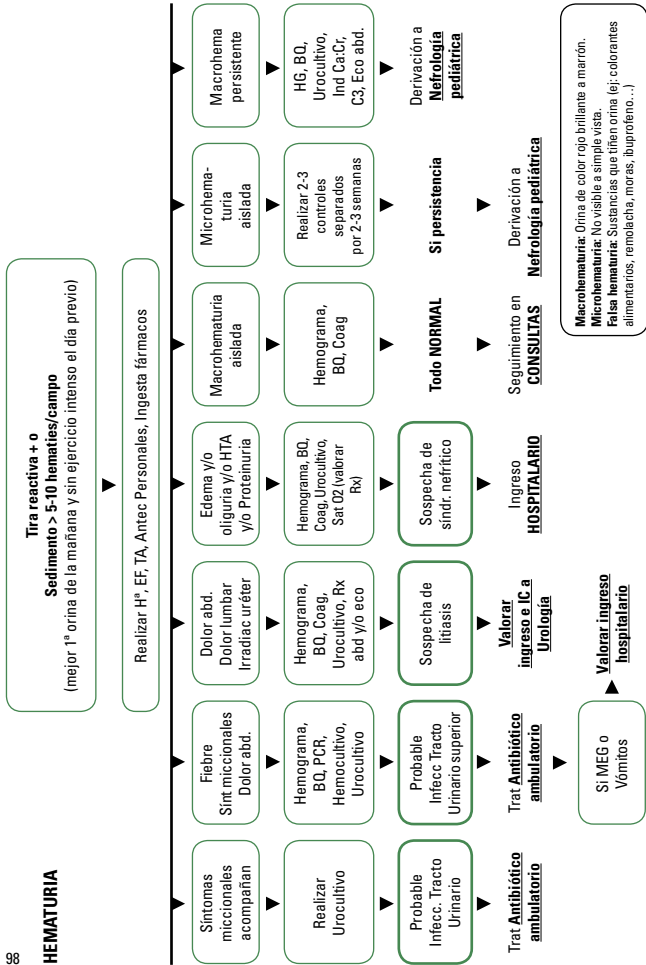
- Ingesta calórica adecuada, contenido en colesterol dietético < 300 mg/día.
- Esteroles vegetales 1,5-2 g/día a partir de los 6 años
- Micronutrientes: vigilar especialmente el aporte de vitaminas liposolubles

FÁRMACO	EDAD	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS
<b>Resinas</b>	> 6 años	Colestid® 5g Resincolestiramida® 4g	0,25-0,35 g/kg/día
<b>Ezetimiba</b>	>10 años	Ezetrol® o Absorcol® 10mg	1 comprimido/día
<b>Estatinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varón &gt; 10 a.</li> <li>• Mujeres tras la menarquía</li> <li>• En HFH &gt; 8 a.</li> </ul>	Pravastatina® Simvastatina®	Inicio:10 mg/día



## PROTEINURIA AISLADA





**SÍNDROME DE PFAPA**

(Fiebre periódica con estomatitis aftósica, faringoamigdalitis y adenitis).

**Debe cumplir siempre:**

- Inicio de la clínica antes de los 5 años.
- Episodios recurrentes de fiebre regulares.  
Asociado con las dos clausulas siguientes:
  - Estomatitis aftósica y/o faringoamigdalitis (con o sin adenopatías cervicales) sin afectación respiratoria asociada.
  - Aumento brusco de marcadores inflamatorios.
- Completamente asintomática en los intervalos intercrisis (generalmente menos de 10 semanas de duración).
- Exclusión de neutropenia cíclica (recuento de neutrófilos normales previo, durante y posteriormente a los episodios).
- Exclusión de otros síndromes autoinflamatorios (Fiebre Mediterránea Familiar, Síndrome HiperIgD, TRAPS, Enfermedad de Behçet).
- Ausencia de evidencia clínica y de laboratorio de inmunodeficiencia, enfermedades autoinmunes o infección crónica.

- Cada 28 días
- 5 días de duración
- Fiebre de hasta 40°C

VSG, PCR, Leucocitosis

Percentiles ponderoestaturales normales y sin secuelas.

- Anamnesis
- Sintomatología clínica
- RFA (reactantes de fase aguda)

**Tratamiento:**

- Prednisona de 0.6 mg/Kg a 2 mg/Kg vía oral en una 1 dosis el primer día o si es necesario repetir la dosis el segundo día para abortar los síntomas.
- +/- Amigdalectomía.

**TEST DE APGAR NEONATAL**

**Población diana:** Población general neonatal. Se trata de una escala heteroadministrada que valora y gradúa la salud del recién nacido. Consta de 5 categorías con 3 criterios cada una. La puntuación de cada categoría oscila entre 0 y 2, por lo que el rango total va desde 0 a 10. Este test se valora en los recién nacidos al primer y quinto minuto de su nacimiento. Puede repetirse a los 10, 15 y 30 minutos.

CATEGORÍA	CRITERIOS	PUNTUACIÓN
Ritmo cardíaco	Ausencia de ritmo cardíaco	0
	Ritmo cardíaco lento (<100 latidos/min)	1
	Ritmo cardíaco adecuado (>100 latidos/min)	2
Respiración	No respira	0
	Llanto débil, respiración irregular	1
	Llanto fuerte	2
Tono muscular	Flácido	0
	Algo de flexibilidad o doblez	1
	Movimiento activo	2
Respuesta ante estímulos (también llamada irritabilidad refleja)	Ninguna respuesta	0
	Mueca	1
	Llanto o retraimiento vigoroso	2
Color	Pálido o azul	0
	Normal, pero cianosis extremidades	1
	Color normal sonrosado	2

**TEST DE VALORACIÓN RESPIRATORIA DEL RN (TEST DE SILVERMAN)**

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Respiración costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toracoabdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

1. Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia, ni dificultad respiratoria.
2. Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
3. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
4. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

## CURVA DE ICTERICIA NEONATAL (protocolos AEP)

Gráfica para indicar fototerapia en la ictericia neonatal aplicable a diferentes edades gestacionales y pesos de nacimiento.

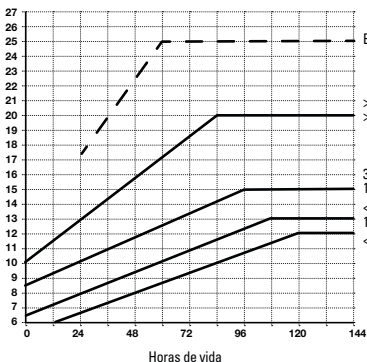
ET: Exanguinotransfusión

FT: Fototerapia

PN: Peso al nacimiento

EG: Edad gestacional

Bilirrubina total: mg/dL.

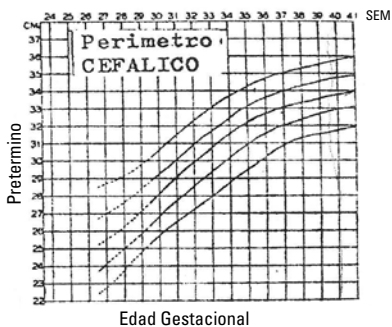
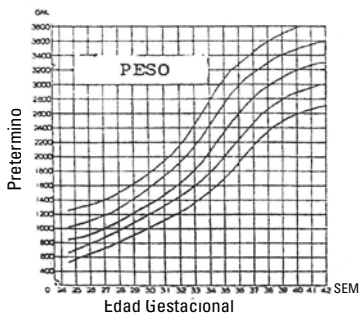
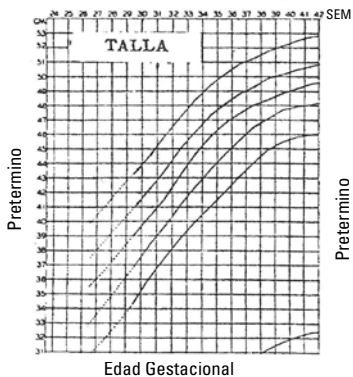


Retirada de la FT >72h de vida	Indicaciones de ET(2)
15	según curva
12	FT+5 <sup>(3)</sup>
10	FT+4
9	FT+3
(mg/dL)	(mg/dL)

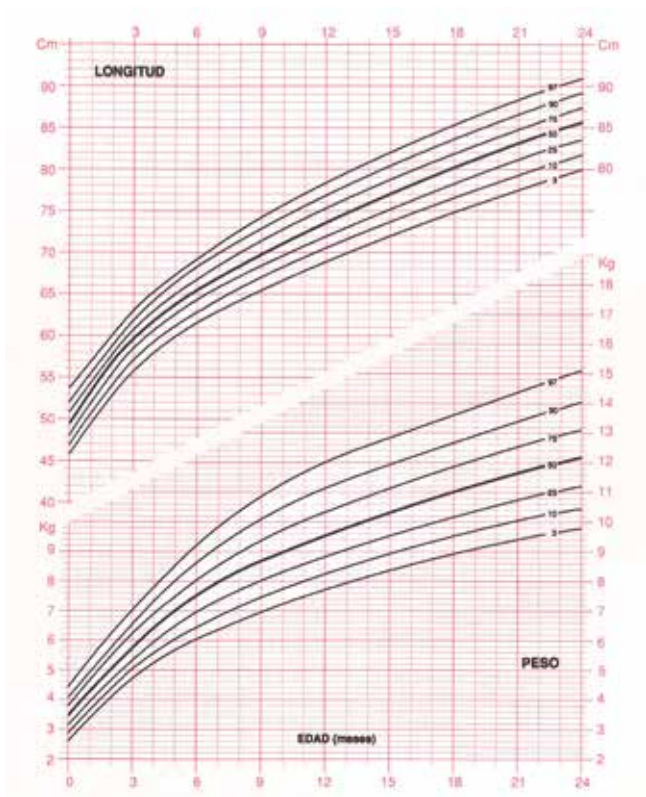
Se iniciará FT cuando los valores de bilirrubina se sitúen por encima de la línea correspondiente a la edad gestacional y peso de nacimiento. En los RN prematuros ( $\leq 36$  semanas), en caso de conflicto entre EG y PN, siempre prevalecerá la EG.

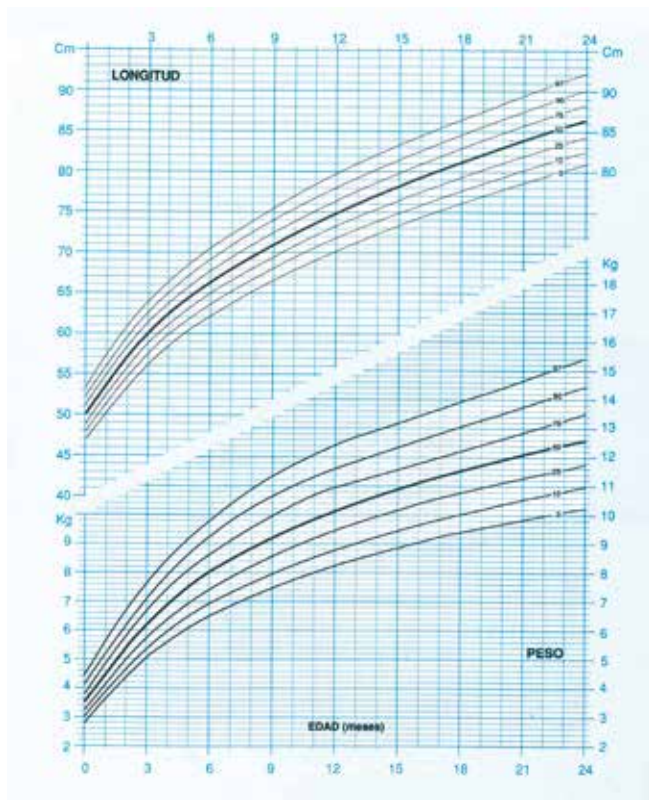
Si hay patología: hemólisis, Apgar 5 min.  $<6$ , sufrimiento cerebral, meningitis, pH  $<7,15$  más de 1 hora,  $pO_2 <40$  mmHg más de 1 hora, T. Axilar  $<35^\circ\text{C}$  más de 1 hora, proteínas totales  $<45$  g/l. (40 g/l. en el prematuro), sumar 2 puntos a la bilirrubina total obtenida.

- (1) Indicación de ET para  $\geq 2500$  g de PN y  $\geq 37$  semanas de EG (excluidas formas hemolíticas).
- (2) En ictericias hemolíticas ver indicaciones específicas de ET en la pauta correspondiente.
- (3) FT+5 significa que debe practicarse la ET si la bilirrubina total es superior en 5 puntos a los valores de indicación de FT (excluidas formas hemolíticas).





