



GUÍA FARMACOLÓGICA PEDIÁTRICA

PARA MÉDICOS DE FAMILIA, PEDIATRAS Y RESIDENTES
DE FAMILIA Y PEDIATRÍA

ATENCIÓN PRIMARIA

©Autores:

- Dra. Ramona Martín Martín. Servicio de Pediatría. CAP Marià Fortuny de Reus.
- Dra. Lorena Braviz Rodríguez. Servicio de Pediatría. Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils.

● Revisores:

- Dr. Pierre Arcelin Zabal. Medicina de Familia y Comunitaria. CAP Marià Fortuny de Reus.
- Dr. Joaquín Escribano. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Reus.
- Mónica Muñoz Cortés. Farmacóloga. Atención Primaria. EDP Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp.

● Con la autorización:

- De la Asociación Española de Pediatría para reproducir tablas o algoritmos de los protocolos de AEP y AEPap.
- De la *Societat Catalana de Pediatria* para reproducir tablas de los protocolos de práctica clínica.

Primera edición: octubre 2023

Copyright © 2023 Derechos reservados

Registro Propiedad Intelectual: REGAGE24e00013890529

Índice alfabético

Absceso/Flemón Periamigdalino	10
Acné	11
TRATAMIENTO TÓPICO	12
TRATAMIENTO SISTÉMICO	13
Adenitis cervical	14
Adenopatías	16
Aftas bucales	18
Anafilaxia	20
Anemia ferropénica	21
Ántrax . Ver infecciones cutáneas bacterianas	22
Ascaris lumbricoides . Ver parásitos intestinales	22
Balanitis candidiásica . Ver micosis	22
Balanitis, postitis y balanopostitis	23
Bartolinitis o quiste de Bartolino	25
Blastocystis hominis . Ver parásitos intestinales	26
Blefaritis	27
Boca-Mano-Pie	28
Botón mamario	29
Ingurgitación mamaria del recién nacido	29
Bronquiolitis aguda	30
Triángulo de evaluación pediátrica:	30
Valorar gravedad según Escala St Joan de Déu.	30
Bronquitis aguda	32
Candidiasis cutánea . Ver micosis	34
Caries. Higiene dental y prevención de la caries	35
Cefalea y migraña	37
Tratamiento farmacológico	40
Analgésicos	40
Triptanes	41
Fármacos preventivos de la migraña	41
Celulitis . Ver infecciones cutáneas bacterianas	42
Cinetosis	43
Cólico del lactante	44
Conjuntivitis aguda	45
Conjuntivitis bacteriana	45
Conjuntivitis vírica	46
Conjuntivitis alérgica	47
-Estabilizadores de mastocitos	47
-Antihistamínicos tópicos	47
-Antiinflamatorios no esteroideos	47
-Corticoides tópicos	48

Convulsión febril	49
Costra láctea	50
Criptorquidia y testículo en ascensor o retráctil	51
Cuerpo extraño ocular	52
Dactilitis ampollosa distal. Ver infecciones cutáneas bacterianas	53
Dermatitis atópica	54
Eccema Exudativo: loción o emulsión	54
Eccema no exudativo: crema	55
Eccema seco o liquenificado: pomada	55
Pitiriasis alba	56
Dermatitis atópica de párpados	56
Queilitis atópica	57
Dermatitis palmoplantar juvenil	57
Dermatitis de contacto	58
Dermatitis del pañal	59
DERMATITIS IRRITATIVA (W, confluyente, lateral)	59
DERMATITIS IRRITATIVA SOBREINFECTADA por Cándida	59
DERMATITIS IRRITATIVA SOBREINFECTADA por bacterias	59
DERMATITIS IRRITATIVA ULCERATIVA Y SIFILOIDE DE JACQUET	60
DERMATITIS PAÑAL IMPÉTIGO	60
DERMATITIS ATÓPICA EN ÁREA PAÑAL	60
DERMATITIS SEBORREICA EN ÁREA PAÑAL	61
PSORIASIS EN ÁREA PAÑAL	61
Dermatitis palmar juvenil o Pulpitis palmar de las piscinas	62
Dermatitis palmoplantar juvenil. Ver dermatitis atópica.	63
Dermatitis perianal o anulitis estreptocócica. Ver infecciones cutáneas bacterianas	63
Dermatitis seborreica	64
Dientamoeba fragilis. Ver parásitos intestinales	65
Dismenorrea primaria	66
Dolor	67
ESCALÓN I	68
ESCALÓN II	69
ESCALÓN III	69
ESCALÓN IV	69
COADYUVANTES	69
Erisipela. Ver infecciones cutáneas bacterianas	70
Eritema pernio o sabañones	71
Erosión corneal, conjuntival y úlcera corneal	72
Escarlatina	73
Estreñimiento	75
Medidas higiénico-dietéticas	76
Medidas farmacológicas	77
DESIMPACTACIÓN FECAL	78

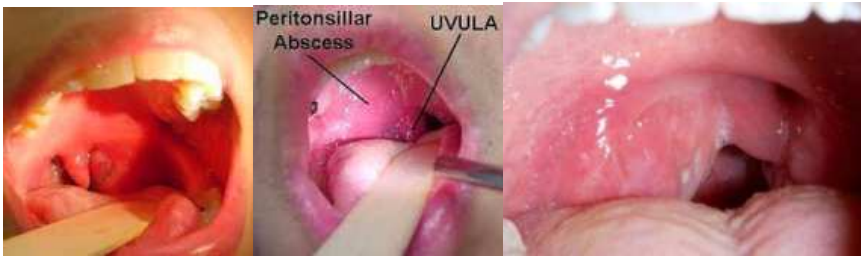
Faringoamigdalitis	80
Fiebre	83
Fimosis y adherencias balano-prepuciales	85
Fisura anal	86
Flemón dental	87
Foliculitis . Ver infecciones cutáneas bacterianas	88
Forúnculo . Ver infecciones cutáneas bacterianas.....	88
Frenillo lingual corto (anquiloglosia)	89
Frenillo peneano corto	90
Gastroenteritis aguda	91
Giardiasis . Ver parásitos intestinales	93
Ginecomastia	94
Gingivoestomatitis herpética	95
Granuloma piogénico	97
Granuloma umbilical	98
Gripe	99
Halitosis	100
Helicobacter Pylori	102
Hemangiomas	104
Hemorroides	108
Prolapso hemorroidal con o sin trombosis	108
Hernia epigástrica	110
Hernia inguinal, inguinoescrotal	111
Hernia umbilical	112
Herpangina . Ver aftas bucales	113
Herpes simple cutáneo	114
- Herpes labial recurrente :.....	114
- Panadizo herpético :.....	114
- <i>Eczema herpeticum o erupción variceliforme de Kaposi</i>	114
- <i>Herpes Gladiatorum/infección cutánea herpética traumática</i> :	114
- <i>Herpes genital</i> :.....	115
Herpes zóster . Ver varicela	116
Hidrocele	117
Himen	118
Himen imperforado	118
Pólipo o tag himeneal	118
Quiste del conducto de Skene	119
Abuso sexual	119
Hiperhidrosis o sudoración excesiva	120
Hipertrofia del clítoris o clitoromegalia	122
Hipertrofia labios menores vulvares	123
Impétigo . Ver infecciones cutáneas bacterianas	124
Infección de orina	125

Infecciones cutáneas bacterianas	127
Celulitis y Erisipela	129
Celulitis preseptal y postseptal u orbitaria	130
Dactilitis ampollosa distal	130
Dermatitis perianal o anulitis estreptocócica	131
Ectima	132
Foliculitis, forúnculo y ántrax	132
Impétigo	133
Linfangitis Aguda Bacteriana	134
Paroniquia aguda	134
Queratolisis punctata	134
Ingesta de cuerpo extraño	136
Insomnio	138
Invaginación Intestinal	141
Laringitis Aguda	142
Linfangitis aguda bacteriana. Ver infecciones cutáneas bacterianas	144
Mastoiditis	145
Micosis	146
Candidiasis cutáneo-mucosa	146
• Candidiasis genital	146
• Candidiasis orofaríngea (muguet oral, queilitis angular)	146
• Intértrigo candidiásico	147
Onicomycosis	147
Pitiriasis versicolor	148
Tiña o dermatofitosis: corporis, pedis, capitis	149
DEL CUERPO (CORPORIS) o de la piel sin pliegues	149
INGUINAL (TINEA CRURIS) O de grandes pliegues	150
PEDIS	151
CAPITIS	151
Micropene	153
Molluscum contagioso	154
Mordeduras, picadas y heridas punzantes. Profilaxis antibiótica, antitetánica, antirrábica	155
Mordeduras humanas y por animales domésticos	155
Mordedura de serpientes (culebra, víbora)	156
Picaduras de pez araña y erizo	158
Picadura de medusa	158
Picadura de insectos: mosquito, abeja, avispa, garrapata, chinche, araña, hormiga	158
Muguet. Ver micosis	160
Neumonía adquirida en la comunidad	161
Obstrucción conducto lacrimo-nasal congénito	165
Onfalitis	166
Onfalitis neonatal	166
Onfalitis no neonatal	166

Onicomycosis. Ver micosis.....	168
Orquitis y orquiepididimitis	169
Orzuelo	171
Otitis externa	172
Otitis media aguda	174
Oxiuros o Enterobius vermicularis. Ver parásitos intestinales.....	176
Pápulas perladas del pene y la vulva	177
Parafimosis	178
Parálisis facial	179
Parásitos intestinales	181
Ascaris lumbricoides	182
Blastocystis hominis	183
Dientamoeba fragilis	183
Giardia lamblia	184
Oxiuros o Enterobius vermicularis	184
Paroniquia o absceso periungueal. Ver infecciones cutáneas bacterianas	186
Parotiditis y afecciones de las glándulas salivares	187
Lesiones inflamatorias: parotiditis	187
Lesiones obstructivas: mucocele, ránula, sialolitiasis	187
Pediculosis	189
Picaduras de insecto, medusa, pez araña. Ver Mordeduras, picadas y heridas punzantes.....	191
Pitiriasis alba. Ver dermatitis atópica.....	191
Pitiriasis versicolor. Ver micosis	191
Pitiriasis rosada de Gibert	192
Protección solar	193
Prurito	194
Psoriasis	196
Púrpura de Schönlein-Henoch	198
Queilitis. Ver dermatitis atópica e infección mucocutánea por candidas.....	199
Quemaduras	200
Queratosis pilaris o piel de gallina	204
Quiste de cola de ceja	205
Quiste de esmegma	206
Quiste del conducto tirogloso	207
Reflujo gastroesofágico	208
Lactante regurgitador o reflujo gastroesofágico fisiológico	208
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	208
Rinitis alérgica	210
Sarna o escabiosis	213
Sinequias o adherencias vulvares	215
Sinusitis Aguda	216
Tiña o dermatofitosis. Ver micosis.....	217
Torsión de hidátide de Morgagni	218

Torsión testicular	219
Tos	220
Tosferina	223
Úlcera corneal. Ver erosión corneal	226
Uña encarnada, uñero u onicocriptosis	227
Urticaria	228
Varicela-Herpes Zóster	230
Varicocele	232
Verrugas	233
Vértigo	235
Vulvovaginitis inespecífica	238
Vulvovaginitis candidiásica. Ver micosis	239
Xerosis	240
CÁLCULO DOSIFICACIÓN JARABES	241
MEDICACIÓN DE URGENCIAS	245
RESUMEN EN SITUACIONES URGENTES	249
BIBLIOGRAFÍA	251

Absceso/Flemón Periamigdalino

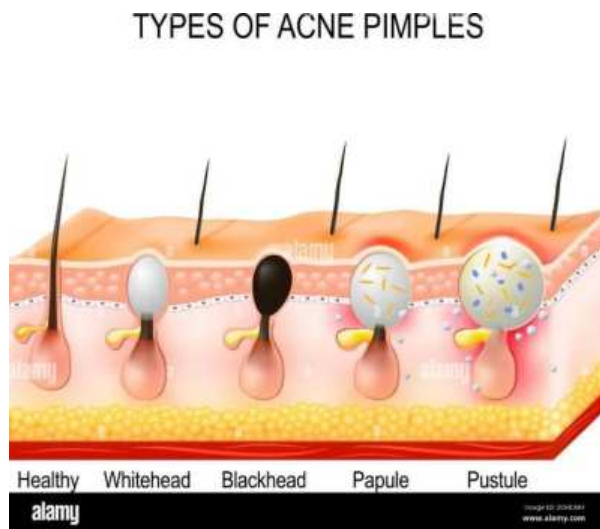


Absceso periamigdalino: presencia de pus entre la cápsula periamigdalina y el músculo constrictor superior de la faringe. Es la complicación más frecuente de la amigdalitis aguda bacteriana. En la mayoría de los casos es unilateral siendo una rareza la presentación bilateral.

Clínica: odinofagia, trismus, sialorrea, fiebre, voz gutural, abombamiento del pilar anterior, edema de úvula y paladar blando. Si el absceso es unilateral se observa asimetría de las estructuras faríngeas y abombamiento unilateral. Si es bilateral la asimetría se pierde y el diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha clínica para que sea temprano.

Tratamiento: Derivación Hospitalaria.

Acné



Guía ABE para tratamiento del acné. Actualización 11/2020

Tratamiento farmacológico																									
Situación clínica	De elección	Alternativas																							
Acné leve (comedoniano)	Retinoide tópico (RT) ³ (tretinoína ⁴ , adapaleno ⁵ , tazaroteno ⁶ , trifaroteno) una vez al día, por la noche	Ácido azelaico (AZ) ⁷ tópico en caso de mala tolerancia al retinoide tópico																							
	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>-</td><td>RT</td></tr> </table>	Mañana	Noche	-	RT	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>-</td><td>AZ</td></tr> </table>	Mañana	Noche	-	AZ															
Mañana	Noche																								
-	RT																								
Mañana	Noche																								
-	AZ																								
Acné leve-moderado (inflamatorio)	Peróxido de benzoilo (PB) por la mañana y retinoide tópico (RT) por la noche ⁹	Peróxido de benzoilo (PB) ⁸ por la noche y aclarar por la mañana																							
	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>PB</td><td>RT</td></tr> </table> Asociación PB + RT (Adapaleno) en dosis única <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>-</td><td>PB</td></tr> </table>	Mañana	Noche	PB	RT	Mañana	Noche	-	PB	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>-</td><td>PB</td></tr> </table> Antibiótico tópico (AT) ¹⁰ por la mañana más retinoide tópico (RT) o peróxido de benzoilo (PB) por la noche <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>-</td><td>PB</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT</td><td>RT</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT</td><td>PB</td></tr> </table>	Mañana	Noche	-	PB	Mañana	Noche	-	PB	Mañana	Noche	AT	RT	Mañana	Noche	AT
Mañana	Noche																								
PB	RT																								
Mañana	Noche																								
-	PB																								
Mañana	Noche																								
-	PB																								
Mañana	Noche																								
-	PB																								
Mañana	Noche																								
AT	RT																								
Mañana	Noche																								
AT	PB																								
Acné moderado	Antibiótico tópico (AT) (eritromicina o clindamicina) por la mañana y peróxido de benzoilo (PB) o retinoide tópico (RT) por la noche	Asociación de AT (clindamicina) + PB por la mañana, y retinoide tópico (RT) por la noche																							
	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT</td><td>PB</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT</td><td>RT</td></tr> </table>	Mañana	Noche	AT	PB	Mañana	Noche	AT	RT	<table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT + PB</td><td>RT</td></tr> </table> Antibiótico tópico (AT) por la mañana y asociación de RT (adapaleno) + PB por la noche <table border="1"> <tr><th>Mañana</th><th>Noche</th></tr> <tr><td>AT</td><td>RT + PB</td></tr> </table>	Mañana	Noche	AT + PB	RT	Mañana	Noche	AT	RT + PB							
Mañana	Noche																								
AT	PB																								
Mañana	Noche																								
AT	RT																								
Mañana	Noche																								
AT + PB	RT																								
Mañana	Noche																								
AT	RT + PB																								

Acné moderado sin respuesta al tratamiento tópico o con afectación de hombros o espalda	Peróxido de benzoilo (PB) por la mañana, retinoide tópico (RT) por la noche, y además antibiótico oral (AO) ¹¹ doxiciclina 100 mg/día, 1 dosis (o minociclina 100 mg/día, 1 dosis), durante 8-12 semanas	Evitar doxiciclina y minociclina en embarazadas y menores de 9 años (antes de esta edad pueden sustituirse por eritromicina 0,5-1 g/día, en 2 dosis, VO)				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="549 255 794 286">Mañana</th> <th data-bbox="794 255 995 286">Noche</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="549 286 794 331">PB + AO</td> <td data-bbox="794 286 995 331">RT</td> </tr> </tbody> </table>		Mañana	Noche	PB + AO	RT	
Mañana	Noche					
PB + AO	RT					
Acné moderado/grave sin respuesta a otros tratamientos	Isotretinoína oral ¹² 0,5-1 mg/kg/día, en 1-2 tomas diarias, con dosis acumulada total de 120-150 mg/kg en 4-6 meses					
AO: antibiótico oral. AT: antibiótico tópico. AZ: ácido azelaico. PB: peróxido de benzoilo. RT: retinoide tópico. VO: vía oral						

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"> No hay evidencias suficientes para recomendar una duración determinada del tratamiento, pero en general se recomienda mantenerlo al menos de 6 a 12 semanas antes de revisar su eficacia En cuanto a los antibióticos orales, deben prolongarse el menor tiempo posible para prevenir la aparición de resistencias, en general no más de 3-4 meses. Los retinoides tópicos son de elección en la terapia de mantenimiento, si bien no se ha determinado la duración de la misma, por lo que se recomienda individualizarla en función de las características de cada paciente. Se recomienda aplicar la medicación tópica sobre la piel seca. La pauta posológica supone en general 1 o 2 aplicaciones al día. Cuando sea posible conviene indicar asociaciones que permitan una única aplicación al día para simplificar el régimen terapéutico y mejorar el cumplimiento y la tolerabilidad. En los casos de acné moderado-grave o acné moderado que no respondan al tratamiento tópico junto a antibiótico oral, está indicada la derivación al dermatólogo para valorar el tratamiento con isotretinoína oral.

Fuente: Fernández-Cuesta Valcarce MA, Sánchez Suárez A. Acné (v.3.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado en 2020]. Disponible en <https://www.guia-abe.es>¹

TRATAMIENTO TÓPICO

* Medidas higiénicas e hidratación:

Jabón específico: cada 12-24 horas.

Effaclar gel limpiador La Roche Posay®
Eucerin Dermopure gel®
Acniben gel Isdin®

Crema hidratante:

- Effaclar duo La Roche Posay®.* Además de hidratar lleva un queratolítico. Junto con otros tto puede irritar.
- Dermopure oil control crema Eucerin®*
- Acniben crema Isdin®*

Fotoprotección oil free

Fotoprotector Isdin Fusion Water SPF 50®
Anthelios UVMune 400 Fluido SPF50+ La Roche Posay®
Heliocare 360º Gel Oil-Free SPF50+ Cantabria Labs®

* Queratolíticos

.Peróxido de benzoilo

Peroxiben gel® 25 mg/g, 50 mg/g, 100 mg/g
Benzac 50 mg/g gel®
Benzac wash 50 mg/g gel®. Cada 12 horas en espalda y pecho
Peroxacne 50 mg/g gel®, 100 mg/g gel®

.Peróxido en asociación

Peróxido benzoilo + clindamicina *Duac 10 mg/g + 30 mg/g gel®, 10 mg/g+50 mg/g gel*
 Peróxido de benzoilo + adapaleno
Epiduo 1 mg/g+ 25 mg/g gel®
Epiduo forte 3 mg/g + 25 mg/g gel®

.Retinoides

. Tretinoína

Retirides® crema 0,25 mg/g, 0,50 mg/g, 1 mg/g

Neocare® crema 4 mg/g

. Tretinoína en asociación: Tretinoína + clindamicina
Treclinac® gel 10 mg/g +0,25 mg/g

. Adapaleno

Differine® 1 mg/g gel, crema

. Adapaleno en asociación: Adapaleno + Peróxido de benzoilo
Epiduo® 1 mg/g+ 25 mg/g gel
Epiduo forte® 3 mg/g + 25 mg/g gel

. Tazaroteno

Zorac gel® 0,05%, 0,1%

Ácido azelaico

Finacea® 150 mg/g gel. > 12 años.
Zeliderm® 200 mg/g crema

*** Antibióticos**

Eritromicina

Deripil® solución

Loderm®

Loderm gel®

Eridosis toallitas®

Zineryt® 40 mg/ml + 12 mg/ml polvo y disolvente para solución cutánea. Eritromicina + Acetato de Zn

Clindamicina

Clinwas® gel tópico

Clinwas® solución tópica

Dalacin® 10 mg emulsión cutánea

Zindaclin® 1% gel

Clindamicina asociada:

Clindamicina + peróxido de benzoilo *Duac® 10 mg/g + 30 mg/g gel, 10 mg/g+50 mg/g gel*

Clindamicina + tretinoína: *Treclinac® gel 10 mg/g +0,25 mg/g*

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Doxiciclina 100 mg/ día durante 8-12 semanas.

Vibracina® 100 mg cápsulas, Dosi® 100 mg cápsulas, Doxiclata® 100 mg comp, Doxiciclina EFG®

100 mg.

Minociclina 100 mg/ día durante 8-12 semanas.

Minocin® 100 mg cápsulas.

Eritromicina 0,5-1 g/ día en 2 dosis durante 8-12 semanas.

Pantomicina® 100 mg/ml suspensión oral, Pantomicina® 250 mg, 500 mg, 1000 mg sobres,

Eritromicina EFG® 250 mg cápsulas, 500 mg comprimidos.

Isotretinoína. Derivar al dermatólogo si requiere este tratamiento.

Adenitis cervical



Adenopatía: alteración del tamaño y/o consistencia de los ganglios linfáticos. La adenitis cervical en pediatría es frecuente y en la mayoría de los casos se puede manejar en atención primaria.

Etiología: muy variada y frecuentemente benigna, las causas infecciosas son las más frecuentes.

Tabla I. Etiología y clasificación de las adenopatías cervicales

<p>Adenitis aguda bilateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Virus respiratorios: rinovirus, adenovirus, influenza, enterovirus - Otros virus: VEB, CMV, herpes simple, sarampión, parotiditis, rubéola, herpes 6, parvovirus B19 - Faringoamigdalitis por <i>Streptococcus pyogenes</i> - <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - Infecciones del cuero cabelludo (tiña, pediculosis)
<p>Adenitis aguda unilateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bacterias frecuentes: <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>Streptococcus agalactiae</i>, anaerobios - Bacterias poco frecuentes: <i>Pasteurella multocida</i>, <i>Francisella tularensis</i>, <i>Yersinia</i> - Enfermedad de Kawasaki - Absceso periamigdalino e infección cervical profunda
<p>Adenitis subaguda y crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciosa: <ul style="list-style-type: none"> • Causas frecuentes: VEB y CMV (adenitis habitualmente bilateral), micobacterias atípicas y enfermedad por arañazo de gato (adenitis habitualmente unilateral) • Causas poco frecuentes en nuestro medio: tuberculosis, toxoplasmosis • Causas excepcionales: brucelosis, fiebre botonosa mediterránea, VIH, histoplasmosis, actinomicosis - Tumoral: linfoma, leucemia, metástasis - Otras: síndrome PFAPA, enfermedad de Rosai-Dorfman, reacción a fármacos (antibióticos y anticonvulsivantes, entre otros), sarcoidosis, enfermedades de depósito, histiocitosis, posvacunal, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Castleman, enfermedad de Kikuchi, enfermedad de Kimura, enfermedades del colágeno (lupus eritematoso sistémico, artritis idiopática juvenil), inmunodeficiencia primaria (síndrome linfoproliferativo autoinmune, enfermedad granulomatosa crónica)

Abreviaturas: VEB, virus de Epstein-Barr; CMV, citomegalovirus; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; PFAPA, fiebre periódica, adenopatías, faringitis y estomatitis aftosa.

Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXII (7): 307-315²

1.- Anamnesis

2.- Exploración Física: adenopatías de otras localizaciones, visceromegalias, orofaringe.

→ **Signos de alarma**: masas duras, adheridas a planos profundos, mayor de 3 cm, curso rápido sin signos inflamatorios, sobre todo, localización supraclavicular (60% de adenopatías supraclaviculares en la infancia se deben a tumores malignos). Adenopatías generalizadas. Clínica constitucional.

3.- Pruebas complementarias:

- A/S: hemograma con función hepática, bioquímica, LDH, ácido úrico y VSG.
- Prueba de tuberculina.
- Serologías (CMV, VEB, toxoplasma, Bartonella Henselae, VIH).
- Frotis faríngeo para streptotest (si sospecha).
- Rx tórax.
- Ecografía y otras pruebas de tercer nivel.

4.- Tratamiento:

- Sospecha de adenitis bacteriana: La mayoría tiene buena respuesta al tratamiento antibiótico en 48-72 horas.
Primera elección. **Cefadroxi**lo 30 mg/kg/día en 2 dosis.
Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef*® 500 mg cápsulas). Dosis máx. 1 g/día.
Segunda elección: **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40 mg/kg/día en 3 dosis.
Alternativa:
Cloxacilina 50-75 mg/kg/día en 3-4 dosis.
Orbenin® 125 mg/5 ml suspensión, *Orbenin*® 500 mg comprimidos.
Cefuroxima-axetilo 30 mg/kg/día en 2 dosis. Dosis máx. 4 g/día.
Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral, 250 mg sobres, comp., 500 mg sobres, comp

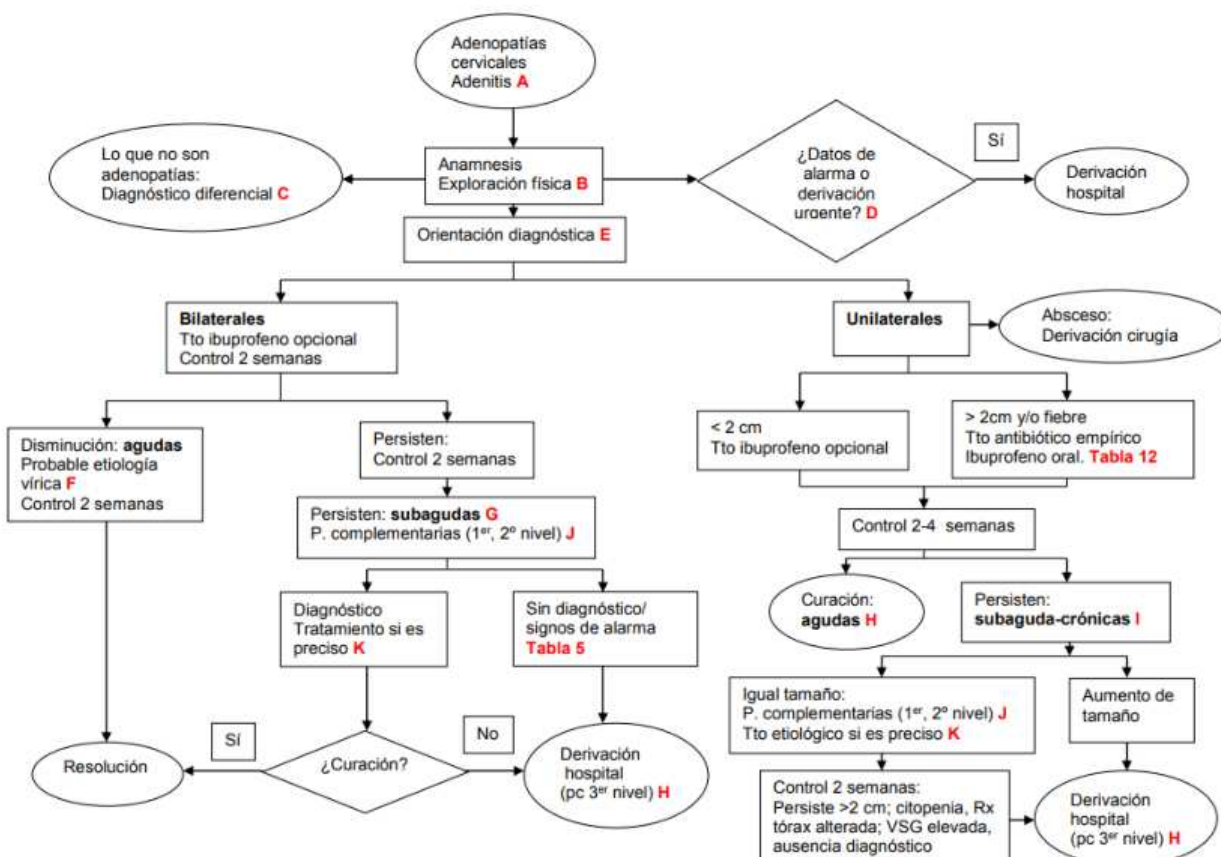
La mayoría tiene una buena respuesta en 48 a 72 horas, en caso contrario se recomienda derivación para ecografía.

- Enfermedad por arañazo de gato: suele curarse espontáneamente en 1-3 meses. En pacientes con clínica sistémica, valorar
Claritromicina 15 mg/kg/día VO .5 a 7 días o
Klacid® 250 mg/5 ml solución oral
Azitromicina 10 mg/kg/día VO. 5 días en pacientes con clínica sistémica.
Zitromax® 200 mg/5 ml polvo para suspensión, *Azitromicina EFG*® 200 mg/5 ml

5.- Indicaciones de derivar:

- Mala respuesta al tratamiento oral en 48-72 horas.
- Lactante menor de 3 meses.
- Fiebre elevada en lactante.
- Adenopatías de gran tamaño o fluctuantes.
- Afectación del estado general.
- Intolerancia oral.
- Malas condiciones sociofamiliares.
- Adenitis tuberculosa: (consultas externas de infecciosas pediatría). Su manejo requiere cuádruple terapia antituberculosa: **isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol** 2 meses seguido de 4 meses con **isoniacida y rifampicina**.

Adenopatías



Fuente: Martínez Chamorro MJ, Albañil Ballesteros R, Cocho Gómez P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Adenopatías cervicales. AEPap. 2016 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

Tabla 5. Datos de alarma^{2,10}

De la adenopatía	De la clínica/exploración	De las pruebas complementarias	De la evolución
Supraclavicular Cervicales bajas EpitrocLEAR	Pérdida de peso >10%	Citopenias (anemia, trombopenia, leucopenia)	Aumento de tamaño tras 2 semanas
Tamaño >3 cm	Fiebre >1 semana	Alteraciones bioquímicas (elevación LDH y/o ác. úrico)	No disminución tras 4-6 semanas
Consistencia dura o gomosa	Sudoración	PCR, VSG no descenso o aumento	No tamaño basal tras 8-12 semanas
Adherida	Hepato-esplenomegalia	Rx. tórax alterada (adenopatía o masa en hilio y/o en mediastino)	No disminuye tras 2 semanas de antibioterapia
Generalizada sin filiar	Palidez/ictericia		
Progresión No involución	Datos de sangrado		
Generalizadas, confluentes	Artromialgias		
	Tos, disnea, disfagia		

LDH: lactodeshidrogenasa, PCR: proteína C reactiva, VSG: velocidad de sedimentación globular, < menor, > mayor.

D. DATOS DE ALARMA Y/O DERIVACIÓN URGENTE

Los datos de alarma sugieren enfermedad tumoral e indican necesidad de estudio y derivación urgente. Pueden estar relacionados con las características de las adenopatías o de su evolución, de la situación clínica o de los hallazgos en las pruebas complementarias. Los datos de alarma se recogen en la **tabla 5**.

Derivación urgente al hospital si ²:

- Afectación del estado general (respiratorio, circulatorio y neurológico)
- Sospecha de enfermedad tumoral
- Disfagia significativa.
- Intolerancia a líquidos o a fármacos por vía oral.
- Ausencia de mejoría a las 48-72 horas del tratamiento empírico y diagnóstico incierto
- Sospecha de enfermedad de Kawasaki
- Fiebre elevada en lactantes
- Edad menor de tres meses.
- Entorno familiar que no garantiza los cuidados o seguimiento necesarios.

Tratamiento en caso de requerir antibioterapia:

- Sospecha de adenitis bacteriana (unilateral): La mayoría tiene buena respuesta al tratamiento antibiótico en 48-72 horas.

Primera elección. **Cefadroxi**lo 30 mg/kg/día en 2 dosis.

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef*® 500 mg cápsulas). Dosis máx. 1 g/día.

Segunda elección: **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40 mg/kg/día en 3 dosis.

Amoxicilina-ácido clavulánico EFG® 250 mg/5 ml solución oral.

Alternativa: **Cloxacilina** 50-75 mg/kg/día en 3-4 dosis.

Orbenin® 125 mg/5 ml suspensión, *Orbenin*® 500 mg comprimidos.

Cefuroxima-axetilo 30 mg/kg/día en 2 dosis. Dosis máx. 4 g/día.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral, 250 mg sobres, comp., 500 mg sobres, comp.

La mayoría tiene una buena respuesta en 48 a 72 horas, en caso contrario se recomienda derivación para ecografía.

- Enfermedad por arañazo de gato: suele curarse espontáneamente en 1-3 meses. En pacientes con clínica sistémica, valorar

Claritromicina 15 mg/kg/día VO .5 a 7 días o

Klacid® 250 mg/5 ml solución oral

Azitromicina 10 mg/kg/día VO. 5 días en pacientes con clínica sistémica.

Zitromax® 200 mg/5 ml polvo para suspensión, *Azitromicina EFG*® 200 mg/5 ml

Aftas bucales



Etiología:

- Afta simple (aislada o múltiple). Idiosincrática, traumatismo, ortodondia, enfermedades sistémicas.
- Virus del herpes simple
- Virus varicela-Zoster
- Herpangina (Virus Coxsackie A, B y ECHO)
- Enfermedad boca-mano-pie (virus Coxsackie A16, 5 y 10)

1-Dieta blanda, de fácil masticación y deglución. Evitar alimentos muy duros, calientes, salados, picantes y ácidos para facilitar la alimentación y evitar la desnutrición.

2-Hidratación oral abundante. Si no son capaces de alimentarse, la ingesta de alimentos está muy reducida o presentan vómitos o diarrea (más frecuente en la enfermedad boca-mano-pie) se recomienda **soluciones de rehidratación oral** que aporten azúcares y sales minerales.

3- Tratamiento del dolor

Solo si lo requiere: paracetamol, ibuprofeno o metamizol magnésico (si es muy intenso).

4-Tratamiento afta aguda

-**Ácido hialurónico:** 1 aplicación cada 4-6-8 horas durante 4-7 días en colutorio, spray, gel. Evitar la ingesta hasta 1 hora después. En > 1 año.

Aftex®: sal sódica de ácido hialurónico de elevado peso molecular.

Aloclair plus®: Polivinilpirrolidona, ácido hialurónico, aloe vera y ácido glicirretínico.

Bexident Aftas colutorio®

Afta localizada:

Aftex gel oral® 15 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus gel® 8 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Afta localizada y difusa:

Aftex spray bucal® 20-30 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus spray® 15 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aftas múltiples y de difícil acceso: colutorio. Requiere que el niño sea capaz de hacerlo (> 5 años) o aplicar con gasa empapada en menores de 5 años.

Aftex colutorio® 150-250 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus colutorio® 60-120 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

Bexident Aftas colutorio® 120 ml: enjuague con 10 ml cada 6-8 horas.

***En niños no se aconseja el uso de anestésicos locales como la lidocaína.

-**Clorhexidina.** > 7 años. Colutorio 0,2%, enjuagues 10 ml cada 12 horas.

Lacer Clorhexidina® 0,2% colutorio.

Oraldine Perio Clorhexidina® colutorio 0,2%.

-**Vitamina E liposoluble pura.** 1 aplicación cada 12 horas durante 5-7 días.

Vea Oris Spray bucal®.

5-Tratamiento afta recidivante

Ácido hialurónico 1 aplicación cada 4 horas durante 4-7 días + **Triamcinolona 0,1% fórmula magistral colutorio**. 1 enjuague cada 12 horas durante 4-7 días.

Anafilaxia



Reacción alérgica sistémica de aparición brusca que afecta a 2 o más órganos o sistemas.

Tratamiento:

- Primera línea:

Adrenalina 1:1.000: 0,01 mg/kg (equivalente 0,01 ml/kg , máximo 0,5 ml). Administración precoz intramuscular. Se puede repetir cada 5-15 min. Máximo 4 dosis.

Ej: niño de 20 kg: $20 \text{ kg} \times 0,01 \text{ ml/kg}$ (0,01 mg/kg) = 0,2 ml (0,2 mg) de adrenalina I.M. Dosis máx. 0,5 ml (0,5 mg) por dosis.

- Segunda línea:

- Posición semiincorporada.
- Retirada del alérgeno.
- Oxigenoterapia. Objetivo Sat O₂ superior a 94-96%.
- Fluidos e.v. Si inestabilidad hemodinámica
- Broncodilatadores: Si sibilancias, salbutamol inhalado 4-8 puff cada 10-20 min; o nebulizado 0,15 mg/kg máximo 5 mg cada 10-20 min. Puede asociarse a bromuro de ipratropio.

- Tercera línea:

- Antihistamínicos:
 - Dexclorfeniramina** EV 0,15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas.
VO *Polaramine*® oral jarabe 0,4 mg/ml 2 a 6 años 1,25 ml; 6 a 12 años 2,5 ml, >12 años 5 ml cada 6-8 horas.
- Glucocorticoides
 - Prednisolona** 1-2 mg/kg/día
Estilsona gotas® 7 mg/ml 2 mg: 0,15 ml/kg cada 12 horas
Paidocort® 3 mg/ml solución oral. 2 mg: 0,33 ml/kg cada 12 horas
 - Prednisona** 12 mg/kg/día
Dacortin® 5,30 mg comp, *Prednisona EFG*® 5, 10,30 mg comp
 - Metilprednisolona** 1-2 mg/kg/día
Urbason® 20, 40 mg polvo y disolvente para solución inyectable.
Urbason® 4,16, 40 mg comprimidos

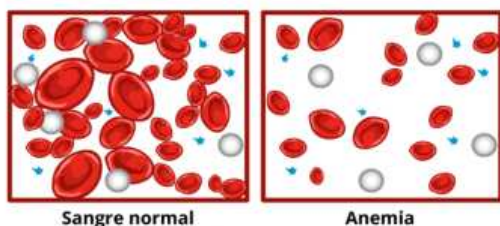
Al alta prescribir autoinyectores de adrenalina: 150 mcg niños 10-25 kg; 300 mcg para más de 25 kg; 500 mcg para los que pesan más de 50-60kg.

Altellus® 150, 300 mcg pluma precargada.

Jext® 150, 300 mcg pluma precargada.

Anapen® 0,15 mg, 0,30 mg, 0,5 mg/0,3 ml jeringa precargada.

Anemia ferropénica



La anemia ferropénica es la enfermedad hematológica más común de la infancia. La ferropenia es el déficit nutricional más frecuente del mundo.

1.- Anamnesis (indagar alimentación), exploración física.

2.- Analítica de sangre (hemograma, función hepato-renal, TSH, IgA total, Ac antitransglutaminasa, ferritina, transferrina, IST, reticulocitos).

2.1.- Si anemia microcítica e hipocrómica con alteración patrón hierro sospechas carencial.

2.2.- Si anemia no carencial: Valorar SOF, celiarquía, patología tiroidea, tira de orina /sedimento orina o si menstruaciones abundantes derivar a ginecología.

3.- Tratamiento Hierro oral 4-6 mg/kg/día durante 3 a 6 meses para rellenar depósito de hierro.

- Sales ferrosas. Es el recomendado. (Contenido de hierro elemento):
 - *Fer-in-sol gotas*® (15 mg /0,6 ml) (1 ml=25 mg) (1 gota=1 mg)
 - *Glutaferro gotas*® (25 gotas/1 ml) (30 mg=1 ml) (1 gota= 1,2 mg)
 - *Cromatonbic Ferro*® viales 12 ml (1 vial=37,5 mg)
 - *Fero Gradumet*® comprimidos (1 comp=105 mg)
 - *Tardyferon*® (1 comp=80mg)
 - *Ferbisol*®, *Ferro sano*® cápsulas (1 cápsula=100 mg). En > 6 años o > 20 kg.
- Sales férricas:
 - *Ferplex*® o *Ferrocur*® o *Lactoferrina*® viales (1 vial=40 mg)

Ántrax. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Ascaris lumbricoides. Ver parásitos intestinales

Balanitis candidiásica. Ver micosis

Balanitis, postitis y balanopostitis



Balanitis es la inflamación del glande. Si afecta a la piel que lo recubre (prepucio) se denomina *balanopostitis*.

Etiología: irritativa por exceso de higiene con detergentes y jabones, acumulación de esmegma en el surco balanoprepucial, traumáticas por intento de despegar las adherencias del prepucio, infecciosa (menos frecuente).

Clínica: enrojecimiento, dolor, edema del prepucio, exudado, molestias urinarias.