**CURVAS PESO-LONGITUD OMS <2 AÑOS  
NIÑAS**

**CURVAS PESO-LONGITUD OMS <2 AÑOS  
NIÑOS**

PERÍMETRO CEFALICO (cms) NORMAL EN <2 AÑOS						
MESES	NIÑOS			NIÑAS		
	P3	P50	P97	P3	P50	P97
0	33	35	37.5	32.5	35	37
1	35	37.5	40.5	34.5	37	39
2	37	39.5	42	36	38.5	40.5
3	39	41	43.5	37.5	39.5	42
4	40	42.5	44.5	38.5	40.5	43
5	41	43.5	45.5	39.5	41.5	44
6	42	44	46.5	40.5	42.5	45
7	42.5	45	47	41	43.5	45.5
8	43	45.5	47.5	41.5	44	46
9	43.5	46	48	42.5	45	47
10	44	46.5	48.5	43	45.5	47.5
11	44.5	47	49	43.5	46	48
12	45	47,5	49,5	44	46.5	48.5
16	46	48	50.5	45	47	49
20	46.5	49	51.5	45.5	47.5	50
24	47	49.5	52	45.5	48	50.5

## VALORES SOMATOMÉTRICOS NORMALES EN AMBOS SEXOS DE 2 A 6 AÑOS

Edad	Niños de 2-6 años						Talla MEDIA SENTADO	Niñas de 2-6 años						Edad
	Veloc Crecimiento cms/durante año			Talla (cms)				Talla (cms)			Veloc Crecimiento cms/durante año			
	Peso (Kgs)			Peso (Kgs)				Peso (Kgs)			Peso (Kgs)			
Años	P10	P50	P90	P3	P50	p97		P3	P50	p97	P10	P50	P90	Años
2	6.1	7.8	9.5	82	88	94	52 ± 4	81	87	93	4.0	7.8	9.6	2
				10.2	13.5	16.2		10.0	12.0	15.8				
2.5				87	94	100		85	91	98				2.5
				11.0	12.0	18.0		11.0	13.8	17.0				
3	5.5	7.0	8.5	91	97	104	55 ± 4	89	95	103	5.5	5.0	8.5	3
				12.0	15.0	20.0		11.8	14.0	18.2				
3.5				94	101	108		92	99	107				3.5
				13.0	16.0	21.0		12.0	15.8	20.0				
4	5.1	6.5	7.8	97	104	112	59 ± 5	96	103	111	5.1	6.5	7.8	4
				13.9	17.0	23.0		13.0	16.0	21.8				
4.5				99	107	115		99	106	115				4.5
				14.1	18.0	24.0		14.0	18.0	24.0				
5	4.9	6.1	7.3	102	111	119	62 ± 4	102	110	118	4.8	6.1	7.3	5
				15.0	19.5	26.0		12.0	19.0	26.0				
6	4.6	5.8	6.9	108	118	126	64 ± 5	108	116	125	4.6	5.8	6.8	6
				17.0	22.0	31.0		16.0	21.0	30.0				

## VALORES SOMATOMÉTRICOS NORMALES EN AMBOS SEXOS DE 7 A 18 AÑOS

Edad	Niños de 2-6 años						Talla MEDIA  SENTADO	Niñas de 2-6 años						Edad
	Veloc Crecimiento cms/durante año			Talla (cms)				Talla (cms)			Veloc Crecimiento cms/durante año			
	Peso (Kgs)			Peso (Kgs)				Peso (Kgs)			Peso (Kgs)			
7	4.5	5.5	7.6	114	124	134	52 ± 4	113	122	132	4.5	5.5	6.5	7
				18.2	24.0	36.0		18.0	24.0	35.0				
8	4.4	5.3	6.3	119	130	140	69 ± 5	118	128	138	4.4	5.4	6.4	8
				21.0	28.0	42.0		20.0	28.0	42.0				
9	4.2	5.1	6.0	124	135	146	71 ± 6	123	134	145	4.4	5.5	6.5	9
				23.0	32.0	49.0		22.0	31.0	48.0				
10	4.1	5.0	5.8	128	140	152	74 ± 6	128	140	152	5.2	6.5	7.8	10
				25.0	35.0	56.0		24.0	35.0	55.0				
11	3.9	4.9	5.9	133	145	158		134	146	159	6.9	8.3	9.7	11
				28.0	39.0	62.0		27.0	40.0	62.0				
12	5.0	6.3	7.7	138	152	165		140	152	165	4.1	5.3	6.9	12
				31.0	44.0	69.0		31.0	44.0	69.0				
13	7.9	9.4	10.9	144	158	172		145	157	170	1.2	2.3	3.4	13
				34.0	50.0	76.0		34.0	49.0	75.0				
14	4.4	5.8	7.5	150	164	178		149	160	173		1.0		14
				39.0	55.0	82.0		39.0	52.0	78.0				
18				165	176	190		153	164	176				18
				54.0	70.0	98.0		45.0	56.0	77.0				

### TABLA ORIENTATIVA HTA

**Tabla.** Tabla simplificada que indica los valores de PA por encima de los cuales se deben consultar las tablas de referencia para identificar la hipertensión en población pediátrica.

Consultar las tablas de hipertensión si...

Edad (años)	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
De 3 a < 6	≥ 100	>60
De 6 a < 9	≥ 105	>70
De 9 a < 12	≥ 110	>75
De 12 a < 15	≥ 115	>75
≥ 15	≥ 120	≥80

### FRECUENCIA CARDÍACA Y RESPIRATORIA: MEDIAS EN REPOSO

EDAD	F.C./min	Fr./min
0 - 1 mes	140 -130	60
< 6 meses	130	50
6 - 12 meses	115	
1 - 2 años	110	
2 - 4 años	105	40
4 - 10 años	100 - 95	30 - 25
> 10 años	85 - 80	20


SIGNOS DE ALARMA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR SEGÚN EDAD		INDICADORES TEMPRANOS DE TRASTORNO AUTISTA
<b>1 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No fija la mirada</li> <li>- No reacciona a sonidos intensos</li> <li>- Trastornos de la succión</li> <li>- No levanta la cabeza momentáneamente en prono</li> </ul>	<b>12 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No balbuceo social</li> <li>- Escaso contacto ocular</li> <li>- No se orienta hacia su nombre</li> <li>- No señala ni muestra</li> <li>- No gestos comunicativos</li> <li>- Ausencia de protoimperativos</li> <li>- No rechaza extraños</li> </ul>
<b>3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sigue con la mirada</li> <li>- No responde a sonidos</li> <li>- No sonrisa social</li> <li>- No vocaliza</li> <li>- Piernas cruzadas en tijera</li> <li>- No abre las manos</li> <li>- No sostén cefálico</li> </ul>	<b>18-24 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No interés por otros niños</li> <li>- No señala con el dedo</li> <li>- No imita gestos ni acciones</li> <li>- Escasa expresión de afecto</li> <li>- No dice ninguna palabra</li> <li>- No juego funcional</li> </ul>
<b>6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistencia de reflejos arcaicos</li> <li>- Hipertonía de miembros con hipotonía de cuello y tronco, cabeza retrasada al sentarlo</li> <li>- No sedestación con apoyo</li> <li>- No prensión voluntaria</li> <li>- No interés por el entorno</li> <li>- No balbuceo</li> <li>- No orientación hacia el sonido</li> </ul>	<b>24-36 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de juego simbólico</li> <li>- Escasez de comunicación verbal y no verbal</li> <li>- Lenguaje peculiar: ecolalia, sin finalidad, no une dos palabras</li> <li>- Preferencia por actividades solitarias</li> <li>- Indiferencia ante expresión de sentimientos de personas del entorno</li> <li>- Juegos repetitivos/estereotipias</li> <li>- Hipersensibilidad sensorial</li> </ul>
<b>9-10 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sedestación sin apoyo</li> <li>- No gira sobre sí mismo</li> <li>- No pinza manipulativa</li> <li>- No reconoce e interactúa con personas de su entorno</li> <li>- No mono/bislabos</li> <li>- No se pasa objetos de mano</li> </ul>	
<b>12 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No desplazamiento autónomo</li> <li>- No bipedestación con apoyo</li> <li>- No explora el entorno</li> <li>- No reclama atención del adulto</li> <li>- No gestos comunicativos</li> <li>- No bislabos ni repite sonidos</li> <li>- No responde a su nombre</li> </ul>	
<b>18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No marcha autónoma</li> <li>- No hace torres con cubos</li> <li>- No dice ninguna palabra</li> <li>- No nombra ni señala objetos</li> <li>- No imita tareas</li> <li>- No bebe de vaso</li> <li>- No señala con dedo índice</li> </ul>	<b>VARIANTES DE LA NORMALIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinza manual entre dedos pulgar y medio</li> <li>- Desplazamiento sentado sobre las nalgas</li> <li>- Gateo apoyando una rodilla y pie contrario</li> <li>- Caminar sin pasar fase de gateo</li> <li>- Retraso simple aislado de la marcha</li> <li>- Marcha de puntillas los primeros meses de deambulación</li> <li>- Tartamudeo entre los 2 y 4 años</li> <li>- Dislalia hasta los 4-5 años</li> </ul>
<b>24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sube/baja escalones</li> <li>- No corre</li> <li>- No pasa páginas de cuentos</li> <li>- Estereotipias gestuales o verbales</li> <li>- No utiliza la palabra "no"</li> <li>- No une dos palabras</li> <li>- No juego simbólico</li> <li>- No señala partes del cuerpo</li> </ul>	
<b>36 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No sube/baja escaleras alternando pies</li> <li>- No dice su nombre</li> <li>- No entiende "mío" "tuyo"</li> <li>- No pregunta</li> <li>- No copia línea vertical</li> </ul>	

Estos datos no deben valorarse de forma aislada, sino en el contexto clínico, teniendo en cuenta el entorno y circunstancias de cada niño y siempre de forma evolutiva a lo largo del tiempo 109

## ESQUEMA VACUNAL DEL NIÑO SANO

CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2017 Comité Asesor de Vacunas										
Vacuna	Edad en meses						Edad en años			
	2	4	6	11	12	15	2-4	6	12	14
Hepatitis B	HB	HB		HB						
Difteria, tétanos y tosferina	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa / Tdpa	Tdpa	
Poliomielitis	VPI	VPI		VPI				VPI		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Hib	Hib		Hib						
Neumococo	VNC	VNC		VNC						
Meningococo C		MenC			MenC				Men ACWY / MenC	
Sarampión, rubeola y parotiditis					SRP		SRP			
Varicela					Var		Var			
Virus del papiloma humano									VPH 2 dosis	
Meningococo B	MenB	MenB	MenB		MenB					
Rotavirus	RV	RV	RV							

 Sistemáticas financiadas

 Sistemáticas no financiadas

**Vacunas financiadas:**

**HB:** siempre 3d. (dosis), si madre portadora la 1ª en las 1ªs 12 horas de vida, junto con 0.5 cc de IgG hiperinmune (y, posteriormente 3 dosis más, mejor última a los 12 meses). Pauta óptima 0-1-6m a cualquier edad.

**DTPa-IPV-Hib-HB** (Hexavalente): Primovacuna con 3 dosis a los 2-4 y 12m. pauta que se ha mostrado efectiva en otros países, seguramente sustentada en parte por la inmunidad de grupo inducida por elevadas tasas de vacunación, que impediría el contagio a aquellos con insuficiente inmunoprotección frente a algún componente de la vacuna, hasta recibir la dosis de refuerzo a los 12m. Con este esquema, los pediatras debemos promover muy activamente la vacunación para que se mantengan altas coberturas vacunales, asegurando la inmunidad de grupo, en nuestro medio (*ver situaciones especiales\**).

**Antineumocócica conjugada:** El CAV de la AEP recomienda la vacuna 13-v como idónea en España. Primovacuna (PV) en los 1ºs 6m: 2-4-6-12m (**si vacunación sistemática: 2-4-12m**). PV entre 7-11m: 2d/2m rfzo en 2º a. PV en el 2º a: 2d/2m y a partir de los 2a: solo 1d a cualquier edad posterior. La efectividad de la pauta 2+1 en vacunación sistemática de niños sanos, se ha comprobado en nuestro país, ¡muy importante mantener coberturas altas! (*niños de riesgo: ver situaciones especiales \**) Esta vacuna está aceptada para todas las edades de la vida, siendo también altamente recomendable a partir de los 60 años.

**Antimeningocócica C conjugada:** actualmente indicada a los 2 y 4m (o solo a los 4m si la PV se hiciese con Neisvac C®), a los 12m y a los 12 a. PV después del 1º a: 1d. Importante la implementación de la dosis hacia los 12 a (edad reservorio).



**Triple vírica (TV, SRP):** en España desde 1981 y 2d desde 1999 (Cataluña 1987). PV a los 12m y 2º d a partir de 1-2m de la 1ª (entre 2-4a). Importante la 2ª dosis (valorar adultos jóvenes no vacunados con 2 dosis). Frecuentes brotes esporádicos de sarampión.

**Varicela:** Dos dosis aplicables al esquema de la TV desde los 12 m/≥1m (interv. ≥ 2m en ≥ 12a) en calendario 12-15m y 2-4a.

**Tdpa** (de baja carga antigénica), aplicable desde los 4a y obligada a partir de los 7 a. para cualquier rfo. Indicada a los 6 a. (combinada con IPV, para proveer la 4ª d, de Polio, perdida con la nueva pauta) y a los 12 a. ya que son importantes en la

prevención de tétanos y difteria, así como para limitación de portadores adultos de tosferina, fuente de contagio de lactantes susceptibles (si la escasez de suministro impide actualmente la administración de estas dosis, valorar, al menos, vacunar a adolescentes con dT)).

**VPH oncogénicos:** 2d (0-6m) de tetravalente entre 9-13 a. o bivalente entre 9-14a. Edades superiores 3d (0-1 o 2 y 6-12m). Para la 9-v, de próxima disposición: pauta de dos dosis entre 9-14 años. Múltiples estudios y los cambios epidemiológicos de los diferentes cánceres relacionados con VPH, justifican la vacunación de varones (con la misma pauta).

**CALENDARIO DEL CI DEL SNS: de vacunación** financiada, común para todo el territorio nacional, actualmente es uno de los calendarios nacionales oficiales más completos.

### CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN INFANTIL 2017

VACUNACIÓN	EDAD									
	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	6 años	12 años	14 años
Poliomielitis		VPI	VPI	VPI				VPI <sup>(a)</sup>		
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa	DTPa	DTPa				DTPa <sup>(a)</sup>		Td
Haemophilus influenzae b		Hib	Hib	Hib						
Sarampión-Rubeola-Parotiditis					TV		TV			
Hepatitis B <sup>(b)</sup>	HB <sup>(b)</sup>	HB	HB	HB						
Enfermedad meningocócica C			Men-C <sup>(c)</sup>		MenC				MenC	
Varicela						VVZ	VVZ		VVZ <sup>(d)</sup>	
Virus del Papiloma Humano									VPH <sup>(e)</sup>	
Enfermedad neumocócica		VCN1	VCN2	VCN3						

<sup>(a)</sup> Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años. Los niños vacunados con pauta +1 recibirán dTpa.

<sup>(b)</sup> Pauta 0, 2, 4, 11 meses. Se administrará la pauta 2, 4 y 11 meses siempre que se asegure una alta cobertura de cribado prenatal de la embarazada y la vacunación de hijos de madres portadoras de Ag HBs en las primeras 24 horas de vida junto con administración de inmunoglobulina HB.

<sup>(c)</sup> Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

<sup>(d)</sup> Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

<sup>(e)</sup> Vacunar solo a las niñas con 2 dosis.

**Vacunas no financiadas:**

**RV (rotavirus):** Vacunas pentavalente: 3d o monovalente 2d, desde la 6ªs (antes de la 12ªs.) /≥ 4s, completando pauta en ≤ 32 s o ≤ 24 s respectivamente. Son muy efectivas e inducen una importante protección de grupo.

**Antimeningocócica B multiantigénica:** PV 2-5m:3d/≥1m rfzo a los ~ 12-15m. Si PV entre 6-11m 2d/≥2m rfzo el 2ªa. PV entre 12-23m 2d/≥2m rfzo 12-23m después. PV 2-10a 2d/≥2m y ≥11a: 2d/≥ 1m. En GB con vacunación sistemática de lactantes: efectividad para todos los casos de meningococo B de 82,9% y del 94,2% para las cepas cubiertas por la vacuna.

**Antimeningocócica A-C-W-Y:** próximamente de prescripción libre. El CAV la recomienda, entre los 12 y 14 años, ante emergencia de otros serotipos en países cercanos: 2 vacunas: **Nimenrix:** ≥6 semanas: 2 d./ 2 m. rfzo. a los 12 meses. ≥12 m: 1 dosis. **Menveo:** ≥2 años, 1 sola dosis. ¿precisarían refuerzos? Por evanescencia a.c.

**Vacunas reservadas para grupos de riesgo:**

**Antihepatitis A:** a partir de los 12m: 2d/6-24m. En España cualquier sujeto, no vacunado, nacido después 1966 puede ser susceptible. A partir de la pubertad la hepatitis A puede considerarse enfermedad de riesgo.

**Antigripal:** PV entre 6m y <9a: 2d completas/1m (1d si dosis previa en campaña anterior o 2d después del 1-7-2010 o antes, pero habiendo recibido posteriormente otra d de estacional o de H1N1. En >9a: 1d. Después, todos, 1d rfzo anual. Las vacunas tetravalentes amplían el espectro frente a los dos linajes de virus B.

**\*Situaciones especiales:**

Cualquier niño con potencial disminución/inmadurez inmunológica (prematuros, Down...) o patología de base de cualquier etiología que, individualmente, le haga particularmente susceptible o que pueda desestabilizar la enfermedad subyacente, o perteneciente a grupo de riesgo específico, debiera plantearse de forma personalizada. En estos casos el pediatra deberá valorar vacunaciones con **pautas completas** (no reducidas), incluso dosis "extras" y ampliar el esquema con todas las

vacunas disponibles que considere precisas (jgripe!, etc), financiadas o no.

**Profilaxis vacunal postexposición:**

Tras el posible contacto con enfermedad prevenible con vacuna, la administración de ésta a todos los sujetos susceptibles del entorno puede ser útil para la prevención a corto-medio plazo, pero actualmente 7 vacunas se recomiendan como profilaxis inmediata postexposición a:

**Hepatitis B:** vacuna ante cualquier exposición, en las 1as 12-24h (hijo de madre HbsAg+ IgG específica) cualquier no vacunado o vacunado sin confirmación de respuesta tras obtener muestra inmediata para serología.

**Hepatitis A:** 7 días post contagio (<1a: IgG polivalente), valorando hasta el 15º día ¿simultáneamente IgG polivalente?

**Sarampión:** 3-¿6? días (no embarazadas, si a sus contactos susceptibles).

**Rubeola:** 3 días (no embarazadas, si a sus contactos susceptibles).

**Varicela:** 3-¿5? Días (no embarazadas, si a sus contactos susceptibles).

**Tétanos:** no/incompletamente vacunados, si herida sugestiva: toxoide+IgG-tetánica, si no sugestiva: toxoide (completar pauta).

Vacunados: herida sugestiva y última d ≥ 5a → toxoide. Herida no sugestiva si última d ≥ 10a → toxoide.

**Rabia:** en nuestro medio: lavado enérgico abundante con jabón y agua "a chorro" + aplicación de antiséptico sobre herida sin taparla, las posibilidades de contraer la enfermedad son muy escasas.

Si animal sospechoso (hasta tener resultados) o no accesible: pauta 0-3-7-14-¿28? días.

Valorar añadir IgG- específica equina 40 UI/Kg o humana 20 UI/kg (Imogam rabia SPMSD, 150 UI/ml) infiltrada, la mitad de la dosis en la herida y el sobrante inyectado vía i.m (según tiempo transcurrido, multiplicidad y localización heridas). Simultáneamente plantearse profilaxis antitetánica y antibioterapia.

En contactos con **meningitis meningocócica**, la profilaxis inmediata postexposición es antibiótica: Rifampicina vo: 10 mg/K (5mg <1m.) (hasta 60 mg) / 12 h. x 2 d. o Ceftriaxona im: < 15 años: 125 mg x una vez. (≥ 15 a. 250mg).

PATOLOGÍA CRANEO CARA CUELLO Y TORAX	EDAD DE LA INTERVENCIÓN
Quieste cola de ceja	Al diagnóstico
Apéndice preauricular	Al año de vida
Labio leporino	3-6 meses
Fisura palatina	12-18 meses
Frenillo lingual	Si impide deglución o fonación
Frenillo labial superior	Antes de la segunda dentición
Macroglosia	Al año de vida
Quiestes y fistulas branquiales	2 años
Quiestes del conducto tirogloso	2 años
Pectum excavatum y carinatum	A los 6-7 años
Secuestro pulmonar	Al diagnóstico
Malformación adenomatoidea quística	Según distrés respiratorio
Enfisema lobar	Según distrés respiratorio
Cuerpos extraños vía aérea	Derivación urgente
PATOLOGÍA DIGESTIVA	EDAD DE LA INTERVENCIÓN
Mucocele	Al diagnóstico
Reflujo gastroesofágico	A los 2-3 años. Adelantar si disfagia o síntomas respiratorios graves
Estenosis hipertrófica de piloro	Al diagnóstico
Divertículo de Meckel	Al diagnóstico
Granuloma umbilical	Al diagnóstico
Diástasis de rectos	No derivación
Hernia umbilical	Mas de 2 años
Hernia epigástrica	Mas de 3 años
Hernia inguinal	a.- En lactantes: Preferente. b.- En niños mas mayores al diagnosticar
Absceso perianal	Cuando requiere drenaje
Fistula perianal	Tras absceso, cuando recidiva
Pólipo rectal	Al diagnóstico
Fisura anal, hemorroides o prolapso	Si falla el tratamiento médico
Malformaciones anorectales	a.- Bajas: Al diagnosticar. b.- Altas se hace colostomía de RN y corrección a los 6-8 meses y cierre colostomía dos meses después
Enfermedad de Hirschsprung	a- Obstrucción intestinal de RN: Colostomía Y descenso a los 6 meses b- No obstrucción a los 3 meses sin colostomía
Cuerpos extraños aparato digestivo	Esófago: Derivación urgente. Pilas de botón: Derivación urgente
Hemorragia digestiva baja	Derivación preferente (descartada fisura anal)
Hemorragia digestiva alta	Derivación urgente
PATOLOGÍA UROGENITAL	EDAD DE LA INTERVENCIÓN
Hidrocele comunicante	Al diagnóstico
Hidrocele no comunicante	Puede regresar espontáneamente; si persiste más allá de los 2 años, hay que operar
Hidroceles escrotales. Quieste de cordón	Después del año de vida
Varicocele	Al diagnóstico siu existe disminución del tamaño testicular
Escroto agudo	Derivación urgente
Teste ectópico	2 años

Criptorquidia	1-2 años
Adherencias balano-prepuciales	No derivación, tratamiento médico
Fimosis	A los 4-5 años. Probar antes tratamiento médico Dilatando el orificio del prepucio con aplicación previa de crema con corticoides unas semanas. Nunca el "tirón"
Hipospadias	A los 2-3 años. Si de RN hay micromeato se realizará meatotomía al diagnosticar
Epispadias	A los 3-5 años
Himen imperforado	Al diagnóstico
Sinequia Vulvar	Al diagnóstico si infección local, dificultad miccional, necesidad de sondaje
Hidronefrosis por estenosis pieloureteral o por estenosis de ureter terminal	Al diagnóstico
Extrofia vesical	En el RN y dentro de las 24-48 horas de vida
Válvulas de uretra	Al diagnóstico
Reflujo vesico-ureteral	Grado I y II tratamiento médico. Grado III según evolución. Grado IV y V al diagnosticar.
<b>CIRUGÍA PLÁSTICA</b>	<b>EDAD DE LA INTERVENCIÓN</b>
Orejas prominentes	Antes de la escolarización
Nevus congénito	Si más de cinco cm. Al diagnosticar. Si son más pequeños valoración dermatológica
Polidactilia y sindactilia	Antes del año de vida
<b>MALFORMACIONES VASCULARES</b>	<b>EDAD DE LA INTERVENCIÓN</b>
Capilares	Más de 2 años
Linfáticas	De 2 a 6 meses
Hemangiomas	No cirugía
<b>TRAUMATOLOGÍA</b>	<b>EDAD DE LA INTERVENCIÓN</b>
Quiste sinovial (ganglion)	Al diagnóstico
Onicocriptosis (uña incarnata)	Tratamiento médico derivar si hay granuloma
Tortícolis congénita	Rehabilitación precoz Derivar si persiste a partir del año

**DATOS BÁSICOS PARA SOSPECHAR UNA INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP):**

Representan una grave patología congénita, muy infrecuente, cuyo reconocimiento precoz puede evitar el fallecimiento prematuro del que la padece (valorar Antecedentes Familiares)

El déficit de cada componente del sistema inmunológico condiciona el tipo de manifestación clínica, si bien se suele conjugar más de un componente, combinando los síntomas.

**Principal signo de alerta: las infecciones (de características distintas a las habituales):**

- Infecciones bacterianas muy frecuentes, recurrentes, persistentes, complicadas graves
- Infecciones alarmantes: meningitis, osteomielitis, neumonía...que precisan ingreso y AB iv
- Infecciones con presentación atípica: severas, crónicas o mala respuesta al tratamiento
- Infecciones causadas por gérmenes atípicos u oportunistas y en más de un órgano
- Lesiones cutáneas: molluscum diseminado o verrugas extensas de larga duración
- Candidiasis diseminada, refractaria a tratamiento, aftas persistentes en > 1 año
- Complicaciones tras las vacunas.
- Estancamiento ponderoestatural manifiesto
- Abscesos en órganos internos, recurrentes, o subcutáneos frecuentes
- Diarrea prolongada o recurrente, sin otra justificación etiológica
- Múltiples signos extrainfecciosos (que concurren en determinados síndromes con IDP)

**En defectos de IDP Celular predominan:** hongos, virus. Protozoos, mycobacterias

**En déficits de inmunoglobulinas:** bacterias respiratorias, Enterovirus y Giardia

**En IDP fagocitos:** Staph, strept, nocardia, Coli, Klebsiella, Pseudomona, Enteroba, Cándida, Aspergillus.

**Pruebas complementarias básicas (¡siempre hemograma!) en las principales IDP:****Sospecha de inmunodeficiencia celular y combinada grave (RN-lactante pequeño)**

Linfocitos totales >4000/mm<sup>3</sup>→ seguimiento  
<4000/mm<sup>3</sup>→ urgencia→ DERIVAR, **mientras:** No vacunar (cuidado Ags vivos)  
Mascarilla, higiene  
Antibioterap empírica

**Sospecha de inmunodeficiencia de anticuerpos (lactante mayor hasta adolescente)**

Inmunoglobulinas Normales→ seguimiento  
Disminuidas→DERIVAR, **mientras:** AB amplio espectro, precoz y prolongado  
Si vacunas→ hiporespuesta  
Si diarrea ¿Giardia?

**Sospecha de inmunodeficiencia de fagocitos (6 meses a adolescencia)**

>1500/mm<sup>3</sup>→seguimiento: si sigue sospecha  
↓  
Neutrófilos tot. <1500/mm<sup>3</sup>→controles: persiste→DERIVAR, **mientras:** Higiene específica de piel y mucosas y

**Si valores <500/mm<sup>3</sup>, valorar profilaxis antimicrobiana permanente** ←

Modificado de Alonso Falcón, Félix

#### IV. MISCELÁNEA

### Periodos de incubación y aislamiento de diversas enfermedades transmisibles

Periodo de incubación: entre infección e inicio clínico de la enfermedad. Distinguir del periodo latente: tiempo de infección → contagiosidad (suele ser más corto).

En algunas, los periodos de incubación son más largos en adultos que en niños.