Tratamiento:

- 1.-Medidas de higiene con suero fisiológico, manzanilla, jabón íntimo (*Zelesse@ jabon íntimo*, *Saforelle Miss cuidado íntimo@*, *Germisdin junior@*) cada 12 horas hasta resolución.
- 2.-Antibiótico tópico: Ácido fusídico (*Fucidine crema@*, *Ácido Fusídico Isdin crema@*, cada 12 horas durante 5-7 días).
- 3.-Analgésico si dolor intenso: ibuprofeno oral 5 mg/kg/dosis cada 6 horas durante 2-3 días.

Guía ABE actualización 12/2020 diagnóstico y tratamiento de la balanopostitis

Microorganismos causales			
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes
Lactantes	Balanitis junto con dermatitis del pañal	<i>Candida spp.</i>	
Niños prepúberes y adolescentes sin relaciones sexuales	Clinica inespecifica: dolor, irritación, edema, disuria	Flora mixta Irritativa	< 2 a: <i>E. coli</i> 3-6 a: <i>Enterococcus faecalis</i> 7-12 a: EBHGA. <i>S. aureus</i> Adolescente: anaerobios / <i>Gardnerella vaginalis</i>
	Muy sintomáticas, enrojecimiento superficial con trasudado. Afectación perianal o infección previa por EBHGA	EBHGA	Flora mixta
Adolescentes con relaciones sexuales.		<i>Candida spp.</i>	Flora mixta. <i>N. gonorrhoeae</i> . <i>Chlamydia</i> . <i>T. pallidum</i>
Secreción uretral (uretritis).		<i>Candida sp.</i> <i>N. gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia</i>	<i>T. pallidum</i> .
Uso previo antibióticos. Diabetes mellitus.		<i>Candida spp.</i>	
Neoplasia hematológica.		<i>Pseudomona aeruginosa</i>	

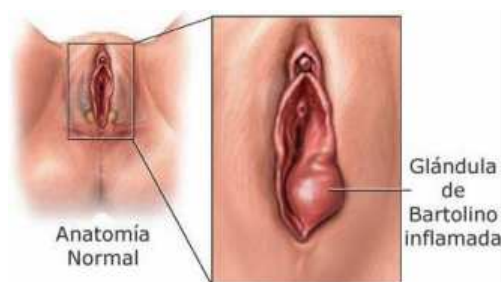
Estudios complementarios		
	Síntomas asociados	Estudios complementarios
Lactantes Prepúberes	Clinica inespecífica	No necesidad de estudios complementarios ¹ . Tratamiento empírico
	Muy sintomáticas, enrojecimiento superficial con trasudado. Afectación perianal o infección previa por EBHGA	- Test rápido antígenos EBHGA - Cultivo faríngeo - Cultivo del exudado prepucial ¹ y, en su caso, perianal
	Secreción uretral	Estudio ITS
Adolescentes.	Clinica inespecífica	Gram y cultivo de secreciones
	Sospecha de <i>Candida</i> o antecedente de diabetes mellitus	Cultivo hongos
	Actividad sexual, úlceras o secreción uretral	Estudio ITS

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento es ambulatorio en la práctica totalidad de los casos. Puede valorarse la derivación al especialista en urología/enfermedades infecciosas en casos de adolescentes con relaciones sexuales y lesiones ulcerosas, linfadenopatía regional, balanitis recurrentes o fimosis verdadera.

Tratamiento.			
Medidas generales: - Buena higiene. - Evitar irritantes ² - Lavados con SSF ³ - Evitar la retracción forzada del prepucio.			
Situación clínica	De elección	Alternativas	
Balanitis irritativa.	<ul style="list-style-type: none"> Lavados con SSF. Corticoide tópico (de media/baja potencia)⁴, una aplicación c/12 horas, durante 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópico, una aplicación c/12 horas, durante 7 días⁴ 	
Balanitis infecciosa inespecífica.	<ul style="list-style-type: none"> Corticoide (de media/baja potencia) más antibiótico tópico, una aplicación c/12 horas, durante 7 días⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Graves: cefadroxilo 30-50 mg/kg/día c/12 h (máx 2 g/dosis) 7-10 días Si alergia a betalactámicos: eritromicina 40 mg/kg/día en 3 dosis durante 7-10 días o azitromicina 10 mg/kg/día 5 días 	
Infecciones específicas ⁶	Balanitis por EBHGA	<ul style="list-style-type: none"> Penicilina V: 250 mg/12 horas si <12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años, VO, durante 10 días 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina: 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, VO, durante 7-10 días Si alergia a betalactámicos: eritromicina 40 mg/kg/día, en 3 dosis, VO, durante 7-10 días o azitromicina 10 mg/kg/día 5 días
	<i>Candida</i> sp. ⁷	<ul style="list-style-type: none"> Nistatina tópica⁸ o clotrimazol⁹, durante 5-7 días, hasta 2-3 días sin síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> Fluconazol vía oral única oral.
	Anaerobios	<ul style="list-style-type: none"> Metronidazol: 15-35 mg/kg día en 3 dosis durante 7 días Clindamicina: 10-30 mg/kg/día en 3-4 dosis durante 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina-clavulánico 40-60 mg/kg/día, c/8 h (máx: 3g/día de amoxicilina y 15mg/kg/día de ácido clavulánico sin superar: 375mg/día) 7-10 días

Fuente: Fernández-Cuesta Valcarce MA, Sanjuán Uhagón P. Balanitis (v.4/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 8-dic-2020;]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>³

Bartolinitis o quiste de Bartolino



Aumento del tamaño de la glándula de Bartolino. Las glándulas están situadas en la cara posterolateral del introito vaginal, son pequeñas y redondeadas. La obstrucción del conducto hace que aumente de tamaño con moco en su interior y posteriormente puede formar un quiste. Si se infecta puede dar un absceso. Son unilaterales con más frecuencia.

Poco frecuente en pediatría, aparece en la adolescencia.

Etiología: se desconoce la causa en la mayoría de los casos. La infección por *S.aureus* meticilin-resistente (SARM) es cada vez más frecuente. Rara vez es por una infección de transmisión sexual.

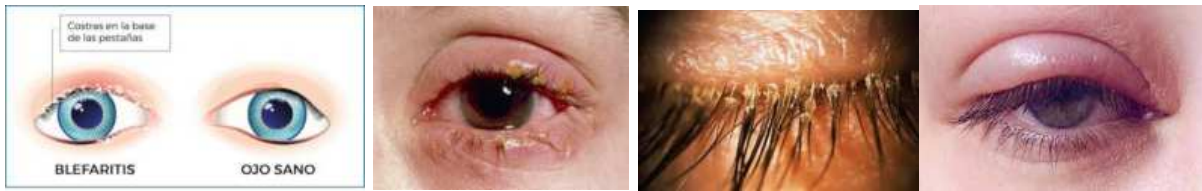
Clínica: la mayoría de los quistes son de pequeño tamaño y asintomáticos. Irritación, dispareunia, dolor con la deambulación, asimetría vulvar. Los de gran tamaño y abscesos pueden dar dolor importante. En ocasiones aparece fiebre y puede haber flujo vaginal.

Tratamiento

- Baños de asiento para los síntomas leves.
- Antibiótico:
 - Amoxicilina-clavulanico** 875 mg/12h + **Clindamicina** 300 mg /6 horas durante 7 días.
Augmentine@ 875/125 mg comp + *Dalacin@* 150 mg, 300 cápsulas
 - Trimetoprima 160 mg/Sulfametoxazol 800 mg** /12 h + **Clindamicina** 300 mg/6h durante 7 días.
Septin forte@ comprimidos 160/800 mg comp + *Dalacin@* 150 mg, 300 mg cápsulas
- Puede requerir: drenaje con un catéter a través del conducto, marsupialización (eversión de los bordes y sutura al exterior), exéresis quirúrgica, si recidiva

Blastocystis hominis. Ver parásitos intestinales

Blefaritis



1.- Limpieza mecánica con ayuda de productos:

- *Blefarix gel o toallitas*® (bisabolol y metilcelulosa) cada 8-12-24 horas. Con los párpados cerrados.
- *Lephagel gel párpados y pestañas*® 30 g. (aqua, poloxamer 188, PEG-90, carcomer) cada 12 horas. Retirar el exceso con un pañuelo.

2.- Si hay inflamación importante: corticoide.

Hidrocortisona acetato (*Oftalmolosa cusi hidrocortisona 15 mg/g pomada oftálmica*®). Cada 12 horas durante 5-7 días.

3.- Si hay inflamación y sobreinfección: corticoide + antibiótico.

Oftalmolosa cusi de Icol pomada oftálmica® (Dexametasona fosfato, cloranfenicol). Cada 12 horas durante 5-7 días.

En la mayoría de las ocasiones se controla o resuelve con la opción 1.

Boca-Mano-Pie



Infección vírica (enterovirus, generalmente Coxsackie) la mayoría benigna. Afecta, sobre todo, en primavera y verano. Se contagia por contacto fecal, oral o vía aérea.

Cursa con fiebre, lesiones aftosas en lengua, paladar y labios, lesiones cutáneas alrededor de la boca, vesículas en manos y pies afectando a palmas y plantas, y a menudo, afectación también de zona genital y área del pañal.

A las 4-6 semanas después de padecerla puede haber **onicomadesis** (separación indolora de la lámina del lecho ungueal en zona proximal en dedos de manos y/o pies, con caída de las uñas. **Explicar a la familia que esto puede ocurrir y que las uñas saldrán de nuevo al cabo de unas semanas.**

Tratamiento:

- 1.- Antitérmicos si hay fiebre >38°C o dolor.
- 2.- Mantener un correcto estado de hidratación con ingesta de líquidos.
- 3.- Correcta higiene cutánea y anogenital (evitar sobreinfección y propagación por heces).
- 4.- Evitar alimentos ácidos, picantes, salados, favorecer alimentos fríos (alivian dolor).
- 5.- **Ácido hialurónico:** 1 aplicación cada 4-6-8 horas durante 4-7 días en colutorio, spray, gel. Evitar la ingesta hasta 1 hora después. En > 1 año.

Aftex®: sal sódica de ácido hialurónico de elevado peso molecular.

Aloclair plus®: Polivinilpirrolidona, ácido hialurónico, aloe vera y ácido glicirretínico.

Afta localizada:

Aftex gel ora® 15 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus gel® 8 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Afta localizada y difusa:

Aftex spray bucal® 20-30 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus spray® 15 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aftas múltiples y de difícil acceso: colutorio. Requiere que el niño sea capaz de hacerlo (> 5 años) o aplicar con gasa empapada en menores de 5 años.

Aftex colutorio® 150-250 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus colutorio® 60-120 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

- 6.- **Clorhexidina.** > 7 años. Colutorio 0,2%, enjuagues 10 ml cada 12 horas.

Lacer Clorhexidina® 0,2% colutorio.

Oraldine Perio Clorhexidina® colutorio 0,2%.

- 7.- **Vitamina E liposoluble pura.** 1 aplicación cada 12 horas durante 5-7 días.

Vea Oris Spray bucal®.

***En niños no se aconseja el uso de anestésicos locales como la lidocaína.

Botón mamario



Los botones mamarios son pequeñas protuberancias gomosas por crecimiento de la glándula mamaria, en forma de disco que se palpan debajo del pezón, pueden ser dolorosas al tacto.

Edad de presentación:

Mujeres de 8 a 12 años de edad. Son la primera señal de la pubertad. Puede ser inicialmente unilateral.

Varones a partir de los 12 años con el inicio de la pubertad. Es más frecuente entre los 13-14 años. Hasta el 50% de los varones puede tenerla en algún momento de su etapa puberal. Puede ser uni o bilateral.

Clínica: zona firme debajo del pezón, que puede molestar al tacto. Suele ser menor de 4 cm. Desaparece espontáneamente al finalizar la pubertad. Cuando el aumento de tamaño es claro o se observa la mama sobreelevada hablamos de ginecomastia puberal.

No requiere estudios complementarios.

Tratamiento: tranquilizar al paciente y la familia, explicando que se trata de una situación benigna y transitoria y que le pasa a otros chicos de su edad. Desaparecerá hacia el final de la pubertad.

Ingurgitación mamaria del recién nacido



Hinchazón de las mamas del recién nacido. Ocurre en ambos sexos con la misma frecuencia.

Etiología: crecimiento e ingurgitación del tejido mamario por el paso de hormonas maternas (estrógenos) a través de la placenta durante el embarazo.

Clínica: tumoración rojiza de las mamas. Suele ser bilateral pero puede ser asimétrico en tamaño. Ocasionalmente se produce una secreción blanquecina por el pezón (galactorrea).

Diagnóstico diferencial: mastitis.

Tratamiento: desaparece espontáneamente en unos días al disminuir los niveles de estrógenos.

Recomendaciones: no apretar, masajear ni exprimir secreciones por el riesgo de infección.

Bronquiolitis aguda



Primer episodio de dificultad respiratoria con crepitantes y/o sibilancias en menores de 2 años. Valoración triángulo de evaluación pediátrica + ABCD.

Triángulo de evaluación pediátrica:

	Apariencia	Respiración	Circulación	Impresión general
	N	N	N	Estable
	A	N	N	Disfunción del sistema nervioso central
	N	A	N	Dificultad respiratoria
	A	A	N	Fallo respiratorio
	N	N	A	Shock compensado
	A	N	A	Shock descompensado
	A	A	A	Fallo cardiopulmonar

A: alterado; N: normal.

Valorar gravedad según Escala St Joan de Déu.

Escala de l'Hospital Sant Joan de Déu ^[1]					
		0	1	2	3
SIBILÀNCIES ESTERTORS		No	Sibilàncies espiratòries Crepitants inspiratoris	Inspiratoris i espiratoris	
TIRATGE		No	Subcostal, Intercostal inferior	1+ Supraclavicular, aleteig nasal	1+2+ Intercostal sup Supraesternal
ENTRADA AIRE		Bona	Regular, simètrica	Asimètrica	Molt disminuïda
SatO ₂	Sense O ₂	≥ 95%	91-94%	≤ 90%	
	Amb O ₂	≥ 95% sense O ₂	> 94% FiO ₂ ≤ 0,4	≤ 94% FiO ₂ > 0,4	
FR	< 3 m	< 40 rpm	40-59 rpm	60-70 rpm	> 70 rpm
	3-12 m	< 30 rpm	30-49 rpm	50-60 rpm	> 60 rpm
	12-24 m	< 30 rpm	30-39 rpm	40-50 rpm	> 50 rpm
FC	< 1 any	< 130 bpm	130-149 bpm	150-170 bpm	> 170 bpm
	1-2 anys	< 110 bpm	110-120 bpm	120-140 bpm	> 140 bpm
Puntuació		Lieu: 0-5 Moderada: 6-10 Severa: 11-16			

^[1] Carballo Ruano, E, Luaces Cubells L, Pou Fernández J, Giner Muñoz MT, Sierra Martínez I. Guía de práctica clínica para el asma en pediatría. Ed ERGON. Barcelona, 2006.

- Medidas de soporte:

- Oxigenoterapia.
- Posición semi incorporada.
- Lavados nasales.
- Adecuada hidratación y alimentación fraccionando tomas.
- Antitérmicos si fiebre $>38^{\circ}\text{C}$.

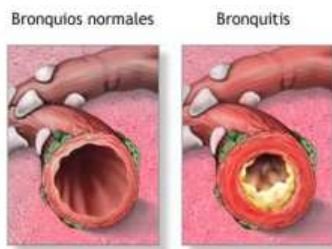
- Si predominio de sibilancias: Se puede realizar prueba terapéutica con Salbutamol inhalado (4 pulsaciones) o nebulizado: 0,15 mg/kg máximo 5 mg.

- Si no hay respuesta se retira.

- **Si respuesta y score leve** se sigue tratamiento con **Salbutamol** en domicilio cada 4-6-8 horas y control pediatra en 48 horas.

- Si bronquiolitis moderada <6 meses o crisis grave: Adrenalina nebulizada 1:1.000; 0,3-0,5 mg/kg (0,3-0,5 ml/kg) Máximo 5 mg = 5 ml. Derivación a Hospital. Ej. niño de 5 kg: $5 \text{ kg} \times 0,5 \text{ mg/kg} = 2,5 \text{ ml}$ de adrenalina nebulizada.

Bronquitis aguda



Se denomina broncoespasmo a la respuesta broncoconstrictora exagerada frente a estímulos víricos o alérgenos diversos.

Valoración triángulo de evaluación pediátrica + ABCD.

Valorar gravedad según Escala St Joan de Déu (<2 años) o Wood-Downes modificado por Ferrés (>2 años).

Escala de Wood-Downes modificada per Ferrés (> 2 anys) ⁽²⁾				
	0	1	2	3
SIBILÀNCIES	No	Final espiració	Tota espiració	Ins i espiració
TIRATGE	No	Subcostal, Intercostal inferior	1+ Supraclavicular, Aleteig nasal	1+2+ Intercostal sup Supraesternal
FR	≤ 30 rpm	31-45 rpm	46-60 rpm	> 60 rpm
FC	< 120 bpm	> 120 bpm		
ENTRADA AIRE	Bona	Regular, simètrica	Molt disminuïda	Tòrax silent
CIANOSI	No	Si		
Puntuació	Lleu: 1-3 Moderada: 4-7 Severa: 8-14			
Pulsioximetria⁽³⁾ (La mesura de SatO ₂ ens ajuda a classificar la crisi)			Lleu: ≥ 95% Moderada: 91-94% Severa: ≤ 90%	
Si no coincideixen les 2 valoracions, sempre prevaldrà la classificació més greu				

⁽²⁾Ferrés J. Comparison of two nebulized treatments in wheezing infants. Eur Respir J 1988;1(suppl):306.

- Medidas de soporte:

- Oxigenoterapia.
- Posición semi incorporada.
- Lavados nasales.
- Adecuada hidratación y alimentación fraccionando tomas.
- Antitérmicos si fiebre >38°C.

-Si crisis leve o moderada con SatO₂>94%:

- **SALBUTAMOL inhalado** (elección): Peso /3. Mín. 5, máx. 10. 1-2 dosis, espaciadas 20 min.
- **SALBUTAMOL nebulizado** (alternativa si no cámara): 0,15 mg/kg, hasta 3-4 ml SF. Mín. 2,5 mg, máx. 5 mg. Flujo O₂ 6-8 lpm. 1-2 dosis, espaciadas 20 min.

- Si crisis moderada con SatO₂ < 94%:

- Salbutamol nebulizado; 0,15 mg/kg, hasta 3-4 ml SF. Mín. 2,5 mg, máx. 5 mg. Flujo O₂ 6-8 lpm.

1-2 dosis, espaciadas 20 min.

- Bromuro de Ipratropio inhalado: (Niños > 12 meses: 4-8 puf; Adolescentes: 8 puf)
 - Bromuro de Ipratropio nebulizado (< 20 Kg i > 12 meses 250 µg i > 20 kg 500 µg, hasta 3-4 ml. Flujo O2 6-8 lpm.
 - Corticoide: prednisona o prednisolona 2mg/kg vía oral o intravenosa
 - *Estilsona gotas@ 7 mg/ml* 2 mg: **0,15 ml/kg** cada 12 horas
 - *Paidocort@ 3 mg/ml solución oral.* 2 mg: **0,33 ml/kg** cada 12 horas
- Si mejora el score a leve, alta y tratamiento domiciliario con control por su pediatra. Si sigue moderado después de 3 inhalaciones o nebulizaciones + corticoide oral o ev: derivar al hospital.

- Si crisis grave o moderada que no mejora: estabilizar y derivar al hospital.

- Al alta:
 - Control pediatra AP 2-3d.
 - Recomendaciones por escrito (lavados nasales, alimentación fraccionada, posición semiincorporada).
 - Comprobar técnica de inhalación.
- **Salbutamol** domiciliario:
 - Lactantes: 2 puf/4-6h.
 - Niños: 4 puf/4-6h.
- Si crisis moderada o antecedentes de riesgo: **Prednisolona** 1 mg/kg/día, cada 12 horas 3-5 días.
 - *Estilsona gotas@ 7 mg/ml* 1 mg: **0,07 ml/kg** cada 12 horas
 - *Paidocort@ 3 mg/ml solución oral.* 1 mg: **0,16 ml/kg** cada 12 horas

***Mantener tratamiento de base.

Candidiasis cutánea. Ver micosis

Caries. Higiene dental y prevención de la caries



Enfermedad infecciosa considerada, actualmente, como una disbiosis causada por el consumo de azúcares; es decir, se considera que es una enfermedad **azúcardependiente**.

Clínica: puede generar dolor intenso e infecciones faciales.

La caries en los dientes primarios probablemente provocará múltiples caries y restauraciones en la dentición permanente.

Factores de riesgo:

- insuficiente higiene oral,
- biberón o lactancia materna a demanda y/o nocturna,
- consumo frecuente de carbohidratos fermentables,
- colonización oral bacteriana precoz,
- presencia de placa bacteriana visible,
- historia anterior de caries,
- niveles elevados de *Streptococcus mutans*,
- flujo o función salival reducidos,
- bajo nivel socio-económico de los padres y/o pocos conocimientos sobre salud oral.



La acción preventiva del cepillado dental puede maximizarse si se siguen los siguientes puntos:

- . Comenzar el cepillado tan pronto como aparezca el primer diente temporal o de "leche".
- Utilizar pasta dental con una concentración de 1000 ppm de flúor, como mínimo. No se ha demostrado que las pastas dentales con menor concentración de flúor aporten una prevención adecuada.
- . Cepillarse, como **mínimo, dos veces al día**. Uno de los dos cepillados diarios que sea por la noche pues es el más importante de todos.
- . Dedicar **dos minutos** al cepillado, cada vez que se haga. En bebés no se recomienda tanto tiempo, sino que el cepillado sea efectivo para eliminar la placa bacteriana sin tener en cuenta el tiempo ni la técnica empleada.
- . Después del cepillado escupir los restos de pasta y no enjuagarse con agua ni con otros líquidos. Si se desea enjuagar, esperar 10 minutos y hacerlo con colutorio de flúor de concentración "semanal" (0,2) pero uso diario.
- . De 0-3 años (cantidad grano arroz). Pasta dientes de 1000 ppm.
- . De 3-6 años (cantidad guisante). Pasta dientes 1000-1450 ppm.
- . > 6 años (cantidad guisante). Pasta 1450 o superior ppm.
- . Supervisar el cepillado hasta los 8 años. Dejar que el bebé y/o niño juegue durante un minuto y que el adulto sea quién realice la higiene durante otro minuto, hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada (aproximadamente a los 8 años).
- . Cepillar todas las caras de los dientes.
- . Siempre que se pueda, utilizar una pasta dental con arginina al 1,5%.

La **fluorosis es un riesgo sólo si se ingiere la pasta directamente del tubo**; no se les debe permitir que coman o chupen pasta del tubo.

Marcas comerciales de dentífricos

DENTÍFRICO	CANTIDAD DE FLÚOR ppm partes por millón	SABORES	ESPECIFICACIONES
Auchan rik&rok gel y elixir	1000	Fresa	
Bucothem 7-12	1000		
Carrefour kids	1000	Chicle	
Carrefour kids 2 en 1	1000	Chicle	
Colgate smiles 6+	1000	Menta, multifruta	
Fluor kin calcio	1000	Fresa	Con calcio
Gum junior	1000	Naranja	Con isomalt
Kemphor junior	1000	fresa	
Licor del polo +6	1000	Fresa ácida	Con calcio
Licor del polo 2 2n 1	1000	Fresa	
Orthokin	1000	Fresa-menta	
Phb junior	1000	Fresa	Con xilitol
Vitis junior	1000	Fresa	Con xilitol
Dentabrit infantil	1100		
Elmex AC junio	1400	Menta suave	
Interapothek gel dental infantil	1469		
Fluocaril gel junior	1500	Chicle fresa	
Ortolacer gel dentífrico	1500	Fresa, menta	
Vitis orthodontic	1500	Manzana-menta	
Lacer junior	1500	Fresa, menta	Con calcio

Cefalea y migraña



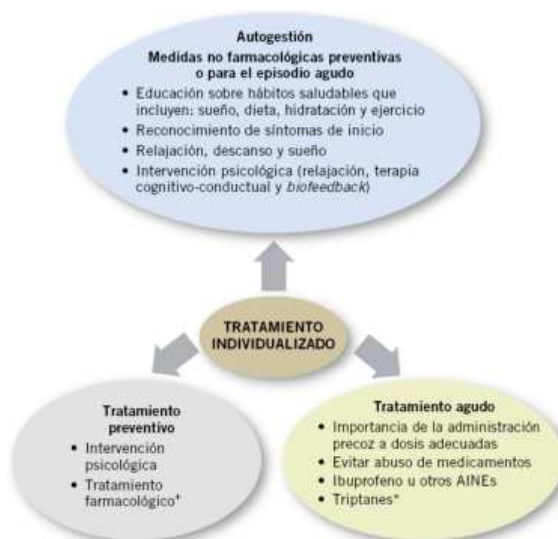
Tabla II. Diagnóstico diferencial de las cefaleas primarias en edad pediátrica

Tipo	Características clínicas	Patrón temporal	Desencadenantes/ agravantes	Mejoría	Otros
Migraña	<ul style="list-style-type: none"> – Unilateral o bilateral – Pulsátil, "como golpes" – Moderada o severa – Síntomas asociados: foto, fono, osmofobia, náuseas, vómitos... 	<ul style="list-style-type: none"> – Inicio: más o menos brusco – Duración: 30 minutos-72 h 	<ul style="list-style-type: none"> – Empeora con la actividad física habitual – Desencadenantes o agravantes individuales 	<ul style="list-style-type: none"> – Analgésicos – Triptanes – +/- Antieméticos – Tumbarse a oscuras – Sueño 	<ul style="list-style-type: none"> – Síntomas autonómicos uni o bilaterales, pueden estar presentes durante el episodio – Presencia de síntomas prodrómicos y postdrómicos
Cefalea tensional	<ul style="list-style-type: none"> – Bilateral o banda – Opresiva, "como un peso" – Leve o moderada – Sin náuseas ni vómitos – Fotofobia o fonofobia (solo uno) 	<ul style="list-style-type: none"> – Predominio vespertino, raras o ausentes durante las vacaciones – No interrumpe, en general, las actividades del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – Puede ser provocada por estrés psicosocial o muscular – No empeora con la actividad física habitual 	<ul style="list-style-type: none"> – Analgésicos – Control de los desencadenantes 	<ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad comórbida / trastornos del estado de ánimo comunes
Cefalea en racimos ("cluster headache")	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor severo orbitario, supraorbitario y/o temporal unilateral – Síntomas autonómicos ipsilaterales a la cefalea: inyección conjuntival y/o lagrimeo, congestión nasal y/o rinorrea, edema de párpados, sudoración frontal y facial, miosis y/o ptosis – Gran inquietud en el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – Aparición brusca – Duración: 15-180 min – Frecuencia: una vez cada dos días, hasta ocho veces al día – "A la misma hora" 	<ul style="list-style-type: none"> – Tabaquismo pasivo, ambiente cálido 	<ul style="list-style-type: none"> – Oxigenoterapia al 100%, puede mejorarla – En edad pediátrica, tratamiento similar a la migraña 	<ul style="list-style-type: none"> – Rara en la infancia, inicio generalmente en adolescencia – Periodos de agrupamiento menos frecuentes, menor duración – Más común: lagrimeo > inyección conjuntival > secreción nasal
Hemicránea paroxística	<ul style="list-style-type: none"> – Cefalea hemicraneal severa (+20 episodios unilaterales) – Puede asociar síntomas autonómicos ipsilaterales 	<ul style="list-style-type: none"> – Inicio brusco – Duración: 2-30 min – Frecuencia: más de 5 veces por día 	<ul style="list-style-type: none"> – Puede ser provocado por el esfuerzo físico 	<ul style="list-style-type: none"> – Respuesta variable a indometacina en población pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> – Rara en Pediatría – Puede ubicarse en línea media, en vez de hemicraneal

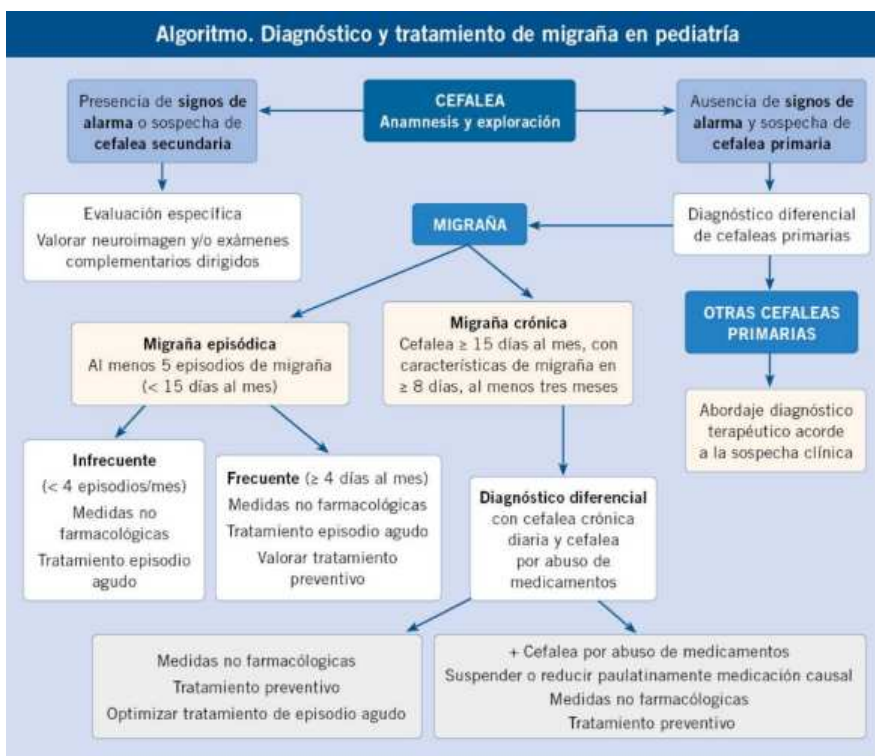
Fuente: *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.el-393.el17⁴

Si hay presencia de **Signos de alarma**, derivar a Urgencias:

- Edema de papila.
- Exploración neurológica alterada.
- Síntomas neurológicos asociados (no compatibles con aura): vómitos en escopetazo sin náusea previa, disminución del nivel de conciencia, convulsión asociada a la cefalea,
- Alteraciones visuales permanentes no atribuibles a la migraña: diplopía, visión borrosa.
- Inicio agudo/ hiperagudo, intenso o explosivo.
- Pérdida de habilidades ya adquiridas.
- Cefalea relacionada con el sueño o el decúbito.
- Empeoran con Valsalva, cefaleas posicionales.
- Cambio en las características de una cefalea previa.
- Cefalea matutina (presenta al despertar o aparece poco rato después)



Fuente: *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.el-393.el17⁴



Fuente: *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.el-393.el17⁴

Tabla VI. Fármacos para episodio agudo de migraña en la infancia y adolescencia

	Fármacos y dosificación	Comentarios
Analgésicos	Ibuprofeno: – Oral: 10 mg/kg dosis/4-6 h (máx. 40 mg/kg/día o 2.400 mg/día)	– Buena tolerancia – Efectos secundarios: Molestias gastrointestinales, síntomas neurológicos, meningitis aséptica (raro), fallo hepático (raro) o trastornos hematológicos (raro)
	Paracetamol: – Oral: niños < 10 años: 15 mg/kg/6 h o 10 mg/kg/4 h (máximo 60 mg/kg/día). Niños ≥ 10 años: 500-650 mg/4-6 h (máx. 4 g/día)	– Buena tolerancia – Efectos secundarios hepáticos, hematológicos o hipersensibilidad
	Naproxeno: – Oral: niños > 2 años: 5-7 mg/ kg/dosis, cada 8 a 12 horas. Niños > 12 años: 200-400 mg, luego 200 mg, cada 8 a 12 horas (máx. 600 mg/día)	– Contraindicado si: asma, urticaria o reacciones alérgicas a aspirina u otros AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) – Efectos secundarios: síntomas gastrointestinales, somnolencia, vértigo, cefalea, edema, hipertensión y acúfenos
	Metamizol: – Oral: 10-20 mg/kg/dosis – iv: 20 mg/kg/dosis	– Contraindicado: si agranulocitosis tras la administración de pirazolonas o pirazolidinas, deficiencia congénita de glucosa 6-fosfato-deshidrogenasa – Precaución en síndrome conocido de asma o urticaria-angioedema por analgésicos no narcóticos, o alteraciones de la función de la médula ósea, o enfermedades del sistema hematopoyético – Efectos secundarios: agranulocitosis, trombocitopenia, reacciones anafilactoides, náuseas, vómitos y sequedad de boca
	Ketorolaco: – iv: 0,5 mg/kg (máx. 15 mg en < 16 años o 50 kg, resto 30 mg dosis) – Evitar dosis múltiples	– Contraindicado: si "triada de la aspirina" (asma, rinitis e intolerancia a aspirina), alto riesgo de sangrado e insuficiencia renal avanzada. – Efectos secundarios: síntomas gastrointestinales (valorar gastroprotectores en pacientes de riesgo), daño renal, edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca. Si elevación: transaminasas, vigilar rash y eosinofilia
Triptanes	Sumatriptán: – Aerosol nasal: 10-20 mg dosis – Subcutáneo – Oral ineficaz	– Contraindicado: si antecedentes o enfermedad isquémica cerebrovascular – Efectos secundarios: somnolencia, dolor/opresión o molestias en el pecho, sensación de debilidad, distermia y molestias gástricas – Forma nasal: bien tolerada – Forma subcutánea: alta tasa de efectos secundarios
	Sumatriptán/naproxeno: – Oral: 10/60 mg, 30/180 mg, 85/500 mg	– Contraindicado: si antecedentes o enfermedad isquémica cerebrovascular – Bien tolerado – No disponible en España
	Zolmitriptán: – Aerosol nasal: 2,5-5 mg, puede repetirse a las 2 horas (máx. 10 mg/día) – Oral no evidencia clara de eficacia	– Contraindicado: si antecedentes o enfermedad isquémica cerebrovascular – Contraindicado: uso concomitante con ergotámicos y otros agonistas 5HT _{1B/1D}
	Rizatriptán: – Oral: niños > 40 kg: 5 mg niños ≥ 40 kg: 10 mg	– Contraindicado: si antecedentes o enfermedad isquémica cerebrovascular – Bien tolerado, efectos comparables al placebo – Mejor respuesta en fines de semana (¿uso precoz?) y episodios múltiples (+6/mes)
	Almotriptán: – Oral: 6,25-12,5 mg	– Contraindicado: si antecedentes o enfermedad isquémica cerebrovascular – Bien tolerada – Mejor respuesta en > de 14-15 años
	– Otros triptanes: eletriptan, frovatriptan y naratriptan – Sin evidencia clara de eficacia en este momento	– Frovatriptan y Naratriptan, similar farmacocinética y tolerabilidad en adolescente y población adulta
Antieméticos	Antagonistas dopaminérgicos: – Clorpromazina oral: 0,55 mg/kg o 15 mg/m ² , oral, iv o im, adolescentes o > 45,5 kg: 0,5-1 mg/kg/dosis cada 6 horas. Dosis máxima 50 mg. Se puede combinar con difenhidramina (por posible reacción distónica) – Metoclopramida oral: 0,1 a 0,15 mg/kg de peso, hasta 3 veces al día (máx. 0,5 mg/kg/día)	– Uso con precaución en población pediátrica, por efectos extrapiramidales y sedación – Clorpromazina: utilizar en casos severos – Metoclopramida: uso restringido a 2ª línea de tratamiento entre 1-18 años

Fuente: *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.el-393.el17⁴

NOTA: Los antieméticos (clorpromazina, metoclopramida, domperidona y ondasetrón) son de USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO y bajo supervisión médica. No se deben prescribir en Atención Primaria (ni en el Centro de Salud ni para domicilio).

Tabla VI. Fármacos para episodio agudo de migraña en la infancia y adolescencia (continuación)		
	Fármacos y dosificación	Comentarios
Antieméticos (continuación)	Ondansetrón: – Oral: 2 mg en niños de 8-15 kg; 4 mg en niños de 15-40 kg; y 8 mg en niños que pesan más de 40 kg – iv: 0,3-0,4mg/ kg/ dosis iv cada 4-6 h (máx. 20 mg)	– Precaución: si riesgo arritmogénico o QT prolongado – Vigilar obstrucción intestinal – Otros efectos secundarios: cefalea, mareo, debilidad, estreñimiento/diarrea y elevación de transaminasas
	Domperidona: – Oral: 10 mg hasta tres veces al día, (máx. 30 mg/día)	– Contraindicado: si riesgo arritmogénico o prolongación del intervalo QT y prolactinoma – Efectos secundarios: molestias gastrointestinales, diarrea, extrapiramidales (raros), temblor y reacciones alérgicas
Otros	– Ergotamínicos: orales se consideran inefectivos – Valproato sódico/ácido valproico – Corticosteroides: podrían disminuir las recaídas: • Metilprednisolona • Dexametasona iv 0,3-0,6 mg/kg/día – Codeína y opioides no se recomiendan	– En general, poca evidencia en niños y adolescentes – Valorar intravenosos en migraña intratable o <i>status</i> migrañoso
Fármacos preventivos para migraña		
	Fármacos y dosificación	Comentarios
Anti-epilépticos	Topiramato oral: – Dosis inicial: 0,5-1 mg/kg/día (en 1 o 2 dosis) – Mantenimiento: 2-3 mg/kg/día (máx. 100 mg/día)	– Efectos secundarios: pérdida de peso, falta de atención, deterioro cognitivo, parestias, glaucoma, acidosis metabólica, hipopotasemia, hipertermia, nefrolitiasis (hidratación adecuada), alteraciones sueño, depresión, alteraciones del ánimo y otros síntomas psiquiátricos – Teratógeno durante el embarazo – Disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales – Recomendable realizar consejo contraceptivo en las adolescentes
	Ácido valproico oral: – Dosis inicial: 250 mg/día – Mantenimiento: 250-1.000 mg/día	– Aumento de peso, molestias gastrointestinales, hepatopatía, pancreatitis, alopecia, trombocitopenia, temblor, hiperamonemia e hipotiroidismo – Teratógeno durante el embarazo – Recomendable realizar consejo contraceptivo en las adolescentes
Anti-hipertensivos	Propranolol oral: – Dosis inicial: 0,6 mg/kg/día, cada 8 horas – Mantenimiento: 1-4 mg/kg/día – (< 35 kg: 10-20 mg 3 veces/día, > 35 kg: 20-40 mg 3 veces/día)	– Contraindicado: si broncoespasmo, diabetes, arritmias cardiacas – Efectos secundarios: broncoespasmo, fatiga, mareo, bradicardia, alteraciones sueño, náuseas, vómitos, diarrea y cefalea
	Flunarizina oral: – Dosis inicial: 2,5-5 mg/día – Mantenimiento: 5-10 mg/día	– Aumento de peso, cambios de humor, depresión
	Verapamilo oral: – Dosis inicial: 4-8 mg/kg/día – Mantenimiento: 4-10 mg/kg/día	– Efectos secundarios: hipotensión arterial, bradicardia, bloqueo AV, mareo, astenia, cefalea, estreñimiento, náuseas, dispepsia y aumento de enzimas hepáticas – Aconsejable realizar EEG
Anti-depresivos	Amitriptilina oral: – Dosis inicial: 0,25-0,5 mg/kg/día (máx. 10 mg) – Mantenimiento: 10-75 mg/día (toma única nocturna)	– Contraindicada en arritmias cardiacas, insuficiencia cardiaca congestiva y glaucoma – Efectos secundarios: fatiga, dolor abdominal, boca seca, estreñimiento, palpitaciones, taquicardia, cambios en ECG, hipotensión postural, temblor fino, retención urinaria, aumento de peso y somnolencia – Desaconsejada interrupción brusca – Dosis > 1 mg/kg/día, hacer ECG – Dosis > 1,5 mg/kg/día, peor toleradas
Anti-histamínicos	Ciproheptadina oral: – Dosis inicial: 0,2 mg/kg/día – Mantenimiento: 0,2-0,4 mg/kg/día (4-8 mg/día en 3 dosis)	– Efectos secundarios: sedación, aumento de apetito/peso, síntomas neurológicos, síntomas anticolinérgicos, taquicardia e hipotensión

Fuente: *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.el-393.el17⁴

Tratamiento farmacológico

Analgésicos

Ibuprofeno 10 mg/kg /dosis. Dosis máx. 400 mg/6 horas.

Ibuprofeno EFG® 20 mg/ml, 40mg/ml, *Dalsy®*, *Apirofeno®* 40 mg/ml. *Ibuprofeno EFG®* 200 mg sobres, 400 mg sobres, comp, 600 mg sobres, comp.

Paracetamol 15 mg/kg/6 horas Máx. 60 mg/kg/día. >10 años 500-650 mg/6h.

Apireta® 100 mg/ml, *Paracetamol EFG®* 100 mg/ml, *Apireta®* 250 mg, 325 mg, 500mg, *Paracetamol EFG®* 500, 650 mg comp.

Naproxeno > 2 años 5-7 mg/kg/dosis c/8-12 horas. >12 años 200-400 mg inicial y luego 200-400 mg/8-12h, Dosis máx. 600 mg/d.

Lundiran® 250 mg cáp, *Naprosyn®* 500 mg comp, *Antalgin®* 550mg comp,

Naproxeno EFG® 500 mg.

Metamizol 10-20 mg/kg/dosis

Metalgial gotas® 500 mg/ml, *Metamizol normon®* 500 mg/ml gotas, *Nolotil®* 575 mg cáp, *Metamizol EFG®* 575 mg cáp.

Triptanes

Sumatriptan: > 12 años. 1 pulverización. Si no responde no repetir dosis. Si responde pero recurre, 2ª dosis entre 2-24h.

Imigran® 10 mg, 20 mg pulverización nasal.

Zolmitriptán: Si no responde no repetir dosis. Si responde pero recurre, 2ª dosis entre 2-24h.

Zomig® 5 mg nasal.

Zomig flas® 2,5 mg, 5 mg comp bucodispersables, *Zolmitriptan flas EFG®* 2,5 mg, 5 mg comp bucodispersables.

Rizatriptan > 18 años. Uso en niños *Off-label*. < 40 kg 5 mg, >40 kg 10 mg. Si no responde no repetir dosis. Si responde pero recurre, 2ª dosis entre 2-24h.

Maxalt Max® 10 mg liofilizado, *Maxalt* 10 mg comprimidos®, *Rizatriptan Flas EFG®* 10 mg comp bucodispersables.

Almotriptan > 18 años. Uso en niños *Off-label*. Si no responde no repetir dosis. Si responde pero recurre, 2ª dosis entre 2-24h.

Almogran® 12,5mg, *Riptanax®* 12,5 mg comp, *Almotriptan EFG®* 12,5 mg comp.

Fármacos preventivos de la migraña

- Antihipertensivos

Flunarizina. Dosis inicial 2,5-5 mg/día noche. Si tras 2 meses no mejoría, suspenderlo.

Mantenimiento 5-10 mg/día 5 días x semana y 2 de descanso durante 6 meses y suspender. Se reiniciará si recaída.

Sibelium® 5 mg comp, *Flurpax®* 5 mg cápsulas.

-Antidepresivos

Amitriptilina Dosis inicial 0,25-0,50 mg/kg/día, Máx 10 mg, dosis nocturna.

Dosis mantenimiento 10-75 mg/día dosis nocturna.

Tryptizol® 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg comp.

-Antiepilépticos

Topiramato Dosis inicial 0,5-1 mg/kg/día en 1 ó 2 dosis.

Dosis mantenimiento 2-3 mg/kg/ día, Dosis máx 100 mg/día.

Topamax® 15, 25, 50, 100, 200 mg comp, *Topiramato EFG®* 25, 50, 100, 200 mg comp

Tratamiento preventivo domiciliario

- Mejorar hábitos de sueño.
- Trabajar factores psicológicos (conflictos...)
- Evitar factores desencadenantes alimentarios (chocolate, lácteos, cítricos, comida china, frutos secos que contienen tiramina o glutamato).
- Ejercicio físico evitando agotamiento.

Migraña o cefalea en racimos: O2 100% 15 a 30 minutos.

Estatus migrañoso: derivar a urgencias hospitalarias.

-Dexametasona 0,5 mg/kg/día o fenitoína 15-20 mg/kg/día.

Derivación Hospitalaria si signos de alarma o no mejoría con analgesia.

Celulitis. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Cinetosis



Menores de 2 años: tratamiento farmacológico no recomendado por falta de datos y seguridad.

Entre 2 y 6 años. Vía oral: **Difenhidramina 12,5-25 mg**, 30-60 min antes del viaje; si es necesario, repetir dosis cada 6-8 horas. Dosis máxima de 75 mg / día.

Biodramina infantil 4 mg/ml solución oral®: 3-6 ml /toma. Máximo 18 ml /día.

Biodramina infantil 25 mg comprimidos®: 0,5-1 comp/ toma.

Cinfamar infantil 12,5 mg solución oral® sobres unidos 5 ml/12,5 mg: 1-2 sobres/toma.

Cinfamar infantil 25 mg comprimidos recubiertos®: 0,5-1 comp/toma.

Entre 7 y 12 años: Vía oral: **Difenhidramina 25-50 mg** 30-60 min antes del viaje; si es necesario, repetir dosis cada 6-8 horas. Dosis máxima de 150 mg / día.

Biodramina infantil 4 mg/ml solución oral®: 6-12 ml /toma. Máximo 18 ml /día.

Biodramina infantil 25 mg comprimidos®: 1-2 comp/ toma.

Cinfamar infantil 12,5 mg solución oral® sobres unidos 5 ml/12,5 mg: 2-4 sobres/toma.

Cinfamar infantil 25 mg comprimidos recubiertos®: 1-2 comp/toma.

Mayores de 12 años: Vía oral: **Difenhidramina 50-100 mg** 30-60 min antes del viaje; si es necesario, repetir dosis cada 6-8 horas. Dosis máxima de 400 mg /día.

Biodramina 50 mg comprimidos®: 1 comp/toma

Cinfamar 50 mg comprimidos recubiertos®: 1 comp/toma.

Por vía oral se recomienda ingerirlo asociado a algún alimento.

En insuficiencia hepática o renal ajustar la dosis aumentando el intervalo entre dosis.

CONTRAINDICACIONES:

- Alergia al compuesto o a antihistamínicos H1
- Crisis asmática.
- Porfiria.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Depresión respiratoria.
- Vómitos graves antes de realizar un diagnóstico clínico.

PRECAUCIONES:

- Arritmias
- Asma
- Enfisema
- Epilepsia
- Evitar exposición solar por riesgo de golpe de calor por disminución de la sudoración
- Glaucoma de ángulo cerrado
- Hipertensión arterial
- Hipertiroidismo
- Obstrucción de la vejiga urinaria
- Posible fotosensibilidad
- Previo a pruebas cutáneas: puede dar falsos negativos hasta 3 días después de suprimirlo.
- Riesgo de íleo paralítico
- Úlcera péptica

EFFECTOS SECUNDARIOS: Somnolencia, astenia, sequedad nasal y bucal.

Cólico del lactante



Episodios de llanto inconsolable e irritabilidad.. Afecta a lactantes sanos, en los 4 primeros meses de vida. etiología desconocida. . Es vivido por los padres con gran angustia.

Según los **criterios de Roma III para trastornos GI funcionales** definen el cólico del lactante como:

- Lactante < 4 m de vida que presenta
 - o Paroxismos de irritabilidad, nerviosismo o llanto* +
 - o Inicio sin causa aparente +
 - o Duración \geq 3 horas al día por lo menos 3 veces a la semana con desarrollo ponderoestatural normal.

*Llanto del lactante debe cumplir 4 criterios:

1. Paroxístico: cada episodio tiene un principio y final claros, SIN relación con lo que el niño estaba realizando previamente.
2. Cualitativamente: diferente del llanto normal; más intenso y tonos más altos.
3. Hipertonía: contracción tónica generalizada de los miembros en salvas.
4. Inconsolable: incluso en brazos de los padres.

SIEMPRE asocian exploración física normal y desarrollo ponderal, estatural y madurativo correctos.

Diagnóstico: por historia clínica y exploración física.

Tratamiento

- Escuchar y tranquilizar a los padres.
- Se pueden sugerir cambios:
 - o Técnicas para calmar al bebé (masajes abdominales, limitar estimulación sensorial).
 - o Cambios en la técnica de alimentación (biberones diseñados para que no traguen tanto aire).
 - Dr. Brown's Biberón anticólico.*
 - MAM Biberón anticólico.*
 - o Probióticos: Si presenta cólicos \geq 3 horas al día por lo menos 3 veces a la semana de predominio nocturno.
 - Reuteri® gotas:* 5 gotas al día
 - o Si cólicos recurrentes que no mejoran pese a medidas físicas y probióticos, con franca irritabilidad, **sospechar alergia a proteínas de la leche de vaca:**
 - Si es lactancia materna: retirar leche y derivados de la dieta materna.
 - Si es lactancia artificial: **hidrolizado de proteínas 2 semanas;** si no es eficaz retirar

Conjuntivitis aguda

Datos clínicos	Bacteriana	Viral	Alérgica
Prurito	Mínimo	Mínimo	Intenso
Lagrimo	Moderado	Abundante	Moderado
Dolor	No	Moderado	No
Secreción	Purulenta	Serosa	Mucosa
Hiperemia	Generalizada	Generalizada	Generalizada
Ganglio preauricular	No	Sí	No
Síntomas generales asociados	No	Fiebre, faringitis y malestar general	Rinitis, estornudos y asma

Conjuntivitis bacteriana



Etiología: *Staphylococcus spp*, *H.influenzae*., *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella spp*. *N. Gonorrhoeae*, *Chlamydia spp*.

Clínica: sensación del cuerpo extraño, hiperemia conjuntival y secreción.

Tratamiento antibiótico tópico. Ningún antibiótico ha demostrado ser mejor que otro. Mejora la tasa de remisión clínica, acorta el periodo de contagio y reduce el riesgo de complicaciones.

Colirio: 1 gota cada 4-6 horas durante 7 días. Se puede reducir a 1 gota cada 6-8 horas en 2-3 días si hay mejoría.

Tobramicina: *Tobrex*®, *Tobrabact*®, *Ocubrax*®.

Neomicina, polimixina B, gramicidina: *Oftalmowel*®. En niños > 2 años.

Ácido fusídico: *Fucithalmic*® 10 mg/g gel oftálmico.

Ciprofloxacino: *Oftacilox*® 3 mg/ml, *Cetraflux*® 3 mg/ml colirio unidosis.

Ofloxacino: *Exocin*® 3 mg/ml colirio.

Pomada: 1 aplicación cada 6-8 horas durante 7 días.

Ciprofloxacino: *Oftacilox*® 3 mg/g pomada oftálmica,

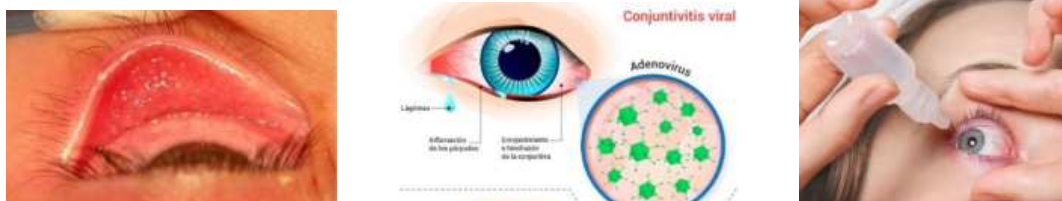
Tobramicina: *Tobrex unguento oftálmico*® 3 mg/g

Eritromicina: *Oftalmolosa cusi eritromicina*® 5 mg/g pomada oftálmica. Más tóxico para la córnea que quinolonas o tobramicina.

Cloranfenicol: *Oftalmolosa cusi cloramfenicol*® 10 mg/g pomada oftálmica.

Tratamiento de soporte y prevención: lavado de manos frecuentes, evitar compartir toallas, almohadas y otros utensilios, suspender uso de lentillas durante el tratamiento antibiótico.

Conjuntivitis vírica



Etiología: *Adenovirus* el más frecuente. El serotipo 3 se asocia a fiebre faringo-conjuntival. *Virus herpes simple*.

Clínica: sensación de cuerpo extraño y lagrimeo unilateral. El ojo contralateral se afectará posteriormente en la mayoría de casos. Hiperemia conjuntival, folículos, hemorragias subconjuntivales y pseudomembranas en tarso superior e inferior. Duración entre 1-4 semanas. Si afecta a la córnea (queratoconjuntivitis) puede haber pérdida de visión.

Tratamiento de soporte:

- Lavados con suero fisiológico frío, compresas frías.

- Lágrimas artificiales

Artific colirio®, *Hilo Gel colirio*®, *Systeme gel drops*®.

- Antiinflamatorios no esteroideo

Ectoin al 2%: *Ectodol*® solución oftálmica. 1 gotas cada 4-6-8 horas.

-Lágrimas artificiales + antiinflamatorio no esteroideo. 1 gota cada 4-6-8 horas

Yeloin® colirio multidosis / monodosis. Ectoin al 2%+ ácido hialurónico 0,2%.

Hilo Dual® colirio lubricante. Ectoína y ácido hialurónico.

- Puede requerir corticoides (si pseudomembranas o infiltrados corneales). Si lo requiere derivar al oftalmólogo.

Valorar antibiótico tópico si clínica intensa con manipulación frecuente o persistencia clínica después de un correcto tratamiento de soporte. Se sobreinfectan con mucha facilidad. 1 gota cada 4-6 horas/ 7 días.

Tratamiento antibiótico tópico. Se sobreinfecta con mucha facilidad. 1 gota cada 4-6 horas/ 7 días.

Indicaciones: clínica intensa, manipulación frecuente o persistencia después de tratamiento de soporte correcto:

Tobramicina. *Tobrex colirio*®, *Tobrabact*®, *Ocubrax*®.

Ácido fusídico: *Fucithalmic*® 10 mg/g gel oftálmico.

Ciprofloxacino: *Oftacilox*® 3 mg/ml, *Cetraflux*® 3 mg/ml colirio unidosis.

Neomicina, Polimixina B y Gramicidina: *Oftalmowell*® colirio. En niños > 2 años.

Prevención: lavado de manos, evitar contacto directo. No acudir a guardería o escuela mientras sea contagioso (7 días).

Remitir al oftalmólogo toda conjuntivitis que presente:

- dolor moderado-grave.
- agudeza visual disminuida.
- no resolución de síntomas en 7-10 días.
- fotofobia intensa.
- membranas conjuntivales.
- requiere tratamiento con corticoides.
- sospecha de infección por *N. Gonorrhoeae*, *Chlamydia spp*,
- *Herpesvirus* en menores de 28 días.

Conjuntivitis alérgica



Nódulos de Trantas
(blanquecino en limbo esclerocorneal)

Etiología: conjuntivitis estacional, perenne, vernal, conjuntivitis papilar crónica.

Clínica: hiperemia conjuntival, lagrimeo, picor, secreción mucosa, papilas tarsales. Papilas gigantes y nódulos de Trantas límbicos en la vernal.

Tratamiento tópico

-Estabilizadores de mastocitos

Cromoglicato sódico: . > 4 años. 1 got cada 4-6 horas.

Cusicrom fuerte oftálmico@ 40 mg/ml colirio en solución

Ketotifeno > 3 años. 1 gota cada 12 horas.

Zaditen@ 0,25 mg/ml colirio, *Bentifen*@ 0,25 mg/ml colirio, *Ketotifeno EFG*@ 0,25 mg/dl colirio.

- Antihistamínicos tópicos

Levocabastina > 4 años. 1 gota cada 12 horas. Se puede aumentar a 1 gota cada 6-8 horas si clínica muy intensa.

Bilina@ 0,5 mg/ml colirio, *Reactine Levocabastina*@ 0,5mg/ml colirio.

Olopatadina. > 3 años. 1 gota cada 8 horas.

Opatanol@ 1 mg/ml colirio, *Apadin*@ 1 mg/ml colirio, *Olopatadina Abamed*@ 1 mg/ml colirio

Emedastina > 3 años. 1 gota cada 12 horas

Emadine@ 0,5 mg/ml colirio.

Azelastina > 12 años. 1 gota cada 12 horas hasta máximo 6 semanas. Puede aumentarse a 1 gota cada 6 horas si clínica intensa.

Aflun@ 0,5 mg/ml colirio. *Azelastina EFG*@ colirio.

- Antiinflamatorios no esteroideos.

Ectoin al 2%: *Ectodol*@ solución oftálmica. 1 gota cada 4-6-8 horas.

Diclofenaco: .> 12 años. *Voltaren*@ 1 mg/ml colirio. 1 gota cada 6 horas.

Antiinflamatorio no esteroideo + lágrimas artificiales. 1 gota cada 4-6-8 horas

Yeloin@ colirio *multidosis / monodosis*. Ectoin al 2%+ ácido hialurónico 0,2%.

Hilo Dual@ colirio lubricante. Ectoina y ácido hialurónico.

-Corticoides tópicos

Fluorometolona. > 6 años. Corticoide potencia intermedia. Corticoide con menor riesgo de hipertensión ocular. Pauta inicio 1 gota c/ 6h. Al mejorar 1 gota cada 12-24h / 7-14 días. Incluso 1 mes.

FML® 1 mg/ml colirio, *Isopto Flucon*® 1 mg/ml colirio.

Tratamiento sistémico

Antihistamínicos. Ver tabla apartado Prurito.

Convulsión febril



Convulsión benigna en menores de 6 meses a 6 años sin afectación del SNC ni trastorno hidroelectrolítico.

Tipos:

- *Simples*. Duración < 15 minutos, no recidivan en el mismo proceso febril y no tienen secuelas neurológicas. Son la mayoría.
- *Complejas/atípicas o complicadas*: focales, duran más de 15 min, recurren en 24 horas o quedan con signos neurológicos en período post ictal. Son menos de 1/3.
- *Estatus epiléptico*: Dura más de 30 minutos.

Tratamiento:

Oxígeno con mascarilla.

Si dura < 2 minutos, no requiere tratamiento farmacológico.

Si >5 minutos (Elegir entre):

1.-**Diazepam** EV (0,3 mg/kg/dosis en un rango de 2 mg/min; Dosis máx. 5 mg en <5 años; 10 mg en ≥ 5 años.

pasar **0,3 ml/kg** (Preparación de la dilución: 1 ampolla de 2 ml/ 10 mg de diazepam +8 ml SSF).

2.-**Midazolam** intranasal (0,2-0,3 mg/kg). Dosis máx. 10 mg en total o 5 mg por nariz.

Ampollas 5 mg/5 ml **0,2-0,3 ml/kg** (dilución 5 ml midazolam + 5 ml SF = dilución 1 mg/ml).

Ampollas 15 mg/ 3 ml **0,2-0,3 ml/kg** (dilución 3 ml midazolam /12 ml SF = dilución 1 mg/ml).

Ampollas 50 mg/10 ml.

3.-**Diazepam** rectal a 0,5 mg/kg/dosis. Dosis máxima 5 mg en <5 años; 10 mg en ≥ 5 años.

pasar **0,5 ml/kg** (dilución 2 ml de diazepam 10 mg/2 ml +8 ml SSF).

Se puede repetir a los 5 minutos.

Si fiebre: **paracetamol** 15 mg/kg/dosis EV o rectal.

Derivación a urgencias hospitalarias:

- Siempre, mejor traslado vía SEM.

Costra láctea



Aparece en el 10% de recién nacidos, sobre todo, entre la segunda y tercera semana de vida.

Costra del cuero cabelludo gruesa:

- *Ducray kelual emulsión costra láctea*® 50ml (con lactamide Mea). Aplicar una capa gruesa. Dejar 30 min. Eliminar con champú suave
- *Mustela costra láctea*® 40 ml. Aplicar sobre la costra con suave masaje. Dejar actuar toda la noche. Eliminar con champú suave.
- *Cicaplast Baume B5 La Roche Posay*®. Aplicar cada 12h, con suave masaje, hasta resolución. Reaplicar si

recidiva.

Champú:

- *Atopic pediátrico champú costra láctea OTC*® 200 ml. Uso diario.
- *Topicrem champú costra láctea*® 125 ml. Uso diario.

Costra del cuero cabelludo fina, cejas, cara.

- *Topicrem bebé gel costra láctea*® 30 ml. Aplicar 2 veces al día hasta mejoría. Luego 2 veces a la semana para evitar recidiva.
- *Lutsine seboskin crema*® 40ml. Aplicar cada 12 horas.
- *Cicaplast Baume B5 La Roche Posay*®. Aplicar cada 12h, con suave masaje, hasta resolución. Reaplicar si

recidiva.

Criptorquidia y testículo en ascensor o retráctil



Criptorquidia. Ausencia de testículo de la bolsa escrotal, por falta de descenso. Puede ser uni o bilateral. Afecta al 2-3% de los varones recién nacidos, especialmente si son prematuros. Muchos de ellos completarán el descenso normal los 6 primeros meses de vida. A los 9 meses solo persiste en el 0,8% de los niños. El descenso espontáneo es excepcional más allá de los 12 meses. Más frecuente en el lado derecho (60%), bilateral (10-25%). Consecuencias psicológicas, disminución de la fertilidad, especialmente si no recibe tratamiento a tiempo, predispone a torsión testicular, malignización.

Derivar a cirugía pediátrica entre 9-12 meses para valoración

Tratamiento: quirúrgico para conseguir el descenso (orquidopexia). Antes de los 2 años. Orquiectomía si es necrótico y prótesis posterior.

Testículo retráctil o en ascensor. Teste que sube y baja con facilidad. Es frecuente en el niño preescolar, es normal y no requiere tratamiento. Para diferenciarlo puede ayudar observar mientras el niño está en la bañera o el niño tiene fiebre (con el aumento de temperatura el teste retráctil baja al escroto y el criptorquideo no).

Cuerpo extraño ocular



Síntomas: dolor, lagrimeo, sensación de tener algo en el ojo, enrojecimiento, inflamación del ojo y párpado con menos frecuencia.

Tipos

Superficiales. Las trataremos en primaria.

Penetrantes, cuerpos extraños metálicos. Se derivarán a urgencias oftalmológicas.

Tratamiento

1. Lavado con irrigación de agua estéril o suero fisiológico.
2. Extracción con torunda estéril húmeda.
3. Puede usarse anestésico local y/o fluoresceína.
4. Eversión del párpado superior si el cuerpo extraño es subtarsal.
5. Pomada antibiótica: *Oftalmolosa cusi eritromicina*® 5 mg/g pomada oftálmica: 1 aplicación / 6 horas durante 3-5 días.
6. No oclusión ocular.
7. Control a las 48 horas.
8. Si dolor, analgésico vía oral.

Dactilitis ampollosa distal. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Dermatitis atópica



Medidas generales:

- Baño corto con agua templada. Jabón Syndet (*Lipikar syndet®*, *Xeramance syndet®*, *Xeralaude gel®*), o aceite lavante (*Lipikar aceite lavante®*, *Stelatopia Mustela aceite lavante®*, *Eucerin oleogel baño®*)
- Se puede añadir al baño sustancias emolientes:
 - *Isdin Avena Baño®* (10 sobre 25 g).
 - *Aveeno coloidal normal®* (10 sobres 50 g) o *baby®* (10 sobres con 15 g).
 - *Vaselatum Solución Tópica Oleosa 150 ml®*. 1 tapón por bañera. Mayores 12 años.
- Evitar tejidos que irriten (lana, sintéticos).
- Evitar que el niño sude mucho. No abrigar en exceso.
- Uso de **emolientes** a diario cada 8-12 horas. (*Lipikar leche o bálsamo®*, *Leti AT4 crema®*, *Leti AT4 crema intensiva®*, *Nutratopic crema facial o corporal®*, *Lutsine Xeramance plus®*, *Eucerin atopicControl®*, *Xeralaude omega crema®*, *Mustela Stelatopia crema o bálsamo®*, *Instituto Español pieles atópicas crema, leche®*, *Vaselina hidratante sin perfume*, *Nivea crema®*).

La mejor crema emoliente es la que se aplica a diario.

Tratamiento farmacológico del eccema.

- **Corticoides.** Ver tratamiento según el tipo de eccema e intensidad más abajo (exudativo, no exudativo, liquenificado).
 - ***La elección de la forma galénica es fundamental en el éxito del tratamiento.
 - ***Los corticoides sólo se aplican en las zonas eczematosas.
 - ***Si se deben usar corticoides, aplicar primero éste. Esperar que se absorba y luego aplicar el emoliente.
 - ***Evitar corticoides fluorados en pediatría.
- **Inhibidores de la calcineurina:** cuando los corticoides no son efectivos, o cuando hay recidivas frecuentes:
 - Pimecrolimus (*Elidel crema®*) o
 - Tacrolimus (*Protopic 0,03% pomada®*)
 - Cada 12 horas hasta mejoría (máximo 3 semanas) y luego cada 24h hasta desaparición del eccema.
 - Para evitar recidiva: 2 veces x semana durante 2 meses.
 - Uso solo en mayores de 2 años. Evitar exposición solar.

Tratamiento farmacológico del prurito: **Antihistamínicos.** Ver apartado prurito.

Tratamiento según el tipo de eccema e intensidad:

Eccema Exudativo: loción o emulsión



1.- Fomentos 2 veces al día mientras siga exudando (3-5 días). Empapar una gasa y dejar 5 minutos con:

- **Agua de Burow** (subacetato de aluminio 136,25 ml + ácido acético glacial 3,75 ml + agua destilada 250 ml).
- **Permanganato potásico** 1/10.000.

O sustancias astringentes comercializadas:

- *Cytelium spray*®. Cada 12 horas.
- *Septomida spray*®. Cada 12 horas.

2.-Corticoide (loción o emulsión): **Metilprednisolona** aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema emulsión*®) cada 24 horas durante 4-5 días y stop. Seguir con:

3.-Crema emoliente fluido o crema: *Lipikar leche o fluido*®, *Isdin Nutratopic Pro AMP loción*®, *Leti AT4 crema*®, *Mustela Stelatopia crema*®.

Eccema no exudativo: crema



Leve

- 1.- Emolientes parafarmacia: *Lipikar bálsamo*®, *Eucerin AtopiControl*® cada 8 horas. Si no mejoría con emolientes:
- 2.- Corticoide potencia moderada crema:
 - Hidrocortisona** buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 12-24 horas x 4-7 días.
 - Clobetasona** butirato 0,5 mg/g (*Emovate crema*®) cada 12-24 horas x 4-7 días.
- 3.- Seguir con emolientes.

Moderado

- 1.- Emoliente + corticoide crema potencia media:
 - Hidrocortisona** buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 12 horas x 4-7 días.
 - Clobetasona** butirato 0,05 mg/g (*Emovate crema*®) cada 12 horas x 4-7 días.
- 2.- Si no mejoría corticoide potencia alta 3-4 días y luego seguir con el de potencia media.
 - Metilprednisolona** aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema crema*®) cada 24 horas x 5-7 días.
 - Betametasona** valerato 0,5 mg/g (*Diproderm*® crema) cada 24 horas durante 4-5 días.

Grave

- 1.- Corticoide potencia alta, crema:
 - Metilprednisolona** aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema crema*®) cada 24 horas x 5-7 días.
 - Betametasona** valerato 0,5 mg/g (*Diproderm*® crema) cada 24 horas durante 5-7 días.
- con
- 2.- Emoliente: *Lipikar bálsamo*® 3 veces al día hasta resolución y
 - 3.- Emoliente de mantenimiento 1-2 veces al día. Si abandona el tratamiento reaparecerá.

Eccema seco o liquenificado: pomada



1.- **Corticoide pomada:** Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona pomada*®) o Metilprednisolona aceponato 1 mg/g (*Adventan o Lexxema pomada*®) + **antibiótico tópico** (ácido fusídico pomada/ mupirocina pomada cada 12 horas en zonas eccematosas. + **Emolientes** bálsamo o intensiva: *Lipikar bálsamo*® *La Roche Posay*, *Leti AT4 crema intensiva*®, *Eucerin Atopicontrol intensiva*®. Cada 8 horas.

2.- Fórmula magistral (triamcinolona acetónido 0,1% + gentamicina sulfato 0,1% + crema O/W CSP 50-100g) cada 8-12 horas durante 7-10 días.

Formas especiales de dermatitis atópica

Pitiriasis alba



1.- Crema emoliente + crema solar: *Leti AT4 FP 20+*®, *Leti AT4 Defense 50+*®. Uso diario todo el año.

2.- **Emoliente:** *Lipikar bálsamo*®, *Eucerin AtopiControl intensiva*®, *Leti AT4 crema corporal o crema intensiva*® cada 8 horas y **Crema solar FP50+** (*La Roche Posay Anthelios Dermopediatrics Leche Spf 50*®, *Isdin Fotoprotector Pediatrics Gel Cream SPF50+*®, *Eucerin Sun Loción Infantil FPS50+*®) al salir a la calle durante todo el año.

3.- Explicar que se recuperará la coloración en unos 6 -8 meses.

Dermatitis atópica de párpados



1.- Emolientes:

- *Cicaplast gel B5 La Roche -Posay*® cada 8 horas.
- *Eczema Med La Roche Posay*® cada 12 horas.
- *Xeracalm AD Avène*® cada 8 horas.
- *Isdin Nutratopic Pro-AMP facial*® cada 8 horas.

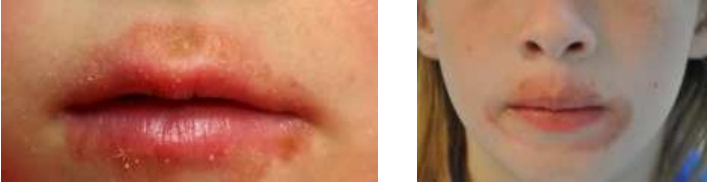
2.- Corticoide: **Hidrocortisona** acetato (*Oftalmolosa Cusi hidrocortisona*® 15 mg/g crema cada 12 horas x 5-7 días. Seguir con emolientes.

3.- Inhibidores de la calcineurina: **Pimecrolimus** (*Elidel crema*®) o **Tacrolimus** (*Protopic 0,03% pomada*®) cada 12 horas hasta mejoría (máximo 3 semanas) y luego cada 24h hasta desaparición del eccema.

Para evitar recidiva: 2 veces x semana durante 2 meses.

Uso solo en mayores de 2 años. Evitar exposición solar.

Queilitis atópica



Si persiste el hábito de pasar la lengua por los labios, no mejora con ningún tratamiento.

- 1.- Emolientes:
 - *Eucerin Aquaphor SOS Regenerador Labial*® cada 4-6-8 horas.
 - *Vea Lipstick*® cada 4-6-8 horas.
 - *Nutrabalm Protector Reparador Intensivo labios, nariz y zona perioral*® cada 4-6-8 horas.
 - *Eucerin Aquaphor pomada reparadora*® cada 4-6-8 horas.
 - *Cicaplast Baume B5 La Roche-Posay*® cada 8-12 horas.
- 2.- Corticoide si el emoliente no funciona: **Metilprednisolona** aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema emulsión*®) cada 24 horas x 5-7 días.

Dermatitis palmoplantar juvenil



- 1.-Emolientes:
 - *Eucerin Aquaphor pomada reparadora*® cada 4-6-8 horas.
 - *Eucerin UreaRepair plus crema pies 10% urea*® cada 12 horas.
 - *Cicaplast Baume B5 La Roche-Posay*® cada 8-12 horas.
- 2.- Si hay mucha inflamación se puede añadir corticoide: *Dermosa hidrocortisona* ® *pomada* cada 12-24 horas durante 5-7 días.

Dermatitis de contacto



Ha aumentado la incidencia por el uso de soluciones y geles hidroalcohólicos.

1.- Evitar la sustancia irritante.

2.- Cremas barrera y reparadora:

- *La Roche Posay Cicaplast Manos*® 50 ml (niacinamida, glicerina). Cada 6-8-12 horas.
- *CeraVe Crema Reparadora De Manos*® 50 ml (ácido hialurónico, ceramidas). Cuantas veces como sea necesario.
- *Eucerin Aquaphor Pomada Reparadora*® 45 ml (dexpanthenol, bisabobol, glicerina, lanolina). Cuantas veces sea necesario.

3.- Si está muy inflamado o exudativo: corticoide.

- Exudativo: loción o emulsión: *Metilprednisolona* aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema emulsión*®) cada 24 horas durante 4-5 días.

- No exudativo: crema: **Hidrocortisona** buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 12 horas x 4-7 días.

- Seco o liquenificado: pomada: **Hidrocortisona** buteprato 1 mg/g (*Nutrasona pomada*®) cada 12 horas x 4-7 días.

Dermatitis del pañal

DERMATITIS IRRITATIVA (W, confluyente, lateral)



Sospechar ante dermatitis en forma de W, bilateral, eritematosa sin lesiones satélite.

Higiene

- Cambio frecuente del pañal
- Crema hidratante y absorbente:
 - *Anticongestiva cusí pasta lassar*® 45 g (Óxido de Zn 25%, almidón de maíz 25%, lanolina, vaselina líquida y vaselina filante). En cada cambio de pañal.
 - *Cicaplast Baume B5 La Roche Posay*®. (Pantenol, Madecassoside). Cada 8-12 horas.
 - *Eryplast Pasta al Agua Lutsine*® 125 g (agua, glicerina, Óxido de Zn).
 - *Isdin baby naturals Zn40 pomada regeneradora*® (óxido de Zn 40%, dexpanthenol 1,5%, manteca de karité, glicerina) en cada cambio de pañal.
- **Si mucha irritación:** Corticoide: Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 24 horas 3-5 días. Rara vez es necesario.

DERMATITIS IRRITATIVA SOBREINFECTADA por Cándida



Sospechar ante dermatitis eritematosa con lesiones satélite.

Higiene

Cambio frecuente del pañal.

1.- **Anticongestiva cusí Pasta lassar**® + **Antimicótico crema**. Cada 8 horas durante 15-21 días.

Antimicóticos:

Clotrimazol (*Canesten*® crema, *Clotrimazol Canesmed 10 mg/g crema EFG*®).

Miconazol (*Daktarin*® crema).

Flutrimazol (*Miceta*® crema).

Nistatina (*Mycostatin*®). Tiene bastantes resistencias.

DERMATITIS IRRITATIVA SOBREINFECTADA por bacterias



Higiene.

Cambio frecuente del pañal.

1.- **Anticongestiva cusí Pasta lassar**® + **antibacteriano**. Mezcladas al 50%. Cada 8 horas x 15-21 días.

Antibacteriano: **Ácido fusídico** (*Fucidine*® crema, *Ácido fusídico Isdin* crema®).

Mupirocina (*Bactroban*® pomada, *Plasimine*®)

DERMATITIS IRRITATIVA ULCERATIVA Y SIFILOIDE DE JACQUET



Sospechar ante erosiones o úlceras con base eritematosa.

Higiene con agua y jabón. Aclarado con agua clara.

Evitar lavado con esponja o **limpieza con toallitas.**

Secado con toques (toalla, papel). Evitar secado por arrastre.

Dejar al aire el mayor tiempo posible.

1.- Fomentos 2 veces al día mientras esté exudativo (3-5 días). Empapar una gasa y dejar 5 minutos con:

- Agua de Burow (subacetato de Al (136,25 ml + ácido acético glacial 3,75 ml + agua destilada 250 ml).
- Permanganato potásico 1/10.000.
- Infusión de tomillo (si bajos recursos).

O sustancias astringentes comercializadas:

- *Septomida spray*®, Septomida sobres (diluir 1 sobre en 1 litro de agua). Cada 12 horas.
- *Cytelium spray*®. Cada 12 horas.

2.- *Anticongestiva cusi Pasta lassar*® + antibacteriano. Mezcladas al 50%. Cada 8 horas x 15-21 días o hasta resolución.

Antibacteriano: **Ácido fusídico** (*Fucidine*® crema, *Ácido fusídico Isdin* crema®)

Mupirocina (*Bactroban*® pomada, *Plasimine*®)

DERMATITIS PAÑAL IMPÉTIGO



Sospechar ante dermatitis con costra color miel o ampollas.

Tratamiento igual que Impétigo en otras zonas:

Antibacteriano: **Ácido fusídico** (*Fucidine*® crema, *Ácido fusídico Isdin* crema®)

Mupirocina (*Bactroban*® pomada, *Plasimine*®)

Si no mejoría con tratamiento tópico pasar a vía oral:

Cefadroxilo 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef*® 500 mg, *Cefadroxilo desgen* 500 mg cápsulas®

DERMATITIS ATÓPICA EN ÁREA PAÑAL



Sospechar ante erupción papular, seca al tacto con leve hiperemia en paciente con antecedentes de piel atópica.

Tratamiento igual que Dermatitis atópica en otras zonas:

- 1.-Emolientes bálsamo o intensiva: *Lipikar bálsamo*®, *Leti AT4 crema intensiva*®, *Eucerin Atopicontrol intensiva*®. Cada 8 horas.
- 2.-Corticoide si precisa. *Dermosa hidrocortisona* ® pomada cada 12-24 horas durante 5-7 días.
Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 24 horas 3-5 días.

DERMATITIS SEBORREICA EN ÁREA PAÑAL



Sospechar en paciente con costra láctea o dermatitis seborreica en cejas.

Tratamiento igual que D. Seborreica en otras zonas:

- 1.- *Kelual DS crema*® (Keluamida 5%, glicólico 3%, sabal 0,3%, octopirox y crotamiton 1%) cada 12 horas.
- 2.- Corticoide. Hidrocortisona (*Lactisona 1% emulsión*®) cada 24 horas durante 4-5 horas.
Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 24 horas 3-5 días.

PSORIASIS EN ÁREA PAÑAL



Tratamiento igual que psoriasis

Dermatitis palmar juvenil o Pulpitis palmar de las piscinas



- 1.- No precisa tratamiento. Desaparece al dejar de acudir a la piscina
- 2.- Si dolor o picor: *Cicaplast Bálsamo B5 La Roche Posay®* cada 8-12 horas.

Dermatitis palmoplantar juvenil. Ver dermatitis atópica.

Dermatitis perianal o anulitis estreptocócica. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Dermatitis seborreica

. Lactante



Cara y cuero cabelludo. Ver costra láctea.

Cuerpo

- 1.- *Kelual DS crema*® (Keluamida 5%, glicólico 3%, sabal 0,3%, octopirox y crotamiton 1%) cada 12 horas.
- 2.- Corticoide. Hidrocortisona (*Lactisona 1% emulsión*®) cada 24 horas durante 4-5 días.
Hidrocortisona buteptrato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 24 horas 3-5 días.

. Niño y adolescente



1.- Champús y lociones o cremas sin corticoides. Son el tratamiento de elección.

Cara:

- *Kelual DS crema*® (Keluamida 5%, glicólico 3%, sabal 0,3%, octopirox y crotamiton 1%) cada 12 horas.
- *Lutsine seboskin crema*® (extracto de ruscus y sorbitol) 40 ml. Aplicar cada 12 horas.
- *Rilastil Sebumlaude DS tratamiento seborregulador*® 30 ml fluido (ciclopiroxolamina, bisabolol, alantoína, fucogel). Cada 12 horas.

Cuero cabelludo:

- *Sebumlaude champú antiseborreico*®. En cada lavado.
- *Sebiprox champú*® 100 ml (ciclopirox olamina). Mayores de 12 años. Financiado S.N.S. 2 ó 3 veces por semana durante 4 semanas. Dejar actuar 3-5 minutos.
- *Liper-oil champú*® 200 ml (urea 5%, colágeno 1,5%, glicerina 3%). Puede usarse a diario.

2.- Azoles. *Ketoconazol crema*®: Cada 12 horas.

3.- Corticoides. Si no funciona el tratamiento anterior.

Hidrocortisona (*Lactisona 1% emulsión*®) cada 24 horas durante 4-5 días.

Hidrocortisona buteptrato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 24 horas 3-5 días.

Dientamoeba fragilis. Ver parásitos intestinales

Dismenorrea primaria



Dolor uterino en el momento de la menstruación o en 1 a 3 días previos.

Etiología: por contracciones uterinas y la isquemia probablemente mediadas por prostaglandinas y otros mediadores inflamatorios producidos en el endometrio secretor.

Clínica: dolor espasmódico en hipogastrio; puede irradiarse a las piernas y la espalda. Se puede acompañar de malestar general, náuseas, vómitos, diarrea, polaquiuria o cefalea. Suele empezar el primer año después de la menarquia con los ciclos ovulatorios. El dolor empieza con el inicio de la menstruación o justo antes y persiste 1 ó 2 días.

Tratamiento farmacológico

- Antiinflamatorios no esteroideos. Alivian el dolor e inhiben las prostaglandinas. Se deben iniciar 24-48 horas antes y hasta 1-2 días después.

Ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas. Dosis máx./toma 400 mg cada 6-8 horas. Dosis máx. 1.600 mg/día.

Naproxeno 10 mg/kg/dosis. Mayores de 12 años 500/550 mg cada 12 horas. Dosis máx 1.100 mg/día.

-Terapia hormonal

Anticonceptivo oral. Con bajas dosis de estrógenos y progestágenos, para inhibir la ovulación.

Danazol

Progestágenos: levonorgestrel, etonogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito.

Dolor



El dolor pediátrico es un síntoma común, insuficientemente valorado e infratratado tanto en los cuadros agudos como crónicos en todos los niveles asistenciales.

El reconocimiento y **alivio del dolor debe ser una prioridad** en la atención pediátrica, **incluso en el abdomen agudo**. La literatura ha demostrado que no enmascara ni dificulta su diagnóstico.