Enfermedad-Agente causal	Incubación en días	Aislamiento en días
Adenovirus	6-9	
Cólera	Horas-5	
Coxsackie A, ECHO	4-7	
EBV-mononucleosis	28-49	
Dengue	3-14	
E coli enterotoxigénico (diarrea del viajero)	1-3	
Eritema infeccioso-megaloteritema (parvovirus B19)	7-17	
Escarlatina	1-4	
Exantema súbito-Roséola (HHV-6 y HHV7)	5-15 (lo más frecuente 10)	
Gripe	1-5	
Hepatitis A B C E	15-50 días (28) 30-180 días (90 días) 2-26 semanas (6-8 sem) 15-60 días.	
Mycoplasma	21	
Parotiditis	12-25	9 días postinflamación parotídea
Polio	7-14	
Rinovirus-"Resfriado"	2-5	
Rotavirus	1-3	
Rubeola	12-23 (14-18)	7 días después del inicio exantema Rubeola congénita, contagia hasta 1 año
Salmonella enteritidis	1-3	
Salmonella typhi	7-14	
Sarampión	8-12	6 días tras inicio exantema
Tos ferina	5-21 (5-10)	5 días con antibiótico, 21 sin tratamiento
Tuberculosis: - Mantoux positivo a las 8-12 semanas desde inicio de infección - Inmunodiagnóstico (Quantiferón, T-spot) a las 2 semanas		Formas cavitarias: - Al menos 2 semanas de tto. - Negatividad de esputo
Varicela	7-21 (14-16)	Hasta sólo costras (4-6 días)
Virus Ebola	1-21 (hasta 42)	

## TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES EN LA INFANCIA

ENTIDAD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	DOSIS	VÍA	DURACIÓN (días)
Faringoamigdalitis aguda estreptocócica	Penicilina V	- <12 años y <27 kg: 250 mg cada 12 h - ≥12 años o >27 kg: 500 mg cada 12 h	oral	10
Absceso periamigdalino	Amoxicilina-clavulánico	100 mg/kg/día cada 8 h	i.v.	10
Absceso retrofaringeo <sup>1</sup>	Amoxicilina-clavulánico	100 mg/kg/día cada 8 h	i.v.	10
Adenitis cervical	Cefadroxilo	30-50 mg/kg/día cada 12 h	oral	10
Otitis externa	Ciprofloxacino	2-3 gotas cada 8 h o 1 vial monodosis cada 12 h	tópica	7-10
Otitis media aguda <sup>2</sup>	<6 meses: amoxicilina-clavulánico	80 mg/kg/día cada 8 h	oral	7-10
	>6 meses: amoxicilina <sup>3</sup>			5-7
Mastoiditis aguda	Cefotaxima	150-200 mg/kg/día cada 6-8 h	i.v.	10
Sinusitis aguda	Amoxicilina <sup>4</sup>	80 mg/kg/día cada 8 h	oral	10
Celulitis preseptal <sup>5</sup>	Amoxicilina-clavulánico	80 mg/kg/día cada 8 h	oral	10
		100 mg/kg/día cada 8 h	i.v.	
Celulitis postseptal	Cefotaxima + clindamicina	150-200 mg/kg/día cada 6-8 h 40 mg/kg/día cada 6-8 h	i.v.	21
Neumonía típica	Amoxicilina	80 mg/kg/día cada 8 h	oral	7
	Ingreso: ampicilina	200 mg/kg/día cada 6 h	i.v.	
Neumonía atípica <sup>6</sup>	Azitromicina	10 mg/kg/día cada 24 h	oral	3-5
Derrame pleural <sup>7</sup>	Ampicilina	200 mg/kg/día cada 6 h	i.v.	7-10
Tos ferina	Azitromicina	10 mg/kg/día cada 24 h <sup>8</sup>	oral	5
Gastroenteritis aguda <sup>9</sup>	Ceftriaxona	50 mg/kg/día cada 24 h	i.v.	5-7
Infección urinaria de vías bajas	<6 años: amoxicilina-clavulánico	40 mg/kg/día cada 8 h	oral	5 días
	6-12 años: fosfomicina trometamol	2 g		
	>12 años: fosfomicina trometamol	3 g		
Pielonefritis aguda	Cefixima <sup>10</sup>	8 mg/kg/día cada 12-24 h	oral	10-14
	Ingreso: Gentamicina <sup>11</sup>	5 mg/kg/día cada 24 h	i.v.	
Celulitis <sup>12</sup>	Cefadroxilo	30-50 mg/kg/día cada 12 h	oral	7-10
Sobreinfección mordedura	Amoxicilina-clavulánico	50 mg/kg/día cada 8 h	oral	7-10
Infección osteoarticular	<3 meses: cloxacilina + cefotaxima	Ambas: 150-200 mg/kg/día cada 6 h	i.v. <sup>13</sup>	Mínimo: 14 días en artritis y 21 en osteomielitis/espondilodiscitis
	3 meses-5 años: cefuroxima	150-200 mg/kg/día cada 8 h		
	>5 años: cloxacilina	150-200 mg/kg/día cada 6 h		
Sepsis	Neonato: ampicilina+gentamicina	200 mg/kg/día cada 6 h 5 mg/kg/día cada 24 h	i.v.	individualizar
	1-3 meses: ampicilina + cefotaxima	Ambas: 200 mg/kg/día cada 6 h		
	>3 meses: cefotaxima	200 mg/kg/día cada 6-8 h		
Meningitis	<3 meses: ampicilina + cefotaxima	Ambas: 300 mg/kg/día cada 6 h	i.v.	individualizar
	>3 meses: cefotaxima <sup>14</sup>	300 mg/kg/día cada 6 h		
Infección catéter venoso central <sup>15</sup>	Vancomicina + cefotaxima <sup>16</sup>	40 mg/kg/día cada 6 h 200 mg/kg/día cada 6 h	i.v.	individualizar
Neutropenia febril <sup>17</sup>	Cefepime	150 mg/kg/día cada 8 h	i.v.	individualizar

<sup>1</sup>En pacientes graves: cefotaxima 150-200 mg/kg/día cada 6-8 h i.v. + clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8 h i.v.

<sup>2</sup>En >2 años el antibiótico debe utilizarse sólo en casos que no mejoran tras 48 h de antiinflamatorio, presentan síntomas graves (afectación bilateral, otorrea, otalgia intensa, fiebre >39°) o factores de riesgo (hipoacusia previa, implante coclear, enfermedad grave de base, inmunodepresión, anomalías craneofaciales, antecedente de otitis recurrente o complicación supurativa).

<sup>3</sup>En pacientes tratados con amoxicilina en el último mes, con conjuntivitis purulenta, otitis recurrente, inmunodepresión o afectación auditiva se recomienda amoxicilina-clavulánico en todos los grupos de edad.

<sup>4</sup>En niños menores de 2 años, sinusitis frontales o esfenoidales, sinusitis etmoidales complicadas, pacientes con síntomas muy intensos o prolongados (>1 mes), inmunodeprimidos o con enfermedades crónicas, o que no responden al tratamiento con amoxicilina, se empleará amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día cada 8 horas vía oral.

<sup>5</sup>Se recomienda ingreso y tratamiento i.v. en lactantes, imposibilidad de apertura ocular, dolor ocular, fiebre alta o afectación del estado general, enfermedad de base, mala respuesta al tratamiento oral.

<sup>6</sup>La neumonía atípica sólo debe tratarse con antibiótico en mayores de 3 años, ya que por debajo de esa edad la mayoría de casos están producidos por virus.

<sup>7</sup>En caso de sospecha de *S. aureus* (<1 año con derrame importante o neumonía necrotizante) se añadirá clindamicina 40 mg/kg/día cada 6 horas i.v.

<sup>8</sup>En mayores de 6 meses se recomienda 10 mg/kg el primer día (máximo 500 mg) seguido de 5 mg/kg/día (máximo 250 mg) los días 2-5.

<sup>9</sup>Sólo se recomienda antibioterapia empírica en aquellos pacientes con diarrea invasiva menores de 3 meses, inmunodeprimidos o con afectación grave.

<sup>10</sup>La vía oral es de elección en pacientes previamente sanos, mayores de 3 meses, con buen estado general y tolerancia oral adecuada. Se recomienda administrar previamente una dosis de gentamicina i.v. o i.m.

<sup>11</sup>En pacientes menores de 1 mes o si se observan cocos gram positivos en la orina, se añadirá ampicilina 100 mg/kg/día cada 6 horas i.v.

<sup>12</sup>Se recomienda ingreso y tratamiento i.v. (amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día cada 8 horas) en lactantes, inmunodeprimidos, afectación del estado general, fiebre elevada, rápida progresión, lesión extensa o localizada en cara, mala evolución con tratamiento oral.

<sup>13</sup>Tras 2-5 días de tratamiento intravenoso, puede valorarse el paso a vía oral en aquellos pacientes mayores de 1 mes con mejoría clínica, que lleven afebriles 24-48 horas y en los que la PCR haya descendido al menos un 30%. El fármaco de elección es cefuroxima-axetil, 60-90 mg/kg/día cada 8 horas.

<sup>14</sup>En caso de sospecha de neumococo (Gram/detección de antígeno en LCR, menor de 2 años, foco ORL, antecedente de traumatismo craneoencefálico, meningitis sin púrpura, asplenia, drepanocitosis): añadir vancomicina 60 mg/kg/día cada 6 horas i.v.

<sup>15</sup>En caso de sepsis grave, datos de infección local en la zona de inserción del catéter o embolias sépticas a distancia (osteomielitis, endocarditis, etc.) se debe retirar el catéter. Si no se cumplen estas condiciones puede mantenerse sellado con vancomicina en espera de cultivos.

<sup>16</sup>En el paciente inmunodeprimido no neutropénico se recomienda vancomicina 40 mg/kg/día cada 6 horas + piperacilina-tazobactam 240 mg/kg/día cada 8 horas i.v. En el neutropénico se añadirá a esta pauta amikacina 15 mg/kg/día cada 24 horas i.v.

<sup>17</sup>En caso de sepsis grave, mucositis o sospecha de infección de catéter central, se recomienda asociar vancomicina 40 mg/kg/día cada 6 h i.v.



## FÓRMULAS LÁCTEAS "ESPECIALES"

TIPO DE FÓRMULA	CARACTERÍSTICAS	INDICACIONES	PRECAUCIONES	ALGUNAS MARCAS COMERCIALES (5-2017)
Pretermo/bajo peso	Mayor densidad calórica Reducción lactosa Lípidos con MCT Suplementación con AGPI-CL Aumento vitaminas y oligoelementos	Menores de 2.500 g. Hasta este peso o 38 semanas de edad gestacional corregida.		Almirón prematuros®, Blemil-plus-prematuros®, NAN Alprem®, Nutribén RN bajo peso®, Sanutri Natur Preterm®
Modificación de hidratos de carbono (sin lactosa)	Sustitución de la lactosa por dextrino-maltosa o polímeros de glucosa	Intolerancia primaria o secundaria a la lactosa. No como tratamiento inicial de la GEA (evidencia IA). Después de GEA, sólo si se comprueba la intolerancia a la lactosa, clínicamente (empeoramiento tras fórmula normal, heces ácidas, explosivas, muy acuosas, eritema perianal intenso) o analíticamente (cuerpos reductores heces).	No válidas para galactosemia. No para intolerancia a la lactosa tipo adulto. Mantener durante periodo limitado porque la lactosa ayuda a la absorción del calcio.	Almirón sin lactosa®, Blemil-plus-SL®, Diarical®, NAN Al 1100®, Nutribén sin lactosa®, Pedialac sin lactosa®
Modificación proteínas	Modificación del componente proteico			
1. Proteínas de leche vaca hidrolizadas	Proteínas hidrolizadas mediante tratamiento térmico y/o hidrólisis enzimática Varios tipos dependiendo del grado de hidrólisis y de la modificación de otros componentes de la fórmula. Contenido proteico más elevado.			
1.1. Fórmulas parcialmente hidrolizadas (HA)	Reducción de al menos 10 veces en el contenido antigénico. Peso molecular del componente proteico <10.000-20.000 daltons Proteína intacta < 1% Resto componentes sin modificaciones	Indicaciones muy limitadas y discutidas. No parecen indicadas en la prevención de APLV en lactantes de alto riesgo. Forman parte de fórmulas para trastornos digestivos leves.	No en APLV (mediada por IgE o no)	Almirón Advance HA®, NAN HA®, Nutribén HA®, Pedialac HA®, Sanutri HA®
1.2. Fórmulas con alto grado de hidrólisis	Reducción de al menos 100 veces en el contenido antigénico. Peso molecular del componente proteico <3.000-5.000 daltons (suelen tener <1.500). No modificación en el resto de componentes (lactosa y grasas de origen vegetal)	APLV (mediada por IgE o no, tipo intolerancia digestiva). Prevención APLV o atopia en lactantes de alto riesgo.	Conservan capacidad alergénica residual. Si ha habido reacción anafiláctica a PLV, hacer provocation antes de iniciar alimentación. Mal sabor.	Almirón pepti®, Althera®, LactoDamira 2000®
1.3. Fórmulas semielementales	Reducción de al menos 100 veces en el contenido antigénico. Peso molecular del componente proteico <3.000-5.000 daltons (<1.500) No lactosa (dextrino-maltosa, polímeros glucosa) Grasas: MCT Suplementadas con taurina y carnitina Probióticos.	APLV (mediada por IgE o no, tipo intolerancia digestiva). Malabsorción intestinal. Malnutrición severa. Enfermedades intestinales graves.	Conservan capacidad alergénica residual. Si ha habido reacción anafiláctica a PLV, hacer provocation antes de iniciar alimentación. Mal sabor.	Alfaré®, Almirón hidrolizado®, Blemil-plus-FH®, Damira 2000®, Damira Atopy®, Damira Pro®, Nutramigen LGG®, Nutribén hidrolizada®, Pregestimil®