En Atención Primaria se puede iniciar en la misma consulta y posteriormente continuar a nivel domiciliario.

Para valorar la intensidad del dolor deben usarse escalas según la edad.

- **Valoración de 1 mes a 3 años: Escala FLACC**

1 mes - 3 años y en pacientes no colaboradores

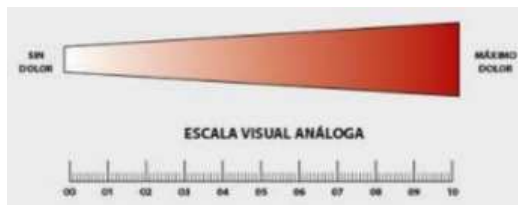
FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

- **Valoración de 3-7 años: Escala de CARAS**



• Valoración de mayores de 7 años: Escalas NUMÉRICAS



Tratamiento farmacológico

Teniendo siempre en cuenta la intensidad del dolor (escalas), la escala analgésica de la OMS (elección del fármaco), la edad del paciente y la dosis máxima de cada medicamento.



ESCALÓN I

Ibuprofeno > 3 meses. 10 mg/kg /dosis. Dosis máx. 400 mg/6 horas.

Ibuprofeno EFG® 20 mg/ml, 40 mg/ml, Dalsy®, Apirofeno® 40 mg/ml. Ibuprofeno EFG® 200 mg sobres, 400 mg sobres, comp, 600 mg sobres, comp.

Paracetamol 15 mg/kg/6 horas Máx. 60 mg/kg/día (4 g/ día). >10 años 500-650 mg/6h.

Apiretal® 100 mg/ml, Paracetamol EFG® 100 mg/ml, Apiretal® comprimidos masticables 250 mg, 325 mg, 500 mg, Paracetamol EFG® 500, 650 mg comp.

Naproxeno > 2 años 5-7 mg/kg/dosis c/8-12 horas. >12 años 200-400 mg inicial y luego 200-400 mg/8-12h Dosis máx. 600 mg/día.

Lundiran® 250 mg cáp, Naprosyn® 500 mg comp, Antalgin® 550 mg comp, Naproxeno EFG® 500 mg.

Metamizol 10-20 mg/kg/dosis

Metalgial gotas® 500 mg/ml, Metamizol normon® 500 mg/ml gotas, Nolotil® 575 mg cáp, Metamizol EFG® 575 mg cáp.

Diclofenaco no se recomienda su uso en < 14 años, pero puede ser necesario su uso, *off-label*, en el tratamiento de enfermedades reumáticas.

Ketorolaco 1 mg/kg/día. VO. Cada 4-6 horas. Dosis máx. 40 mg/día.
Ketorolaco trometamol EFG® 10 mg comp

Dexketoprofeno 12,5 mg/4-6 h o 25 mg/ 8 horas. Dosis máx. 75 mg/día.
Enantyum® 25 mg com, sobres. *Enando®* 25 mg comp, sobres.

ESCALÓN II

Tramadol > 3 años. 1-2 mg/kg/dosis. Cada 8-12 horas. Dosis máx. 150 mg/d.
Adolonta® 100 mg/ml solución oral (1 ml = 40 gotas; 1 gota = 2,5 mg), 50 mg cápsulas, *Tramadol EFG®* 50 mg cápsulas.

Codeína 0,5-1 mg/kg cada 4 horas en < 50 kg. 30-60 mg/4 horas en > 50 kg.
Codeisan® jarabe 1,26 mg/ml, 28,7 mg comp, *Fludan codeína®* 10 mg/5 ml solución oral.

ESCALÓN III

Los fármacos de este escalón (**morfina, metadona, oxycodona, fentanilo**) no se suelen iniciar en Atención Primaria, pero puede requerir ajuste de dosis en pacientes que los tengan prescritos. Seguir recomendaciones de especialistas si requiere ajustar dosis.

Recordar tablas de EQUIVALENCIA ANALGÉSICA, en el paso de opioide débil a potente (de segundo a tercer escalón).

Si se tiene que cambiar de escalón: **comenzar con un 75% de la dosis equivalente.**

1 mg morfina sc = 2 mg morfina vo = 12 mg tramadol vo = 20 mg codeína vo

ESCALÓN IV

Los métodos invasivos no se utilizarán en primaria

COADYUVANTES

- **Dexametasona:** vo, im o ev, 0,25-0,5 mg/kg/día.
- **Amitriptilina, nortriptilina.** Depresión, insomnio, miembro fantasma.
 - Menores de 50 kg: 0,2 mg/kg al acostarse durante los primeros 4 días, 0,4 mg/kg los siguientes 4 días, se sube la dosis cada 4 ó 6 días hasta que aparece la analgesia esperada o surgen efectos secundarios. Dosis máx 1 mg/kg/día.
 - Mayores de 50 kg: 10 mg al acostarse 4 días, 20 mg en los 4 siguientes, y subir hasta 50 mg/día.
- **Gabapentina:** Dolor neuropático y lancinante. Inicio 5 mg/kg/día el 1er día al acostarse, 5 mg/kg/cada 12 h el segundo, 5 mg/kg/cada 8 h el tercero, VO. Mantenimiento 20-30 mg/kg, 3 dosis. Ajustar la dosis en la insuficiencia renal.
- **Clorpromacina:** Dolor insoportable acompañado de agitación. Antiemético. 2-6 mg/kg/día en 3-4 dosis vo.
- **Carbamacepina:** Dolor neuropático y desafeerencia nerviosa. Inicio a 10 mg/kg/día, VO y aumentar semanalmente en < 4 años aumentar 20-60 mg cada 2 días. En > 4 años 100 mg cada semana.
 Dosis mantenimiento 10-20 mg/kg/día c/12h.
 - Hasta 1 año: 100-200 mg/día.
 - 1-5 años: 200-400 mg/día.
 - 6-10 años: 400-600 mg/día.
 - 11-15 años: 600-1000 mg/día.

Erisipela. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Eritema pernio o sabañones



1.- El tratamiento fundamental **evitar los desencadenantes** con **medidas protectoras** contra el frío (guantes, gorro, calzado adecuado, ropa de abrigo...).

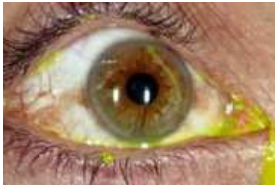
2.- Si clínica intensa **corticoides tópicos** de potencia baja o media:

Hidrocortisona *Dermosa hidrocortisona pomada*® cada 24 horas durante 4-5 días.

Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema*®) cada 12 horas durante 4-5 días.

Clobetasona butirato 0,05 mg/g (*Emovate crema*®) cada 24 horas durante 4-5 días.

Erosión corneal, conjuntival y úlcera corneal



Erosión corneal



Erosión conjuntival



Úlcera corneal.



Etiología: trauma directo (dedo, bolígrafo, papel), cuerpo extraño (tierra, polvo, serrín, virutas metálicas...), radiación.

Síntomas: dolor, lagrimeo, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, inflamación del ojo y párpado con menos frecuencia. Visión borrosa.

Tratamiento

1. Lavado con irrigación de agua estéril o suero fisiológico.
2. Usar anestésico local y/o fluoresceína para determinar el alcance de la lesión.
3. Extracción con torunda estéril húmeda si hay cuerpo extraño.
4. Eversión del párpado para localizar cuerpos extraños subtarsales,
5. Pomada antibiótica: *Oftalmolosa cusi eritromicina*® 5 mg/g pomada oftálmica: 1 aplicación / 6 horas durante 7 días.
6. No oclusión ocular, excepto si la causa es fototraumática o por radiación (erosión estéril).
7. Si dolor, analgésico vía oral.
8. Control a las 24-48 horas.
9. Las úlceras, derivarlas siempre, al oftalmólogo.

Escarlatina



Etiología: *Streptococcus pyogenes* (estreptococo betahemolítico del grupo A).

Transmisión de persona a persona por vía aérea. Más frecuente entre los 2 y los 8 años. Afecta por igual a ambos sexos. Es más frecuente en primavera y otoño.

Clínica: fiebre de inicio súbito con pico máximo a los 2-3 días y dura de 3-5 días. Odinofagia, erupción cutánea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y postración.

Faringe: amígdalas hiperémicas con exudado blanquecino confluyente, petequias en la úvula y velo del paladar, adenopatías laterocervicales dolorosas. El exantema aparece a las 12-48 horas de inicio del cuadro. Erupción difusa, micropapulosa, eritematosa (rojo intenso que desaparece a la presión), áspera al tacto ("piel de gallina"). Se inicia en el cuello y se extiende a cara tronco y extremidades. En la cara enrojecimiento difuso de las mejillas respetando el triángulo nasolabial. Es más intenso en pliegues. En zona antecubital y flexuras pueden aparecer el **signo de Pastia** (líneas transversales hiperémicas que no desaparecen a la presión).

Lengua aframbuesada por engrosamiento de las papilas y tumefacción. Inicialmente saburral y luego enrojecida y congestiva.

Descamación foliácea de inicio en cara y progresión caudal, más intensa en axilas, ingles y dedos si no se trata adecuadamente.

Diagnóstico: **Test de diagnóstico rápido para estreptococo.**

1.-Medidas preventivas

Exclusión escolar hasta la resolución de la fiebre o 1 día de tratamiento antibiótico.

Hidratación cutánea (alivia el prurito y la descamación).

Antihistamínico vo para el prurito si precisa.

Prevenir transmisión: lavado de manos del niño y sus cuidadores, no compartir toallas o utensilios de comida

Evitar contacto con personas inmunodeprimidas o con valvulopatías.

2.-Tratamiento antitérmico y analgésico

Ibuprofeno 7,5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, VO.

Paracetamol 15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, VO.

3.-Tratamiento antibiótico vía oral

Elección. **Penicilina V** 25-50 mg/kg/día, en 2 dosis durante 7-10 días.

Si < 27 kg: 250 mg c/12 horas.

Si >27 kg: 500 mg c/12 horas.

Penilevel@ 250 mg polvo para solución oral, *Penilevel*@ 500 mg cápsulas duras.

Mantener los 10 días en: escarlatina o faringitis estreptocócica de repetición, brote intrafamiliar, pacientes inmunocomprometidos, convivientes con enfermos de fiebre reumática o inmunosupresión y brotes comunitarios.

Alternativa. **Amoxicilina** 40-50 mg/kg/día VO c/ 12 horas, durante 7-10 días. Dosis máx. 500 mg/dosis.

Amoxicilina EFG@ 250 mg/5 ml: 50 mg: **0,5 ml /kg** cada 12 horas

Amoxicilina EFG@ 500 mg suspensión oral, comprimidos. 1 c/12 horas

Intolerancia a la vía oral: **Penicilina G benzatina IM** dosis única.

< 27kg: 600.000UI.

> 27 kg: 1.200.000 UI.

Alergia a penicilina IGE mediada o grave:

Azitromicina 20 mg/kg/día, VO cada 24 horas durante 3 días. Máximo 500 mg/dosis.

Zitromax® 200 mg/5 ml, Azitromicina Stada® 200 mg/5 ml polvo para suspensión oral EFG®

Zitromax® 250 mg cápsulas, 500 mg comp, sobres. Azitromicina EFG® 500 mg comp.

Si resistencia a macrólido

Clindamicina 20 mg/kg/día c/8h VO durante 7-10 días. Dosis máx. 300 mg/dosis.

Dalacin® 150, 300 mg cápsulas, clindamicina EFG® 150 mg, 300 mg.

Alergia a penicilina no mediada por IgE:

Cefadroxilo 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 500 mg/dosis.

Duracef® 250 mg/5 ml, Duracef® 500 mg, Cefadroxilo desgen 500 mg cápsulas®

Cefalexina 40 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días, VO. Dosis máx. 500 mg/dosis.

Kefloridina Forte® 500 mg cápsulas duras, Cefalexina normon® 500 mg cápsulas

Estreñimiento



El estreñimiento es un concepto clínico que no se circunscribe exclusivamente a la frecuencia de las deposiciones, engloba también sus características (tamaño y dureza) y manifestaciones asociadas a la defecación (dolor, malestar, posturas de evitación y pérdidas fecales).

Es una patología frecuente en la infancia, con prevalencia de hasta el 18% según diferentes estudios. Afecta por igual a ambos sexos.

El patrón defecatorio normal varía con la edad, especialmente por debajo de los 4 años. El término medio en el recién nacido es de 4-6 deposiciones por día. Si el lactante es alimentado con fórmula puede ser un poco inferior y el alimentado con lactancia materna puede defecar en cada toma (7-10 deposiciones por día).

La frecuencia baja de 1 deposición cada 3-5 días pero de consistencia blanda no acompañada de esfuerzo o dolor defecatorio también se considera normal.

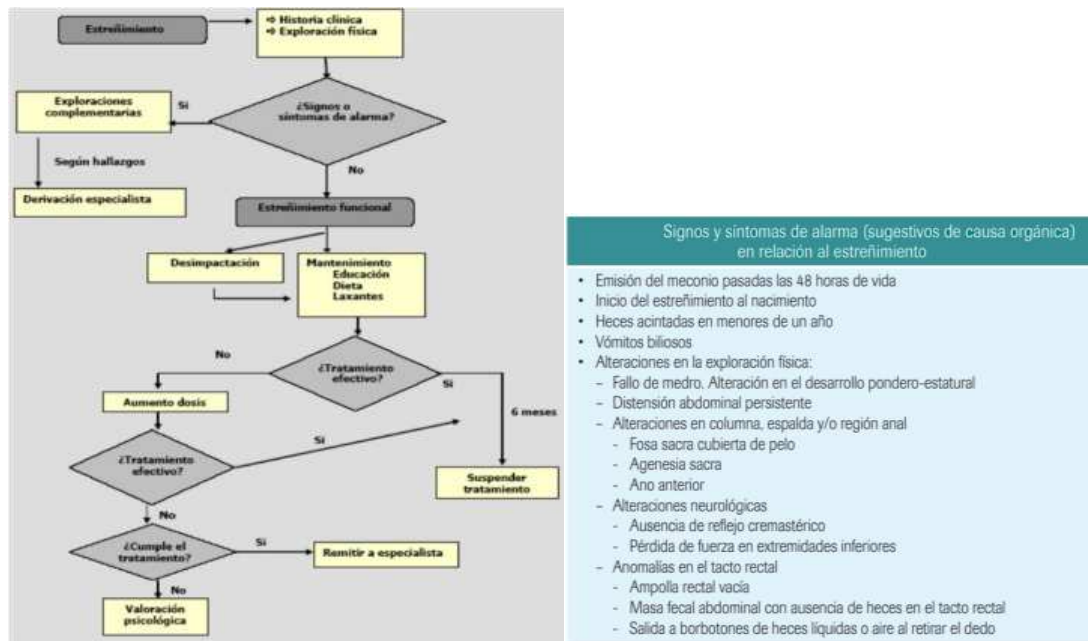
Tabla I. Frecuencia normal de deposiciones		
Edad	Deposiciones por semana (media \pm 2 DS)	Deposiciones por día (media)
0-3 meses		
Lactancia materna	5-40	2,9
Lactancia artificial	5-28	2
6-12 meses	5-28	1,8
1-3 años	4-21	1,4
>3 años	3-14	1

Fuente: *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 127-138⁵

Se considera **estreñimiento crónico** el que se prolonga al menos 8 semanas y cumple 2 o más de los siguientes criterios:

- Menos de 3 deposiciones a la semana.
- Más de un episodio de incontinencia fecal.
- Heces voluminosas en recto o palpables en el abdomen.
- Heces voluminosas que obstruyen el inodoro.
- Posturas retentivas y comportamientos de evitación de la defecación.
- Defecación dolorosa.

Etiopatogenia: el miedo al dolor desencadenado por la defecación produce retención de las heces, las heces se vuelven duras y la defecación más difícil, lo que a su vez aumenta la retención y el dolor. En el 90% de los casos el estreñimiento es funcional.



Diagnóstico: Los criterios Roma III define la patología en 3 apartados:

- **Estreñimiento funcional:**
 - Menores de 4 años son necesarios 2 de los síntomas, al menos 1/semana durante un mes.
 - Mayores de 4 años son necesarios 2 de los siguientes síntomas, al menos 1/semana durante mínimo 2 meses.
 - Menos de 3 deposiciones/semana.
 - Al menos 1 episodio de incontinencia fecal/semana.
 - Posiciones o actitud retentiva para evitar defecación.
 - Defecación dolorosa,
 - Heces de gran diámetro o palpables a nivel abdominal.
 - Deposiciones voluminosas que obstruyan WC.
- **Disquinesia del lactante:** episodios de gran esfuerzo y llanto que duran unos 10-20 minutos y cesan con el paso de las heces que suelen ser líquidas o blandas. Se debe a un fallo en la coordinación entre el aumento en la presión intraabdominal y la relajación de la musculatura del suelo pélvico. Resolución espontánea.

Criterios de diagnóstico: cumplir al menos 2 criterios en lactantes <6 meses:

- Al menos 10 minutos de llanto y esfuerzo antes de las deposiciones blandas.
- Ausencia de otras patologías.
- **Incontinencia fecal no retentiva:** En >4 años, al menos 2 meses antes del diagnóstico:
 - Defecación en lugares inapropiados 1/mes.
 - Ausencia de enfermedades inflamatorias, estructurales, metabólicas o neoplasias.
 - Ausencia de retención fecal.

Tratamiento:

El objetivo es evitar la incontinencia fecal y restablecer el hábito intestinal normal.

Debe iniciarse inmediatamente y **mantenerse** al menos **3-6 meses**, hasta que se adquiera un hábito intestinal regular y sin molestias. Después descenso regular.

Medidas higiénico-dietéticas

- Defecar después de las comidas, aprovechando el reflejo gastro-cólico. Sin distracciones (no libros...), concentrado en defecar.
- Facilitar que el niño pueda acudir al servicio (váteres portátiles).
- Apoyo de los pies en el suelo. Los niños pequeños deben tener un soporte o banqueta bajo los pies.
- Evitar la ingesta excesiva de lácteos. La cantidad de leche de vaca en dieta 500 ml/día.
- Ingesta adecuada de líquidos.

- La ingesta diaria de fibra adecuada para la edad. Existen diferentes recomendaciones pero se puede considerar adecuada la de la American Academy of Paediatrics: **0,5 g por cada kg de peso corporal**.

Edad (años)	DRIs(14 g/1000 cal)		American Academy of Pediatrics (0,5 g/kg)		American Health Foundation
	Niños (g/d)	Niñas (g/d)	Niños (g/d)	Niñas (g/d)	
1-3	19	19	5-7,5	4,5-7	6-8
4-8	25	25	8,5-12,5	8-12,5	9-13
9-13	31	26	14-22,5	14-23	14-18
14-18	38	26	25-34,5	25-28,5	19-23

Estas cifras se pueden conseguir con la dieta o con suplementos dietéticos.

Contenido de fibra en alimentos

Contenido en fibra de los alimentos*			Contenido de fibra en alimentos de consumo habitual*		GRANOS DE FIBRA POR RACIÓN O UNIDAD	Recomendaciones para aumentar la ingesta de fibra en la dieta en aquellos niños en los que es deficitaria
			ALIMENTOS	RACIÓN O UNIDAD (g)		
ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO EN FIBRA (> 2 g/100 g)						<ul style="list-style-type: none"> Ofrezca a su hijo alimentos ricos en fibra a lo largo del día, en vez de hacerlo solo una o dos de las comidas Ofrezca fruta fresca, con piel, como ciruelas y peras Utilice cereales ricos en fibra para las papillas y cereales integrales (arroz integral) para las comidas. Harna integral para los bizcochos o el pan casero Elja pan integral moreno o al menos con algo de salvado para acompañar comidas, desayunos, bocadillos y meriendas Prepare guisos con verduras y/o legumbres a diario (cremas de verduras, pisto, lentejas, judías, cocido, gazpacho, etc.) Ponga en las comidas principales ensaladas con abundante lechuga verde, y otras verduras frescas. Puede añadir semillas (sésamo, ajonjolí o pipas de calabaza). Mínimo una vez al día Existen tentempiés ricos en fibra (algunos tipos de barritas de frutas o muesli y galletas con higo o manzana) Otros tentempiés saludables ricos en fibra son las uvas pasas, orejones, tomates cherry y la zanahoria cruda Cuando compre alimentos preparados, compruebe la cantidad de fibra que contienen. Complementelos con frutas o verduras
Alcachofa	Tubérculos	Membello	Cereales de desayuno	30	0,4	
Ajollo	Legumbres	Morax	Cereales ricos en fibra	30	8,4	
Bélico	Acornas	Naranja	Pat. blanco	Rabanada = 20	0,8	
Col de Bruelas	Albaxoquer	Pera	Pat. blanco de molde	Rabanada = 20	0,7	
Coliflor	Aguacate	Pimiento	Pat. integral	Rabanada = 20	1,8	
Hinojo	Cuscuta	Frutas secas	Vegetales			
Huevo	Frambuesa	Frutas desecadas	Espinacas congeladas	100-200	9-12	
Pimiento verde	Fresa	*Al. Brava*	Gulzarías congeladas	30	4,5	
Cebolla	Higo	Amor integral	Judías verdes	150	4,1	
Nabo	Kivi	Pat. integral	Lechuga	125	1,2	
Bermellón	Limon	Pasta integral	Patata	125	2,5	
Zanahoria	Mansana	Pasta integral	Pimiento	150-200	3-3,3	
			Tomate	150-200	2-2,8	
			Zanahoria	150	2,4-3,2	
			Legumbres			
			Judías blancas	80	5,6	
			Garbanos	80	4,8	
			Lentijas	80	3,2	
			Albaxoques	Unidad = 90	0,9	
			Cereales	Ración = 175	3	
			Cereales	Unidad = 80-100	0,7-0,9	
			Fresas	Ración = 100	1,8	
			Kivi	Unidad = 100	1,8	
			Mandarina	Unidad = 100-100	0,7-1,6	
			Morax	Unidad = 100-200	2,5-3,3	
			Morax	Unidad = 200	1,7	
			Naranja	Ración = 200	1,5	
			Pera	Unidad = 200	2,9	
			Pimiento	Unidad = 150	2,6	
			Pimiento	Unidad = 150-180	2,9-3,5	
			Uvas	Ración = 100-150	0,4-0,7	

Suplementos de fibra

- Casenfibra@ jarabe (100 ml/50 g): 5 ml/día <1 año; 10 ml/día 1-2 años; 15 ml/día a partir de 3 años.
- Casenfibra@ sticks de 10 ml.
- Casenfibra@ sobres 5 g
- Casenfibra@ junior sobres (2,5 g/sobre)
- Casenfibra@ sobres (5 g/sobre)

Medidas farmacológicas

Fármacos orales. Es la vía recomendada en el tratamiento del estreñimiento funcional.

- Laxantes osmóticos:** sustancias hiperosmolares que retienen agua en la luz intestinal y aumentan el contenido hídrico de las heces.
 - Polietilenglicol (PEG) o macrogol** es el tratamiento de elección a partir de los 6 meses de edad. Dosis 0,2-0,8 g/kg/ día en 1 ó 2 dosis. Dosis máx. 100 g/ día
 - Movicol@ pediátrico sobres de 6,9 g., Movicol@ sobres 13,8 g a partir de 12 años.
 - Casenlax@ 4 g sobres, 10 g sobres. Casenlax@ jarabe 500 mg/ml.
 - Dosis jarabe: 0,4-1,6 ml/kg/ día.**

Movicol® y Casenlax® no contienen gluten ni lactosa. Casenlax no contiene electrolitos, Movicol® sí.

- Azúcares sintéticos. Su uso continuado se acompaña de pérdida de eficacia.

Lactulosa < 1 año. < 1 año hasta 3 g (5 ml /día). 1-2 ml/kg/día en 1-2 dosis.

1-6 años 3-7 g (5-10 ml/día)

7-14 años 7-10 g (10-15 ml/día)

Duphalac® 100 ml/67 g solución oral; Duphalac® 10 g solución oral en sobre.

Lactitol en >1 año. Dosis 0,25-0,4 g/kg/día, Dosis máx. 20 g/día.

Emportal® 10 g polvo para solución oral.

- **Carbonato magnésico** (*Eupeptina®* : 1-2 cucharadas de café /día en < 1 año; 1-4 cucharadas café en >1 año hasta 3 veces/día).
- **Laxantes lubricantes:** fuera de las comidas (alejada de las mismas al menos 2 horas). Están contraindicados en casos de riesgo de aspiración (parálisis cerebral o reflujo gastroesofágico) y en menores de 6 años.
Aceite de parafina. A partir de 6 años.
Hodernal® 800 mg/ ml solución oral. Dosis 6-12 a: 4-8 g/día, >12 a: 12-24 g/día.
6-12 años: 5-10 ml al día, en 1-2 dosis. Dosis máx. 10 ml/día. Preferible 1 dosis por la noche. Si no es efectivo repetir dosis por la mañana. Y diluido en agua u otro líquido.
> 12 años: 15 ml-30 ml en 1-2 dosis. Dosis máx. 30 ml/día.
Emuliquen simple® 478,26 mg/ml emulsión oral. Emuliquen simple 7.173,9 mg emulsión oral en sobres de 15 ml. 6-12 años: 5-10 ml al día, en 1-2 dosis. Dosis máx. 10 ml/día. Preferible 1 dosis por la noche. Si no es efectivo repetir dosis por la mañana (separado de comidas 2 horas). Y diluido en agua u otro líquido.
> 12 años: 15 ml-30 ml en 1-2 dosis. Dosis máx. 30 ml/día.
- **Laxantes estimulantes:**
- Las sales de magnesio (hidróxido, fosfato y citrato) con precaución en menores de 1 año y niños con susceptibilidad a la hipermagnesemia
- Los senósidos y el bisacodilo y el picosulfato de sodio: No se recomienda el uso de ninguno de ellos en lactantes ni de forma prolongada ya que pueden producir alteraciones hidroelectrolíticas, estreñimiento de rebote y disminución de la motilidad intestinal por daño neuromuscular.

Fármacos rectales. Debe evitarse el empleo rutinario de enemas y otros fármacos por vía rectal. Valorar en pautas de desimpactación:

- **Enema de fosfato hipertónico.** Dosis: 3-5 ml/kg/día repartida en 1 o en 2 dosis. Dosis máx 140 ml/día. **No** utilizarlos durante **más de 5 días**, ya que pueden aparecer trastornos hidroelectrolíticos (hipernatremia, hipokalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia), mucho más frecuentes en menores de 2 años de edad. (Limitar en < 2 años).
Enema Casen® 250 ml, 140 ml, 80 ml
- **Enema de citrato sódico.** *Micralax®* microenema 5 ml.
- **Enemas de suero fisiológico**, o la combinación de estos con los de fosfatos, son igual o más efectivos que el uso aislado de estos últimos y con menos efectos adversos.
Fisioenema Casen® 66 ml, 250 ml. Suero fisiológico aislado.
- **Enema de glicerol.** > de 2 años. *Paidolax® niños* 4 g solución rectal. 1 al día.
- **Supositorios de glicerina.** *Roví® lactantes, niños, adultos. Glycilax® lactantes, niños supositorios.*

DESIMPACTACIÓN FECAL

El tratamiento por vía oral es el de elección. La vía rectal puede ser un coadyuvante.

Tratamiento oral

Pauta de desimpactación con Polietilenglicol (PEG): 0,5 g/kg/día y se incrementa en los siguientes días hasta 1,5 g/kg/día (máximo, 100 g/día), repartida en 2 tomas (separadas entre sí no más de 6-8 horas), durante 3-7 días. Con esta pauta, se logra la desimpactación en los primeros 3-4 días en el 90% de los niños.

Pauta de desimpactación en caso intolerancia a PEG:

- **Lactulosa.** En mayores de 2 años. (*Duphalac® 100 ml/67 g* a dosis altas (1-4 ml/kg/día, repartido en 2-3 dosis. Máximo 30 ml/día), aunque no existen estudios controlados.
- **Lactitol.** En niños 6-12 años. Dosis 10-30 g/día en 2-3 tomas. *Emportal®*
- **Aceite de parafina.** > 1 año. 1-2 ml/kg/día máximo 7 días.
 - Hoderna®* 800 mg/ ml solución oral. En mayores de 6 años. Dosis 6-12 a: 4-8 g/día, >12 a 12-24 g/día.
 - 6-12 años: 5-10 ml al día, en 1-2 dosis. Dosis máx. 10 ml/día. Preferible 1 dosis por la noche. Si no es efectivo repetir dosis por la mañana. Y diluido en agua u otro líquido.
 - > 12 años: 15 ml-30 ml en 1-2 dosis. Dosis máx. 30 ml/día.
 - Emuliquen simple® 478,26 mg/ml emulsión oral.* Emuliquen simple 7.173,9 mg emulsión oral en sobres de 15 ml. > 6 años.
 - 6-12 años: 5-10 ml al día, en 1-2 dosis. Dosis máx. 10 ml/día. Preferible 1 dosis por la noche. Si no es efectivo repetir dosis por la mañana (separado de comidas 2 horas). Y diluido en agua u otro líquido.
 - > 12 años: 15 ml-30 ml en 1-2 dosis. Dosis máx. 30 ml/día.

Tratamiento rectal

- Enemas de 3 a 5 días.
 - Enema de suero salino isotónico:** *Fisioenema Casen®* 66 ml, 250 ml. Desimpactación 5 ml/kg/dosis 2 veces al día.
- **Enema de citrato sódico.** *Micralax®* microenema 5 ml
- **Enema de fosfato hipertónico.** No usar en < 2 años. Dosis: 3-5 ml/kg/día repartida en 1 o en 2 dosis. Dosis máx 140 ml/día. Efectos secundarios: trastornos hidroelectrolíticos (hipernatremia, hipokalemia, hipocalcemia e hiperfosfatemia).
 - Enema Casen®* 250 ml, 140 ml, 80 ml
- Los supositorios de glicerina y de bisacodilo no son efectivos para la desimpactación.
- Evitar la desimpactación manual.

Faringoamigdalitis



Inflamación o infección de la faringe, amígdalas palatinas o ambas. Faringe, amigdalitis y faringoamigdalitis se utilizan como sinónimos a efectos prácticos.

Etiología:

- Virus (75-80%): *Adenovirus*, *Coxsackie A*, *virus Epstein Barr*, *citomegalovirus*
- Bacterias: Estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA), anaerobios.

Clínica EBHGA: fiebre elevada de inicio brusco, exudado amigdalor, petequias palatinas, adenopatías cervicales dolorosas, cefalea, dolor abdominal, ausencia de síntomas catarrales

Clínica viral: fiebre, odinofagia, presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, estornudos, ronquera o edad menor de 3 años, vesículas faringoamigdalares.

Clínica: síndrome mononucleósico: amigdalitis con exudado extenso, adenopatías cervicales, hepatoesplenomegalia y no mejoría o aparición de exantema con amoxicilina.

Diagnóstico: clínica.

Test rápido de detección EBHGA si se sospecha etiología bacteriana.

- No realizar el test a todos los niños con faringitis.
- Realizar solo si alta probabilidad de etiología bacteriana.
- No realizar si existen claros síntomas virales (tos, rinorrea), estornudos) aunque la puntuación sea ≥ 3 .

Cultivo faríngeo.

1.-Tratamiento antitérmico y analgésico

Ibuprofeno 7,5-10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, VO.

Paracetamol 15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas, VO.

2.-Tratamiento antibiótico vía oral

Duración del tratamiento:

10 días: faringoamigdalitis estreptocócica de repetición, brotes de escarlatina, hipertrofia amigdalor severa, convivencia con enfermos con enfermedad reumática o inmunodeprimidos.

7 días. Se podría emplear en el resto de casos.

Elección. **Penicilina V** 25-50 mg/kg/día, en 2 dosis durante 7-10 días.

Si < 27 kg: 250 mg c/12 horas.

Si >27 kg: 500 mg c/12 horas.

Penileve@ 250 mg polvo para solución oral, *Penilevel@* 500 mg cápsulas duras.

Alternativa. **Amoxicilina** 40-50 mg/kg/día vo c/ 12 horas, durante 7-10 días. Dosis máx. 500 mg/dosis.

Amoxicilina EFG® 250 mg/5 ml: 50 mg: **0,5 ml/kg** cada 12 horas

Amoxicilina EFG® 500 mg suspensión oral, comprimidos. 1 c/12 horas

Intolerancia a la vía oral: **Penicilina G benzatina IM** dosis única.

< 27kg: 600.000UI.

> 27 kg: 1.200.000 UI.

Alergia a penicilina no mediada por IgE:

Cefadroxilo 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef®* 500 mg, *Cefadroxilo desgen®* 500 mg cápsulas.

Cefuroxima axetilo 15 mg/kg/día VO cada 12 horas 7-10 días.

Zinnat® 250 mg/5 ml suspensión oral. 15 mg: 0,15 ml cada 12 horas

Zinnat® 250 mg, 500 mg comp, 500 mg suspensión oral.

Cefuroxima EFG® 250 mg, 500mg comp

Cefalexina 40 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días, VO. Dosis máx. 1 g/día.

Kefloridina Forte® 500 mg cápsulas duras, *Cefalexina normon®* 500 mg cápsulas.

Alergia a penicilina mediada por IgE:

Josamicina 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días, Dosis máx. 1 g/día.

Josamina® 500 mg/5 ml suspensión 30 mg: **0,15 ml/kg** cada 12 horas 50 mg: **025 ml/kg** cada 12 horas.

Azitromicina 20 mg/kg/día, v.o cada 24 horas durante 3 días. Máximo 500 mg/dosis.

Zitromax® 200 mg/5 ml, *Azitromicina EFG®* 200 mg/5 ml polvo para suspensión oral EFG®

Zitromax® 250 mg cápsulas, 500 mg comprimidos, polvo suspensión oral. *Azitromicina EFG®* 500 mg comprimidos

Si resistencia a macrólido **Clindamicina** 20-30 mg/kg/día c/8h vo durante 7-10 días. Dosis máx. 300 mg/dosis

Dalacin® 150, 300 mg cápsulas, *Clindamicina EFG®* 150 mg, 300 mg.

Faringitis de repetición por EBHGA o recaída

Recaída (reaparición de los síntomas 2-7 días posteriores a finalizar el tratamiento).

Amoxicilina/clavulánico 40-50 mg/kg/día cada 8 horas durante 10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Cefadroxilo 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef®* 500 mg, *Cefadroxilo EFG®* 500 mg cápsulas.

Clindamicina 20-30 mg/kg/día c/8h vo durante 7-10 días. Dosis máx. 300 mg/dosis.

Dalacin® 150, 300 mg cápsulas, clindamicina EFG® 150 mg, 300 mg.

3.- Tratamiento quirúrgico: amigdalectomía

Valorar de forma individualizada en faringoamigdalitis estreptocócicas o severas en función del riesgo-beneficio en cada caso.

Complicaciones. Derivar a hospital.

-Supurativas: absceso periamigdalino o retrofaríngeo.

-Shock tóxico.



PFAPA (Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenopathy)

Considerar síndrome PFAPA si :

- * Episodios recurrentes de fiebre de inicio antes de los 5 años.
- * Síntomas constitucionales en ausencia de infección de vías respiratorias altas con al menos 1 de los 3 siguientes: faringitis, estomatitis aftosa y/o linfadenitis cervical.
- * Exclusión de neutropenia cíclica.
- * Completamente asintomático entre episodios.
- * Crecimiento y desarrollo normales.

Criterios diagnósticos del síndrome PFAPA¹⁵

Comparación de los criterios de Marshall y los nuevos criterios diagnósticos del síndrome PFAPA	
Criterios Marshall modificados	Nuevos criterios diagnósticos (Vannoi et al.)
1. Episodios de fiebre recurrente (>38,3°) de inicio precoz (<5 años)	1. Episodios de fiebre periódica durante al menos 6 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre diaria de al menos 38,5 °C de 2-7 días de duración • Al menos 5 episodios, de manera regular, con intervalo máximo de 2 meses entre episodios
2. Síntomas constitucionales en ausencia de infección acompañante, con al menos uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis aftosa o aftas orales • Adenitis cervical • Faringitis con o sin exudado amigdalal 	2. Faringoamigdalitis, adenopatías cervicales, aftas orales. Al menos 1 en cada episodio, y 2 en la mayoría de episodios
3. Exclusión de neutropenia cíclica	3. Exclusión de otras causas de fiebre recurrente 4. Exclusión de infecciones, inmunodeficiencias y neutropenia cíclica
(Inicio en menores de 5 años)	5. Inicio de la enfermedad antes de los 6 años de edad
4. Intervalos sin síntomas entre episodios	6. Normalización clínica y analítica entre episodios
5. Normal crecimiento y desarrollo	7. Normal crecimiento y desarrollo

*Deben cumplirse todos los criterios.

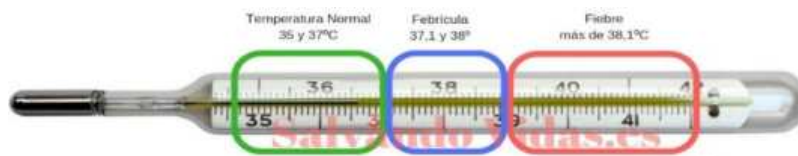
Fuente: Fernández Silveira L, García Ruiz-Santa Quiteria MI, Camacho Lovillo M. Síndrome PFAPA. *Protoc diagn ter pediatr.*2020;2:391-400⁶.

Tratamiento:

Suele ser suficiente con una dosis de **prednisona oral** a 1-2 mg/kg al inicio del brote para controlar la sintomatología (la fiebre es lo primero que desaparece), pero si esta persiste puede administrarse una segunda dosis al día siguiente.

- *Estilsona gotas*@ 7 mg/ml 1- 2 mg: **0,15-0,3 ml/kg**
- *Paidocort*@ 3 mg/ml solución oral. 1- 2 mg: **0,33-0,66 ml/kg**
- *Prednisona 5, 10, 30 mg comp*

Fiebre



Se considera fiebre una temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ en axila o $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ en el recto.

El objetivo del tratamiento farmacológico es aliviar el malestar que puede acompañar a la fiebre no descender la misma.

Consejos ante la fiebre:

- Administrar líquidos por vía oral, vigilar ingesta calórica.
- Observar estado general y actividad.
- Vigilar la presencia de signos de alarma
- Uso adecuado de fármacos antitérmicos.
- Mantener la temperatura ambiental en torno a 22°C .
- Mantener al niño con poca ropa.
- Reposo.

Tratamiento farmacológico: Paracetamol e ibuprofeno son de elección, escogiendo **uno u otro** según tolerancia del niño o componente inflamatorio del cuadro. No se recomienda dar más de 1 fármaco para el tratamiento de la fiebre ni alternarlos.

Los fármacos antitérmicos no previenen la fiebre por lo que no se deben usar con este objetivo.

Cuándo tratar la fiebre:

- . Fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ acompañada de malestar.
- . Niños con patologías crónicas en las que la fiebre pueda desestabilizar el cuadro de base.

Paracetamol. Antitérmico, analgésico 10-15 mg/kg cada 4-6 horas. Dosis máx. 90 mg/kg/día o 4 g/día.

Apiretal® 100 mg/ml, *paracetamol EFG*® 100 mg/ml.

Apiretal® comp bucodispersables 250 mg, 325 mg, 500 mg, *Paracetamol EFG*®comp 500, 650 mg.

Febrectal® supositorios 150 mg, 300 mg, 600 mg, *Apiretal*® supositorios 250 mg.

Efecto -descenso de la temperatura $1-2^{\circ}\text{C}$.
 -inicio del efecto < 1 hora.
 -máximo efecto 2-3 horas.
 -duración del efecto: 4-6 horas.

Dosis tóxica < 6 años: > 200 mg/kg, > 6 años: > 150 mg/kg

Efectos secundarios: hepatotoxicidad.

Ibuprofeno. Antitérmico, analgésico, antiinflamatorio. 5-10 mg/kg cada 6-8 horas. Dosis máx. 30-40 mg/kg/día o 400 mg/dosis.

Dalsy®, *Ibuprofeno EFG*® 20 mg/ml (2%), 40 mg/ml (4%), *Apirofeno*® 40 mg/ml.

Ibuprofeno EFG® 200 mg, 400 mg, 600 mg sobres, 400 mg, 600 mg comp.

Efecto -descenso de la temperatura $1-2^{\circ}\text{C}$
 -inicio de efecto < 1 hora.
 -máx. efecto 1-1,5 horas.
 -duración del efecto: 6-8 horas.

Dosis tóxica > 100 mg/kg

Efectos secundarios: gastritis, nefrotoxicidad.

Metamizol. De segunda elección y solo si paracetamol e ibuprofeno no funcionan. Antitérmico, analgésico, antiinflamatorio. 12,5 mg/kg/dosis cada 6-8 horas.

Metalgial gotas® 500 mg/ml 1 got=25 mg, 1 ml=20 gotas.

Nolotil® cápsulas, *Metamizol magnésico EFG*® 575 mg

Nolotil® supositorios 500 mg infantil, 1000 mg adulto. *Algi-Mabo adultos 1g supositorios*®

Nolotil® ampollas 2000 mg/5 ml IM, EV

Efecto -descenso de la temperatura 1-2°C
-Inicio del efecto 30-60 min. Administración oral
-duración del efecto: 10 horas

Efectos secundarios: agranulocitosis, hipotensión, Síndrome de Stevens-Johnson o síndrome de Lyell

Fimosis y adherencias balano-prepuciales



La mayor parte de los niños nacen con fimosis (80%). Conforme el niño crece, la **fimosis** (orificio del prepucio tan estrecho que no deja mostrar el glande cuando deslizamos hacia atrás su piel) y las **adherencias balanoprepuciales** (tejido fibroso entre el prepucio y el glande que puede dificultar la salida de éste) van desapareciendo espontáneamente durante los 3-4 primeros años. A la resolución contribuye el propio crecimiento del pene, las erecciones espontáneas, y la grasa que se forma entre el glande y la piel (perlas o quiste de esmegma).

Durante este proceso natural solo hay que mantener la higiene local tras una suave retracción completa del prepucio, sin forzar y volviéndolo a poner en su posición inicial. Si se fuerza existe riesgo de que dicha piel se rompa y se puedan producir cicatrices.

No se considera fimosis a la **estrechez leve, el prepucio largo o las adherencias balano-prepuciales**.

Indicación de tratamiento:

- Cuando continúan las dificultades para la retracción completa del prepucio (mostrar el glande) a partir de los 3 años.
- Cuando hay problemas secundarios: balanitis de repetición, parafimosis o infección de orina. Aunque sea por debajo de los 3 años.

Tratamiento

Corticoide tópico: fina capa de crema sobre la porción distal y estrecha de la piel del prepucio y la parte del glande que vaya quedando al descubierto.

Seguido de retracciones progresivas. No deben ser dolorosas, ni intentar descubrir completamente el glande en un principio. Poco a poco a medida que la piel vaya teniendo menos resistencia. Tras la retracción se debe colocar la piel en su posición natural, para evitar parafimosis (atrapamiento del glande por el anillo prepucial).

Normalmente dura entre 4-8 semanas. Si tras este tiempo el tratamiento no diera resultado se podrá repetir el tratamiento durante uno o dos ciclos más por el mismo periodo o alargarlo hasta 16 semanas.

Clobetasona butirato 0,5 mg/g (*Emovate crema*®) cada 24 horas
Betametasona valerato 1 mg/g (*Betnovate*® crema) cada 24 horas

Este tratamiento permite resolver la mayoría de los casos.

Para evitar recidivas: una vez finalizado el tratamiento hay que seguir con las retracciones del prepucio y una adecuada higiene. Si no funciona se derivará a cirugía.

Cirugía. Puede ser la *circuncisión* (eliminación total o parcial del prepucio) o la *prepuceoplastia*. En ambos casos se suele requerir el ingreso hospitalario del niño y anestesia general.

Fisura anal



Pequeño desgarro o grieta en la mucosa del ano.

Clínica: picor, dolor con la defecación, sangre roja en las heces o en el papel después de limpiarse.

Causa: casi siempre por estreñimiento. Gastroenteritis con deposiciones ácidas (pueden dañar la mucosa del ano), enfermedad inflamatoria intestinal o infecciones locales.

Prevención: evitar el estreñimiento.

Tratamiento:

- 1.-Lavar con agua y jabón. Secar con una toalla. No usar toallitas ni papel (irritan).
- 2.-En niños pequeños cambiar con frecuencia el pañal.
- 3.-En niños mayores baños de asiento con agua templada en el bidé o en un recipiente. Dejar 10-15 minutos y repetir durante 2-3 veces al día. Secar con toalla con toques suaves.
- 4.-Cremas de corticoides o calmantes o anestésica. Bajarán la inflamación por lo que reducirán el dolor.

Avenoc pomada®. Lanolina. 1 aplicación cada 8 horas.

Vea Olio® (aceite). Vitamina E 100%. Cada 8-12 horas y tras la defecación.

Proctoial @gel aplicador rectal (ácido hialurónico, MSM y aceite del árbol del té). Aplicación externa cada 8-12 horas y tras la defecación.

Nutrasona crema®. (Hidrocortisona buteprato 1 mg/g) cada 12 horas durante 4-5 días.

Ruscus Llorens® (Zn, prednisolona, ruscogenina, cincocaína hidrocloreuro y levomentol). **Sólo en > 12 años.** Aplicar cada 12-24 h durante 3-4 días. Máximo 7 días.

- 5.-Laxantes orales. No usar enemas. Dosis: **0,5-1 g/día.**

Movicol pediátrico sobres® 7,5 g.

Casenlax jarabe® 0,5 g/ml, sobres 4 g, sobres 10 g

Flemón dental



Microorganismos causantes		
Entidades	Frecuentes	Menos frecuentes
Caries	<i>Streptococcus</i> del grupo <i>mutans</i> (<i>S. mutans</i> , <i>S. sobrinus</i>)	<i>Lactobacillus</i> spp., <i>Rothia mucilaginosa</i> y <i>Veionella parvula</i>
Infección dentoalveolar: pulpitis, infección periapical, flemón/celulitis/absceso	<ul style="list-style-type: none"> Aerobios: <i>Streptococcus</i> spp, <i>Streptococcus</i> grupo <i>viridans</i>, <i>Eikenella corrodens</i> Anaerobios: <i>Peptostreptococcus</i> spp, <i>Prevotella</i> spp, <i>Fusobacterium</i> spp, <i>Porphyromonas</i> spp, <i>Bacteroides</i> spp 	<ul style="list-style-type: none"> Aerobios: <i>Staphylococcus</i> spp, <i>Corynebacterium</i> spp, <i>Campylobacter</i>, <i>Neisseria</i> spp, <i>Actinomyces</i> spp, <i>Lactobacillus</i> spp Anaerobios: otros

Fuente: Guía ABE actualizado 16/09/23⁷

Tratamiento de elección:

Amoxicilina o amoxicilina/clavulánico 40-50 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, VO durante 7-10 días.

Amoxicilina EFG® 250 mg/5 ml

Amoxicilina EFG® 500 mg suspensión oral, comprimidos.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml

50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral

50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Si alergia a penicilinas:

Clindamicina 20 mg/kg/día, c/8h, VO durante 7-10 días. Dosis máx. 300 mg/dosis.

Dalacin® 150, 300 mg cápsulas, *Clindamicina EFG®* 150 mg, 300 mg.

Eritromicina 40 mg/kg/día, en 4 dosis, VO durante 7-10 días

Pantomicina® 100 mg/ml suspensión oral, *Pantomicina®* 250 mg, 500 mg, 1000 mg sobres. Hay problemas de suministro habitualmente.

Claritromicina 30 mg/kg/día, c/12 horas VO durante 7-10 días.

Claritromicina EFG® 25 mg/ml suspensión oral, *Claritromicina EFG®* 250 mg, 500 mg comp, *Klacid®* 500 mg sobres.

Foliculitis. Ver infecciones cutáneas bacterianas.





Forúnculo. Ver infecciones cutáneas bacterianas













Frenillo lingual corto (anquiloglosia)



Frenillo lingual corto que puede limitar la movilidad de la lengua.

Tratamiento controvertido. En función de si impide la lactancia o no. Algunos autores prefieren actitud expectante porque es posible que se distienda con el tiempo o puede persistir sin dar problemas. En niños mayores si provoca problemas con el habla.

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.	Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de punta hasta el surco alveolar.	Frenillo grueso y fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.	El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.
			
Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV

	0	1	2	PUNTOS
¿Qué forma tiene la punta de la lengua?				
¿Dónde se fija a la encía?				
¿Cuánto se levanta (con la boca abierta)?				
¿Cuánto sale de la boca?				

© University of Bristol. Design and Illustration: Hanna Oakes | oah@bristol.ac.uk

Índice TABBY: herramienta para evaluar el frenillo lingual mediante 12 imágenes. Muestra la apariencia de la lengua, cómo se fija a la encía y hasta qué límite logra moverse. Puntuación entre 0-8.

8 - Función normal de la lengua.

6 ó 7 - Funcionalidad al límite. Se propone la espera expectante, prestando atención a la postura y apoyando a la diáda.

5 o menos - Deterioro de la funcionalidad de la lengua, que no tiene por qué producir problemas de lactancia necesariamente. Valorar la frenotomía.

Frenotomía: cortar y liberar el frenillo con tijeras esterilizadas, con o sin anestesia, Se puede realizar en recién nacidos en hospital o posteriormente en consulta. En nuestro medio se deriva a cirugía pediátrica.

Complicaciones. Poco frecuentes. Sangrado, infección, daño en la lengua o de las glándulas salivales.

Tras el procedimiento se puede amamantar al bebé inmediatamente.

Frenuloplastia. Si el frenillo es demasiado grueso para realizar la frenotomía. Bajo anestesia general. Se libera el frenillo de forma quirúrgica y se cierra la herida con puntos de sutura reabsorbibles. Ejercicios posteriores para mejorar el movimiento de la lengua y reducir la posibilidad de cicatrices.

Frenillo peneano corto



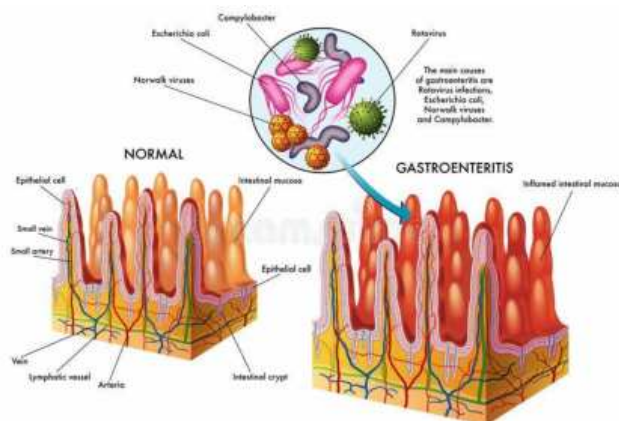
Frenillo breve o frenulum breve, ocurre cuando la piel que une el prepucio al glande es más corto de lo normal, lo que crea mucha tensión al tirar de la piel hacia atrás.

Diagnóstico: el prepucio no se puede tirar completamente hacia atrás, la cabeza del pene se dobla hacia abajo cuando se tira de la piel hacia atrás. En el adulto ocasiona dolor o incomodidad en las relaciones sexuales.

Tratamiento:

- 1.- Ejercicios de estiramiento de la piel del prepucio
- 2.-Corticoides tópicos: **Clobetasona** butirato 0,5 mg/g (*Emovate crema*®) cada 24 horas durante 1-2 meses.
Betametasona valerato 1 mg/g (*Betnovate*® *crema*) cada 24 horas durante 1-2 meses.
- 3.-Cirugía. Cortar el frenillo y disminuir la tensión. Realizado por urólogo o cirujano pediátrico.

Gastroenteritis aguda



Microorganismos causales (1.1.)		
Entidad	Frecuentes	Menos frecuentes
Diarrea no inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus . Adenovirus entéricos (serotipos 40-41). Astrovirus. Sapovirus. Calicivirus. Virus Norwalk • Staphylococcus aureus • Giardia lamblia 	<ul style="list-style-type: none"> • E. coli . . Vibrio cholerae . Bacillus cereus . Clostridium perfringens • Picornavirus • Agentes asociados a inmunosupresión (IS)
Diarrea inflamatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Salmonella sp. . Shigella sp. E. coli . Campylobacter jejuni. Yersinia enterocolitica. Clostridium difficile . 	<ul style="list-style-type: none"> • Vibrio parahaemolyticus. Aeromonas hydrophila. Plesiomonas shigelloides. • Entamoeba histolytica. Trichinella spiralis • Agentes asociados a IS
Toxiinfección alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Salmonella sp. Campylobacter jejuni. E. coli (ECET, ECEH). Shigella sp. Staphylococcus aureus • Virus Norwalk y Norwalk-like. Vibrio sp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clostridium perfringens. Clostridium botulinum. Listeria monocytogenes. Yersinia enterocolitica. Enterobacter sakazakii. Brucella sp. • Cyclospora. Cryptosporidium

Fuente: Guía ABE actualizado 25/03/2019⁸

Clínica; diarrea acompañada o no de fiebre, náuseas, vómitos y/o dolor abdominal.

Diagnóstico; exclusivamente clínico.

Tratamiento con líquidos y electrolitos.

- Deshidratación leve-moderada: preferentemente por VO con SRO.
- Deshidratación moderada: SRO y antieméticos para disminuir los vómitos y mejorar la tolerancia.
- Deshidratación grave e intolerancia oral. Derivar a hospital.

Dieta

-No restricción dietética. **No se recomienda dieta astringente.** No retrasar la reintroducción de alimentos más de 4-6 horas tras rehidratación oral.

Antimicrobianos: inicialmente ningún papel excepto en Shigelosis, sospecha de cólera con deshidratación grave, GEA con infección no intestinal asociada importante.

Antieméticos: Ondansetrón es de uso hospitalario si la GEA está acompañada de vómitos e intolerancia oral.

Probióticos. Acortan ligeramente la duración de la GEA.

Lactobacillus GG. Bivos gotas®, Bivos sobres® 1 sobre al día durante 7-20 días.

Saccharomyces boulardii. *Ultralevura*® 250 mg sobres: 1 sobre al día durante 7-20 días.

Derivar al hospital si diarrea en menores de 3 meses, inmunodeprimidos, sospecha de bacteriemia o intolerancia oral.

SUEROS DE REHIDRATACIÓN ORAL

Composición recomendable

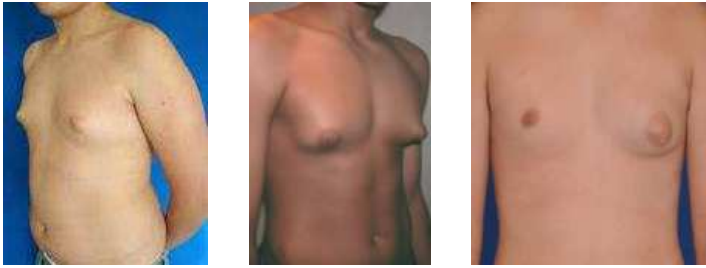
SRO	Glucosa (mmol/l)	Na (mEq/l)	K (mEq/l)	Cl (mEq/l)	Base (tipo, mmol/l)	Osm (mOsmol/l)	Otros
OMS SRO estándar, 1975	111	90	20	80	Bicarbonato: 30	331	
SRO: criterios de aceptabilidad	≤111	60-90	15-25	50-80	Citrato: 8-12	200-310	
SRO con osmolaridad reducida*, 2002	75	75	20	65	Citrato: 10	245	
ESPGAHN, 1992	74-111	60	20	25-50	Citrato: 10	200-250	

Sueros marcas comerciales

Marca	Glucosa (mmol/l)	Na (mEq/l)	K (mEq/l)	Cl (mEq/l)	Base (tipo, mmol/l)	Osm (mOsmol/l)	Otros
Bioralsuero™ (Bricks de 200 ml varios sabores)	80	64	20	20	Citrato:10	211	Lactobacillus reuteri Protectis® DSM 17938 (10·ufc)
Bioralsuero Baby™ Disolver en 200 ml agua	80,5	59,7	20,1	37,9	Citrato: 13,9	212	Sobre verde: Lactobacillus reuteri Protectis® DSM 17938 (10·ufc)
Cito-Oral™ Sobres de 15,2 g Disolver en 200 ml agua	90	60	20,2	50	Citrato: 10	230,4	
Cito-Oral Junior Zinc™ 2 botellas de 500 ml	79,9	60,9	20,4	42,3	Citrato: 10,9	246,8	
Isotonar™ .Sobres de 18,34 g Disolver en 200 ml de agua .3 bricks de 200ml	110	48	20	39	Citrato: 10	195	
Miltina electrolit™ Brick de 500 ml	89	60	20	50	Citrato:10	230	
Miltina electrolit plus™ Sobres de 2,5 g Disolver en 100 ml de agua	67,75 g/100 g de preparado	50	21	40	Citrato: 10	200	
Oralsuero™ Brick de 1 litro o 3 bricks de 200 ml (varios sabores)	80	64	20	20	Citrato:10	211	
Recuperat-ion™ 2 brick de 250 ml (varios sabores) o 2 brick baby 125 ml (sabor leche)	80	60	20	38	Citrato:14	212	
Sueroral™ Sobres de 27,9 g Disolver en 1 litro de agua	111	90	20	41	Citrato:10	311	
Sueroral hiposódico™ Sobres 26,1 g Disolver en 1 litro de agua	111	50	20	41	Citrato:10	232	
Lactoflora suero oral™ Sobres Disolver en 200 ml de agua	82	60	19	43	Citrato:9	215	Por sobre: 25.000 millones de ucf de 4 cepas: Bifidobacterium lactis BI-04® Lactobacillus acidophilus NCFM® Bifidobacterium lactis Bi-07® Lactobacillus paracasei LPC-37® + Prebióticos (fructooligosacáridos)
Suero oral Mabo™ Sobres monodosis (limón, naranja) 62,5 ml	80	57	20	50	Citrato: 9	216	
Suero Bivos™ Sobres 4,5 g Disolver en 200 ml agua	88	63	20	20		223	Lactobacillus rhamnosus GG (6 x 109 ufc por sobre)

Giardiasis. Ver parásitos intestinales

Ginecomastia



Aumento del tamaño de la glándula mamaria en edad puberal. Si se palpa un disco de tacto consistente debajo del pezón de 1-2 cm se puede hablar de botón mamario. Cuando el aumento de tamaño ocasiona sobreelevación del nivel del tórax hablamos de ginecomastia puberal. Puede ser uni o bilateral.

Etiología:

- Desequilibrio hormonal: andrógenos en menor proporción que los estrógenos.
- Fármacos u otras sustancias:
 - Estrógenos y derivados (cosméticos, alimentos, fitoestrógenos).
 - Esteroides anabólicos y andrógenos.
 - Drogas como alcohol, marihuana, heroína y anfetaminas.
 - Productos de herbolario o facilitados en gimnasios que puedan contener esteroides.
- Enfermedades hepáticas, renales, tiroideas y la malnutrición.

Consultar: si aparece enrojecimiento, secreción por el pezón o fiebre no explicada.

Tratamiento:

Observar evolución y tranquilizar al adolescente. Explicarle la causa transitoria y benigna y que le pasa a otros chicos como él.

Cirugía: si ginecomastia grande, más de 4 años de evolución o si la glándula se ha fibrosado.

Prevención

- Evitar ingerir sustancias hormonales en los gimnasios.
- Evitar consumir marihuana y otras drogas estimulantes del crecimiento mamario.
- Hacer ejercicio. No impide que aparezca una verdadera ginecomastia, pero puede ser beneficioso cuando las mamas aumentan por exceso de peso.

Gingivoestomatitis herpética



Etiología: por VHS-1 más frecuente que VHS-2.

Clínica: la mayoría asintomáticos. De 1 a 4 años hay mayor incidencia de primoinfección por VHS-1 sintomática. Cuadro de inicio súbito tras periodo de incubación de 6-8 días. Fiebre alta, irritabilidad, enantema gingival, friabilidad y hemorragia de la mucosa oral, vesículas dolorosas en mucosa oral, lengua y región peribucal. En ocasiones se extiende a labios y mejillas. Sialorrea, adenopatías submandibulares y anorexia intensa que puede dar lugar a deshidratación o pérdida de peso importante. Se puede acompañar de malestar general, mialgias, astenia.

Tratamiento

1-Dieta blanda, de fácil masticación y deglución. Evitar alimentos muy duros, calientes, salados, picantes y ácidos para facilitar la alimentación y evitar la desnutrición.

2-Hidratación oral abundante. Si no son capaces de alimentarse, la ingesta de alimentos está muy reducida o presentan vómitos o diarrea (más frecuente en la enfermedad boca-mano-pie) se recomienda **soluciones de rehidratación oral** que aporten azúcares y sales minerales.

3- Tratamiento del dolor

Solo si lo requiere: paracetamol, ibuprofeno o metamizol magnésico (si es muy intenso).

4-Tratamiento afta aguda

-Ácido hialurónico: 1 aplicación cada 4-6-8 horas durante 4-7 días en colutorio, spray, gel. Evitar la ingesta hasta 1 hora después. En > 1 año.

Aftex®: sal sódica de ácido hialurónico de elevado peso molecular.

Aloclair plus®: Polivinilpirrolidona, ácido hialurónico, aloe vera y ácido glicirretínico.

Bexident Aftas colutorio®

Afta localizada:

Aftex gel ora® 15 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus gel® 8 ml: 1-2 gotas cada 4-6-8 horas.

Afta localizada y difusa:

Aftex spray buca® 20-30 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus spray® 15 ml: 1-3 pulverizaciones cada 4-6-8 horas.

Aftas múltiples y de difícil acceso: colutorio. Requiere que el niño sea capaz de hacerlo (> 5 años) o aplicar con gasa empapada en menores de 5 años.

Aftex colutorio® 150-250 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

Aloclair plus colutorio® 60-120 ml: enjuague con 10 ml cada 4-6-8 horas.

Bexident Aftas colutorio® 120 ml: enjuague con 10 ml cada 6-8 horas.

***En niños no se aconseja el uso de anestésicos locales como la lidocaína.

-Clorhexidina. > 7 años. Colutorio 0,2%, enjuagues 10 ml cada 12 horas.

Lacer Clorhexidina® 0,2% colutorio.

Oraldine Perio Clorhexidina® colutorio 0,2%.

-**Vitamina E liposoluble pura.** 1 aplicación cada 12 horas durante 5-7 días.

Vea Oris Spray bucal®.

5.- Antivíricos orales. Valorar si hay gran cantidad de lesiones y afectación del estado general. Reducen la duración de la sintomatología y el tiempo de eliminación del virus si se administra durante los 3 primeros días de inicio de la clínica.

Aciclovir 60 mg/kg/día VO 5 veces al día durante 7-10 días. (Dosis máx. 200 mg/dosis y 3200 mg/ día).

Zovirax® 400 mg/5 ml solución oral, Zovirax® 200, 800 mg, Aciclovir EFG® 200, 800 mg comp

Valaciclovir > 12 años. Tiene mayor biodisponibilidad que el aciclovir. Dosis 20 mg/Kg/8-12h VO. Dosis máx. 1 g/8-12h).

Valtrex® 500, 1000 mg comp, Valaciclovir EFG® 500, 100 mg.

Granuloma piogénico



Lesión vascular de piel y mucosas. Etiopatogenia desconocida. Bastante frecuente. Incidencia similar en ambos sexos. Más frecuente en niños y jóvenes adultos.

Clínica: pápula o nódulo de crecimiento rápido con apariencia angiomasas. Sangra y se ulcera con facilidad.

Tratamiento

- . Cura con sal. Cubrir la región perilesional con vaselina. Aplicar sal común hasta cubrir la lesión. Oclusión/ cada 24 horas hasta resolución. Media de resolución 15 días.
- . Electrocoagulación o cirugía según la localización.

Granuloma umbilical



Pequeño nódulo rosado de menos de 1 cm que puede aparecer en el ombligo tras la caída del cordón umbilical. Se produce por crecimiento excesivo de tejido de cicatrización en esa localización

Causa: desconocida.

Síntomas: no doloroso. En ocasiones secreción clara y amarillenta puede irritar la piel de alrededor.

Tratamiento

- 1.- Puede desaparecer de forma espontánea en ocasiones
- 2.- Tratamiento con sal. Aplicar sal en lecho umbilical, tapar durante 10-30 minutos. Retirar la sal con gasa húmeda. Cada 12 horas durante 3 días. Irá disminuyendo de tamaño hasta desaparecer.
- 3.- Toque con nitrato de plata (*Argenpal®*). Realizado por profesional sanitario para evitar quemaduras. Control a las 48 horas.

Gripe



La pandemia COVID ha modificado la estacionalidad invernal típica (noviembre-marzo en hemisferio norte, mayo-septiembre en hemisferio sur).

Periodo de contagio: desde 24 horas previas al inicio de síntomas hasta el 5^º-7^º día de enfermedad.

Los niños son vectores importantes de la transmisión a la comunidad porque:

- Su carga viral es mayor que en adultos y excretan virus por períodos más prolongados.
- La transmisión, por vía aérea y contacto con superficies contaminadas a través de las manos están favorecidas por el comportamiento infantil, sobre todo, en los más pequeños.

Clínica: en niños sanos suele ser leve y limitada a 3-7 días, los síntomas respiratorios pueden persistir 1-3 semanas.

- Escalofríos, fiebre, mialgias, cefalea, dolor ocular, tos no productiva, odinofagia y rinorrea. En los más pequeños es frecuente la clínica gastrointestinal (vómitos, diarrea, dolor abdominal).

Diagnóstico: clínica compatible, sobre todo, en periodo epidémico. Actualmente **test detección rápida de antígenos (Combo gripe A, B, VRS, adenovirus)**. El inicio de casos en pediatría se considera signo centinela para la propagación a población adulta 2 semanas después.

Complicaciones más frecuentes

- **Otitis media aguda:** la MÁS frecuente. Aparece al 3^º-4^º día del inicio de los síntomas.

- Infección vías respiratorias bajas: laringotraqueítis, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, exacerbación de una patología previa (asma, traqueobronquitis).

- Neurológicas: **convulsión febril**, meningitis, encefalitis, meningitis aséptica, ataxia cerebelar, mielitis transversa, síndrome de Guillain -Barré, encefalomielitis aguda post-infecciosa. Raras, pero MÁS FRECUENTES en menores de 4 años con trastornos neurológicos subyacentes.

- Miositis, miocarditis, pericarditis.

Tratamiento sintomático:

Reposo.

Hidratación abundante.

Antitérmicos, antiinflamatorios: **Paracetamol, ibuprofeno.**

Criterios de derivación al hospital:

- Incapacidad o rechazo a la alimentación.
- Deshidratación.
- Menores de 2 meses.
- Inmunosupresión o enfermedad de base grave.
- Evolución tórpida, signos de gravedad o complicaciones: inestabilidad hemodinámica, neumonía, convulsión febril, ataxia.

Halitosis



Olor desagradable que se origina en la cavidad oral y se evidencia con la respiración.

Etiología:

Halitosis imaginaria: pseudohalitosis (creer tener olor desagradable, pero no es evidenciado por otras personas ni por pruebas diagnósticas) o halitofobia (miedo irracional a tener halitosis y que otras personas lo noten).

Halitosis verdadera:

. **Fisiológica**. Reversible y temporal proveniente de la boca. Causada por ayuno, alimentos, alcohol, tabaco, hiposalivación. Puede empeorar durante la menstruación o dietas ricas en proteínas y bajas en carbohidratos por aumento de la sequedad bucal.

. **Patológica**.

. Intraoral

Odontológica: mala higiene interdental, periodontitis, caries profunda, pulpa necrótica expuesta, pericoronaritis, restauraciones dentales imperfectas, prótesis sucias, abscesos periodontales...)

Lesiones en mucosa bucal: virus (herpangina, estomatitis o gingivostomatitis), sífilis, tuberculosis, neoplasia intraoral o heridas.

. Extraoral

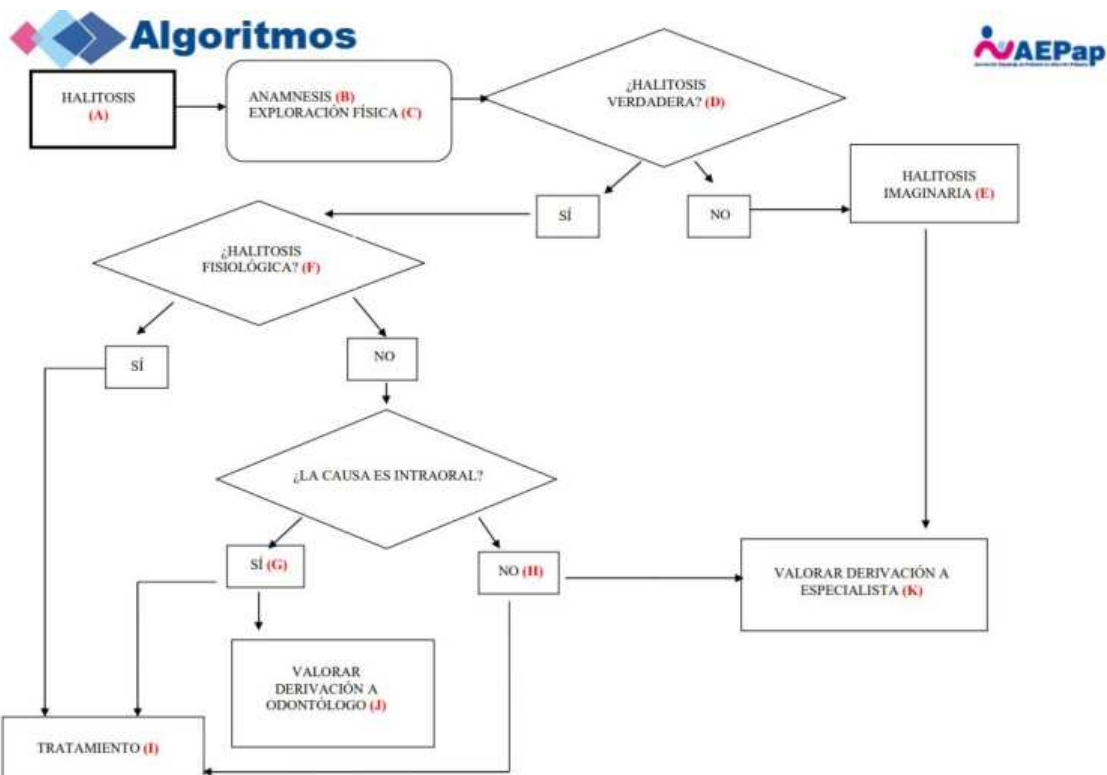
Fármacos: sales de litio, griseofulvina, dimetilsulfóxido, **antihistamínicos**, fenotiazinas, anfetaminas, tosílato de suplatast, **metronidazol**, penicilaminas, tiocarbamidas, diuréticos, nitritos y nitratos, bifosfonatos, sales arsenicales.

Respiratoria: bronquiectasias, bronquitis crónica, absceso pulmonar, fibrosis quística, asma, neumonía, enfermedad pulmonar intersticial, carcinoma de laringe.

Gastrointestinal: infección gastrointestinal, EII, divertículos faringo-esofágicos, H.pylori, gastritis, esofagitis, estenosis pilórica, hepatopatía, RGE, úlcus, hernia hiatal, obstrucción intestinal.

ORL: faringitis aguda, hipertrofia adenoidea, candidiasis oral, amigdalitis aguda o caseosa crónica, adenoiditis, rinitis crónica o atrófica, cuerpo extraño nasal, sinusitis, pólipo nasal, paladar hendido, absceso nasofaríngeo.

Sistémica: diabetes mellitus, insuficiencia hepática o renal, tirosinemia, trimetilaminuria, homocistinuria, enfermedad jarabe de arce, acidemia isovalérica, granulomatosis de Wegener, discrasias sanguíneas.



Fuente: Martín Masot R, Ortega Páez E. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la halitosis. AEPap. 2018 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

Tratamiento

1. Tratamiento de la etiología.
2. Medidas para disminuir la halitosis
 1. Limpieza dental (cepillado, hilo dental y pasta dentífrica).
 2. Limpieza de la lengua con limpiador de lengua sin pasta.
 3. Aumento de la ingesta de fruta y verdura con alto contenido en fibra.
 4. Aumento de la ingesta de agua.
 5. Masticar chicle durante 5 minutos después de las comidas o sequedad bucal.
 6. Hacer gárgaras.
 7. Enjuague bucal 1 hora o más después del uso de pasta de dientes y preferiblemente antes de acostarse durante medio minuto.
 8. Lavado bucal con **clorhexidina**, cloruro de cetilpiridinio, triclosán, dióxido de cloro y zinc.
Enjuague bucal Clorhexidina Lacer®
Listerine enjuague bucal sin alcohol para niños®. Con cloruro de cetilpiridinio.
Bexident encías uso diario triclosán colutorio®
Enjuague bucal Gingi-Kin B5®, Con triclosan, sal de zinc y provitamina B5. Sin diluir cada 12 horas.

Helicobacter Pylori



Helicobacter pylori es una bacteria que causa una gastritis crónica. La infección se adquiere en la infancia, habitualmente por contagio intrafamiliar, y en la mayoría de los casos persiste hasta la edad adulta. La presencia de *H. pylori* en mucosa gástrica NO SIEMPRE implica infección, puede haber colonización gástrica sin enfermedad.

Clínica: La mayoría de los niños son asintomáticos. La lesión más frecuente en los sintomáticos es la gastritis crónica (epigastralgia, ardor, náuseas y vómitos reiterados), y es raro que se desarrollen complicaciones. No se ha encontrado relación entre la infección por *H. pylori* y el dolor abdominal crónico de características funcionales. Sin embargo, la úlcera asociada a la infección por *H. pylori* puede causar dolor abdominal y hemorragia digestiva alta, siendo la indicación más importante de búsqueda de esta infección.

Diagnóstico: debe efectuarse mediante métodos invasivos con **endoscopia** y **cultivo de la biopsia gástrica** extraída. Cuando no se disponga de este o no haya crecimiento, se considerará diagnóstica la presencia de *H. pylori* en estudio histológico además de otro test invasivo positivo (test rápido de ureasa o PCR)
Los métodos no invasivos (**detección de Ag en heces**) se reservarán para el control de la erradicación.

Indicaciones de estudio:

Absolutas	Enfermedad ulcerosa péptica
Valorar	Anemia ferropénica refractaria Familiares 1º grado con antecedentes de cáncer gástrico PTI crónica Hallazgo en endoscopia de imágenes sugerentes de infección por HP en ausencia de erosión o úlcus.
No realizar	Dolor abd funcional Clínica gastrointestinal inespecífica Anemia ferropénica Talla baja Halitosis

Fuente: Guía ABE actualizado 4/11/2019⁹

Tratamiento: debe ser guiado por el resultado del **antibiograma**, obtenido por el cultivo de la mucosa gástrica. La primera línea de tratamiento consiste en la combinación de un inhibidor de la bomba de protones (**IBP**) con dos antibióticos: la **amoxicilina** más la **claritromicina** o el **metronidazol**, durante 14 días. El nivel de erradicación de la infección por *H. pylori* en los niños ha descendido de manera importante en relación con el aumento de las resistencias bacterianas a los antibióticos, especialmente a los macrólidos, y en menor grado al metronidazol.

Fármaco	Dosis estándar	Dosis máxima diaria
IBP Omeprazol, esomeprazol Lansoprazol	2 mg/kg/día c/12h 1,5 mg/kg/día c/12h	80 mg 60 mg
Amoxicilina	50 mg/kg/día c/12h	2 g
Claritromicina	20 mg/kg/día c/12h	1 g
Metronidazol	20 mg/kg/día c/12h	1,5 g
Sales de bismuto	8 mg/kg/día c/8-12h	<10 años: 240 mg >10 años: 480 mg
Tetraciclina (doxiciclina)	2-4 mg/kg/día c/12h	100 mg/12h

Tratamiento inicial del H. pylori si no disponemos de antibiograma	
No hay resistencia	IBP + Amoxicilina + Claritromicina/14 días
Resistencia desconocida	1. Triple terapia: IBP + Amoxicilina + metronidazol / 14d 2. Cuádruple terapia con bismuto 10-14d - < 8a: Bismuto + IBP + Amoxicilina + Metronidazol - >8a: Bismuto + IBP + Amoxicilina + Tetraciclina
Si hay resistencia conocida	Resistencia metronidazol: 1. IBP + Amoxicilina + Metronidazol/14 d 2. Cuádruple terapia con bismuto

Hemangiomas



Los hemangiomas no se ven en el momento del nacimiento o se puede ver una mancha rosada tenue precursora, posteriormente en las primeras semanas de vida crece una lesión abultada de color rojo intenso. Pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo.

Aumenta de tamaño rápidamente durante los primeros cinco meses. Luego, el crecimiento se va enlenteciendo hasta detenerse en torno a los 9 meses de edad. A partir de ese momento, involuciona, es decir, va desapareciendo espontáneamente. Su color pasa de rojo intenso a un rojo más apagado, con zonas grisáceas y se va aplanando. Este proceso es lento y suele durar entre cinco y diez años. En torno al 90% de los hemangiomas acaban su proceso de involución en torno a los 4 años.

El hemangioma puede desaparecer por completo, pero en más de la mitad de los casos queda alguna marca (cicatriz, color o tacto diferente).

¿Cuándo derivar un hemangioma al dermatólogo?. Existen varios algoritmos, tablas o índices para ayudar a la decisión.

El IHReS es el más frecuentemente utilizado actualmente. Es muy visual y resulta fácil obtener el puntaje. El recomendado por los dermatólogos.

IHReS Infantil Hemangioma Referral Score

Complicaciones o riesgo potencial de complicaciones (Ulceración, Compromiso visual, Dificultades de alimentación, Estridor)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cara central y/o orejas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Pecho (en mujeres)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Línea media lumbosacra	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Tamaño ≥ 4 cms (focal o segmentario)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Número de hemangiomas ≥ 5	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No



SI AL MENOS UNA DE LAS SITUACIONES ANTERIORES ESTÁ MARCADA "SÍ", EL PACIENTE DEBERÁ SER DERIVADO.

SI MARCA "NO" A TODAS LAS PREGUNTAS, COMPLETE LA TABLA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

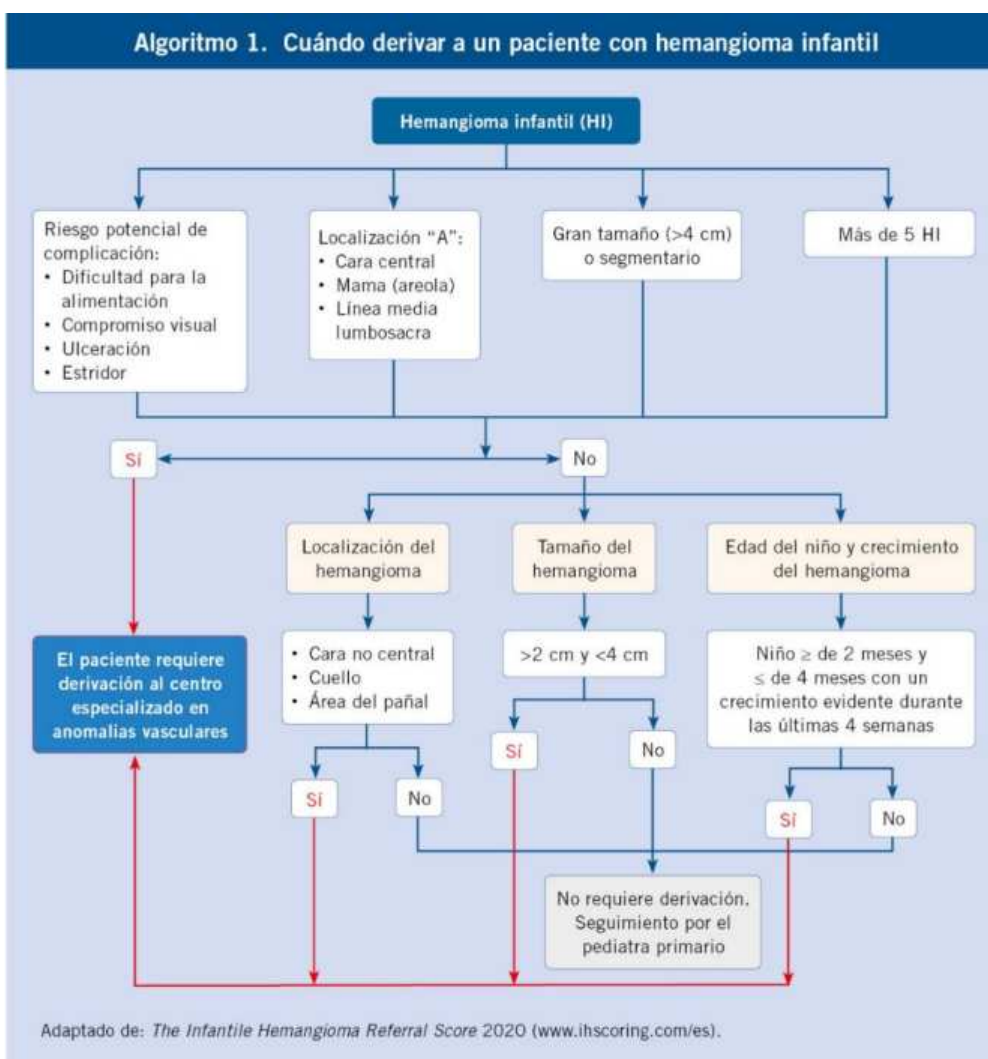
Nota: En caso de un HI múltiple, la puntuación debe realizarse para cada HI.