## IV. MISCELÁNEA

### Fórmulas lácteas especiales

1.4. Fórmulas elementales	Son fórmulas sintéticas. L-aminoácidos Dextrinomaltoza o polímeros de glucosa Más del 40% grasas como MCT	Después de nutrición parenteral prolongada. Enf. digestivas severas. En APLV, si no se toleran fórmulas anteriores.	<b>Mal sabor, caras.</b> <b>Posibilidad de diarreas osmóticas por alta osmolaridad.</b>	Almirón AA®, Damira elemental®, Nutramigen Puramino®
2. Fórmulas con proteínas vegetales	Son fórmulas con proteínas hidrolizadas de origen vegetal exclusivo			
2.1. Fórmulas de soja	Proteína de soja, tratada con calor Suplementadas en metionina, carnitina y taurina No lactosa Pueden tener almidón Gran contenido en fitatos: tienen que tener suplementos de hierro y zinc Suplementos de yodo Tienen isoflavona	Lactantes de padres vegetarianos estrictos. Galactosemia. Intolerancia a la lactosa. Uso discutido en APLV, sólo en >6 meses y si no sensibilización cruzada PLV con soja	<b>Niveles elevados de aluminio y manganeso: no en RNPT, &lt;3 meses, insuficiencia renal.</b> <b>No en prevención de enfermedad atópica.</b> <b>No en APLV no IgE con síntomas digestivos.</b>	Blemil-plus-2-soja®, Nutribén soja®, Sanutri Velactin®
2.2. Fórmulas con proteínas de arroz	Proteínas de arroz hidrolizadas No lactosa Grasas vegetales	APLV, en lactantes que no les gustan hidrolizados PLV. Lactantes de padres vegetarianos.		Ble-mil-plus-arroz-hidrolizado®, Damira-arroz-hidrolizado®, Novalac arroz hidrolizado®
Fórmulas AR (anti-regurgitación)	Adición de agentes espesantes (harina semilla algarrobo, almidón de maíz)	No son para lactantes sanos. En niños con RGE, después de confirmación diagnóstica con/sin tratamiento farmacológico. No condicionan la evolución del RGE, ni sus complicaciones. Sólo disminuyen las regurgitaciones visibles.	<b>Harina semilla algarrobo: diarrea.</b> <b>Almidón maíz: estreñimiento.</b> <b>Mayor contenido en caseína que fórmulas normales.</b> <b>Mayor contenido de lípidos.</b> <b>Mayor tiempo contacto con esófago: riesgo de esofagitis.</b> <b>Pueden retrasar el diagnóstico.</b>	Almirón AR®, Blemil-plus AR®, Enfamil AR®, NAN AR®, Novalac AR plus®, Nutribén AR®, Pedialac AR®, Sanutri AR®
Fórmulas para trastornos digestivos leves	Hidrolizados parciales de proteínas Reducción lactosa Aumento ác. palmítico en posición β Prebióticos y/o probióticos	Son fórmulas para lactantes con cólicos, estreñimiento, meteorismo, de manera específica o combinada	<b>No precisan cumplir normativa de fórmulas normales.</b>	Almirón Advance Digest®, Blemil plus AC®, Enfamil Confort®, NAN Digest®, Nidina Confort®, Novalac AC®, Nutribén AC Digest®, Pedialac Digest®, Sanutri Digest®
Fórmulas AE (antiestreñimiento)	Aumento ác. palmítico en posición β Aumento magnesio	Lactantes con estreñimiento	<b>Cuidado con uso simultáneo con laxantes de sales de magnesio.</b>	Blemil-plus-AE®, NAN AE®, Novalac AE®, Nutribén AE Digest®

**ABREVIATURAS:** APLV: alergia a proteínas de leche de vaca; AGPI-CL: ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga; GEA: gastroenteritis aguda; MCT: triglicéridos cadena media; PLV: proteínas leche vaca; RGE: reflujo gastroesofágico

TABLA ORIENTATIVA DE PROPORCIÓN DE ALGUNOS COMPONENTES DE LOS ALIMENTOS

	Kcal	Proteínas	H. Carbono	Lípidos	AG saturados	AG monoinsat	AG poliinsat	Colesterol	Na
Cereales									
Leche ent									Pan
Queso									
Yogurt									
Huevos									
Verdu/Horta									Espina, zanah, acel
Patata									
Legumbres							Garbanzos		Lentejas
Frutos secos									
Frutas									
Carne									
Embutidos									
Jamón serrano magr									
Pescado									
Aceite									
Mantequilla									
Azúcar blanca									
Chocolate/leche									
Helados estand									

Nada/trazas
  Muy poco
  Poco
  Medio
  Bastante
  Mucho

Datos obtenidos del "Manual práctico de pediatría" en A.P. 2ª Ed 2013

**Alimentos con mayor contenido de determinados minerales**

MINERALES	ALIMENTOS
<b>Calcio</b>	Leche y derivados, espaldas de pescado en conserva y pescado pequeño, algunas hortalizas y leguminosas (ej. garbanzos o alubias)
<b>Hierro</b>	Sangre, vísceras (hígado, riñón, corazón) y carnes rojas. Leguminosas, frutos secos y algunas verduras.
<b>Yodo</b>	Pescados y mariscos.
<b>Magnesio</b>	Leguminosas y frutos secos, y menos en patatas, verduras, hortalizas, moluscos y crustáceos
<b>Zinc</b>	Carnes rojas, leguminosas y ostras
<b>Sodio</b>	Añadido a los alimentos en procesos de elaboración
<b>Potasio</b>	Verduras y hortalizas, carne, leche, frutas y café liofilizado
<b>Fósforo</b>	Amplia distribución
<b>Selenio</b>	En alimentos ricos en proteínas

**Alimentos con mayor contenido en determinadas vitaminas**

MINERALES	ALIMENTOS
<b>Tiamina B1</b>	Pan, derivados de cereales, patatas, leche y carne de cerdo.
<b>Riboflavina B2</b>	Leche, carne y huevos
<b>Niacina</b>	Carne y productos cárnicos, patatas y pan
<b>Piridoxina B6</b>	Carnes, pescados, huevos, cereales integrales y alguna verdura y hortaliza
<b>Ac. Fólico</b>	Vísceras y verduras de hoja verde
<b>Vitamina B12</b>	Hígado, huevos, leche, carne, pescado y levaduras
<b>Vitamina C</b>	Cítricos, patatas, tomates, pimientos y otras hortalizas
<b>Vitamina A</b>	Hígado, leche entera, mantequilla, zanahorias, grelos, espinacas y frutas.
<b>Vitamina D</b>	Leche y derivados, pescados grasos, huevos
<b>Vitamina E</b>	Aceites vegetales, germen de los cereales y huevos
<b>Vitamina K</b>	Verduras sobre todo de hoja verde y leguminosas.

Modificado de: Bárcena Fernández E. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;(23):37-43

Dosis recomendadas de analgésicos habituales en Pediatría			
	Vía	Dosis	Comentarios
<b>Paracetamol</b>	O	Neonatos 10-15 mg/kg/6-8 h (máx. 60 mg/kg/d), lactantes/niños 15 mg/kg/4-6 h (máx. 90 mg/kg/d), adolesc. 0,5-1 g/4-6 h (máx. 4 g/d).	Efecto techo. Ventana terapéutica estrecha: toxicidad hepática. Contraindicado en disfunción hepática. Ajustar dosis en insuficiencia renal.
	R	20 mg/kg/4-6 h (máx. 90 mg/kg/d).	
	IV	Neonatos y <10 kg 7,5 mg/kg/4-6 h (máx. 30 mg/kg/d), lactantes/niños 15 mg/kg/4-6 h (máx. 60 mg/kg/d), adolesc. 1 gr/4-6 h (4 g/d).	
<b>Ibuprofeno</b>	O	>3 meses 5-10 mg/kg/6-8 h (máx. 40 mg/kg/d), adolesc. 400-600 mg/6-8 h (máx. 2,4 g/d).	Menor riesgo de úlcera péptica que otros AINE. Riesgo nefrotoxicidad. Contraindicados: alergia a AINE, insuficiencia cardíaca grave, sangrado digestivo activo, coagulopatía.
<b>Diclofenaco</b>	O/R	>1 año 0,3-1 mg/kg/8-12 h (máx. 50 mg/dosis), >12 años 50 mg/8-12 h (máx. 150 mg/d).	Efecto espasmolítico, útil en cólico renal o abdominal. Se desaconseja vía IM por reacciones locales. Especial riesgo sangrado gástrico.
	IM	>2 años 0,3-1 mg/kg/12-24 h, >12 años 50-75 mg/12 h (<2 días, máx. 150 mg/d)	
<b>Naproxeno</b>	O	>2 años 5 mg/kg/8-12 h, (dosis carga 10 mg/kg), adolesc. 250-500 mg/12 h (máx. 1 g/d).	Útil en enfermedades reumáticas y dismenorrea.
<b>Ketorolaco</b>	O	>16 años 10 mg/4-6 h (<5-7 días, máx. 40 mg/d).	Útil en dolor moderado/grave. Efectos adversos: elentecimiento de la regeneración ósea tras osteotomía, especial riesgo sangrado y fallo renal agudo.
	IV/IM	>6 meses y <30 kg 0,5 mg/kg/6-8 h (<2 días, máx. 60 mg/d), >16 años 20-30 mg/kg/6-8 h (máx. 90 mg/d)	
<b>Metamizol</b>	O/R/ IM/IV	>3 meses 20-40 mg/kg/6-8 h (máx. 2 g/dosis), adolesc. 2 g/8 h (máx. 6 g/d).	Efecto antiespasmódico, elección en dolor cólico. Puede producir hipotensión. Administrar IV en 15 min. Efecto adverso: agranulocitosis. Contraindicado: alergia a metamizol u AINES, disfunción médula ósea
<b>Tramadol</b>	O/R/ IM/IV	>1 año 1-1,5 mg/kg/6-8 h, adolesc. 50-100 mg/6-8 h (máx. 400 mg/d).	Puede ser útil como sustituto de AINE cuando estos se contraindican. Útil en dolor postoperatorio, oncológico Efecto adverso frecuente: vómitos. La AEM solo ha aprobado el uso en >12 años

<b>Morfina</b>	IV/SC/ IM	Neonato 0,05 mg/kg/6 h, niños 0,1 mg/kg/3-4 h, adolesc. 2,5-10 mg/3-4 h (máx. 15 mg/dosis).	En <6 meses se recomienda utilizar vía IV Administración IV lenta en 5 minutos Pico efecto en 20 min. Dura 2-4 h Evitar si disfunción renal
	O	<1 año 0,08-0,2 mg/kg/4 h, niños 0,2-0,5 mg/kg/4-6 h, adolesc. 5-20 mg/4 h (máx. 20 mg)	
<b>Fentanilo</b>	IV	Neonatos, niños 1-2 µg/kg (máx. 50µg/dosis o 100µg total), adultos 50-200 µg	Elección en analgesia para procedimientos y en paciente politraumatizado. Efecto inmediato. Dura 30-60 min Riesgo rigidez torácica
	IN/SC	1-3 µg/kg (máx. 100µg/dosis)	
	Trans-bucal	10-15 µg/kg	

AEM: Agencia Española del Medicamento; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; IM: intramuscular; IN: intranasal; IV: intravenosa; O: oral; R: rectal; SC: subcutánea.

- Dolor leve vía oral: paracetamol o ibuprofeno
- Dolor moderado: - sin inflamación (cefalea, dolor abdominal...): metamizol o tramadol, - si inflamación (celulitis, traumatismo...): naproxeno, diclofenaco o ketorolaco.
- Dolor grave: opioides a veces asociados a otros.

#### CEFALEA AGUDA

- Dolor leve: analgesia habitual
- Dolor moderado-grave: Se puede utilizar analgesia habitual y/o:
  - Codeína VO: 0,5-1 mg/kg/dosis (4-6 tomas/d). Max 60 mg/dosis
  - Dexametasona VO, IV o IM: 0,08-0,3 mg/kg/d (2-4 tomas)
  - Metilprednisolona VO, IV o IM: 0,5-2 mg/kg/d (mantenimiento: 0,05-0,15 mg/kg/d)
- Si migraña aguda en > 12 años se puede utilizar: Triptanes:
  - Sumatriptán VO, SC, intranasal:
    - VO: 50-100 mg (si recurre repetir dosis de 50 mg dentro de las primeras 24 horas con mínimo intervalo de 1 hora). Max 200 mg/d
    - SC: 6 mg (repetir dosis mínimo 1 hora)
    - Intranasal: 10 mg (repetir dosis mínimo 2 horas)

**ANALGESIA TÓPICA** directa sobre piel o mucosas:

- *Crema Lidocaína* 2,5%-prilocaina 2,5% (EMLA®) Aplicar 1-2 g/ 10 cm<sup>2</sup> (máx 10 g)

de piel, cubrir con apósito adhesivo, inicio 30-60 min hasta 120 min. No útil en palmas ni plantas. Riesgo metahemoglobinemia en <6 meses

- *Crema Lat* (lidocaína 4%, adrenalina 0,1%, tetracaína 0,5%): eficaz en laceraciones cara y cuero cabelludo y menos en extremidades. Sobre borde de herida 1-3 ml y se deja 20-30 min, dura 1 hora. Contraindicada en mucosas y zonas acras.
- *Cloruro de etilo* aplicar unos segundos a unos 15-30 cm piel intacta. Útil en procedimientos breves como la punción venosa.
- *Tetracaína* aerosol (cavidad oral), lubricante urológico (colocación de sondas uretrales...).
- *Benzocaína* líquida o gel. Útil extracción cuerpos extraños auditivos y odontología.
- *Lidocaína* aerosol (intervenciones faríngea y anestesia cuerdas vocales), gel (colocación sonda nasogástrica o uretral), crema (piel intacta, aplicar 30-60 min antes)

**ANALGESIA LOCAL:** infiltración local o bloqueo de nervios periféricos: aspirar previo e inyectar pequeñas alícuotas: vértigo, convulsión, depresión sensorio, depresión respiratoria y arritmias, si absorción sistémica

- Lidocaína infiltración 1-2 mg/kg (0,1-0,2 ml/kg de lidocaína 1%), máximo 3-5 mg/kg (7 mg/kg con adrenalina). inicio 3-5 min. Dura 30 min a 2 horas.

**DIAZEPAM**

• VR: 0,5-0,7 mg/kg (Máx. 10 mg/dosis)

**Stesolid** 5 o 10 mg

• IV: 0,3 mg/kg (Máx. 10 mg/dosis) . Viales de 10 mg.

(relajante: 0,1-0,3 mg/kg/dosis, máximo 5 mg).

**MIDAZOLAM** IV: 0,2 mg/kg (Máx. 5 mg/dosis)

(sedación: 0,05-0,1 mg/kg; máximo 5 mg)

Bucal (**Buccolam**<sup>®</sup>): 0,2 – 0,5 mg/Kg (Máx. 10 mg/dosis) > 3m-1a etiqueta amarilla, 1-5a azul, 5-10a morada y >10a naranja.

**FENITOÍNA** IV: 20 mg/kg (Máx. 1000 mg/día)

(presentación: 50 mg/ml)

(Diluir dosis en SSF para concentración final <6 mg/ml. Ritmo <1mg/kg/min. 30 min)

**VALPROATO**

IV: 15-20 mg/Kg en bolo. Si cede la crisis seguir con perfusión a 1mg/Kg/día.