LA PUNTUACIÓN TOTAL ES LA SUMA DE LAS PUNTUACIONES DE CADA SIGUIENTE PARÁMETRO:

Parámetros	Items			Puntuación <small>Por favor considere sólo la puntuación más alta de cada parámetro</small>
Localización del Hemangioma	Otras zonas faciales que las mencionadas anteriormente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 3 puntos (Si No: 0 punto)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	Cuello, Zona del pañal, Cuero cabelludo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 2 puntos (Si No: 0 punto)	
Tamaño del hemangioma más grande	> 0 = 1 cm en otra zona facial que las mencionadas anteriormente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 3 puntos (Si No: 0 punto)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	2-4 cm en otra zona del cuerpo que las mencionadas anteriormente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 2 puntos (Si No: 0 punto)	
Edad actual del niño y crecimiento del Hemangioma	El niño tiene ≤ de 2 meses	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 3 puntos (Si No: 0 punto)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	El niño tiene ≥ de 2 y ≤ de 4 meses con un crecimiento evidente durante las 2 últimas semanas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si Sí: 2 puntos (Si No: 0 punto)	
TOTAL				

PUNTUACIÓN ≥4: EL PACIENTE DEBERÁ SER DERIVADO A UN ESPECIALISTA.
PUNTUACIÓN <4: EL PACIENTE NO DEBERÁ SER DERIVADO, DEBERÁ SER SEGUIDO, LA PUNTUACIÓN SE DARÁ EN CADA VISITA.

La decisión final de derivar al paciente a un centro especializado depende del médico y de los padres.



Fuente: *Pediatr Integral* 2021; XXV (3): 128.e1 – 128.e22¹⁰

Tabla III. Clasificación del riesgo de los Hemangiomas Infantiles (HI) según la localización y variedad clínica⁽¹⁰⁾**Nivel de riesgo de los HI**

Muy alto riesgo	<p>HI > 5 cm en cara, segmentarios en "área de la barba" o en cuero cabelludo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de hemangiomas de la vía aérea - Mayor riesgo PHACES - Mayor riesgo de desfiguración y cicatrices <p>HI grandes o segmentarios en región lumbosacra o perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo LUMBAR - Mayor riesgo de desfiguración y cicatrices <p>HI multifocales (≥5) y hallazgos ecográficos de hemangiomas abdominales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de síndrome compartimental abdominal - Fallo cardíaco congestivo e hipotiroidismo <p>HI periorbitales con asimetría del párpado (ptosis, proptosis, otros)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de astigmatismo, anisometría y ambliopía
Alto riesgo	<p>HI grandes y segmentarios en el tronco o extremidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de desfiguración y cicatrices <p>Cualquier HI facial y del cuero cabelludo ≥2 cm (>1 cm en menores de 3 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de desfiguración y cicatrices <p>HI del <i>filtrum</i> nasal o labios, inclusive < 1 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de distorsión de la anatomía estética facial <p>Orales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pueden sangrar e interferir con la alimentación <p>Cuello y cuero cabelludo > 2 cm durante la fase proliferativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de ulceración, cicatrización anormal y alopecia cicatricial <p>Mamas y, especialmente, areola mamaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de cambios permanentes en el desarrollo mamario y del contorno areolar (p. ej., asimetría) <p>Hemangioma ulcerado (en cualquier sitio)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de dolor, cicatrización, desfiguración y sangrado
Riesgo intermedio	<p>HI perineales sin ulceración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de ulceración en esta localización <p>HI en extremidades >2 cm, especialmente en fase proliferativa o transición abrupta de piel normal/afectada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor riesgo de dejar secuelas estéticas
Bajo riesgo	<p>HI <2 cm en extremidades, tronco (áreas cubiertas por ropa)</p> <p>HI en extremidades, tronco >2 cm si hay transición gradual de piel normal a piel afectada</p>

Fuente: *Pediatr Integral* 2021; XXV (3): 128.e1 – 128.e22¹⁰

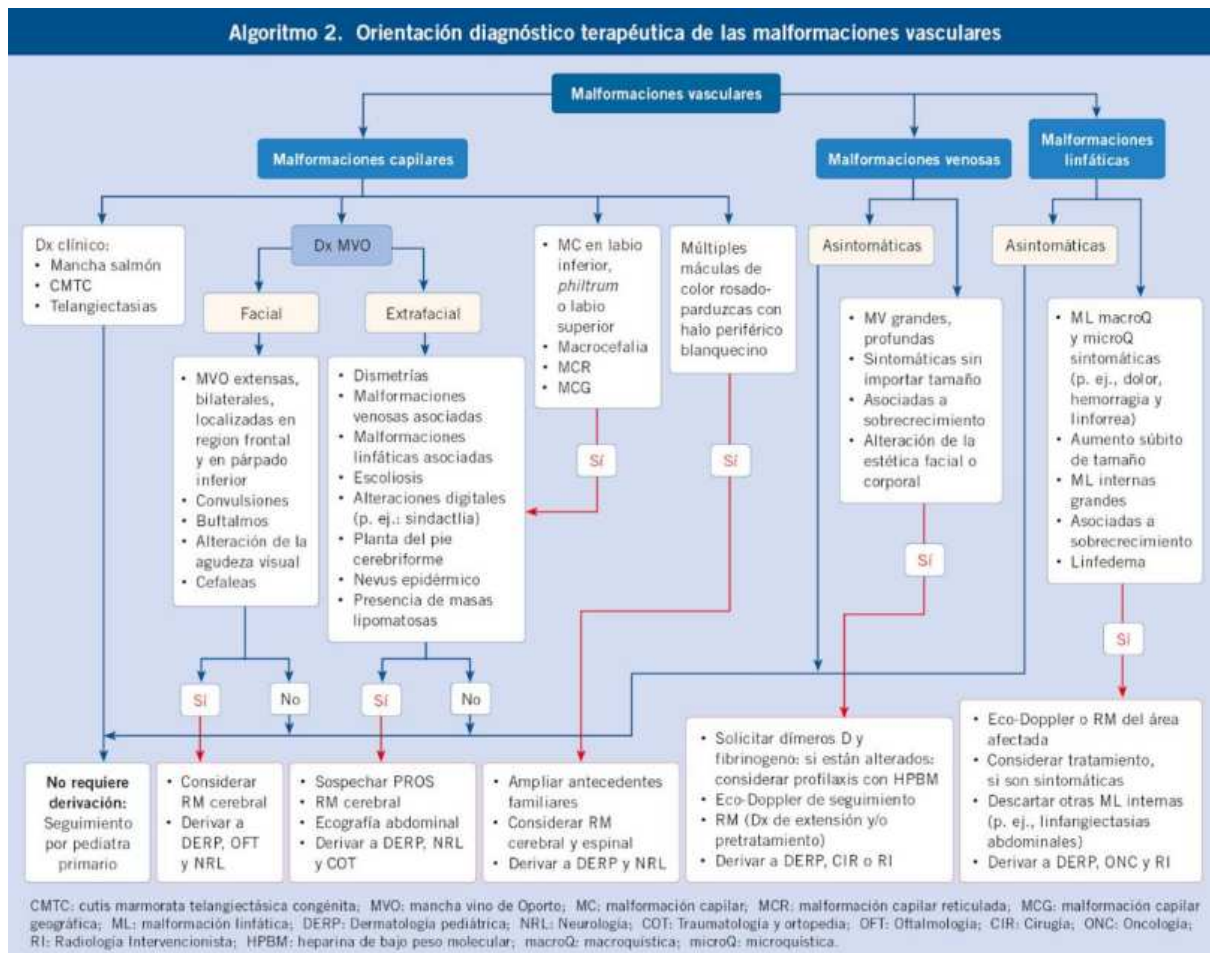
Los hemangiomas de cara, ulcerados, sangrantes... se derivarán a dermatología para iniciar tratamiento con:

Propranolol 0,5 mg/kg/día y aumento progresivo hasta 2 mg/kg/día. Se recomienda evaluación cardiológica previa y se deben realizar controles de glicemia y *tensión arterial*.

Hemangiol® 3,75 mg/ml solución oral.

Timolol 0,5% cada 12h, se puede usar sobre la úlcera del angioma, mejora su cicatrización. Valorar respuesta cada semana durante 1 mes. Se puede usar durante 24 semanas /6 meses.

Timofol® 5 mg/ml colirio en solución: 2 gotas cada 12 horas.



Fuente: *Pediatr Integral* 2021; XXV (3): 128.e1 – 128.e22¹⁰

Hemorroides



Dilatación de las venas hemorroidales (internas o externas). Pueden ser complicadas si se rompen u obstruyen y no complicadas. Puede aparecer a cualquier edad. Las más frecuentes en la infancia son las externas y no complicadas.

Etiología:

- Estreñimiento (lo más frecuente).
- Diarrea.
- Sedentarismo.
- Enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

Clínica: abultamiento local, picor, escozor, dolor y sangrado con la defecación.

Tratamiento.

1.-Corrección de la causa (Estreñimiento).

Aumento de aporte de fibras y líquidos.

Educación del hábito de la defecación (sentar al niño en orinal o váter durante 5 minutos después de una comida) para que haga esfuerzo de evacuación.

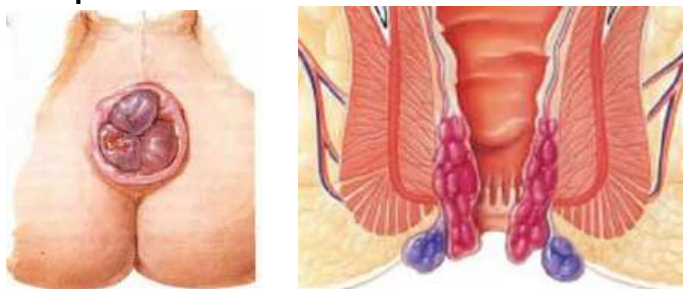
Laxantes: **macrogol**

Movicol pediátrico sobres® 7,5 g.

Casenlax jarabe®, sobres 4 g, sobres 10 g.

- 2.-Si dolor intenso: analgesia: Paracetamol y/o ibuprofeno.
- 3.-No usar corticoides tópicos porque adelgazan la pared del ano.
- 4.-Cirugía. Rara vez requiere tratamiento quirúrgico.

Prolapso hemorroidal con o sin trombosis



Prolapso hemorroidal: exteriorización de paquetes hemorroidales a través del ano.

Trombosis hemorroidal: estrangulamiento del paquete hemorroidal prolapsado que ocasiona dificultad de retorno venoso y edema. La mayoría de los pacientes tienen antecedentes de hemorroides.

Clínica: tumoración perianal que puede ocasionar una ligera molestia en caso de prolapso y ser muy dolorosa en caso de trombosis, de volumen variable, color morado o negruzco y que puede gangrenarse en el caso de trombosis.

Tratamiento

Prolapso hemorroidal sin trombosis

• **Reducción tras aplicación de compresas húmedas con suero glucosado hipertónico:** Esta tumoración habitualmente no es reductible, pero si hay mucha superficie mucosa expuesta, aplicar las compresas reduce el edema. Y por lo tanto, reduce el dolor.

Mezclar suero salino al 3% con Suero glucosado al 50%, empapar una gasa grande y aplicar durante 30 minutos con el paciente en decúbito lateral. Si la reducción del edema es parcial puede repetirse al cabo de 10 minutos.

Tras la reducción del tamaño de la hemorroide prolapsada, **reducción manual de la misma**.

Prolapso hemorroidal con trombosis

- Analgesia oral: paracetamol, ibuprofeno, metamizol (ver apartado de dolor).
- Compresas húmedas con suero glucosado hipertónico. (aplicación ver párrafo anterior).
- Derivar a urgencias hospitalarias si requiere:
 - **Extracción del trombo.** Si el dolor es intenso y el trombo es claramente visible, apertura de la hemorroide con escisión elíptica. Mejor en los 3 primeros días de inicio del dolor.
 - **Reducción quirúrgica (hemorroidectomía):** indicación excepcional. Únicamente si existe necrosis evidente o signos sépticos con la preservación de puentes cutaneomucosos para evitar estenosis.

Recomendaciones al alta:

- Dieta rica en fibra: frutas, verduras legumbres, frutos secos, semillas, alimentos integrales.
- Hidratación oral abundante.
- Evitar comidas grasientas.
 - Evitar el uso de papel higiénico o toallitas húmedas. Usar preferiblemente agua y jabón y secar con cuidado posteriormente.
- Realizar ejercicio físico de forma regular, evitar el sedentarismo.
- Baños de asiento con agua templada (NUNCA agua fría ni hielo) 2 veces al día durante 10 minutos antes de la defecación.
- Puede aplicarse en región anal cada 8-12 horas y tras la defecación.
 - Vea Olio®* (aceite). Vitamina E 100%. Aplicación externa.
 - Proctoial @gel aplicador rectal* (ácido hialurónico, MSM y aceite del árbol del té). Aplicación externa e interna.
 - Si predomina el picor:> 12 años, *Ruscus Llorens@ pomada rectal* cada 12 horas, durante 1 semana como máximo.
- Tratamiento del estreñimiento,

Hernia epigástrica



Protrusión del peritoneo y/o grasa peritoneal (rarísimamente un asa) a través de un anillo fibroso en la línea alba. Puede localizarse a cualquier altura entre el apéndice xifoides y el ombligo.

Clínica: protrusión visible y palpable, normalmente asintomática. En alguna ocasión puede causar dolor abdominal.

Tratamiento : quirúrgico siempre. A partir de los 3 años.

Hernia inguinal, inguinoescrotal



Falta de cierre del conducto peritoneovaginal. El conducto finaliza en el escroto en niños y en labios mayores en niñas. Más frecuente en varones (6:1), lado derecho (60%), prematuros (16-25%).

Clínica: bulto en la ingle que puede extenderse hacia escroto en varones, y en labios mayores en las mujeres. El bulto es más visible cuando el niño tose, llora o hace movimientos que aumenten la presión del abdomen.

Complicación: hernia incarcerada (la hernia no se puede reducir, dolor, irritación, vómitos, afectación del estado general). En niñas atrapamiento ovárico.

Riesgo de incarceración 30% en menores de 3 meses, 24% a los 6 meses y un 14% al año de vida. Los prematuros tienen más tasa de cierre espontáneo.

Tratamiento: cierre quirúrgico (herniorrafia).

Derivación a cirugía pediátrica 3-4 años. Cirugía urgente si incarceración.

Hernia umbilical



Orificio en la pared abdominal a nivel del ombligo por cierre incompleto del hueco por donde pasa el cordón umbilical. Más frecuente en prematuros.

Clínica: abultamiento, a nivel del ombligo, permanente o cuando el niño hace fuerza (llanto, tos, defecación). En casos leves sólo se aprecia con la exploración física.

Asintomática en la mayoría de los casos, excepto si se incarcerationa (intestino atrapado en el anillo herniario). Produce obstrucción intestinal aguda con compromiso visceral, requiere valoración quirúrgica urgente. Da dolor y puede ocasionar vómitos. Esta complicación es muy poco frecuente.

Tratamiento

- Observación hasta los 4-5 años ya que la mayoría se reducen o cierran con el crecimiento. Las iguales o menores de 1 cm cierran prácticamente todas
- Cirugía (herniorrafia). Derivar a cirugía pediátrica a los 3-4 años.

Requieren siempre cirugía: hernia en niñas, defecto mayor de 2 cm, obesidad importante, defecto estético (trompa de elefante), atrapamiento intestinal.

Herpangina. Ver aftas bucales

Herpes simple cutáneo



Etiología: virus herpes simple 1 y 2, son neurotrofos (latentes en ganglios sensitivos de la región que infectan). No prevalencia estacional.

La primoinfección por VHS-1 suele ocurrir en menores de 5 años y tener una clínica más florida que las reactivaciones. La primoinfección por VHS-2 es más habitual con el inicio de las relaciones sexuales.

Transmisión: por contacto con las lesiones o secreciones. Tiene un periodo de incubación 1-3 semanas.

Las reactivaciones son muy frecuentes tanto de forma asintomática como sintomática. Pueden ser graves en pacientes inmunodeprimidos.

Clínica



- Herpes labial recurrente:

Agrupación de vesículas peribucales o labiales. Precedidas de pródromos con prurito, hormigueo o quemazón, que preceden en 24 horas a las lesiones cutáneas. Es la localización más frecuente de las formas recidivantes. Las recurrencias son más frecuentes en adolescentes que en niños

- Panadizo herpético:

Vesículas coalescentes en falange distal de algún dedo acompañadas de dolor y quemazón. Curan en 10 días. Por autoinoculación desde otra zona de infección (oral en niños pequeños, genital en adolescentes). Tratamiento: **contraindicada** la incisión quirúrgica y drenaje.

- Eritema multiforme:

Manifestación clínica de una reacción de hipersensibilidad mucocutánea inducida por drogas o infecciones, siendo de hecho el VHS la infección desencadenante. Lesiones aparecen después del herpes labial o de recidivas asintomáticas con preferencia en adolescentes varones y duran promedio 10 días.

- Eczema herpeticum o erupción variceliforme de Kaposi

Diseminación de las lesiones herpéticas en un niño que tiene una enfermedad cutánea de base (dermatitis atópica, de contacto o pénfigo). Muy poco frecuente.

Clínica: Lesiones vesiculosas dolorosas y costras agrupadas sobre zonas enrojecidas. Las vesículas pueden tener un contenido sanguinolento. La erupción se inicia en la piel más afectada por dermatitis previa y luego se extiende al resto del cuerpo (sobre todo cabeza, cuello, tronco y flexuras). Si las lesiones se generalizan recuerda a la varicela. Es frecuente que la piel dañada se infecte por bacterias.

Tras 2-3 días de aparición de las vesículas se presentan síntomas generales como malestar o fiebre que durarán 4-5 días e inflamación de los ganglios cercanos a las áreas de piel afectada. En los casos graves, existe el riesgo de que el virus afecte a otros órganos del cuerpo o que la sobreinfección por bacterias se propague a través de la sangre (bacteriemia). El proceso puede durar 2-4 semanas y son posibles las recurrencias.

- Herpes Gladiatorum/infección cutánea herpética traumática:

Vesículas por inoculación primaria en zonas de piel donde existen microtraumatismos que se producen por contacto directo al realizar deporte. Por ello, es más frecuente en niños mayores y adolescentes. Suele aparecer a los 7-8 días del contacto. Las localizaciones más frecuentes son la cabeza, el cuello y las extremidades. Puede cursar con dolor y adenopatía regional.

- Herpes genital:

Lesiones vesiculosas o ulceradas de 2-4 mm sobre una base eritematosa, que pueden distribuirse por cualquiera de las zonas del área genital que aparecen entre 2 y 8 días después un contacto de riesgo. Pueden aparecer lesiones en: nalgas, región anal, muslos, dedos o boca.

En primoinfección se puede acompañar de fiebre, cefalea, mialgias, disuria, adenopatías inguinales dolorosas. Los síntomas acompañantes suelen durar 5-7 días y las lesiones curan en 2-4 semanas. No es infrecuente la recidiva, pero con síntomas menos intensos. Es posible desarrollar un herpes genital primario asintomático; en tal caso, es imposible establecer el diagnóstico.

COMPLICACIONES: disfunción autonómica sacra con retención urinaria, fecal, proctitis, neuralgias.

En aquellas situaciones en que se sospeche que la causa pueda ser un abuso sexual, debe derivarse el caso a un centro especializado.

Tratamiento

- Sintomático: antitérmicos, antiinflamatorios, reposo, hidratación abundante.

- **Antivirales orales:** En general tratamiento antiviral NO indicado. Pero se puede valorar si hay gran cantidad de lesiones y afectación del estado general o si las recurrencias son muy frecuentes (>5 al año). Reducen la duración de la sintomatología y el tiempo de eliminación del virus si se administra durante los 3 primeros días de inicio de la clínica.

- **Aciclovir** 60 mg/kg/día VO 5 veces al día durante 7-10 días. (Dosis máx. 200 mg/dosis y 3200 mg/ día).
Zovirax® 400 mg/5 ml solución oral, *Zovirax®* 200, 800 mg, *Aciclovir EFG®* 200, 800 mg comp
- **Valaciclovir** > 12 años. Tiene mayor biodisponibilidad que el aciclovir. Dosis 20 mg/Kg/8-12h VO. Dosis máx. 1 g/8-12h).
Valtrex® 500, 1000 mg comp, *Valaciclovir EFG®* 500, 100 mg

Criterios de derivación al hospital

- Neonatos.
- Paciente inmunodeprimido.
- Paciente con intolerancia oral a líquidos/medicación.
- Mala respuesta a tratamiento empírico oral inicial en 48-72 horas.
- Complicaciones del herpes genital.

Prevención

- Medidas higiénicas
- NO llevar a los pacientes a la guardería, escuela, instituto hasta la resolución de lesiones.
- Si relaciones sexuales, usar medidas de protección tipo barrera (preservativo).

Herpes zóster. Ver varicela

Hidrocele



2 tipos:

Congénito

Adquirido o tipo adulto. En niños y adolescentes.

Hidrocele congénito. Paso de líquido desde el interior del abdomen hacia el escroto a través de una comunicación no cerrada durante el desarrollo fetal (hidrocele comunicante). Cuando la comunicación se cierra completamente pero queda líquido atrapado en su interior (hidrocele no comunicante). Si este líquido queda retenido en la región inguinal en lugar de escroto se llama *quistes de cordón*.

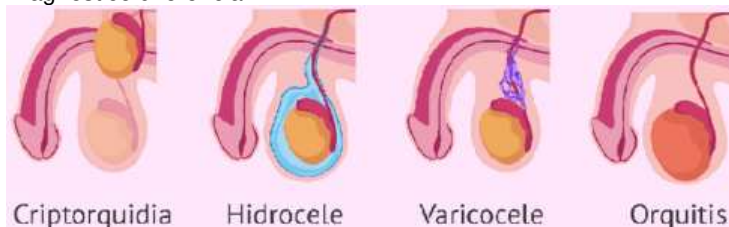
Hidrocele adquirido. Se origina por exceso de producción de líquido o falta de reabsorción del mismo (hidrocele no comunicante).

Clínica: aumento del tamaño de la bolsa escrotal. El tamaño puede variar con la posición (de pie, tumbado), infecciones virales. El hidrocele comunicante aumenta de tamaño al final del día.

En lactantes rara vez da molestias o dolor. En niños mayores, sensación de pesadez.

Diagnóstico: la exploración física es suficiente. Signo de "Transiluminación", iluminación del interior del escroto al proyectar luz a través de la piel. En ocasiones se puede ver el testículo (estructura redondeada y opaca) hacia una de las paredes de la bolsa.

Diagnóstico diferencial



Tratamiento

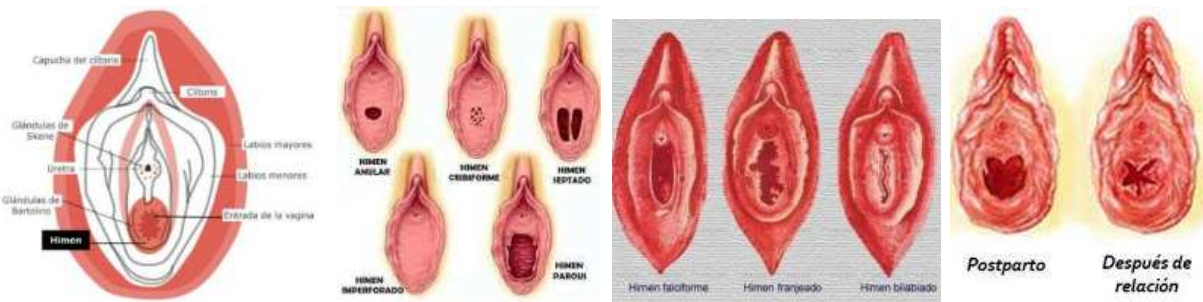
Hidrocele congénito

- Observación durante 12 meses. La mayoría desaparecen espontáneamente durante este año.
- Valoración por cirujano. A partir de los 12 meses. Si lo requiere será quirúrgico entre los 18-24 meses.

Hidrocele adquirido. Cirugía.

Complicaciones de la intervención. Dolor o inflamación leve de la herida o el escroto. Infección de la herida, recidiva.

Himen



El himen es una membrana que cubre parte de la abertura de la vagina. Al nacer existe un tejido redundante que disminuye posteriormente. La morfología del himen se modifica con la edad y con los cambios hormonales. La más frecuente al nacimiento es la anular. En niñas mayores la semilunar.

Himen imperforado



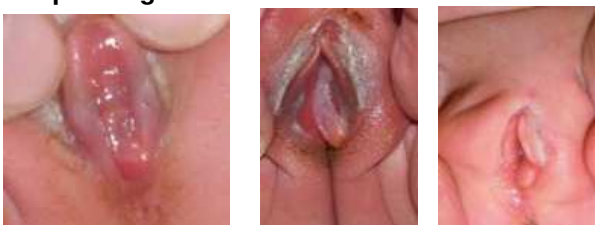
Cuando este cubre toda la abertura de la vagina. Es el tipo más frecuente de obstrucción de la vagina. Incidencia 0,1% de las recién nacidas. 2 picos de incidencia: neonatal (la mayoría de casos) y adolescencia. En general son casos esporádicos pero se han descrito asociaciones familiares.

Clínica: tumoración interlabial, inferior al meato uretral que protruye y aumenta de tamaño con el llanto (hidrocolpos al nacer). Puede ocasionar también hidrometrocolpos. Es casi siempre un hallazgo aislado, pero puede asociar polidactilia, duplicación uretral, membrana uretral y enfermedad multiquistica renal. En la adolescencia da dolor abdominal recurrente y amenorrea primaria, tumoración interlabial violácea (hematocolpos).

Diagnóstico: clínica y Ecografía (verá el hematocolpos).

Tratamiento: quirúrgico. Apertura himeneal (himenectomía en forma de T) bajo cobertura antibiótica e introducción de un catéter de Foley durante 2 semanas.

Pólipo o tag himeneal



El pólipo o tag himeneal es la variante anatómica más frecuente. Con una incidencia del 6%. Son prominencias o tumoraciones de la mucosa, blandas, rosadas, lisas, pediculadas y móviles de hasta 3-4 cm. Se localizan en el margen himeneal superior e inferior con mayor frecuencia que en los laterales. Es la variante anatómica más frecuente de la mucosa himeneal (incidencia 6%). Se relaciona con el traspaso de hormonas maternas y tienden a desaparecer de forma espontánea.

Tratamiento: observación evolutiva. Si no se reducen o desaparecen puede valorarse la resección.

Quiste del conducto de Skene.



Aumento de la glándula de Skene, de forma ovoidea, amarillenta, indolora, situada adyacente al meato uretral. Incidencia 1/2000-3000 recién nacidas vivas. Su patogénesis no está clara pero hay estudios que apoyan la teoría de la estimulación hormonal materna que provoca secreción glandular y formación posterior del quiste.

Diagnóstico clínico. Tumoración interlabial que puede aumentar de tamaño con el llanto e impedir la micción.

Tratamiento. Conducta expectante ya que suele desaparecer espontáneamente. Si da síntomas punción directa del quiste y sondaje uretral y vaginal.

Abuso sexual

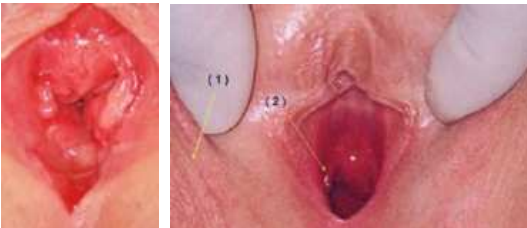


Foto 1. Niña prepúber con desgarró del himen, banda posterior vaginal, hematomas.

Foto 2. Enrojecimiento y maceración de la piel perivulvar. Orificio himeneal dilatado, lesiones cicatriciales en el borde inferior y lateroinferior.

Hiperhidrosis o sudoración excesiva



Hiperhidrosis: sudoración excesiva con respecto a las necesidades fisiológicas para regular la temperatura corporal. Afecta a ambos sexos por igual. Puede iniciarse en edad infantil, empeorar en periodo puberal y mejorar en edades avanzadas.

Clínica: producción de sudor exagerada ante situaciones de estrés o calor o sin desencadenante evidente.

Etiología:

Primaria. Causa desconocida. La mayoría de los casos, sobre todo en pediatría.

Secundaria. Infección, alteración endocrina (hipertiroidismo, diabetes mellitus), trastorno del sistema nervioso simpático (en formas localizadas), ruptura del equilibrio hormonal.

Tratamiento

Antitranspirantes a base de aluminio, astringentes a base de ácido tánico, formaldehído o ácido tricloroacético, anticolinérgicos, bloqueadores beta, iontoforesis, toxina botulínica.

En pediatría a nivel de AP solo utilizaremos los astringentes a base de aluminio. Las más empleadas son el cloruro de aluminio, el clorhidrato de aluminio, el clorhidrato de circonio aluminio y el sulfato de aluminio. El clorhidrato de aluminio en solución al 50% en alcohol etílico anhidro es el más eficaz.

Si no funcionan se derivará a dermatología

Hiposudol polvo®. Clorhidrato de aluminio 15% + Óxido de Zn, irgasan y sílica.

Manos. Espolvorear en las manos (dejar toda noche) + guantes de hilo. 3 veces por semana.

Pies. Espolvorear 1-2 veces al día en pies, interior de calcetines y zapatos.

Hiposudol roll-on desodorante antitranspirante® (antes *Hiposudol junior®*). Clorhidrato 15%. Sin alcohol.

1 aplicación al día en axilas, pies y manos.

Hiposudol spray®. Solución hidroalcohólica de clorhidrato de aluminio 20%. > 12 años.

1 aplicación cada 24h. Si lo requiere cada 12 horas. En axilas, pies y manos.

Hiposudol toallitas®. Solución alcohólica Cloruro de aluminio hexahidratado 20%. En axilas, manos y pies. Aplicar antes de acostarse. Dejar actuar. Lavar por la mañana. 1 vez al día (noche) x 7 días y luego 2-3 veces por semana.

Dry-Ses solución Sesderma®. Clorhidrato de aluminio 16%. 1 aplicación al día x 7 días y luego 1-2 aplicaciones /semana.

Antitranspirante Roll-on 48 h Strong Eucerin®. Con clorhidrato de aluminio. 1 aplicación cada vez que precise.

Desodorante Bálsamo spray o roll-on piel sensible Eucerin®. Con clorhidrato de aluminio. Cada 12 horas.

Efectos secundarios sales de aluminio.

- Irritación dérmica, prurito, incluso quemaduras. Secundario al efecto del ácido clorhídrico.
- Corta duración del efecto,
- La toxicidad es poco frecuente excepto en ancianos y/o insuficiencia renal.

Si irritación dérmica: corticoide tópico *Nutrasona crema®* cada 12-24 horas.

Bromhidrosis: el olor corporal es más fuerte de lo normal.

Etiología: secundaria a la hiperhidrosis, acumulación anormal de bacterias en los poros, higiene inadecuada, cuerpo extraño en poros, desorden metabólico, secundaria a fármacos.

Tratamiento

Higiene adecuada

Astringentes y/o antibacterianos

Desodorante fisiológico 24h crema o Roll-on La Roche-Posay®. 1 aplicación cada vez que sea necesario.

Antitranspirante Roll-on 48 h Strong Eucerin®. Con clorhidrato de aluminio. 1 aplicación cada vez que precise.

Desodorante Bálsamo spray o roll-on piel sensible Eucerin®. Con clorhidrato de aluminio. Cada 12 horas.

Hiposudol plantillas®. Con carbón activado + antimicrobiano Sanitized.

Hiposudol roll-on desodorante antitranspirante® (antes *Hiposudol junior®*). Clorhidrato 15%. Sin alcohol.

1 aplicación al día en axilas, pies y manos.

Hipertrofia del clítoris o clitoromegalia



Aumento del tamaño del clítoris que es desproporcionado respecto al resto de la vulva que da al clítoris aspecto de pene pequeño.



EVALUACIÓN INICIAL		
ANAMNESIS	EXAMEN FÍSICO	INVESTIGACIÓN INICIAL
<p>Historia familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consanguinidad de los padres. - Infertilidad. - Antecedentes de familiares afectados o recién nacidos fallecidos en las primeras semanas de vida por causas no claras. - Existencia de mujeres con amenorrea primaria o virilización. - Genitales ambiguos <p>Historia gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición a medicamentos. - La madre sufrió algún grado de virilización. - Abortos de repetición 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado General Extragenital: <ul style="list-style-type: none"> - Rasgos dismórficos. - Hiperpigmentación de la piel - Estado de hidratación Genitales externos: <ul style="list-style-type: none"> - Simetría. - Presencia y posición de las gónadas Gonadas palpables <ul style="list-style-type: none"> - Forma y tamaño del falo. - Posición del meato urinario. - Rugosidad de los pliegues labioscrotales 	<p>Cariotipo.</p> <p>Ecografía abdomino pélvica:</p> <p>Identificar restos müllerianos, útero, ovarios y testículos abdominales o en trayecto inguinal</p> <p>Análítica a las 48 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gasometría venosa. - Glucemia - Ionograma completo. - ACTH, cortisol y estudio de esteroides suprarrenales y gonadales

- Todas las hipertrofias aisladas de clítoris deben estudiarse
- El diagnóstico precoz de la hipertrofia del clítoris en los recién nacidos es importante particularmente en la HSC que puede ser fatal a menos que se trate adecuadamente
- No todas las hipertrofias aisladas de clítoris son patológicas
- lo más frecuente en cuanto a los hallazgos de hipertrofia de clítoris aislada:
 - Variante de la normalidad
 - 46XX con virilización (HSC, fármacos maternos)
 - Mucho menos frecuente: 46XY

HSC = hiperplasia suprarrenal congénita.
 Fuente: Fontalvo M. Hipertrofia aislada de clítoris. Servicio de pediatría de Alicante. 2016.

El estudio se realizará al nacimiento en ámbito hospitalario.

Tratamiento

- . El de la causa
- . Cirugía.

Reconstructiva según la afectación.

La hipertrofia aislada como variante de la normalidad requerirá clitoroplastia (elimina el tejido excesivo y coloca el clítoris en la posición adecuada), para evitar afectación psicológica y disfunción sexual.

Hipertrofia labios menores vulvares



La hipertrofia de labios menores consiste en una desproporción en su tamaño, en su anchura y/o longitud, en relación con el de los labios mayores. No hay consenso en su definición pero se considera hipertrofia cuando la distancia desde la base del labio hasta el borde es superior a 4-5 cm. Tiene mayor incidencia en la infancia y adolescencia.

Etiología: factores congénitos, adquirida (irritación mecánica, inflamación crónica, linfedema vulvar o mielodisplasia).

Clínica: irritación, molestias al caminar o ir en bicicleta, dispareunia, dificultad para la higiene. Problemas estético-psicológicos.

Tratamiento: cirugía con resección del borde distal (labioplastia).

Recomendaciones hasta cirugía.

- Mantener buena higiene local
- No usar ropa ajustada

Impétigo. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Infección de orina



Ante una infección de orina es prioritario definir si se trata de una infección de alto o bajo riesgo.

Exploración física:

- o Buscar signos de deshidratación
- o Medir TA: se considera de riesgo la hipo o la hipertensión
- o Valorar la afectación del estado general: decaimiento, mala perfusión periférica, baja respuesta a estímulos, palidez.

Exploraciones complementarias:

- Análítica sanguínea: si se precisa derivar a hospital.
- Urocultivo: **Recoger muestra de urocultivo siempre que sea posible.**

ITU baja: Cistitis

Tratamiento antibiótico ambulatorio:

- **Cefuroxima** 30 mg/kg/día 2 dosis/día, *Zinnat*® 250 mg/5 ml suspensión oral, 250 mg granulado para suspensión oral, 250 mg comp, 500 mg sobres, 500 mg comp.
 - **Nitrofurantoína** 5-7 mg/kg/día 4 dosis/día.
Furantoina® suspensión 10 mg/ml, comp 50 mg, comp 100mg
 - **Fosfomicina** 150 mg/kg/día 4 dosis/día; 6-12 años 2 g dosis única; >12 años 3 g dosis única.
Monurol® 2 g, 3 g sobres.
- *Fosfomicina en > 6 a, Augmentine en el resto de los casos (aumento de resistencias).*

Alternativa:

- **Amoxicilina-clavulánico** 50 mg/kg/día 3 dosis/día. Dosis máx. 3 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
- **TMP-SMX** 8-12 mg/kg/día de TMP 2 dosis/día.
Seprin pediátrico® 8 mg/40 mg/ml® suspensión oral, *Seprin pediátrico*® 8 mg/100 mg comprimidos, *Seprin*® 80 mg/400 mg comprimidos.

ITU alta: pielonefritis:

Todos los niños con infección de orina y fiebre deberán derivarse al hospital para valorar si se trata de una pielonefritis de alto o bajo riesgo y si requiere hospitalización.

Excepcionalmente en niños mayores o adolescentes y si fuera posible en el centro disponer de A/S en menos de 24 horas, en ausencia de factores de alto riesgo, el manejo inicial de la pielonefritis podría ser ambulatorio.

En general se consideran de **alto riesgo** las pielonefritis que tienen asociadas ciertos factores:

- Niño < 6 meses (< 3 meses tienen alto riesgo y los de 3-6 meses moderado) por ser edades con máxima incidencia de cicatrices renales tras pielonefritis.
- > 48 horas de fiebre.

- La intolerancia a la vía oral.
- Antecedentes de uropatía obstructiva, nefropatía cicatricial, reflujo vesicoureteral, ectasia piélica congénita y pielonefritis recurrentes.
- Inmunodeficiencia.
- Familiares con antecedentes de reflujo vesico-ureteral.
- Entorno familiar socio-cultural que no garantice un buen control del niño enfermo.
- En la Analítica sanguínea son factores de riesgo:
 - *Hemograma, recuento y fórmula y PCR*: leucocitosis por encima de 15.000 y PCR > 30 mg/L se consideran indicativos de pielonefritis. Cifras de neutrófilos > 15.000 o PCR > 50 mgr/L pueden indicar grave afectación parenquimatosa.
 - *Na, K, equilibrio ácido-base*: alteraciones electrolíticas o la acidosis metabólica.
 - *Urea y creatinina*: valores elevados indican afectación de la función renal.

Tratamiento antibiótico ambulatorio:

- **Cefixima** 8 mg/kg/día 1 dosis/día (elección), *Denvar®* 100 mg/5 ml suspensión oral, *Denvar®* 200, 400 mg cápsulas.
- Cefitibuteno 9 mg/kg/día 1 dosis/día, *Cedax®* 36 mg/ ml suspensión oral, 200 mg, 400 mg cápsulas
- Alternativas:
 - **Cefuroxima** 30 mg/kg/día 2 dosis/día, *Zinnat®* 250 mg/5 ml suspensión oral, 250 mg granulado para suspensión oral, 250 mg comp, 500 mg sobres, 500 mg comp.
 - **Amoxicilina-clavulánico** 40-50 mg/kg/día 3 dosis/día. Dosis máx. 3 g/día.

<i>Amoxicilina/clavulánico EFG®</i> 250 mg/5 ml	50 mg: 0,33 ml/kg cada 8 horas.
<i>Augmentine®</i> 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral	50 mg: 0,16 ml/kg cada 8 horas.

Duración del tratamiento:

- ITU febriles: duración de 10 días.
- ITU afebril o de vías bajas: duración de 5 días, salvo episodios recidivantes o en menores de dos años donde se recomiendan pautas de 7-10 días,

Infecciones cutáneas bacterianas

Las 2 bacterias principalmente implicadas:

Sospecha *S. aureus*:

- **Cloxacilina elección**, 50 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. (*Orbenin*® 125 mg/5 ml suspensión, *Orbenin*® 500 mg comprimidos). Dosis máx. 4 g/día. Administrar 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.

Su baja disponibilidad, mal sabor y administración cada 6 h dificulta el cumplimiento.

- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/d cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/día.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Cefalosporinas de primera generación:

- **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h (*Duracef*® 250 mg/ 5 ml, *Duracef*® 500 mg cápsulas). Dosis máx. 2 g/d.

- **Cefalexina** 20-25 mg/kg/día cada 8 horas (*Cefalexina normon*® 500 mg cáp, *Kefloridina forte*® 500 mg cápsulas). Mayores de 12 años. Dosis máx. 2 g/día.

Alergia a betalactámicos:

- **Clindamicina** 10-30 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1,8 g/día.

Dalacin®cápsulas de 150 y 300 mg

- **Trimetoprima-sulfametoxazol** 6-12 mg/30-60 mg/kg/d cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 320 mg/1600 mg/día.

Seprin pediátrico® 8 mg/40 mg/ml suspensión oral, *Seprin pediátrico*® 8 mg/100 mg comprimidos,

Seprin® 80 mg/400 mg comprimidos).

Sospecha *S. pyogenes*.

• **Penicilina o amoxicilina**. antibiótico de elección.

Penicilina V 25-50 mg/kg/día cada 6 horas durante 10 días. Dosis máx. 3 g/día.

Penilevel® 250 mg polvo, *Penilevel*® 500 mg cápsulas

Amoxicilina 50 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días. Dosis máx. 3 g/día.

Amoxicilina® 250 mg/5 ml solución oral, 500 mg comp., sobres.

En alérgicos a betalactámicos.

- Macrólidos

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Josamina® 500 mg suspensión.

- **Clindamicina** 10-30 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. (*Dalacin*®cápsulas de 150 y 300 mg). Dosis máx. 1,8 g/día.

- Alergia no anafiláctica: cefalosporinas de primera generación.

- **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/d. Adultos 4 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef*® 500 mg cápsulas.

- **Cefalexina** 20-25 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Mayores de 12 años. Dosis máx. 2 g/día.

Cefalexina EFG® 500 mg cáp, *Kefloridina forte*® 500 mg cápsulas.

Sospecha infección mixta *S.aureus* y *S.pyogenes*

- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/ día.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

- Cefalosporina de primera generación.

- **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/d. Adultos 4 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef*® 500 mg cápsulas.

- **Cefalexina** 20-25 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Mayores de 12 años. Dosis máx. 2 g/día.

Cefalexina normon® 500 mg cáp, *Kefloridina forte*® 500 mg cápsulas.

- Cefalosporinas de segunda generación. Son algo menos activas frente a cocos grampositivos que las de primera, pero son alternativas válidas.

- **Cefuroxima 15 mg/kg/día** cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.).

Tabla 4 Posología de los antibióticos orales más usados en las infecciones cutáneas bacterianas^a

Fármaco	Posología	Dosis máxima
Penicilina V	25-50 mg/kg/d cada 6 h	3 g/d
Cloxacilina	50 mg/kg/d cada 6 h	4 g/d
Amoxicilina (± ácido clavulánico)	50-60 mg/kg/d cada 8-12 h	3 g/d
Cefadroxilo	25-50 mg/kg/d cada 12 h	1 g/d
Cefalexina	20-25 mg/kg/d cada 6 h	2 g
Cefuroxima	3 meses-5 años: 15 mg/kg/d cada 12 h 5-12 años: 125 mg/12 h > 12 años: 250 mg/12 h	4 g/d
Cefaclor	20 mg/kg/d cada 8 h	1 g/d
Claritromicina	15 mg/kg/d cada 12 h	1 g/d
Josamicina	30-50 mg/kg/d cada 12 h	1 g/d
Midecamicina	35-50 mg/kg/d cada 8-12 h	1,8 g/d
Clindamicina	10-30 mg/kg/d cada 6 h	1,8 g/d
Trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX)	6-12 mg TMP/kg/d cada 12 h 30-60 mg SMX/kg/d cada 12 h	TMP: 320 mg/d SMX: 1600 mg/d

^a Duración general del tratamiento: 7-10 días, salvo en dermatitis perianal bacteriana tratada con penicilina o amoxicilina (10-21 días) y erisipela (10-14 días).

Fuente: Conejo-Fernández AJ, Martínez-Chamorro MJ, Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc)*.2016;84(2):121.e1-121.e10.¹¹

Tabla 3 Otras formas clínicas de las infecciones cutáneas bacterianas

Enfermedad	Localización	Etiología	Factores predisponentes	Clinica	Diagnóstico	Tratamiento
Dactilitis ampollosa distal ¹⁶⁻¹⁸	Pulpejos de los dedos de las manos Infrecuente: otras superficies palmares o plantares	<i>S. pyogenes</i> Menos frecuente: <i>S. aureus</i> , <i>S. agalactiae</i>	Heridas, dermatitis atópica, humedad	Ampolla con líquido purulento, poco dolorosa, con base eritematosa No síntomas generales	Clinico Confirmación: cultivo ⁹	Incisión y drenaje + amoxicilina-ácido clavulánico 10 días Si mala evolución: cefalosporina, clindamicina
Ectima ¹⁷⁻¹⁹	Miembros inferiores y superiores	<i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> ¿copatógeno?	Lesiones pruriginosas: picaduras, sarna, pediculosis; falta de higiene; malnutrición	Úlcera con escara negruzca que se cronifica y cura dejando cicatriz Complicaciones: celulitis, linfangitis	Clinico Confirmación: tinción de Gram y cultivo del exudado o biopsia de tejido profundo	Mupirocina: optativo (no en monoterapia) Retirada de las costras con compresas húmedas Ácido fusídico/mupirocina tópicos si lesión pequeña (< 2 cm) Cefalosporinas 1.ª generación/amoxicilina-ácido clavulánico/macrólido oral 7 días ²⁵ Considerar ingreso Tratamiento sistémico precoz (intravenoso) anti- <i>Pseudomonas</i> sp.
Ectima gangrenoso ^{17,18}	Periné, glúteos, miembros inferiores, zonas apocrinas	<i>R. aeruginosa</i> Otras bacterias, hongos y virus (inmunodeprimidos)	Inmunosupresión (neutropenia grave), lactantes sanos	Úlcera necrótica con costra negra (vasculitis bacteriana de pequeñas venas) Sepsis por <i>R. aeruginosa</i>	Clinico Confirmación: cultivo de las lesiones, hemocultivos, biopsia cutánea Clinico Luz de Wood: fluorescencia rojiza ⁹	Tratamiento sistémico precoz (intravenoso) anti- <i>Pseudomonas</i> sp.
Eritrasma ¹⁸	Pliegues corporales húmedos: espacios interdigitales de los pies, ingles, axilas, áreas inframamaria e interglútea	<i>Corynebacterium minutissimum</i> , flora mixta, <i>S. pyogenes</i>	Calor, humedad, obesidad, maceración cutánea, diabetes mellitus, escasa higiene	Lesiones de color rojo/marrón de bordes irregulares y bien definidos, algo descamativas Prurito leve	Clinico Luz de Wood: fluorescencia rojiza ⁹ Confirmación: tinción azul de metileno/Gram ⁹	Tópico con eritromicina, clindamicina, mupirocina, imidazólicos o solución de Whitfield ⁹ 2 veces al día Casos extensos o persistentes: claritromicina por vía oral 10-14 días
Hidrosadenitis ^{19,22}	Axilas, ingles, periné	<i>S. aureus</i> , anaerobios de la orofaringe	Calor, humedad, cambios hormonales, higiene inadecuada	Nódulos dolorosos que se abscesifican dejando cicatrices hipertróficas o fistulas Recidiva muy frecuente	Clinico Confirmación: cultivo ⁹	Higiene rigurosa + antisépticos/antibióticos tópicos + amoxicilina-ácido clavulánico/clindamicina oral precoz

Tabla 3 (continuación)

Enfermedad	Localización	Etiología	Factores predisponentes	Clinica	Diagnóstico	Tratamiento
Onfalitis neonatal ²⁰	Ombigo o cordón umbilical	Bacilos gramnegativos <i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Menos frecuentes: anaerobios, infecciones mixtas	Parto en domicilio o regiones de bajos recursos sanitarios, cuidados incorrectos de cordón, prematuridad, corioamnionitis, rotura prematura de membranas, etc.	Eritema, edema y mal olor periumbilical, a veces acompañado de secreción	Clinico Confirmación: cultivo de exudado ^c	Leve: - clorhexidina + mupirocina Moderado-grave: - ingreso, antibioticoterapia intravenosa
Paroniquia aguda ¹⁸	Pliegues ungueales	<i>S. aureus</i> o flora mixta aerobia (<i>S. pyogenes</i> , <i>Pseudomonas</i> sp.) o anaerobia	Microtraumatismos, humedad, irritantes (onicofagia, succión de dedo), dermatitis de contacto	Pliegue caliente, rojo, hinchado, doloroso y con frecuencia pus	Clinico Confirmación: cultivo ^a	Superficial: compresas húmedas calientes, 2-3 veces al día Profunda: incisión y drenaje + amoxicilina-ácido clavulánico o cefadroxilo oral 7 días
Perioritis ^{22,24}	Región occipital, grandes pliegues, espalda y glúteos	<i>S. aureus</i>	Humedad, falta de higiene, desnutrición, enfermedades crónicas	Forma leve: miliaria pustulosa Forma grave: nódulos, abscesos	Clinico Confirmación: cultivo	Evitar la hipersudoración Forma leve: antisépticos (sulfato de Zn)/mupirocina Forma grave: incisión y drenaje + amoxicilina-ácido clavulánico oral + mupirocina tópica
Queratólisis punctata ²¹	Plantas de los pies	<i>Corynebacterium</i> sp. Otros: <i>Dermatophilus congolensis</i> y <i>Kytococcus sedentarius</i>	Humedad: hipersudoración, calzado cerrado, sumersión prolongada en agua	Depresiones superficiales de la epidermis (<i>punctata</i>), a veces con patrón lineal (<i>sulcatum</i>), mal olor, a veces picor, escozor	Clinico Luz de Wood: fluorescencia rojo coral ^b Confirmación: cultivo ^a	Tratamiento de la hiperhidrosis + lavado con jabón antiséptico + eritromicina, clindamicina, ácido fusídico o mupirocina tópicos Imidazólicos + urea o solución de Whitfield ^d tópicos
Queratólisis plantar sulcatum ^{16,24}	Raro: palmas de las manos					
Síndrome celulitis-adenitis ¹⁵	Cara y cuello: mejillas, región submandibular	<i>S. agalactiae</i>	¿Colonización de mucosas?	Recién nacidos (2-6 semanas) Celulitis facial/submandibular Fiebre, irritabilidad, rechazo de tomas Otitis media aguda homolateral Bacteriemia: sepsis/meningitis	Clinico Cultivo de aspirado Hemocultivo Punción lumbar: tinción de Gram, cultivo	2 veces al día Ingreso y tratamiento por vía intravenosa

^a No es necesario en los casos típicos.

^b Solución de Whitfield: 6-12% de ácido benzoico y 3-6% de ácido salicílico en base de vaselina.

^c Poca utilidad por alto riesgo de contaminación. Valorar siempre el contexto clínico.

Fuente: Conejo-Fernández AJ, Martínez-Chamorro MJ. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc)*.2016;84(2):121.e1-121.e10.¹¹

Celulitis y Erisipela



Siempre tratamiento antibiótico sistémico con buena cobertura frente a *S. aureus* y *S. pyogenes*.

En casos leves y bajo estricta vigilancia, puede considerarse la vía oral con:

• **Cloxacilina elección.** 50 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día. Administrar 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.

Orbenin® 125 mg/5 ml suspensión, *Orbenin*® 500 mg comprimidos.

• **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

• **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/d. Adultos 4 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml suspensión, *Duracef*® 500 mg cápsulas.

• **Cefuroxima 15 mg/kg/día** cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Alérgicos a penicilina:

• **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Josamina® 500 mg/5 ml suspensión®.

Celulitis preseptal y postseptal u orbitaria



La celulitis preseptal y postseptal u orbitaria son 2 procesos clínicos bien diferenciados cuya identificación precoz es crucial, puesto que conlleva riesgo de infección del sistema nervioso central y compromiso de la agudeza visual. Ambos cursan con edema, eritema y aumento de calor local del párpado.

- **Preseptal:** benigna, mejora tras 24-48 horas de antibioterapia oral con
 - **Cefadroxi**lo 30 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/d. Adultos 4 g/día.
 - *Duracef* @ 250 mg/5 ml suspensión, *Duracef*® 500 mg cápsulas.
 - **Amoxicilina-clavulánico** 60-80 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/día. *Augmentine*® 100 mg/ml suspensión, *Augmentine*® 500 mg sobres

Alérgicos a penicilina:

- **Levofloxacino:** <5años 20mg/kg/día cada 12 horas. >5años: 10mg/kg/día cada 12horas. 7 días.

- **Postseptal o celulitis orbitaria:** afecta al contenido de la órbita que comprende la grasa periorbitaria y musculatura extraocular.
Etiología: La sinusitis es la causa más frecuente, produce por extensión celulitis etmoidal; excepcionalmente podría deberse a infección odontogénica u otitis media aguda.

Diagnóstico diferencial entre ambas: por la exploración física: la celulitis postseptal puede ocasionar *limitación de motilidad ocular extrínseca (oftalmoplejía, proptosis), alteración de la agudeza visual, alteración de reflejos oculares y presencia de signos meníngeos.*

Derivación Hospitalaria urgente ante la sospecha.

Celulitis preseptal moderada.

Celulitis postseptal siempre.

Dactilitis ampollosa distal



Infección ampollosa superficial de los pulpejos de los dedos. El dedo pulgar es la localización más frecuente. Única o múltiple. Se resuelve con descamación del pulpejo.

Etiología: Estreptococo del grupo A, pero también por Estafilococo Aureus.

1.- Drenaje.

2.- Tratamiento tópico con mupirocina o ácido fusídico si es lesión única o poco extendida.

Ácido fusídico (*Fucidine*® crema, *Ácido fusídico Isdin* crema®) cada 8-12 horas durante 5-7 días.

Mupirocina (*Bactroban*® pomada, *Plasimine*®) cada 8-12 horas durante 5-7 días.

3.- Antibiótico sistémico. Si lesión muy extendida o afectación múltiple.

.Antibiótico de elección.

Amoxicilina 50 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días. Dosis máx. 3 g/día.

Amoxicilina EFG® 250 mg/5 ml solución oral, 500 mg comp., sobres.

. Si no responde: • **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/día.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml

50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8

horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

En alérgicos a betalactámicos.

• Macrólidos de 16 átomos

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Josamina® 500 mg/5 ml suspensión.

• **Clindamicina** 10-30 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1,8 g/día.

Dalacin® cápsulas de 150 y 300 mg.

• Alergia no anafiláctica: cefalosporinas de primera generación.

• **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml suspensión, Duracef® 500 mg cápsulas.

• **Cefalexina** 20-25 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días. Mayores de 12 años. Dosis máx. 2 g/día.

Cefalexina normon® 500 mg cáp, Kefloridina forte® 500 mg cápsulas.

Dermatitis perianal o anulitis estreptocócica



Etiología: *S. pyogenes* la mayoría. *S. aureus* en alguna ocasión (habrá ampollas).

Diagnóstico: clínico. Confirmación bacteriológica.

Test rápido antigénico de *S.pyogenes* (VPP 100%) de zona perianal y faríngeo si síntomas.

Si test negativo: Cultivo ante posibilidad de falsos negativos o *S. aureus* como causante.

Investigar posibles casos en convivientes.

Tratamiento: sistémico siempre.

. Test positivo : Penicilina o amoxicilina oral durante 10 días. Puede prolongarse hasta 14-21 días según evolución clínica. Dosis máx. 3 g/día.

Penicilina 25-50 mg/kg/día cada 6 horas durante 10 días.

Amoxicilina 50 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días.

Amoxicilina EFG® 250 mg/5 ml solución oral EFG, 500 mg comp., sobres.

. Test negativo o en espera cultivo: **Amoxicilina-clavulánico** 50 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días. Dosis máx. 3-4 g/día

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml

50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral

50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Si recurrencia: **Cefuroxima** 15 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Cefuroxima EFG® 500 mg comp, sobres.

El tratamiento combinado vía oral y tópica puede disminuir las recurrencias (A-II).

Alérgicos a penicilina:

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.
Josamina® 500 mg/5 ml suspensión®

Ectima



Etiología: *S. pyogenes*, *S. aureus*.

- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/d cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3-4 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
- **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 h. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef® 250 mg/5 ml suspensión, Duracef® 500 mg cápsulas
- **Cefuroxima 15 mg/kg/día** cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día.
Zinnat 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Alérgicos a penicilina:

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.
Josamina® 500 mg/5 ml suspensión

Si no responde al tratamiento derivar a hospital para valorar antibiótico endovenoso antipseudomonas.

Foliculitis, forúnculo y ántrax



Foliculitis: centrado en folículo piloso superficial de cara, cuello, axilas, glúteos (pápula-vesícula con base eritematosa).

Forúnculo: se extiende a dermis profunda (nódulos eritematosos pustulosos y dolorosos).

Ántrax: afecta al tejido celular subcutáneo circundante (placas eritematosas calientes y dolorosas).

Tratamiento:

Foliculitis: Forma única o poco extendida: mupirocina o ácido fusídico tópico cada 8-12 h.

Formas extensas o recurrentes : tratamiento tópico asociado a amoxicilina-ácido clavulánico, cefadroxilo o cefuroxima.

Forúnculos y ántrax: calor local y valorar la realización de incisión y drenaje quirúrgico.

Antibiótico sistémico : amoxicilina-ácido clavulánico, cefadroxilo o cefuroxima.

- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/d cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3-4 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
- **Cefadroxilo** 25-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef® 250 mg/5 ml suspensión, Duracef® 500 mg cápsulas
- **Cefuroxima 15 mg/kg/día** cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día.
Zinnat 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Alérgicos a penicilina:

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.
Josamina® 500 mg/5 ml suspensión

Impétigo



El impétigo es muy contagioso y se extiende tanto en el propio paciente por contigüidad o al rascarse como a otras personas en contacto con el niño.

Medidas higiénicas:

Lavado con agua y jabón

Lavados con clorhexidina jabonosa: *Hibiclens jabón antiséptico*. Cada 12 horas. Dejar 5 minutos y después aclarar.

Tratamiento antibiótico tópico: En los casos leves no complicados durante 5-7 días.

Mupirocina cada 8 horas. *Bactroban®* 20 mg/g pomada, *Plasimine®* 20 mg/g pomada, *Mupirocina EFG®* 20 mg/g pomada.

Ácido fusídico cada 8 horas. *Fucidine®* 20 mg/g crema, *Ácido fusídico Isdin®* 20 mg/g crema.

Ozenoxacino cada 12 horas. *Ozanex®* 10 mg/g crema.

Tratamiento antibiótico sistémico: Si las lesiones son extensas o hay síntomas sistémicos, se recomienda antibioticoterapia por vía oral con:

- **Cefadroxilo** 30 mg/kg/día cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef @250 mg/5 ml suspensión, Duracef® 500 mg cápsulas
- **Cloxacilina elección**. 50 mg/kg/día cada 6 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día. Administrar 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.
Orbenin® 125 mg/5 ml suspensión, *Orbenin®* 500 mg comprimidos.
- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/d cada 8 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
- **Cefuroxima 15 mg/kg/día** cada 12 h durante 7-10 días. Dosis máx. 4 g/día.
Zinnat 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Alérgicos a penicilina:

- **Josamicina** 30-50 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.
Josamina® 500 mg/5 ml suspensión

Medidas preventivas

- . Evitar el contacto cercano con otros niños mientras dure la infección (exclusión de guardería y escuela).
- . No tocar o rascar las lesiones.

Si el impétigo es muy extenso y no responde a tratamiento ambulatorio considerar derivación hospitalaria para ingreso y antibioterapia endovenosa.

Linfangitis Aguda Bacteriana



Inflamación de los vasos linfáticos del tejido celular subcutáneo.

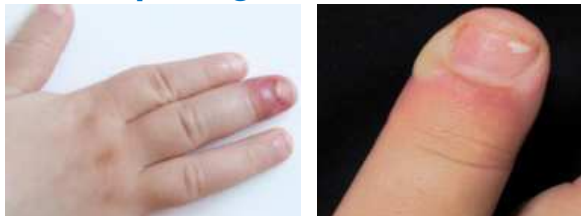
Etiología: *S. pyogenes*, *S. aureus* y *Pasteurella multocida* (*P. multocida*) (esta última tras mordedura animal). Se origina desde una abrasión, una herida o una infección preexistente (normalmente, celulitis). Los pacientes con linfedema subyacente tienen mayor riesgo.

Clínica: líneas o bandas de color rojo, irregulares, calientes, dolorosas a la palpación en una extremidad que se extienden en sentido proximal desde la lesión periférica hacia los ganglios linfáticos regionales, que suelen estar agrandados y ser dolorosos. Puede haber manifestaciones sistémicas (p. ej., fiebre, escalofríos, taquicardia y cefalea) que pueden ser más graves que lo que indican los hallazgos cutáneos.

Tratamiento:

- **Cefadroxilo** 30 mg/kg/día cada 12 h durante 7 días. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef @250 mg/5 ml suspensión, *Duracef*® 500 mg cápsulas
- **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/d cada 8 horas durante 7 días. Dosis máx. 3 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Paroniquia aguda

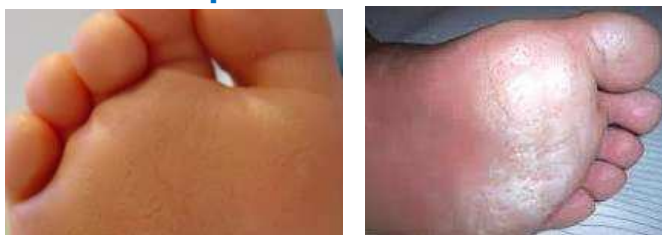


Etiología: *Staphylococcus aureus*. Otras causas: *Streptococcus*, *Pseudomonas*, dermatofitos o *Candida sp*, aunque en las paroniquias de origen fúngico se suelen comportar de manera más insidiosa (crónica).

Tratamiento:

- 1.- Drenaje.
- 2.- Cuadro agudo sin fiebre ni afectación del estado general: antibiótico tópico (ácido fusídico, mupirocina)
- 3.- Cuadro agudo febril o extenso: antibiótico oral.

Queratolisis punctata



Etiología: Bacterias gram positivas: *Corynebacterium sp.*, *Kytococcus sedentarius*, *Actinomyces keratolyticus*, *Dermatophilus congolensis* y en menor frecuencia *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptomyces sp.*, *Candida sp.* y dermatofitos.

Tratamiento:

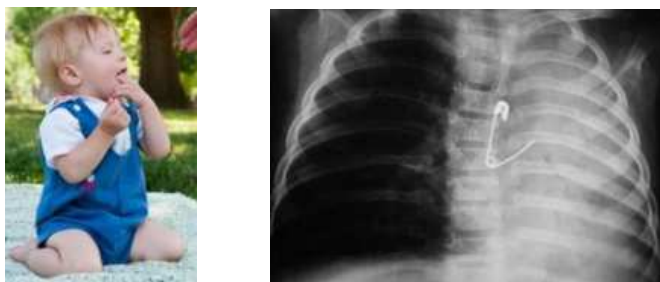
- Antibióticos tópicos: **cada 12 h durante 2-3 semanas:**
 - **Ácido fusídico:** *Fucidine crema®*, *ácido fusídico Isdin®*.
 - **Mupirocina:** *Bactroban pomada®*.
 - **Eritromicina** 1-2% (en solución o gel): *Loderm gel 2% o solución®*, *Deripil gel o solución®*.
 - **Clindamicina:** *Clinwas solución tópica®*, *Clinwas gel tópico®*.
- Otros tratamientos tópicos: corticoides, ácido salicílico, clotrimazol o miconazol se han empleado con peores resultados.
- Antibióticos sistémicos: en lesiones extensas que no responden a tratamiento tópico: cefalosporinas o eritromicina vía oral.

Las recidivas son frecuentes si no se evitan los factores que favorecen la infección con medidas como:

- Lavado diario de pies con secado cuidados con jabón antiséptico.
- Cambio de calzado y calcetines (de algodón o lino) diariamente.
- Evitar calzado muy cerrado.
- Disminuir la hiperhidrosis:
 - Cloruro de aluminio al 20% cada 8 horas.
 - Permanganato potásico 1/10.000 cada 12 horas (antiséptico, fungistático y secante). Además colorea de oscuro la piel con lo que puede mejorar la visión de las lesiones.

El pronóstico es bueno y, con un tratamiento adecuado, el cuadro se resuelve en 3-4 semanas.

Ingesta de cuerpo extraño



Un 80% de las ingestas de cuerpos extraños ocurren en edad pediátrica. Es la segunda causa de indicación de endoscopia.

Epidemiología: más frecuente entre los 6 meses y 3 años de edad.

Clínica:

Puede ser desde episodio asfíctico, babeo, mareo, negativa para ingesta de alimentos, disfagia, odinofagia, dificultad para respirar.

Si hay perforación esofágica : valorar enfisema subcutáneo

Si enclavados en cayado aórtico : fístula; shock hemorrágico, inestabilidad hemodinámica.

Pero si ha pasado píloro: la mayoría son asintomáticos.

El riesgo de complicación es mayor si el cuerpo extraño es un objeto afilado, con punta metálica, hueso, espina, palillo de dientes. También en paciente con fístula traqueoesofágica, estenosis o cirugía gastrointestinal previa.

Diagnóstico: Sospecha clínica.

Diagnóstico diferencial con:

- Apendicitis aguda
- Esofagitis
- Gastritis
- Gastroenteritis aguda
- Obstrucción intestino delgado o grueso
- Hemorragia digestiva
- Invaginación intestinal
- Estenosis hipertrófica de píloro
- Faringitis
- Neumonía
- Neumotórax
- Neumomediastino

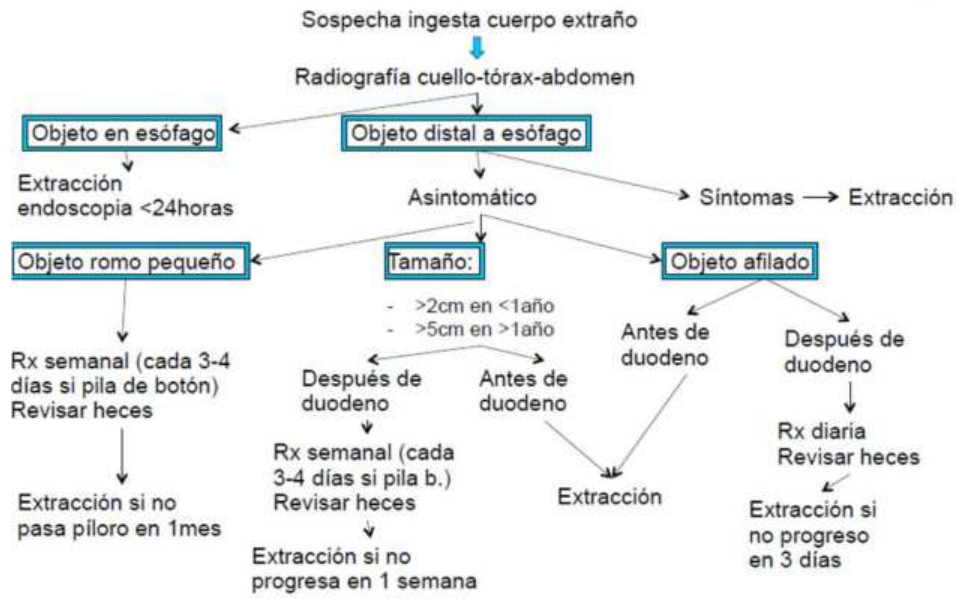
Exploraciones complementarias:

- Rx simple cuello-tórax-abdomen PA y LAT: (se visualiza espina, hueso, plástico, cristal, metal) Si hay aire libre en diafragma, mediastino o retroperitoneo sugiere perforación. En paciente sintomático, ingesta CE peligroso, metálico o radioopaco, sospecha de perforación... (No requiere Rx en cuerpo extraño <1cm, asintomático, no afilado ni alargado, no pila de botón ni magnético).
- Analítica: No lo requiere excepto sospecha de complicación (Fuga aérea, infección...)

Derivación hospitalaria para valorar necesidad de endoscopia según localización:

- Esófago: en las primeras 24 horas. Derivación urgente, en <4 horas, si son pilas de botón.
- Intestino: si está > 1 sem en misma localización.
- Estómago y duodeno:
 - Derivar si ingesta de objetos afilados, punta metal de 6 cm niño o 10 cm adulto.
 - Pilas de botón después de 48h en el estómago.

- Si se trata de objeto romo derivar después de:
 - 3-4 semanas de observación
 - 1 semana de observación si está en duodeno.



Insomnio



Dificultad persistente en la iniciación, duración, mantenimiento o calidad del sueño, que sucede a pesar de una adecuada oportunidad y circunstancias para dormir y que conlleva algún tipo de alteración en el funcionamiento diurno.

Tabla I. Insomnio, causas y factores desencadenantes según la edad

Edad	Causas
Lactantes	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos asociados al inicio del sueño - Alergias alimentarias - Reflujo gastroesofágico - Cólicos - Excesiva ingesta de líquidos nocturnos - OMA y otras enfermedades infecciosas - Enfermedades crónicas
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos asociados al inicio del sueño - Miedos - Ansiedad por separación de los padres - Siestas prolongadas o a horas inapropiadas - Enfermedades infecciosas agudas - Enfermedades crónicas
Preescolar y escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de límites - Miedos - Pesadillas - Enfermedades infecciosas agudas - Enfermedades crónicas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la higiene del sueño - Retraso de fase - Comorbilidades psiquiátricas: ansiedad depresión, TDAH - Presión familiar y escolar - Trastornos respiratorios del sueño - Trastornos del movimiento - Enfermedades infecciosas agudas - Enfermedades crónicas

Modificado de: Nunes ML, Bruni O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. J Pediatr (Rio J). 2015; 91: 526-35.

Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 396 – 411¹²

Tratamiento:

La evidencia científica sugiere **la terapia conductual** como la mejor opción por su eficacia en la conciliación del sueño y despertares nocturnos, así como en el bienestar del niño y de los padres.

1. Higiene del sueño:

- Medidas que fomentan la **regulación del sueño** actuando sobre el sistema circadiano y homeostático:
 - levantarse y acostarse todos los días aproximadamente a la misma hora (variaciones máximo de una hora).
 - rutina adecuada de siestas.
 - mantener horario regular de comidas y rutina de actividades.
 - evitar luz brillante e intensa en la habitación al acostarse.

- Medidas que fomentan el **sueño**:

- limitar actividades que facilitan el desvelo en la cama (p. ej.: ver la televisión, jugar con el móvil).
- utilizar la cama solo para dormir.
- no utilizar el mandar a dormir a la cama como castigo.
- evitar dormir en otro entorno o lugar que no sea su habitación.

• Medidas que fomentan la **relajación y disminuyen la excitación** antes de ir a dormir:

- dejar los dispositivos electrónicos fuera de la habitación y limitar su uso.
- evitar cenas copiosas y ejercicio intenso.
- disminuir la estimulación cognitiva y emocional (juegos estimulantes, rabinetas, regañar).
- eliminar cafeína.
- incluir en la rutina pre-sueño actividades relajantes.

• Medidas que fomentan la **cantidad y calidad del sueño**:

- fijar una hora para acostarse y levantarse.
- mantener el entorno seguro y confortable (niveles de luz y ruido bajos, temperatura y superficies adecuadas).

2. Extinción:

• *Extinción sin modificaciones.*

- Acostar al niño a la hora y en el lugar apropiado pero despierto.
- Salir de la habitación e ignorar conductas de protesta hasta la mañana siguiente, excepto aquellas situaciones de peligro o enfermedad.

• *Extinción gradual.*

Acostar al niño somnoliento pero despierto a la hora y en el lugar apropiado y salir de la habitación. Ignorar las demandas de atención durante un tiempo limitado y aumentar progresivamente. O que uno de los padres se quede en la habitación hasta que el niño se duerma y cada noche ir disminuyendo la interacción.

3.- Establecer rutinas positivas con sistema de recompensas si el niño permanece en la cama hasta la mañana siguiente sin ir a la cama de los padres y sin llamarlos.

4.- Acostar al niño lo más cerca posible de la hora en la que realmente se duerme. Posteriormente, avanzar de forma gradual la hora de acostarlo hasta la hora que sea adecuada para su edad.

5.- Despertares programados: Despertar parcialmente al niño con una mínima estimulación justo antes de su despertar espontáneo, permitiendo que vuelva a dormirse otra vez.

6.- **Tratamiento farmacológico:** por un tiempo limitado y utilizando la dosis mínima eficaz. Asociado siempre a medidas de higiene del sueño y conductuales.

* **Melatonina:** solo eficaz en el insomnio de inicio. Administrar siempre a la misma hora (**30 y 60 minutos antes de acostarse**).

- 1-3 mg en lactantes y pre-escolares
 - 2,5-5 mg en niños mayores
 - 1-5 mg en adolescentes y, gradualmente, ajustar la dosis según respuesta. Dosis máx. 10 mg/día.
- Melamil gotas®* 1 mg = 4 gotas
 Lactantes y pre-escolares 4-12 gotas/ día
 Niños mayores 10-20 got/día
 Adolescentes 4-20 gotas/día

* Antihistamínicos, benzodiazepinas, antidepresivos... a valorar según situación de base del paciente.

Antihistamínicos: 30-60 minutos antes de acostarse

Difenhidramina 0,5-1,5 mg/kg.

Biodramina® infantil 24 mg solución oral: 2-6 años 3-6 ml , 7-12 años 6-12 ml.

Soñodor® 50 mg comp 12-18 años: 25 mg (½ comp).

Doxilamina 12,5-25 mg. *Normodorm®* 25 mg comp, *Dormirel®* 25 mg comp. (½-1 comp).

Hidroxicina 0,6 mg/kg *Atarax®* 2 mg/ml jarabe.

7.- Fitoterapia: No se dispone de datos adecuados para establecer su uso en niños menores de 12 años.

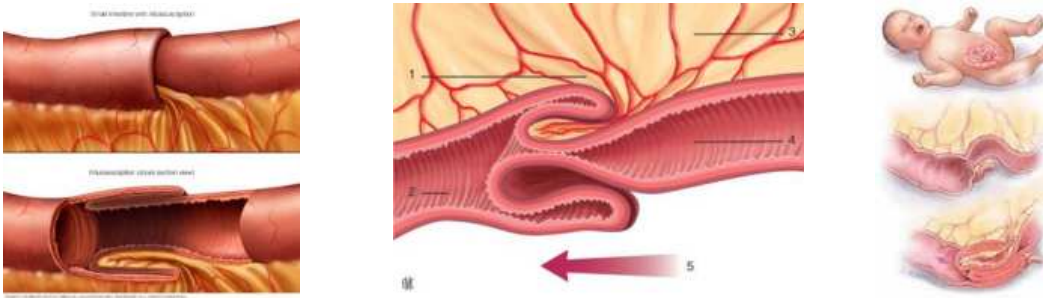
- **Valeriana** (*Valeriana officinalis*). Mecanismo de acción sugerido interacción dosis dependiente con el neurotransmisor GABA. Disponible en forma sólida o líquida para tomar por vía oral.
 - *Extracto de Valeriana Soria Natural gotas*®: 40-120 gotas (2-6 ml) 30-60 minutos antes de acostarse. Si fuera necesario una dosis más por la tarde.
 - *Valdispert*® solución oral; 10-20 gotas 30-60 minutos antes de acostarse. Si fuera necesario una dosis más por la tarde.
 - *Valdispert*® 125 mg comp: 2 comp 30-60 minutos antes de acostarse. Si fuera necesario 1 comprimido más por la tarde.
- **Pasiflora** (*Passiflora incarnata*). Presenta una afinidad por el receptor GABA-A. Suele presentarse como infusiones de hierbas para beber o en forma sólida o líquida para administrar por la boca.
 - *Passiflora compose*® jarabe: 5 ml cada 8 horas.

- Asociación de **Valeriana y pasiflora**: *Valdispert complex*® comprimidos; 1-2 comp antes de acostarse. Máximo 4 semanas.

- **Amapola de California** (*Eschscholzia californica Cham.*). Efecto sedante y ansiolítico, posiblemente relacionado con la afinidad por los receptores GABA. Disponible en forma sólida por vía oral y con frecuencia se asocian a otros productos herbales sedantes (raíz de valeriana, melisa, pasiflora).
 - *Amapola de california Arkopharma*® cápsulas. 2 cápsulas durante la cena y 2 cápsulas al acostarse con 1 vaso de agua. Máximo durante 4 semanas.
- **Lavanda** (*Lavandula angustifolia*). La exposición a aceite esencial de lavanda disminuye la actividad motora, el periodo de latencia y prolonga la duración del sueño.

Los productos comerciales mencionados en el apartado 7 tienen prospecto registrado en CIMA-AEMPS.

Invaginación Intestinal



Clínica de inicio brusco con irritabilidad, llanto, vómito, dolor abdominal. Puede presentar hematoquecia.

A la exploración se puede palpar una masa alargada.

La **ecografía**, es útil como herramienta de confirmación diagnóstica en caso de dudas, permite visualizar la invaginación, definir la extensión e identificar una posible cabeza de invaginación.

Manejo: Derivación inmediata a centro de tercer nivel para valorar tratamiento con enema o intervención quirúrgica si lo precisa..

Laringitis Aguda



Escala de Westley para valorar la gravedad del crup	
Indicador de gravedad	Puntuación
Estridor respiratorio:	
- Ninguno	0
- En reposo, audible con fonendoscopio	1
- En reposo, audible sin fonendoscopio	2
Tiraje:	
- Ausente	0
- Leve	1
- Moderado	2
- Grave	3
Ventilación (entrada de aire):	
- Normal	0
- Disminuida	1
- Muy disminuida	2
Cianosis:	
- Ausente	0
- Con la agitación	4
- En reposo	5
Nivel de conciencia:	
- Normal	0
- Alterado	5

Leve < 3; Moderado 3-7; Grave >= 7.

Escala de Taussig para valorar la gravedad del crup				
	0	1	2	3
Estridor	No	Leve	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Leve disminución	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracciones	No	Escasas	Moderadas	Intensas
Conciencia	Normal	Agitado si se le molesta	Ansioso y agitado en reposo	Letargia

Leve: <5; Leve-moderado: 5-7; Moderado: 7-8; Grave: >8.

- Medidas de soporte:

- Posición semi incorporada.
- Adecuada hidratación y alimentación fraccionando tomas.
- Antitérmicos si fiebre >38°C.

- Si Laringitis leve:

- **Dexametasona** 0,15-0,3 mg/kg oral (Dosis máx. 16 mg, < 5 años máx 8 mg) en dosis única o medidas generales sin corticoides. No requiere más corticoterapia para domicilio.
Fortecortin® o Dexametasona EFG® 4 mg/ml solución inyectable. Administrado vía oral.
Fortecortin® o Dexametasona EFG® 40 mg/5 ml solución inyectable. Administrado vía oral.
- **Prednisolona o prednisona** (1-2 mg/kg), si no hay disponible dexametasona oral.
 - *Estilsona gotas® 7 mg/ml* Prednisolona 2 mg: 0,15 ml/kg cada 12 horas
 - *Paidocort® 3 mg/ml solución oral.* Prednisolona. 2 mg: 0,33 ml/kg cada 12 horas
 - *Dacortin® 5, 30 mg comprimidos, Prednisona EFG® 5,10, 30 mg comprimidos*
 - *Urbason® 4, 16, 40 mg comprimidos.* Metilprednisolona.

- Si Laringitis moderada:

- **Dexametasona** 0,6 mg/kg oral (Dosis máx. 16 mg). Como tiene una vida media de 36-54 horas, no requiere dosis adicionales en domicilio.
 - *Fortecortin® o Dexametasona EFG® 4 mg/ml solución inyectable. Administrado vía oral.*
 - *Fortecortin® o Dexametasona EFG® 40 mg/5 ml solución inyectable. Administrado vía oral.*
- **Prednisona** VO 1-2 mg/kg/día 3 a 5 días si no hay disponible dexametasona oral. Dosis máx. 60-80 mg.
 - *Estilsona gotas® 7 mg/ml* Prednisolona 2 mg: 0,15 ml/kg cada 12 horas
 - *Paidocort® 3 mg/ml solución oral.* Prednisolona. 2 mg: 0,33 ml/kg cada 12 horas
 - *Dacortin® 5, 30 mg comprimidos, Prednisona EFG® 5, 10, 30 mg comprimidos*
- **Metilprednisolona** VO 1-2 mg/kg/día 3 a 5 días

- *Urbason*® 4, 16, 40 mg comprimidos.
- y si estridor en reposo: **Adrenalina nebulizada**: 0,5 mg/kg.
 - *Adrenalina EFG*® amp 1 ml= 1 mg: 0,5 ml/kg/dosis Máximo 5 ml + SF hasta 10 ml en total

- Si Laringitis grave:

- Activar SEM para derivación a hospital, mantener oxigenoterapia y posición semiincorporada.
- **Dexametasona** 0,6 mg/kg oral (Dosis máx. 16 mg) y **Adrenalina nebulizada**: 0,5 mg/kg
 - *Fortecortin*® o *Dexametasona EFG*® 4 mg/ml solución inyectable. **Administrado vía oral.**
 - *Fortecortin*® o *Dexametasona EFG*® 40 mg/5 ml solución inyectable. **Administrado vía oral.**

Adrenalina amp (1/1000) 1 ml =1 mg **Adrenalina nebulizada 0,5 ml/ kg/ dosis** Máximo 5 ml + SF hasta 10 ml

Alternativa a la dexametasona: **Budesonida inhalada** (2 mg sin diluir). Tiene una eficacia similar a la dexametasona oral. Es más cara, el efecto no es más rápido.