VO: 30 mg/Kg/día en 2 dosis (**Depakine**<sup>®</sup> suspensión 200 mg/ml)

**LEVETIRACETAM** IV: 20-30 mg/Kg, en 15 min (max 1500 mg). 100mg/ml

**FENOBARBITAL** IV: 10-20 mg/kg (Máx. 500 mg/dosis) (Ritmo < 100 mg/min. Aprox. 15 min.)

**CORTICOIDES SISTÉMICOS**

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS (mg/kg/día)	VÍA ADMON.	PREPARACIÓN
Prednisona DACORTIN <sup>®</sup>	0,5 – 2 (Máx. 60 mg/día)	VO	Comp 2,5/5/30mg
Prednisolona ESTILSONA <sup>®</sup>	0,5 – 2 (Máx. 60 mg/día)	VO	Solución 7 mg/ml 1mg=6gotas Peso/7= ml para 1 mg/kg/dosis
Metilprednisolona URBASON <sup>®</sup>	0,5 – 2 (Máx. 60 mg/día)	VO, IV, IM	Comp: 4, 16, 40 Viales: 8, 20, 40
Deflazacort DEZACOR <sup>®</sup> gotas	0,5 – 3 (Máx. 60 mg/día)	VO, IV, IM	Comp: 6, 30 1 got = 1 mg
Dexametasona FORTECORTIN <sup>®</sup>	0,15 – 0,6 (Máx. 20 mg/día)	VO, IV	1 comp= 1 mg Viales: 4 mg/ml

**TABLA DE EQUIVALENCIA DE CORTICOIDES SISTÉMICOS**

CORTICOSTEROIDES	Dosis equivalente (mg)	Actividad mineralcorticoide	Semivida biológica (horas)
<b>ACCIÓN CORTA</b> Hidrocortisona	20	Media	8-12
<b>ACCIÓN INTERMEDIA</b> Deflazacort	7,5	Nula	12-36
Prednisona	5	Baja	12-36
Prednisolona	5	Baja	12-36
Metilprednisolona	4	Nula	12-36
<b>ACCIÓN PROLONGADA</b> Dexametasona	0,75	Nula	36-72
<b>MINERALCORTICOIDES</b> Fludrocortisona	0,02	Alta	18-36

## ASMA MEDICAMENTOS

Farmaco	Forma de administración	Dosis
<b>Salbutamol</b>	MDI con cámara (0,1 mcg/puls)	Crisis leve: 2 a 4 puls Crisis moderada: 4 a 8 puls Crisis grave: 8 a 10 puls ó más.
	Nebulización intermitente (sol. Nebulización: 5 mg/ml)	0,1 a 0,15 mg/kg de peso. Mínimo 2 mg. Máximo 5 mg Diluir en 2cc de suero fisiológico
	Nebulización continua (sol. Nebulización: 5 mg/ml)	10 ml de salbutamol añadidos a 140 cc de suero fisiológico en bomba de perfusión a ritmo de 12 a 15 ml/hora sobre el depósito de la mascarilla de nebulización
	Subcutáneo (sol. Inyectable: 0,5 mg/ml)	0,01 a 0,04 mg/kg/dosis Máximo 3 dosis
	Intravenoso (sol. Inyectable: 0,5 mg/ml)	5 mcg/kg administrados en 10 minutos seguidos de 0,2 a 2,5 mcg/kg/min en perfusión continua.
<b>Terbutalina</b>	DPI (sistema turbuhaler) (0,5 mcg/puls)	Crisis leve: 1 a 2 inh Crisis moderada: 2 a 4 inh Crisis grave: 4 a 5 inh o más
Prednisona Prednisolona Deflazacort Dexametasona	Oral Intramuscular Intravenoso	Crisis leves y moderadas: 0,5-1 mg/kg (máximo 50-60 mg/día) de prednisona o dosis equipolentes. Crisis graves: 2 mg/kg (máximo 50-60 mg/día) de prednisona o dosis equipolentes.
Bromuro de Ipratropio	MDI (12 mcg/puls)	Solamente en crisis graves: 20 a 40 puls
	Nebulización intermitente (sol. nebulización: 125 y 250 mcg/ml)	Solamente en crisis graves: 250 a 500 mcg diluidos en 2 ml de suero fisiológico
Adrenalina	Intramuscular (1:1000. 1mg/ml)	0,01 mg/kg/dosis (máximo 0,5 mg/dosis) Máximo 3 dosis (cada 20 minutos)
Oxígeno	Mascarilla facial o gafas nasales	FiO2 100%. Flujo de 6 a 8 l/min.

Modificado de: Dosis fármacos tratamiento crisis asma. Jiménez Cortés A, y Cols Grupo de Vías Respiratorias. Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el Niño y Adolescente. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)



**β<sub>2</sub> agonistas de acción corta:**

**SALBUTAMOL:**

Ventolin<sup>®</sup> Soluc respirador 5mg=1 ml: 0,01-0,03 cc/kg (mín: 0,25 cc/dosis; Máx: 1cc/dosis) + SSF 3 cc

**Salbuair<sup>®</sup>**

Medicamento	Concentración	Dosis		Dosis máxima <sup>2</sup>	Preparación	Administración
		2-5 años <sup>1</sup>	> 5 años			
Salbuair <sup>®</sup> 2,5 mg	1 mg/ml	2,5 mg	5 mg	5 mg	No necesita dilución <sup>3</sup>	Nebulizar con O <sub>2</sub> a 5-7 l/m
Salbuair <sup>®</sup> 5 mg	2 mg/ml					
Ventolin <sup>®</sup>	5 mg/ml	2,5 - 5 mg		5 mg(1 ml)	SSF hasta unos 2-2,5 ml	
		0,15 mg/kg (0,03 ml/kg)				

La nebulización debe restringirse a las crisis graves. La nebulización continua no tiene ventajas respecto a la intermitente a igual dosis.

**SALBUTAMOL NEBULIZADO CONTINUO**

Ventolin Dosis: 0,5 mg/kg por hora hasta 10 a 15 mg total por hora en niños de hasta 10 kg de peso y 20 kg, respectivamente, y en niños mayores de 6 años o adultos hasta 20 mg por hora.

Salbuair<sup>®</sup>: sol respirador (dos concentraciones: niños: 2,5 mg/ 2,5ml y adultos 5 mg/2,5ml).

Para 0,5 mg/kg/h: 0,5 ml de salbuair<sup>®</sup> pediátrico x Peso en Kg x 4= ml salbutamol a cargar hasta 50 ml de volumen total con SSF. A ritmo 12 ml/h.

Para 0,3 mg/kg/h: 0,3 ml de salbuair<sup>®</sup> pediátrico x Peso en Kg x 4= ml salbutamol a cargar hasta 50 ml de volumen total con SSF. A ritmo de 12 ml/hora.

Dosis máxima 20 mg/hora salbutamol <> 8 ampollas pediátricas o 4 ampollas de adulto por hora.

**Bromuro de ipatropio:**

NEBULIZACIÓN < 12 años: 250 mcg

> 12 años: 500 mcg

**SULFATO DE MAGNESIO**

En crisis de asma grave que no responde a salbutamol-ipratropio:

Sulfato de Mg: 30-50 mg/kg (Máx. 2 g) IV en 20min

**CORTICOIDES INHALADOS**

Tratamiento de base asma, dosis en mcg/día, según la siguiente tabla:

**DOSIS EQUIPOTENTES DE CORTICOIDES INHALADOS EN NIÑOS (MCG/DÍA)**

	Dosis bajas	Dosis media	Dosis altas
Budesónida	<200	200-400	> 400
Fluticasona	<100	100-250	> 250

**TABLA DE EQUIVALENCIA DE CORTICOIDES INHALADOS**

(Guía GEMA 2015 p 60 y 84 y Guia GINA 2017. Esta establece edad de niños hasta los 11 años, y adulto y adolescentes son los >11 años).

	Dosis bajas (mcg/día)	Dosis medias (mcg/día)	Dosis altas (mcg/día)
<b>BUDESONIDA</b> (Guías GEMA y GINA igual)	200-400* > 11 años <201* niños < 11 años	401-800* > 11 años <201-400* niños < 11 a.	801-1600* > 11 años >400*niños < 11 años
<b>FLUTICASONA PROPIONATO</b> (GINA da valores más altos en <11 años)	100-250* > 11 años <101*niños GEMA 100-200 <11 a GINA	251-500* > 11 años 101-250*niños < 11 a. >200-500 <11 a. GINA	501-1000* > 11 años >250*niños < 11 años >500 < 11 años GINA

TOPICOS	
Corticoides	<p><b>Baja potencia:</b> Hidrocortisona: Dermosa® (pomada, 1%), Lactisona® (loción, 1%, 2.5%) Fluocortina: Vaspit® (crema o pomada, 0.75%)</p> <p><b>Media potencia:</b> Prednicartrato Clobetasona: Emovate® (crema, 0.05%) Diclorisone: Dermaren® (crema 0.25%), Dicloderm forte® (crema 1%) Fluocinolona acetónido: Cortiespec® (crema, 0.025%), Synalar® (crema 0.01%, 0.025%, 0.2%) Hidrocortisona butirato: Ceneo® (crema, pomada 0.1%), Isdinium® (crema 0.1%)</p> <p><b>Alta potencia:</b> Mometasona Beclometasona: Beclosoma® (crema, 0.1%), Menaderm simple® (loción, pomada 0.025%) Betametasona: Betnovate® (crema, 0.1%), Celestoderm® (crema 0.05%, 0.1%) Hidrocortisona aceponato: Suniderma® (crema, pomada 0.127%) Metilprednisolona: Adventan® (crema, pomada, sol. 0.1%), Lexxema® (crema, pomada, sol. 0.1%)</p> <p><b>Potencia muy alta:</b> Clobetasol: Decloban® (pomada 0.05%), Clovate® (crema 0.05%)</p>
Inmunomoduladores	Tacrolimus, Pimecrolimus

#### ELECCIÓN EXCIPIENTE

<i>Grasa:</i> Pomada o Ungüento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones crónicas</li> <li>- Lesiones secas</li> <li>- Lesiones liquenificadas</li> <li>- Hiperqueratosis</li> </ul>
<i>Acuosa:</i> Solución, Emulsión, Espuma, Crema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áreas pilosas</li> <li>- Lesiones exudativas</li> </ul>

#### CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN DERMATITIS ATÓPICA

DERMATOLOGÍA	Urgente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha de eccema herpeticum</li> <li>- Infección profunda o afectación general</li> <li>- Eritrodermia (eritema &gt; 90% de superficie corporal)</li> </ul>
	Preferente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brote grave que no responde a tratamiento en 1 s.</li> <li>- Fallo de tratamiento en eccema sobreinfectado</li> </ul>
	Normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico dudoso de dermatitis atópica</li> <li>- Sospecha dermatitis de contacto sobreañadida</li> <li>- Recidivas frecuentes y dificultad para encontrar un tratamiento de mantenimiento satisfactorio</li> </ul>
PSIQUIATRÍA INFANTIL	Problemas psicosociales importantes: fracaso escolar, trastorno del sueño, estrés, absentismo laboral en la familia, etc.	
ALERGOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha sensibilización a alimentos o aeroalergenos</li> <li>- Existen otras manifestaciones de atopia (rinoconjuntivitis, asma)</li> </ul>	
INMUNOLOGÍA	Eccemas asociados a infecciones de repetición	

TRATAMIENTO DEL ACNÉ			
	LEVE	MODERADO	GRAVE
<b>PREDOMINIO COMEDONES</b>	Queratolíticos y/o retinoides de alta tolerancia (retinaldehído)	Retinoides tópicos (adapaleno)	ISOTRETINOÍNA (0,2-0,5 mg/kg/día hasta dosis acumulada de 100-120 mg/kg)
<b>PREDOMINIO LESIONES INFLAMATORIAS</b>	– Clindamicina tópica * – Eritromicina tópica*	– Peróxido de benzoilo con clindamicina (tópico) – Doxiciclina VO (50-100mg/d x2-3m)**	
<b>ACNÉ MIXTO</b>	– Queratolíticos y/o retinoides de alta tolerancia (retinaldehído) – Clindamicina tópica * – Eritromicina tópica*	– Retinoides tópicos con peróxido de benzoilo, clindamicina o eritromicina tópicos – Doxiciclina oral (50-100mg/d x2-3m)**	
* Antibióticos en monoterapia no pueden ser prolongados (resistencias) ** La doxiciclina oral se puede combinar con tratamientos tópicos.			

TRATAMIENTO DEL IMPÉTIGO		
	PRIMERA LÍNEA	ALTERNATIVAS
<b>POCO EXTENSO</b>	– Mupirocina tópica – Ácido fusídico tópico (1 aplicación /8 hrs 7-10 días)	Retapamulina tópica (1 aplicación/12 hrs 5 días)
<b>MUY EXTENSO</b>	Amoxicilina-clavulánico oral*	Cloxacilina oral*
– Lavado diario de lesiones con agua y jabón – En casos recidivantes estudiar colonización nasal y en caso de positividad tratarla. * En casos tratados con antibiótico oral también se administrará el antibiótico tópico		

TRATAMIENTO DEL MOLUSCO CONTAGIOSO	
TRATAMIENTOS FÍSICOS	– Ninguno: emolientes y observación – Enucleación con pinzas – Curetaje – Crioterapia – Laserterapia
TRATAMIENTOS TÓPICO/IRRITANTES	– Soluciones con óxido de zinc – Aplicación puntual de KOH al 2-10% – Ácido azelaico en crema
TRATAMIENTO ORALES	– Extracto de <i>Polypodium leucotomos</i> – Otros inmunomoduladores orales

#### ANTIMICÓTICO TÓPICO

Miconazol: tópico: 2 veces/día; Muguet: 4 veces/día.

Daktarin crema y gel oral; Fungisdin gel oral.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS (mg/kg/día)	DOSIS MÁX.	ADMON	SOLUC
Amoxicilina	40-80 mg/Kg/día (cada 8h)	6 gr/ día	VO	250mg/5ml, 250,500mg y 1gr sobr y comp
Amoxicilina clavulánico	40-80 (vía oral) (cada 8h) 100-150 (IV) (cada 8h)	3 gr/día 12 gr/día	VO, IV IM, IV	A/C 100: 100 mg/ml Suspensión: 125 y 250 mg/5 ml, 250,500 y 875mg sobr y compr
Ampicilina	100-200 (cada 6h) 200-400 (cada 6h) <sup>1</sup>	3 gr/día 12 gr/día	VO IV, IM	250mg/5ml, 500mg y 1 gr comp
Azitromicina	10-20 (cada 24 horas)	500 mg/día	VO	200 mg/5ml, 250 y 500mg sobr y comp
Cefadroxilo	20-50 mg/k/día (cada 12 horas)	2 gr/día	VO	250mg/5ml
Cefepima	100-150 (cada 8-12h)	2 gr/dosis 6 gr/día	IV	Vial 500 mg, 1 y 2 gr
Cefixima	8 (cada 12-24h)	400 mg/día	VO	100mg/5ml, 100,200 y 400mg sobr
Cefotaxima	100-200 (cada 6-8 h) <sup>2</sup>	12 gr/día	IV	Vial 250, 500mg, 1y 2 gr
Ceftriaxona	50-100 (cada 12-24h)	4 gr/día	IV, IM	Vial 250, 500mg, 1y 2 gr
Cefuroxima	20-30 (cada 12 h) Variable según patología Meningitis: 200-240/Kg/día (6-8 h)	2-4 gr/día 9 gr/día	VO IV, IM	125mg/5ml 250mg/5ml Vial 250,750,1500mg,
Ciprofloxacino	20 (cada 12h) oral 4g o 1vial/12h 10 días Profilaxis adulto meningococo: 500mg 1 dosis	1,5 gr VO 0,8 gr IV	Tópico VO IV	got,monodosis Comp,sobres 250,500,750mg 2%
Claritromicina	15 (cada 12h)	1 gr/ día 1-1,5 gr IV		250mg/5ml y 125mg/5ml 250,500mg sobr y comp
Clindamicina	10-30 (cada 6-8h) 40 mg/Kg/día IV	1,8 gr/día	VO IV (3,6 gr) IM	75mg/5ml, 150 y 300 mg cap 300,600 y 900 mg amp
Cloxacilina	50-100 (cada 6-8h)	4 gr/día	VO IV (8-12 gr)	125mg/5ml, 500mg caps Vial 500 y 1000mg
Cotrimoxazol <sup>3</sup>	8-40 (cada 12h)	160:800 mg/día	VO	8mg/1ml, 100,400 y 800mg compr
Eritromicina	Etilsuccinato:30-50mg/k/día c6h	4 gr/día	VO	250 y 500mg/5cc, 250 y 500mg sobr

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS (mg/kg/día)	DOSIS MÁX.	ADMON	SOLUC
Fosfomicina	50-100 mg/Kg/día cada 8 h	3 g/día	VO	250 mg/5 cc, 500mg caps, 2 y 3 gr sobre
Gentamicina	4 mg/kg/d (cada 8 o 24 h)	0,3 gr/día	IV	Vial 20, 40,80,120mg
Meropenem	60-100 (cada 8h)	6gr/día	IV	Vial 500mg,1gr
Metronidazol	15-30 (cada 6- 8-12h)	4 gr/día	VO IV	125 mg/5 cc,250mg comp 5mg/ml sol IV
Mupirocina	1 aplicación/8h		Tópica piel y nasal	pomada
Penicilina V	50 (75000UI/kg)(cada8-12h)	3 gr/día	VO	250ms sobr, 600.000UI caps
Penicilina V- Benzatína	250000-500000 UI cada 12h	4,8 MUI/día	VO	250.000UI/ml susp
Penicilina G- Procaina Penicilina G- Benzatína	25000-500000 UI/kg cada 24h	2,4 MUI	IM IM	Vial 600.000 UI, 1,2 MUI
Rifampicina	50000 UI/kg dosis única <sup>4</sup> Profilaxis meningococo: 10mg/k/12h 4 dosis		VO	Sol2% 1cc/20mg 300,600mg comp
Teicoplanina	6-10 (cada12-24h) <sup>5</sup>	400mg/día	IV	Vial 200 y 400mg
Telitromicina No <12años		800mg/día	VO	Comp 400mg
Vancomicina	40-60 (cada 6h)	4 gr/día	IV	Vial 500mg y 1gr

1 Dosis para meningitis

2 Dosis meningitis neumocócica: 300 mg/kg/día

3 Cotrimoxazol = Trimetroprim sulfametoxazol (concentración 1:5)

4 Dosis semanal en sífilis congénita (3 semanas)

5 Dosificación recomendada: 10 mg/kg/12h (3 primeras dosis) 6-10 mg/kg/24h dosis posterioresw

## 1. COLIRIOS

### ANTIALÉRGICOS

Cómo regla: 1 gota/2 veces al día. Máximo 4 veces al día

No utilizar con lentes de contacto blandas.

Uso intermitente, contacto esporádico:

Levocabastina: **LEVOPHTA** o **LEVOFREE**

Uso prolongado, preventivo, durante temporadas de contacto:

Cromoglicato de sodio: **OPTICRON**, **MULTICRON**, **CROMEDIL**, **CROMABAK**.

Lodoxamida: **ALMIDE**

*Ambas situaciones, mixtos:*

Azelastina: **ALLERGODIL**

Ketotifeno: **ZALEG**, **ZADITEN**

Olopatadina: **OPATANOL**

*Tratamiento de choque:* Tetrizolina hidrocloreuro:

**OPTISPRING 0,5 MG/ML COLIRIO y VISPRING 500**

**microgramos/ml** en >de 6 años. 1-2 gotas x 4v/d

(Max 72 horas). **No** < 2 años. Junto con corticoide para tratamiento puntual de urgencia (mala visión)

### ANTIINFECCIOSOS

Cómo regla: 1-2 gotas cada 4 horas.

Gentamicina: 0,3 y 0,6%; **COLIRCUSI GENTAMICINA**

Polimixina B, Neomicina, Gramicidina:

### OFTALMOWELL

Azitromicina (1 gota/12h, 3 días): 15 mg/g:

**AZYDROP** (monodosis)

Tobramicina en solución 3 mg/ml (>1 a): **TOBREX**

### CORTICOIDES

Dexametasona. 1 gota 4 - 6 veces al día. **COLIRCUSI DEXAMETASONA**

### CORTICOIDES + ANTIIBIÓTICOS

Gentamicina, dexametasona. 1 - 2 gotas cada 4

horas. **COLIRCUSI GENTADEXA**

Tobramicina Dexametasona solución. 1 - 2 gotas

cada 4 - 6 horas. **TOBRADEX**

### ANALGESICOS

**TETRACAÍNA COLIRIO** (úlceras corneales, cuerpos extraños oculares...),

## 2. POMADAS

Cómo regla general 2 - 3 aplicaciones/día o 1

aplicación/noche complementando el colirio

Evitar lentes de contacto.

Clortetraciclina 5 mg/g: **OFTALMOLOSA CUSI**

**AUREOMICINA**

Oxitetraciclina, hidrocortisona y polimixina B:

**TERRACORTIL pomada ótico-oftálmica.**

Gentamicina: 3 mg/g: **OFTALMOLOSA CUSI**

**GENTAMICINA**

Ácido fusídico\*: 1%: **FUCITHALMIC Gel**

Tobramicina: 3 mg/g: **TOBREX**

Eritromicina: **OFTALMOLOSA CUSI ERITROMICINA**

Oxitetraciclina: 1%: **TERRAMICINA OFTÁLMICA**

Aciclovir: 3%: **ZOVIRAX**

Ciprofloxacino (>1 años): 3 mg/g: **OFTACILOX**

## ANTIISTAMÍNICOS

	Principio activo	Dosis	Dosis máx.	Solución
s e d a n t e s	Alimemazina	2-3 años 1gota/12-24h >3 años 2 gotas/12-24h		1,25mg=1gota
	Dexclorfeniramina (Polaramine®)	0,15-0,3 mg/kg/día (cada 6-8h) ml por dosis= peso en kg/6	12 mg/día	2mg/5ml
	Difenhidramina	5 mg/kg/día (cada 6h)	150 mg/día	
	Hidroxizina (Atarax® 10 mg/5 ml)	1-2 mg/kg/día (cada 6-8h)	200 mg/día	2mg/ml
	Cetirizina	0,2 mg/kg/día (cada 12-24h)	20 mg/día	
	Desloratadina (Aerius®/Azomyr® jarabe)	1-5 años 1,25 mg/24h >5 años 2,5 mg/24h	5mg/día	0,5mg/1ml
	Ebastina (Ebastel®)	0,2 mg/kg/24h	20 mg/día	
	Levocetirizina	2-6 años 2,5 mg/24h >6 años 5 mg/24h	5mg/día	
	Loratadina	0,2 mg/kg/24h	10 mg	1mg/1ml

<b>LUBRICANTES</b>	Parafina		>6 meses: 1-3 ml/kg/día cada 12 horas vo
	Glicerina		1 cácula al día vía rectal
<b>OSMÓTICOS</b>	Disacaridasas Sintéticas	Lactulosa	1 – 3 ml /kg/día vo
		Lactitol	0.25 – 0.4 g/kg/día vo
	Sales Minerales	Hidróxido de magnesio	1-3 ml/kg/ día vo
		Citrato de magnesio	– <6años: 1-3 ml/kg/ día vo – 6-12 años: 100-150ml/día – >12 años: 150- 300 ml/día
		Carbonato magnésico	– <1 año: 1-2 cucharaditas c/12 horas vo – 1-5 años: 2- 4 cucharaditas c/8-12 horas
	Polietilenglicol (PEG) 3350+e y 4000		>6 meses: 0.5 – 1 g/kg/día vo
<b>ESTIMULANTES</b>	Antraquinonas	Senósidos A y B	– 2 – 6 años: 4.5 – 8.5 mg/día vo – > 6 años: 8.5 – 15 mg/día vo
	Polifenoles	Bisacodilo	>10 años: ½ - 1 supositorio/día vía rectal
		Picosulfato sódico	> 6años: 0.5 – 2.5 mg/día vo

### PROBIÓTICOS, PREBIÓTICOS Y SIMBIÓTICOS

- ProFaes4 Dual-Vit sticks (12.500 MM ufc) 1 stick/día o ProFaes4 Viajeros (12.500 MM ufc) 1 c./día. Mayores de 16 años: ProFaes4 Adultos 25 MM 30 cápsulas o Digest Plus 12.500 MM ufc sobres, 1 s/c./día
- Vivomixx (VSL#3 sobres) (4,5 x 1011 ufc) o capsulas (1,12 x 1011 ufc) 4-9 x 1011 ufc, 2 veces al día ó (3) 2 x 4,5 x 1011 ufc, 2 veces al día
- Ultralevura (Saccharomyces boulardii) 250mg cápsulas o sobres ó 50 mg cápsulas 250 mg cada 12/ 24 horas
- Casenbiotic(108 ufc Lactobacillus reuteri DSM 17938) 1 sobre o comprimido /día y Reuteri (108 ufc Lactobacillus reuteri DSM 17938) 5 gotas/día
- Bivos gotas o sobres- Lactobacillus GG (3-6 x 109 ufc ) 1 sobre o 9 gotas/día
- Kaleidon 30- Lactobacillus GG (3-6 x 109 ufc) 1-2 sobres/día
- Symbioram (simb.) 12 sobres 1 s. al día
- Duphalac (Lactulosa) solución oral, 1-3 ml/kg 1-2 veces al día

Patógeno	Farmaco	Dosis (mg/kg/día)	Intervalo Dosis	Vía	Duración	Observaciones
Enterobius vermicularis (Oxiuros)	Mebendazol (Lomper®)	100 mg DTD	Repetir a los 15 días	VO	2 dosis	Lavado de manos uñas cortas, y limpias Limpieza de hogar, fómites Tratar a toda la familia
	Pamoato de pirantel	11 (Max 1 gr)		VO	2 dosis	
	Albendazol	1-2a 200 mg DTD >2a 400 mg DTD		VO	2 dosis	
Ascaris lumbricoides	Mebendazol	100 mg O 500 mg DTD	12 H DU	VO VO	3 días 1 día	Higiene personal
	Albendazol	400 mg	DU	VO	1 día	
Trichuris trichiura	Mebendazol	100 mg DTD o 500 mg DTD	12 H DU	VO VO	3 días 1 días	Higiene personal Lavado de frutas y verduras
		Albendazol	1-2a: l. lev -mod:200 mg DTD, l. grv 200 mg DTD, seguido de 100 mg >2 a: l. lev-mod 400 mg DTD o en l. graves 400 mg DTD	DU DU	VO VO	
	DU		VO	1 días		
	24 H		VO	3 días		
	Taenia solium, T. saginata (fase intestinal)	Prazicuantel	5-10	DU	VO	
Niclosamida		50,máx2gr/dosis	DU	VO	1 día	
Hymenolepis nana/ diminuta	Praziquantel Nitazoxanida	25	DU	VO	1 día	Higiene personal Tratamiento familiares
		1-3 a: 100	12	VO	3 días	
		4-11a: 200	12	VO	3 días	
		>12a: 500	12	VO	3 días	
Entamoeba histolytica: Portador Asintomático	Paromomicina Iodoquinol	25-35	8	VO	7-10 días	Zona endémicas: Comer fruta pelada, agua embotellada Higiene personal
		30-40,máx 2gr/d	8	VO	20 días	
Sintomáticos y extraintestinal	Metronidazol (Flagil®)	35-50	8	Vo	7-10 días	(máx 750dosis)
	Tinidazol	50,máx 2 gr/día	24	VO	3 días	+iodoquinol/paromomicina
Giardia lamblia: Asintomático Sintomático	No tto					No tratar Pueden acudir a guardería ¡pañales! Medidas de higiene
	Metronidazol Tinidazol	15,máx 250 dosis 50,máx 2 gr	8 DU	VO VO	5-7días 1 día	Quistes resistentes a la cloración

DU: dosis única. DTD: dosis total diaria. Dmáx: dosis máxima. Fuente Guía ABE



	PRIMERA ELECCION	MODO DE EMPLEO	ALTERNATIVA	MODO DE EMPLEO	OBSERVACIONES
PEDICULOSIS CAPITIS/ PUBIS	permetrina 1.5 % ¿con ¿+butóxido de piperonilo?	Durante 30 min. Gorro. Repetir 7-10 días.	MALATION 0.5 LOCCION (> 2 a)	Durante 8-12 h. Repetir a los 7-10 días	Eliminación manual de liendres.
PEDICULOSIS EN PESTAÑAS	VASELINA	2 VECES/DÍA 2-3 SEM	PERMETRINA 1% CREMA	10 Min con ojos cerrados	Valorar abuso sexual
Tras tto pasar liendrera/24 h durante 14 días. Si piojos vivos →tto con Malation 0.5%					

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL
<b>PIRETROIDES NATURALES:</b> Crisantemato 0.4%	Nosa(Champú/loción)
<b>PIRETROIDES SINTÉTICOS:</b> Permetrina 1% Permetrina 1.25% Permetrina 1.5% Permetrina 5% Fenotrina 0.3% Fenotrina 0.4% Fenotrina 1%	Filvit-P( Ch/Loc), Gobi (Ch/Loc) Quellada Permetrina Ch. Permetrina 1.5 OTC (Ch/Loc) Permetrina 5% OTC crema Itax Loc/Ch, Mitigal plus loc. Mitigal plus Ch. Nosa loc/Ch.
<b>ASOCIACION PIRETROIDES Y OTROS PEDICULICIDAS:</b> Permetrina 1% + Malation 0.5 +Butóxido de piperonilo Permetrina 0.3%+bióxido de piperonilo 1% Biolatreina+butóxido de piperonilo 1% Fenotrina 0.3%+bióxido de piperonilo 2% Fenotrina 0.4%+bióxido de piperonilo 2% Piretrinas naturales + bióxido de piperonilo	Paraplus spray antiparasitario Kife-P, Permetrina 1.5 OTC crema Vapio antiparasitario Cusitrin plus loción antiparasitario Cusitrin plus Ch antiparasitario Piretrin Isdin espuma, Milice espuma
<b>ORGANOCOLORADOS.</b> Lindano 1%	Kife-P Ch, gel, y loción
<b>ORGANOFOSFORADOS:</b> Malation 0.5% Malation+permetrina+butóxido de piperonilo	Filvit loción Paraplus Ch y aerosol
<b>NO INSECTICIDAS:</b> Dimeticona	Neositrin 4% soluc (<2a)
Lendreras(+/--electricas)/Liberanit/ácido acético	No insecticidas para prevenir contagio

Fuente Guía ABE

TRATAMIENTO ESCABIOSIS	
EDAD	FÁRMACO
< DE 2 M	Azufre 6% - 10% en cold cream o vaselina Crotamiton 10% loción
2 M- 2 A	Permetrina 5% Aplicar 8-14 H. Repetir a los 7-10 días
> 2 A	Permetrina 5% Lindano Ivermectina VO 200 mcg/Kg (>15 Kg) Repetir a 7-14 d.
Tratamiento simultáneo a toda la familia. Lavar ropa agua caliente (>50 o) y secado en secadora o bolsa cerrada y sellada de 5 a 7 días.	

## ESTOMATITIS

<6 AÑOS: Aloclair® plus

>6 AÑOS: corticoides tópicos (descartar infección herpética)

- Afta Juventus® (hidrocortisona)
  - Aftasone® (hidrocortisona + orobase)
  - Aftasone BC® (hidrocortisona + riboflavina + piridoxina) Casos especialmente graves:
- Lidocaína viscosa 2% (fórmula magistral) 2-3 veces/día (mayores 2 años)
- Mepivacaína en forma de enjuague bucal (fórmula magistral de uso hospitalario) cada 8h

## FLUIDOTERAPIA

SUERO	Na (mEq/L)	Cl (mEq/L)	K (mEq/L)	HCO3 (mEq/L)	Glucosa (g/L)	Osmolaridad (mOsm/L)
<b>Glucosado 5%</b>	–	–	–	–	50	275
<b>SSF (0.9%)</b>	154	154	–	–	–	308
<b>Salino 3%</b>	513	513	–	–	–	1026
<b>Salino 1M</b>	1000	1000	–	–	–	2000
<b>Salino 20%</b>	3400	3400	–	–	–	6800
<b>GS 1/2</b>	77	77	–	–	25	290
<b>GS 1/3</b>	51	51	–	–	33	285
<b>GS 1/5</b>	30	30	–	–	40	280
<b>Bicarbonato 1M</b>	1000	–	–	1000	–	2000
<b>Bicarbonato 1/6 M</b>	167	–	–	167	–	334
<b>Glucobicarb. 1/2</b>	83	–	–	83	25	303
<b>Glucobicarb. 1/3</b>	55	–	–	55	33	291
<b>Glucobicarb. 1/5</b>	33	–	–	33	40	286
<b>Ringer lactato</b>	130	109	4	28	–	273

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	DOSIS MÁXIMA	VIA ADMIN	OBSERVACIONES
Aciclovir ( <b>Aciclovir EFG®</b> <b>Zovirax®</b> )	Varicela: 80 mg/kg/día, cada 6h Encefalitis: 25-50 mg/kg/día, cada 8h	800 mg / dosis	VO IV	5-7 días 15-21 días Comp: 200, 800 mg
Ketoconazol ( <b>Panfungol®</b> , <b>Ketoisdin®</b> )	>2 años: 3-8 mg/kg/día, cada 24h >30 kg de peso: 200 mg/día 2 aplicaciones / día	800mg/día	VO Tópico	Susp. 20 mg/ml Comp. 200 mg
Ranitidina	Profilaxis estrés: 2 mg/Kg/6 horas Lactantes: 5-10mg/kg/día, cada 8-12 h Adultos: 150 mg cada 12h o 300 mg al acostarse.	50mg/dosis 200 mg/día 300 mg/día	IV VO	Vial: 50 mg/5 ml. Comp: 150, 300 mg F. Magistral: Ranitidina 10mg/ml jarabe (total en ml)
Omeprazol	1 mg/kg/día, cada 24 h Adultos 20 mg c/12-24h 1-2mg/kg/día, cada 12-24h		VO, 30' antes de comida IV lento en 15 min	Cáps 10, 20 y 40 mg F. magistral: omeprazol sol. 2 mg/ml c.s.p Amp. 40mg
Lansoprazol ( <b>Opiren®</b> )	Lactantes: 1-2 mg/kg/dosis, cada 24 h < 30kg: 15 mg/día Adultos: 30mg/día		VO, 30' antes de comida	Caps 15 y 30 mg. Comp bucodisper 15 mg y 30 mg
Esomeprazol ( <b>Nexium®</b> , <b>Axiago®</b> )	0.35-1 mg/kg, cada 24h > 20kg: 20 mg, cada 24h Adultos: 20-40mg, cada 24h		VO, 30' antes de comida	Cáps 20 y 40 mg. Sobres 10mg
Ondansetrón ( <b>Zofran®</b> , <b>Yatrox®</b> )	Vómitos (GEA) en dosis única: - 8-15 Kg: 2 mg - 15-30 Kg: 4 mg - >30 Kg: 8 mg Vómitos (quimio/radio): 0,15 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas	8 mg	VO IV	Uso hospitalario
Macrogol (PEG) ( <b>Casenlax®</b> )  ( <b>Movicol®</b> )	6 m-1 año: 1 sobre 4g#8ml sol/d 1-4 a: 1-2 sobres 4g#8-16ml sol/d 4-8 a: 2-4 sobres 4g#16 a 32 ml sol/d >8 años: 1-2 sobres 10 gr /día 2-6 años: 1 sobre pediátrico /día 7-11 años: 2 sobres pediátricos /día ≥ 12 años: 1-3 sobres adultos/día	máximo 4 sobres/día	VO	Sobres de 4 gr y 10 gr y solución oral 500 mg/ml Sobres de 7 gr y 14 gr

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	DOSIS MÁXIMA	VIA ADMIN	OBSERVACIONES
Vitamina D3 Hidroferol gotas®	Profilaxis: 400 UI/día Raquitismo: 1.000-6.000 UI/día	65 gotas/día	VO	1 gota: 66 UI 6 gotas: 400 UI 1 gota = 240 UI
Vitamina K (Konakion®)	1mg/kg/dosis Profilaxis Enf. Hemorrágica RN: 1 mg IM (0.5 mg en PreT)	25mg	IM, IV	Amp: 2mg/0.2ml, 10mg/ml
Hierro (Glutaferro®) 1ml/30 mg (Fer-in-sol®) 1gota=1mg (Ferrogradumet®) 1comp. 105 mg	Anemia: 4-6 mg/kg/día en 3 dosis  Profilaxis: 2-4 mg/kg/día en 1-2 dosis.		VO	
Naloxona (Naloxone®)	0,1 mg/kg/dosis > 5 años o > 20 kg: 2 mg/dosis  Reversión Depresión Respiratoria asociada al uso terapéutico: 0,01 mg/kg/dosis	Acumulativa 8-10 mg	IV- IM	Amp 0,4 mg/ml  Repetir cada 2-3 minutos
Biperideno (Akineton®)	0,04-0,1 mg/kg/dosis	5 mg	IV, IM	Ampollas 1ml/5mg Se puede repetir en 30 min
Flumazenil (Anexate®)	0,01-0,02 mg/kg/dosis, en 30 seg.	Por dosis: 0,2 mg  Total: 2 mg	IV	Amp. 0,5 mg/5 ml, 1 mg/10 ml  Repetir cada 60 seg, hasta respuesta o máxima dosis
Furosemida (Seguril®)	1-2 mg/Kg/día, cada 4-6-8-12 h.  0,5-5 mg/kg/dosis, cada 6-12 h.	40 mg/día  20 mg/día	VO  IV, IM	Comp. 40 mg  Amp. 25 mg/2ml
Adrenalina 1:1000 (1ml=1mg)	- RCP: 0,01 mg/kg/dosis, dilución a 1/10 en agua destilada o SSF (1ml=0,1mg), Administrar 0,1 ml/kg/dosis - Anafilaxia: 0,01 mg/kg/dosis, sin diluir - Bronquiolitis: 0,1-0,3 ml/ kg/dosis (+ 4-5 ml de SSF o hipertónico 3%) - Laringitis: 0,5 ml/kg/dosis	1 mg  0,5mg  3 ml  5 ml	IV  IM  NEBUL  NEBUL	Repetir cada 3-5 minutos  Repetir cada 5-10 minutos  Flujo 4-6 l/min

## Direcciones útiles en Internet

### [www.mcmpediatria.org](http://www.mcmpediatria.org)

Página oficial de la Sociedad de pediatría de Madrid y Castilla la Mancha.

### [www.aeped.es](http://www.aeped.es)

Página oficial de la Asociación Española de Pediatría.

### [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org)

Página oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención primaria.

### [www.aepap.org](http://www.aepap.org)

Página oficial de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria.

### <http://vacunasaep.org>

Página oficial del Comité de Vacunas de la AEP.

### <http://e-lactancia.org>

Lactancia materna y medicamentos.

### [www.aeped.es/comite-lactancia-materna](http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna)

Lactancia materna.

### [www.elgipi.es](http://www.elgipi.es)

Web dirigida a pediatras de Atención Primaria.

### [www.guia-abe.es](http://www.guia-abe.es)

Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.

### [www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm](http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm)

Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia.

### <http://seup.org/publicaciones/publicacionesgt/hojaspadres.html>

Hojas informativas para padres en distintos idiomas.

### <http://www.celiacos.org>

Asociación de celíacos.

### [www.respirar.org](http://www.respirar.org)

Uso de inhaladores.

### [www.polenes.com](http://www.polenes.com)

Nivel de polen.

### [www.dermatoweb.net](http://www.dermatoweb.net)

Atlas dermatología.

### [www.guiafarmacopediatrica.es](http://www.guiafarmacopediatrica.es)

Guía farmacológica pediátrica.

### [www.pediamecum.es](http://www.pediamecum.es)

Vademécum pediátrico y más...

### [www.aeped.es/protocolos](http://www.aeped.es/protocolos)

Protocolos pediátricos AEP.

### [www.telmeds.org/atlas/radiologia-pediatrica](http://www.telmeds.org/atlas/radiologia-pediatrica)

Atlas radiología pediátrica.

### [www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

Evidencias en pediatría.

### [www.webpediatria.es](http://www.webpediatria.es)

### <http://www.segurneo.es>

Terapéutica neonatal.

### **Aplicaciones para móvil**

DosisPedia. Muy recomendable.

### [www.scoop.it/t/gpi-aepap](http://www.scoop.it/t/gpi-aepap)

Enfermedades infecciosas

### **Boletín epidemiológico semanal en red** Epidemiología



[www.mcmpediatria.org](http://www.mcmpediatria.org)

## JUNTA DIRECTIVA DE LA SPMYCM

Presidente	José García- Sicilia López
Vicepresidenta	Pilar González Serrano
Vicepresidente 2º para C-LM	José Luis Grau Olivé
Secretaria General	Mª Luisa Arroba Basanta
Tesorera	Mª José Cabo Bravo
Vocal Hospitalario	Guillermo Álvarez Calatayud
Vocal Extrahospitalario y AP	Rosario Dago Elorza
Vocal de Formación Continuada	Miguel A. Zafra Anta
Vocal de Residentes	Mª Amelia Muñoz Calonge
Vocal de Jubilados	Vicente Bravo Marcos
Vocal de Madrid	Juan José Jiménez García
2º Vocal Madrid	Mª del Mar Duelo Marcos
Vocal Toledo	Rosa Velasco Bernardo
Vocal Ciudad Real	Juan Antonio González Mateos
Vocal Guadalajara	Gema Arriola Pereda
Vocal Albacete	Lorenzo Boira Sanz
Vocal Cuenca	Ana Isabel Maraña Pérez
Vocal página web	Alfonso Cañete Díaz

PROF061670002116