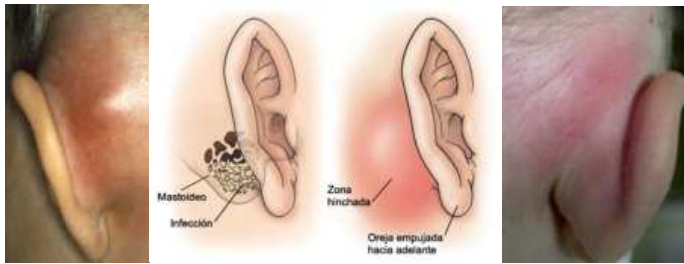
Budesonida EFG® o *Pulmicort*® 0,25 mg/ml suspensión para nebulización ampolla 2 ml (2 mg = 4 ampollas).

Budesonida EFG® o *Pulmicort*® 0,50 mg/ml suspensión para nebulización ampolla 2 ml (2 mg = 2 ampollas).

Administrar dexametasona y budesonida conjuntamente, no tiene mejor resultado que cada una de ellas por separado.

Linfangitis aguda bacteriana. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Mastoiditis



Infección de las celdillas mastoideas causada por la extensión de una otitis media aguda. Es la complicación intratemporal más frecuente secundaria a otitis media aguda (especialmente si está causada por *Staphylococcus aureus*).

El grupo etario más afectado son los lactantes de 6 a 24 meses con un predominio en varones (2:1).

Clínica: celulitis en el área mastoidea y protrusión secundaria del pabellón auricular. Habitualmente se acompaña de fiebre, cefalea y coexisten signos o síntomas de otitis media. Tras la inflamación inicial de la mucosa mastoidea el cuadro puede progresar hacia una fase de destrucción de las celdillas óseas. Ante esta situación, existe el riesgo de desarrollar abscesos subperiósticos o mastoiditis crónica.

Tratamiento: **Es una enfermedad, potencialmente grave, que siempre debe derivarse al hospital.**

Micosis

Candidiasis cutáneo-mucosa

• Candidiasis genital



Localización: glande, vulva, vagina

Tratamiento tópico es el de elección. Infecciones no complicadas

• Clotrimazol

crema 1%, spray 1%, polvo 1% cada 8-12 horas hasta 2 días después de desaparecer los síntomas

Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, Canesten 10 mg/g crema®, Canesten 10 mg/g polvo cutáneo®, Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®.

crema vaginal 2% 1 aplicación cada 24 horas (noche) durante 3 días

Clotrimazol gine-canemed 20 mg/g crema vaginal EFG®, Gine-canesten 20 mg/g crema vaginal®

comprimidos vaginales 100 mg. 1 comp al día (noche) durante 6 días. Si mala respuesta 12 d

Clotrimazol gine-canemed 100 mg comprimidos vaginales EFG®, Gine-canesten 100 mg comprimidos vaginales®

comprimidos vaginales 500 mg. 1 comp al día (noche) dosis única. Puede repetirse si es necesario

Clotrimazol gine-canemed 500 mg comprimido vaginal EFG®, Gine-canesten 500mg comprimido vaginal®

• Ciclopirox olamina crema vaginal 1%. 1 aplicación al día (noche) durante 6-14 días.

Ciclochem vaginal®

Las cremas vaginales se pueden usar para tratar la balanitis candidiásica.

Tratamiento sistémico: adolescentes con vulvovaginitis o balanitis

• Fluconazol Dosis 3-6 mg/kg/día Dosis única. Dosis máx. 150 mg/día.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150 mg®

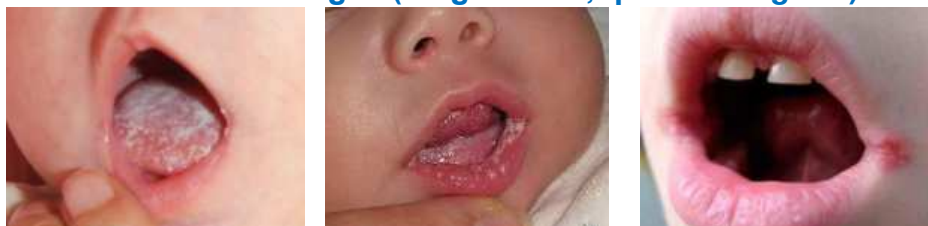
Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

•Candidiasis orofaríngea (muguet oral, queilitis angular)



• Miconazol gel oral 2%. 1 aplicación cada 6 horas hasta 2 días después de la desaparición de las lesiones.

Daktarin® 20mg/g gel oral

• Nistatina . Mycostatin® 100.000 UI/ml solución oral®

RN y bajo peso: 1 ml cada 6 horas

- <1 año: 2,5 ml cada 6 horas
- > 1 años: 2,5-5 ml cada 6 -12 horas. Hasta 2-7 días de la resolución de los síntomas

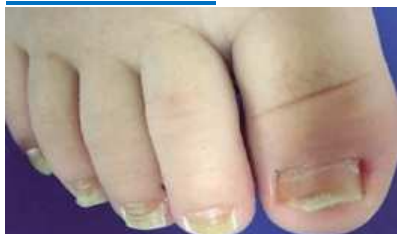
• Intértrigo candidiásico



- 1.-Mantener la zona limpia, seca y lo más aireada posible
- 2.- Sustancias astringentes. En casos leves inicialmente:
 - **Permanganato potásico 1/10.000.** Cada 12 horas en gasa empapada. Dejar 5 min.
 - **Sulfato de Zn 1/1.000.** Cada 12 horas. Fórmula magistral o *Septomida spray®*.
- 3.- Tratamiento tópico (crema, solución, spray, polvo).
 - **Clotrimazol** crema 1%, spray 1%, polvo 1%. Cada 8-12 horas durante 3-4 semanas. Se aplica en la zona afectada y hasta 2 cm por fuera.
Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, Canesten 10 mg/g crema®, Canesten 10 mg/g polvo cutáneo®, Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®.
 - **Miconazol** crema 2%, solución. Cada 12-24 horas durante 3-4 semanas.
Daktarin crema®, Fungisdin 8,7 mg/ml solución para pulverización cutánea®
 - **Terbinafina** crema 1%, spray 1%. 1 aplicación al día durante 1-2 semanas.
Lamisil 10 mg/g crema®, Terbinafina 10 mg/g EFG crema®, Lamisil 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®,
 - **Ketoconazol** crema 2%. Cada 24 horas durante 2-3 semanas.
Fungarest 20 mg/g crema®, Ketoisdin 20 mg/g crema®, Ketoconazol 20 mg/g crema EFG®.
- 4.-Tratamiento sistémico. En casos extendidos, inmunodeprimidos.
 - **Fluconazol** Dosis 6-12 mg/kg/ día cada 24 horas durante 3 semanas.
Diflucan 10 mg/ml® solución oral, Diflucan 40 mg/ml® solución oral, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).
Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.
Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.
Múltiples interacciones farmacológicas.

Onicomycosis



Etiología: cándidas, dermatofitos.

- 1.-Tratamiento tópico: afectación inferior 50% de la uña, sin afectación de matriz ungueal, pocas uñas afectadas.
 - **Ciclopirox olamina 8% laca.** 1 aplicación /48 h el primer mes, 2/sem el 2º mes, 1/sem a partir del 3er mes. Máximo 6 meses.
- 2.-Tratamiento sistémico y tópico. Elección
 - **Terbinafina:** 6 semanas en las manos y 12 en los pies.
 - <20 kg: 62,5 mg/día
 - 20-40 kg: 125 mg/día
 - >40 kg: 250 mg/ día

***Precaución: si hepatopatía

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, exantema, prurito, urticaria, elevación asintomática de transaminasas.

• **Fluconazol** 3-5 mg/kg /día en dosis única

Candidas 16-24 semanas.

Dermatofitos 12-16 semanas en uñas de las manos y 18-26 semanas en los pies.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

***Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

• **Itraconazol** cápsulas 100 mg. Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 3-5 mg/kg/día en dosis única.

Cándida 3-6 meses.

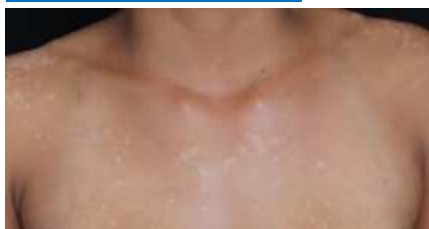
Dermatofitos: 8 semanas en las manos y 12 en los pies.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

***Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas.

Pitiriasis versicolor



Etiología: *Malassezia*

Gran tendencia a la recurrencia incluso tras tratamiento exitoso.

Tratamiento:

. Antifúngicos tópicos: tratamiento de **elección**

- **Ketoconazol** crema 2%: cada 24 horas durante 2-3 semanas.

Fungarest 20mg/g crema®, Ketoisdin 20 mg/g crema®, Ketoconazol 20 mg/g crema EFG®

- **Terbinafina** crema 1%, spray 1%: cada 24 horas durante 2 semanas.

Lamisil 10mg/g crema®, Terbinafina 10 mg/g EFG crema®, Lamisil 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®

- **Ciclopirox olamina** crema 1%, spray 1%: cada 12 horas durante 1-2 semanas mínimo. Pero 3-4 sem para evitar recaídas.

Fungowas crema dermatológica®, Micalast 10 mg/g crema®, Ciclochem crema®, Fungowas solución dermatológica®.

. Antifúngicos sistémicos: reservados para casos recurrentes, muy extensos o que no responden al tratamiento tópico.

- **Fluconazol** 6 mg/kg/dosis, 1-2 veces a la semana, durante 2-4 semanas.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg. Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 3-5 mg/kg/día en dosis única durante 5-7 días.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas.

Prevención

Tratamiento profiláctico tópico con

- **Ketoconazol** champú 2%: 1 aplicación en todo el cuerpo durante 10 minutos cada mes.
- **Sulfuro de selenio al 2,5%** champú 1 aplicación al día (dejar 10 min.) durante 1-2 semanas. Mal olor y reseca la piel.

Tratamiento profiláctico sistémico con

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg. Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).
Dosis 3-5 mg/kg/día cada 12 horas durante 1 mes.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

En casos recurrentes, sobre todo, en tiempo cálido y húmedo.

Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas.

Tiña o dermatofitosis: corporis, pedis, capitis

DEL CUERPO (CORPORIS) o de la piel sin pliegues



- Tiña inflamatoria de la piel lampiña o granuloma de Majocchi



Pústulas o pápulas perifoliculares escamosas y nódulos confluentes anulares por invasión de la dermis, el tejido subcutáneo y los folículos pilosos. Frecuente en extremidades inferiores, adolescentes tras depilaciones o afeitados y en inmunodeprimidos.

- Tiña inflamatoria. Similar al querion del cuero cabelludo
- Tiña incógnita o atípica

Tratamiento tópico:

Indicaciones:

Tiña corporal superficial y poco extendida.

- **Clotrimazol** crema 1%, spray 1%, polvo 1%. Cada 8-12 horas durante 3-4 semanas. Se aplica en la zona afectada y hasta 2 cm por fuera.

Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, Canesten 10 mg/g crema®, Canesten 10 mg/g polvo cutáneo®, Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®.

- **Miconazol** crema 2%, solución. Cada 12-24 horas durante 2-4 semanas.

Daktarin crema®, Fungisdin 8,7 mg/ml solución para pulverización cutánea®

- **Terbinafina** crema 1%, spray 1%. 1 aplicación al día durante 1-2 semanas.

Lamisil 10 mg/g crema®, Terbinafina 10 mg/g EFG crema®, Lamisil 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®.

- **Ketoconazol** crema 2%. Cada 24 horas durante 2-3 semanas.

Fungarest 20 mg/g crema®, Ketoisdin 20 mg/g crema®, Ketoconazol 20 mg/g crema EFG®.

Tratamiento sistémico:

Indicaciones.

- . Granuloma de Majocchi y la tiña inflamatoria siempre.
- . Tiña corporis extensa o recidivante.

- **Terbinafina:** máximo 6 semanas

<25 kg: 125 mg/día
 25-35 kg: 187,5 mg/día
 >35 kg: 250 mg/ día

***Precaución: si hepatopatía

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, exantema, prurito, urticaria, elevación asintomática de transaminasas.

- **Fluconazol** 6 mg/kg/dosis, cada 24 horas durante 2-4 semanas.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

***Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg. Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 3-5 mg/kg día en dosis única durante 7 días.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

***Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Griseofulvina micronizada.** No comercializada en España en el momento actual.

INGUINAL (TINEA CRURIS) O de grandes pliegues



Tratamiento tópico:

Indicaciones: Tiña pedis superficial y poco extendida.

- **Clotrimazol** crema 1%, spray 1%, polvo 1%. Cada 8-12 horas durante 3-4 semanas. Se aplica en la zona afectada y hasta 2 cm por fuera.

Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, Canesten 10 mg/g crema®, Canesten 10 mg/g polvo cutáneo®, Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®

- **Miconazol** crema 2%, solución. Cada 12-24 horas durante 2-4 semanas.

Daktarin crema®, Fungisdin 8,7 mg/ml solución para pulverización cutánea®

- **Terbinafina** crema 1%, spray 1%. 1 aplicación al día durante 1-2 semanas.

Lamisil 10 mg/g crema®, Terbinafina 10 mg/g EFG crema®, Lamisil 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®

- **Ketoconazol** crema 2%. Cada 24 horas durante 2-3 semanas.

Fungarest 20 mg/g crema®, Ketoisdin 20 mg/g crema®, Ketoconazol 20 mg/g crema EFG®

Tratamiento sistémico:

Indicaciones: Tiña pedis extensa o recidivante.

- **Terbinafina:** máximo 6 semanas

<25 kg: 125 mg/día
 25-35 kg: 187,5 mg/día
 >35 kg: 250 mg/ día

***Precaución: si hepatopatía

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, exantema, prurito, urticaria, elevación asintomática de transaminasas.

- **Fluconazol** 6 mg/kg/dosis, cada 24 horas durante 2-4 semanas.

Diflucan 10 mg/ml®, *Diflucan 40 mg/ml*®, *Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras*®

***Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg.

Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 3-5 mg/kg/día en dosis única durante 7 días.

Sporanox 100 mg cápsulas®, *Canadiol 100 mg cápsulas*®, *Itraconazol EFG 100 mg cápsulas*®

***Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Griseofulvina micronizada**. No comercializada en España en el momento actual.

PEDIS



Tratamiento

- **Clotrimazol** crema 1%, spray 1%, polvo 1%. Cada 8-12 horas durante 3-4 semanas. Se aplica en la zona afectada y hasta 2 cm por fuera.

Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, *Canesten 10 mg/g crema*®, *Canesten 10 mg/g polvo cutáneo*®, *Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea*®.

- **Miconazol** crema 2%, solución. Cada 12-24 horas durante 2-4 semanas.

Daktarin crema®, *Fungisdin 8,7 mg/ml solución para pulverización cutánea*®

- **Terbinafina** crema 1%, spray 1%. Cada 12 horas durante 2 semanas.

Lamisil 10 mg/g crema®, *Terbinafina 10 mg/g EFG crema*®, *Lamisil 10 mg/ml solución para pulverización cutánea*®,

- **Ketoconazol** crema 2%. Cada 24 horas durante 2-3 semanas.

Fungarest 20 mg/g crema®, *Ketoisdin 20 mg/g crema*®, *Ketoconazol 20 mg/g crema EFG*®.

CAPITIS



La infección del cuero cabelludo causa caída del pelo, descamación y varios grados de respuesta inflamatoria. El pelo se puede arrancar sin resistencia ni dolor.

Tipos:

Tiña capitis no inflamatoria (tonsurante o seborreica). Alopecia, descamación y prurito, aunque los síntomas pueden ser mínimos. Con varios patrones:

Tiña de placas grises (microspórica): forma más frecuente en nuestro medio. Parches de alopecia circunscrita con eritema variable, descamación importante y pelos rotos. Esporas que recubren los pelos (invasión ectothrix) que dan coloración grisácea. Frecuente a nivel occipital.

Tiña de puntos negros (tricrofítica): placas alopécicas poligonales con márgenes digitales con o sin descamación y puntos negros (pelos frágiles rotos a la salida del folículo piloso (invasión endotrix). Puede haber pelos normales en las placas. Pueden desarrollarse pústulas o nódulos).

Tiña con descamación difusa del cuero cabelludo, con o sin eritema y sin áreas claras de alopecia.



Tratamiento tópico:

- **Ciclopirox olamina** champú 1%. Aplicar en el cuero cabelludo durante 5 minutos, después aclarar. 2-3 veces por semana durante 2-4 semanas.
- **Ketoconazol champú** 2%. Aplicar en el cuero cabelludo durante 5 minutos, después aclarar. 2-3 veces por semana durante 2-4 semanas.

Tratamiento sistémico si no respuesta al tratamiento tópico.

- **Fluconazol** 5 mg/kg/dosis única diaria durante 3-6 semanas.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

***Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg.

Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 5-8 mg/kg/día en dosis única durante 4-6 semanas.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

***Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas. Recaídas frecuentes

Tiña capitis inflamatoria o querion de Celso: Por infección profunda del cuero cabelludo. Placas inflamadas, pústulas, costras gruesas y forúnculos. Secreción purulenta. Posible alopecia cicatricial.



Tratamiento sistémico:

- **Fluconazol** 5 mg/kg/dosis única diaria durante 3-6 semanas.

Diflucan 10 mg/ml®, Diflucan 40 mg/ml®, Diflucan 50, 100, 150, 200 mg cápsulas duras®

***Precaución: si hepatopatía (hepatotoxicidad), neonatos (acidosis metabólica).

Efectos adversos frecuentes: trastornos gastrointestinales, hepatobiliares, exantema, cefalea, hipopotasemia, insomnio, somnolencia.

Ajustar dosis si: insuficiencia renal y hepática.

Múltiples interacciones farmacológicas.

- **Griseofulvina micronizada.** No comercializada en España en el momento actual.

- **Itraconazol** cápsulas 100 mg.

Solución oral 100 mg/ml (no comercializada en España en el momento actual).

Dosis 5-8 mg/kg día en dosis única durante 4-6 semanas.

Sporanox 100 mg cápsulas®, Canadiol 100 mg cápsulas®, Itraconazol EFG 100 mg cápsulas®

***Precaución: niños con disfunción ventricular, enfermedad hepática y neonatos.

Múltiples interacciones farmacológicas. Recaídas frecuentes.

Tratamiento del dolor: con analgésicos habituales.

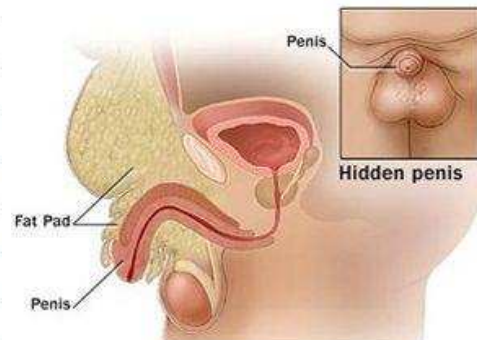
Micropene



Pene con una configuración normal con al menos 2,5 DE por debajo de las medidas normales (tabla 1). Se debe diferenciar del *pene oculto* o *enterrado* (eje y longitud son normales pero está cubierto y oculto por excesiva grasa a nivel suprapúbico y abdominal).

Tabla 1. Longitud del pene [cm] según la edad

Edad	Media +/- DE	Media -2,5 DE
RN a término	3,5 +/- 0,4	2,4
6 meses	3,9 +/- 0,8	1,9
6-12 meses	4,3 +/- 0,8	2,3
1-2 años	4,7 +/- 0,8	2,6
2-3 años	5,1 +/- 0,9	2,9
3-4 años	5,5 +/- 0,9	3,3
4-5 años	5,7 +/- 0,9	3,5
5-6 años	6,0 +/- 0,9	3,8
6-7 años	6,1 +/- 0,9	3,9
7-8 años	6,2 +/- 0,9	3,7
8-9 años	6,3 +/- 1,0	3,8
9-10 años	6,3 +/- 1,0	3,8
10-11 años	6,4 +/- 1,1	3,7
Adulto	13,3 +/- 1,6	9,3



Molluscum contagioso



Pápulas y/o nódulos de color de la piel con una umbilicación central. Puede estar rodeada de un halo de eccema (dermatitis por molusco) por reacción de hipersensibilidad al antígeno viral.

Localización: cualquier parte de la piel. Es muy raro en palmas y plantas.

Asociado con mucha frecuencia a dermatitis atópica o inmunosupresión.

Tratamiento:

Ninguna opción de tratamiento es más eficaz que las otras.

1.- Esperar y ver.

2.- **Hidróxido de potasio (KOH)**. Alcali que penetra y destruye la piel disolviendo la queratina. En concentraciones entre el 5-20% con 1-2 aplicaciones al día.

Molutrex solución®. Hidróxido potásico 5%.

Molusk solución cutánea®. Hidróxido potásico 10%.

Molusinkid gel®. Hidróxido potásico 10%. Aplicar 1 vez al día.

3.-Curetaje. Puede dejar cicatriz.

4.-Expresión manual o extrusión. Remover de forma manual el núcleo umbilicado. Se puede realizar con diferentes instrumentos (bisturí, lanceta, aguja, portaobjetos, pinza o las manos). Puede dejar cicatriz.

Mordeduras, picadas y heridas punzantes. Profilaxis antibiótica, antitetánica, antirrábica

Mordeduras humanas y por animales domésticos



Una mordedura humana puede requerir: Profilaxis antibiótica, antitetánica, frente a VIH y VHB.

Una mordedura por animales puede requerir: Profilaxis antibiótica, antitetánica y antirrábica.

Indicación de profilaxis antibiótica en mordeduras y heridas punzantes:

- . Mordedura humana (*Streptococcus anginosus*, *S. aureus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*).
- . Mordedura de gato (*Pasteurella multocida*, *Pasteurella septica*, *Corynebacterium*, *Bartonella henselae*).
- . Mordedura de perro (*Pasteurella canis*, *Capnocytophaga canimorsus*) en las manos, pies, cara, cuello, región genital o con retraso en atención >8 horas.
- . Heridas punzantes profundas con gran contaminación o tejido desvitalizado (*S.aureus*, *estreptococos betahemolíticos*, *anaerobios*, *Pseudomona aeruginosa*).
- . Heridas con aplastamiento, edema o que requieran desbridamiento.
- . Heridas con afectación de tendones, músculos o articulaciones. Compromiso vascular o linfático.
- . Heridas con fracturas subyacentes.
- . Enfermedad de base: inmunosupresión, asplenia, riesgo de endocarditis, neuropatía crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus.

Profilaxis en mordeduras humanas, perro y gato/ heridas punzantes <7 días de evolución:

- . Primera elección: * **Cefadroxilo** 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef® 500mg*, *Cefadroxilo EFG® 500 mg cápsulas*.
- . • **Amoxicilina-ácido clavulánico** 40-60 mg/kg/día cada 8 horas durante 7 días. Dosis máx. 1 g/día.
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
- . Si alergia penicilina sin anafilaxia: **Cefadroxilo** 30 mg/kg/día cada 12 horas 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día,
Duracef® 250 mg/5 ml, *Duracef® 500 mg*, *Cefadroxilo EFG® 500 mg cápsulas*.
- . Si alergia penicilina con anafilaxia: **Trimetoprima/ sulfametoxazol** 6/30 mg/kg/día dividido /12 horas + **clindamicina** 20-30 mg/kg/día c/8h (máx 300 mg/dosis) vo durante 7-10 días.
TMP-SMX 8-12 mg/kg/día de TMP 2 dosis/día.
Seprin pediátrico® 8 mg/40 mg/ml® suspensión oral, *Seprin pediátrico® 8 mg/100 mg comprimidos*, *Seprin® 80 mg/400 mg comprimidos*.
Clindamicina 20-30 mg/kg/día cada 8 horas.
Dalacin® 150 mg, 300 mg cápsulas duras, *Clinamicina EFG® 150 mg*, 300 mg cap.

Indicación de Vacunación o inmunoglobulina antitetánica (protocolo SEUP):

Situación vacunas	Herida limpia	Herida tetanígena	
	Vacuna Td	Vacuna Td	Inmunoglobulina antitetánica
No vacunado <3 dosis Desconocida	1 dosis (completar pauta de vacunación)	1 dosis (completar pauta de vacunación)	Si
3 o 4 dosis	No necesaria (1 dosis si >10 años de última dosis)	No necesaria (1 dosis si >5 años de última dosis)	Solo en heridas de alto riesgo
≥5 dosis	No necesaria	No necesaria (valorar dosis única adicional si >10 años de última dosis)	Solo en heridas de alto riesgo

Indicación de tratamiento post probable exposición de rabia. Consecuentemente se deberá derivar a Hospital para manejo (tabla SEUP):

Tipo de animal	Estado salud del animal	Tratamiento
Animal confirmado ^a	No procede	Completo
Animal probable ^b Animal posible: Indicios de importación ilegal Antecedente de viaje a zona endémica	No procede	Completo*
Murciélago	No procede	Completo*
Perro o gato doméstico sobre el que no concurren circunstancias anteriores	Sano y vacunado	Ninguno salvo cambios en el animal
Perro o gato doméstico sobre el que no concurren circunstancias anteriores	No vacunado	Ninguno salvo observación con resultado positivo** Completo en Ceuta y Melilla
Animal no disponible que no es un murciélago sobre el que no concurren las circunstancias anteriores	No procede	Ninguno salvo observación con resultado positivo** Completo en Ceuta y Melilla
Cualquier otro mamífero	Sano	Ninguno salvo circunstancias que indiquen lo contrario o informe positivo del laboratorio. Completo en Ceuta y Melilla

Profilaxis frente a VIH y VHB. Las indicaciones postexposición se establecerán cuando:

- Indicación frente VIH: si un niño VIH negativo muerde a una persona VIH+ o es mordido por una persona VIH+ con pérdida de integridad de la piel.
 - 28 días de duración, preferentemente en las primeras 6 horas tras la exposición y siempre en las primeras 72 horas.
 - <12 años: emtricitabina + zidovudina + lopinavir potenciado con ritonavir;
 - >12 años: tenofovir + emtricitabina + raltegravir.
- Indicación posexposición VHB: niño no correctamente vacunado o con serología (anti-HBs) negativa. Administrar vacuna e inmunoglobulina específica frente VHB en las primeras 72 horas.

Mordedura de serpientes (culebra, víbora)



Las características que se describen a continuación son solo para especies de la Península Ibérica.

Mordedura de culebra: Raramente inoculan veneno y, de hacerlo, es poco tóxico. Clínica: síntomas locales leves, como parestesias y edema local.

Mordedura de víbora: La mayoría de síntomas son locorreionales, raramente serán sistémicos y si los hay no suelen ser graves. Si los síntomas son graves aparecen desde el inicio y la severidad se instaura en 12-24 horas.

El primer síntoma es el dolor intenso seguido de edema a los 10 minutos. La ausencia de síntomas a las 4 horas suele ser por falta de inoculación de veneno (mordida seca). La evolución del edema y la presencia de síntomas sistémicos se utilizan para clasificar la gravedad.

Clasificación y manejo de la gravedad de envenenamiento por mordedura de serpiente (Audebert)				
	Grado 0 Mordedura seca	Grado 1 Leve	Grado 2 Moderado	Grado 3 Grave
Síntomas locales	Escasos Dolor limitado	Moderados Inflamación local	Todo el miembro	Sobrepasan la extremidad
Síntomas sistémicos	Ausentes	Ausentes	Vómitos, diarrea, hipotensión	Shock Alteración conciencia
Alteración analítica	No	No	Leucocitosis Trombopenia Aumento TP	Rabdomiólisis Coagulopatía grave Insuficiencia renal
Suero antiofídico	No	No	Sí	Sí
Actitud	Observación 6 h Tratamiento local	Observación 24 h Tratamiento local	Ingreso Tratamiento local Analgésicos Antihistamínicos	Ingreso UCI Soporte vital

Tratamiento

- Elevación de la extremidad.
- Desinfección de la zona.
- Crioterapia (hielo) no directa.
- Analgesia si precisa.
- Profilaxis antitetánica si está indicada.
- Profilaxis antibiótica: no es efectiva. Sólo si hay necrosis o infección en la zona.

Amoxicilina-clavulánico 40-50 mg/kg/día VO cada 8 horas durante 7 días. Dosis máx. 1 g/día.

Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.

Si alergia a penicilina sin anafilaxia: **Cefixima** 8 mg/kg/día 1 dosis/día

Denvar® 100 mg/5 ml suspensión oral 8 mg: **0,4 ml/kg** cada 24 horas.

Denvar® 200, 400 mg cápsulas.

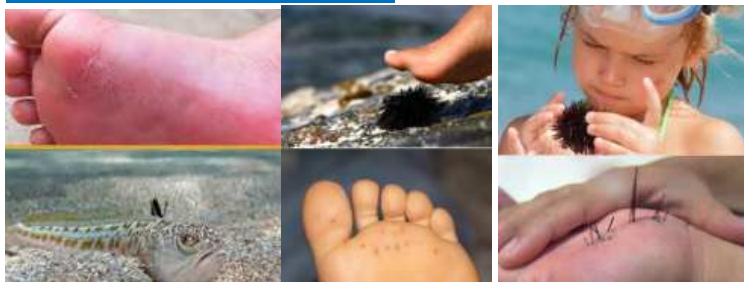
Derivar al Hospital si :

- Presencia de síntomas sistémicos.
- Pacientes de riesgo (niños pequeños, enfermedades crónicas, mordedura en cara y cuello).
- Edema importante en la zona de mordedura (ej. > 50% en una extremidad).

En los 3 casos anteriores, junto con alteraciones analíticas proinflamatorias y trombogénicas, pueden ser tributarios de administración de suero antiofídico.

Los niños son pacientes de alto riesgo por su menor peso corporal. Tendrán mayor concentración de veneno en sangre, y por tanto, mayor gravedad.

Picaduras de pez araña y erizo



Tratamiento

- retirada de espina o aguijón.
- lavado con agua salada y desinfección local.
- sumergir la zona afectada en agua marina caliente durante 30-60 minutos para disminuir el dolor.
- analgésicos sistémicos (paracetamol o ibuprofeno) .

Picadura de medusa



Tratamiento:

- no rascar.
- lavar con **agua marina**, nunca agua dulce.
- quitar restos o trozos con pinzas.
- para aliviar el dolor:
 - aplicar frío durante 15 minutos sin frotar.
 - analgesia farmacológica (**paracetamol o ibuprofeno**).
- antihistamínicos: **Dexclorfeniramina: Polaramine®** 0,4 mg/ml jarabe. 2-6 años 1,25 ml, 6-12 años 2,5 ml, >12 años 5 ml cada 6-8 horas.

Derivación hospitalaria: si aparición de náuseas, vómitos, mareo, calambres musculares, cefalea o malestar generalizado.

Picadura de insectos: mosquito, abeja, avispa, garrapata, chinche, araña, hormiga



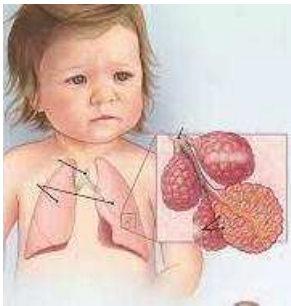
Tratamiento:

- lavado de la piel con agua y jabón sin romper ampollas o vesículas.
- extraer cuerpos extraños (aguijón) mediante pinzas o raspado, nunca mediante succión o manos.
- lociones de calamina o amoníaco cada 8 horas: para disminuir el prurito local, irritación y neutralizar el veneno.
 - Calamina:** *Talquistina®* loción, *Caladryl®*, *Kefus®* loción de calamina.
 - Amoniaco:** *After Bite® Classic Pluma*, *Roll On post picaduras Goipic® con amoniaco*.
- Corticoides tópicos:
 - Hidrocortisona** buteprato 1 mg/g (*Nutrasona crema®*) cada 12 horas x 3-5 días.
 - Metilprednisolona** aceponato 1 mg/g (*Adventan® o Lexxema® crema*) cada 24 horas x 3-5 días.

- antihistamínicos: **Dexclorfeniramina**: *Polaramine*® 0,4 mg/ml jarabe. 2-6 años 1,25 ml, 6-12 años 2,5 ml, >12 años 5 ml cada 6-8 horas. *Polaramine*® 2 mg comp.
- Advertencia si después de 7-30 días de picadura de garrapata aparece: fiebre, exantema o adenopatías **necesitará:**
 - < 8 años: **Amoxicilina** 50 mg/kg/día cada 12 horas durante 14 días.
Amoxicilina EFG® 250 mg/5 ml solución oral. 50 mg: **0,5 ml/kg** cada 12 horas
 - > 8 años: **Doxiciclina** 2-4 mg/kg/día c/12 horas VO durante 14 días. Dosis máx. 200 mg/día.
Vibracina® 10 mg/ml suspensión oral. 4 mg: **0,2 ml/ kg** cada 12 horas
Vibracina® 100 mg cápsulas, *Proderma*® 50, 100, 200 mg cápsulas duras. *Doxiciclina EFG*® 100 mg comprimidos.

Muguet. Ver micosis

Neumonía adquirida en la comunidad



- La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) infantil es una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida fuera del entorno hospitalario (el paciente no ha estado hospitalizado en los 7 días previos o, en caso de hospitalización, los síntomas aparecen en las primeras 48 horas).
- La incidencia oscila entre 10 y 40 casos/1000 niños/año, con claras diferencias según la edad. Es mayor en menores de 5 años y la primera causa de mortalidad a nivel mundial en esta franja de edad.
- Los agentes etiológicos más frecuentes de NAC son los virus respiratorios en los niños <4 años, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en los ≥5 años y *Streptococcus pneumoniae* en todas las edades.
- Las vacunas conjugadas frente a *Haemophilus influenzae* tipo b y *Streptococcus pneumoniae* han contribuido a disminuir la incidencia y hospitalización de neumonías de etiología bacteriana; predominan las infecciones víricas y coinfecciones.
- El diagnóstico es clínico. La Rx de tórax es la prueba diagnóstica de elección, pero no es necesaria su realización sistemática en niños previamente sanos, con clínica compatible y que no precisen hospitalización. La ecografía pulmonar es una técnica con alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la NAC y a tener en cuenta en la actualidad.
- El hemograma y otros marcadores de infección aportan información para orientar el patrón de infección (bacteriano o vírico), pero no lo confirman. El diagnóstico etiológico, mediante técnicas microbiológicas, está indicado sólo ante determinadas circunstancias epidemiológicas y en pacientes hospitalizados en situaciones especiales.
- El tratamiento inicial es empírico, basado en los datos clínicos, epidemiológicos y sobre todo en la etiología más probable según la edad. Proponemos un esquema de tratamiento basado en la edad y la gravedad del paciente, lo que también determina el ámbito donde se va a llevar a cabo el tratamiento: atención primaria u hospital.
- No se recomiendan antibióticos ante la sospecha de etiología vírica (muy frecuente en menores de 2-3 años). Si se sospecha etiología bacteriana, la amoxicilina oral en caso de tratamiento ambulatorio, o la ampicilina (o penicilina G sódica) IV, en caso de ingreso hospitalario, son los antibióticos de primera elección para los niños menores de 5 años con neumonía leve/moderada. En los mayores de esta edad, la elección es un macrólido, salvo que presenten una neumonía lobar o derrame pleural, en cuyo caso el tratamiento inicial seguirán siendo los antibióticos betalactámicos antes mencionados.
- La mayoría de los niños sanos se recuperan sin secuelas y no precisan seguimiento.

Guía ABE. Actualización 27/04/2020

Microorganismos causales (niños previamente sanos)		
Grupos de edad	Frecuentes	Menos frecuentes
0 - 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>S. agalactiae</i> • <i>E. coli</i> 	Otras enterobacterias, virus, <i>L. monocytogenes</i> , <i>Enterococcus</i> spp., <i>S. aureus</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>Candida</i> spp.
1 - 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Virus respiratorios • <i>S. pneumoniae</i> 	<i>S. aureus</i> , <i>S. agalactiae</i> , <i>B. pertussis</i> , <i>H. influenzae</i> tipo b, <i>C. trachomatis</i> , enterobacterias, otros virus
4 meses - 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Virus respiratorios • <i>S. pneumoniae</i> 	<i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> tipo b, otros virus
≥5 años	<ul style="list-style-type: none"> • <i>M. pneumoniae</i> • <i>S. pneumoniae</i> • <i>C. pneumoniae</i> 	Virus respiratorios <i>S. pyogenes</i> , <i>M. tuberculosis</i>

Estudios complementarios			
	Evaluación inicial		Situaciones especiales (valorar de forma individualizada)
	Atención primaria	Urgencias hospital / hospitalizados	
Pulsioximetría (gasometría)	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsioximetría 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsioximetría, gasometría 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsioximetría, gasometría
Laboratorio		<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, PrCR, PCT 	<ul style="list-style-type: none"> • Analítica ampliada según la gravedad y situación del paciente • Citoquímica y bioquímica de líquido pleural si toracocentesis
Microbiología		<ul style="list-style-type: none"> • Hemocultivo • Pruebas de detección rápida de antígeno de virus respiratorios (VRS, influenza A y B)² 	<ul style="list-style-type: none"> • Líquido pleural: cultivo, Gram y Ag de <i>S. pneumoniae</i>, <i>S. pyogenes</i> y/o PCR bacteriana si está disponible • Serología • PCR de virus respiratorios y bacterias (<i>M. pneumoniae</i>, <i>Chlamydia</i> spp.) • Ag de <i>Legionella</i> y/o neumococo en orina • Mantoux con/sin IGRA • Cultivo de esputo o aspirado gástrico • Cultivo de aspirado o de LBA

Estudios complementarios			
	Evaluación inicial		Situaciones especiales (valorar de forma individualizada)
	Atención primaria	Urgencias hospital / hospitalizados	
Pruebas de imagen	<ul style="list-style-type: none"> Rx de tórax Ecografía pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> Rx de tórax Ecografía pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> Rx tórax en proyecciones especiales Ecografía pulmonar TC de tórax
Fibrobroncoscopia			<ul style="list-style-type: none"> Fibrobroncoscopia con LBA

Fuente: Úbeda Sansano I, Croche Santander B, Hernández Merino A. Neumonía (v.3.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/04/2020]; Disponible en <https://www.guia-abe.es>.¹³

Tratamiento antimicrobiano ambulatorio		
Edad	Primera elección	Alternativa
0 - 4 semanas	Recomendado tratamiento hospitalario	
1 - 3 meses	Recomendado tratamiento hospitalario	
4 meses - 4 años	Sospecha de etiología vírica: no recomendado	
	Sospecha de neumonía típica: <ul style="list-style-type: none"> Vacunados correctamente frente a <i>H. influenzae</i> tipo b: amoxicilina 80 mg/kg/día cada 8h VO No vacunados correctamente frente a <i>H. influenzae</i> tipo b o co-infección gripal: amoxicilina-clavulánico 80 mg/kg/día cada 8h VO (formulación 8:1) 	<ul style="list-style-type: none"> Alérgicos a betalactámicos con hipersensibilidad tipo I (anafilaxia): macrólidos: azitromicina 10 mg/kg/día 3 días , claritromicina 15 mg/kg/día en 2 dosis 7 días, VO. Alérgicos a betalactámicos sin hipersensibilidad tipo I: cefuroxima 30 mg/kg/día cada 12h VO Si mala respuesta al tratamiento inicial en 48-72 h y no existen criterios de ingreso hospitalario: asociar o cambiar a macrólidos
	Sospecha de neumonía atípica: azitromicina VO 10 mg/kg/día 3 días	Claritromicina VO 15 mg/kg/día en 2 dosis 7 días.
≥ 5 años	Sospecha de neumonía atípica: azitromicina VO 10 mg/kg/día 3 días	Claritromicina VO 15 mg/kg/día en 2 dosis 7 días.
	Sospecha de neumonía típica: amoxicilina VO 10 mg/kg/día 3 días	Ídem a <5 años

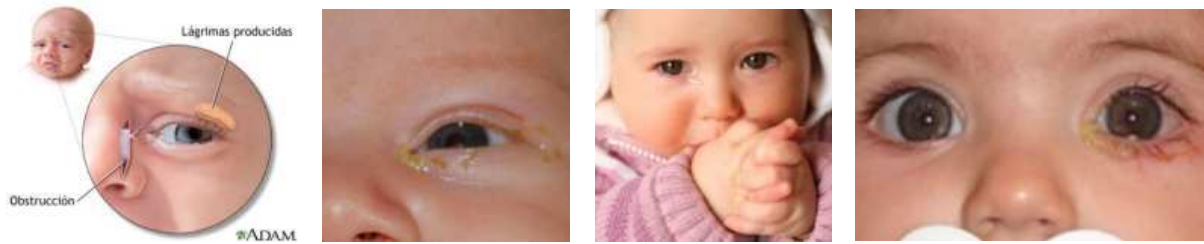
Indicaciones de derivación a hospital y/o ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> Edad <6 meses Apariencia de enfermedad grave: cianosis, aspecto séptico, inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de conciencia, deshidratación, convulsiones... Aumento del trabajo respiratorio: taquipnea (FR normal: RN a 3 meses: 30-60 rpm; 3 m a 2 años: 24-40 rpm; preescolar: 22-34 rpm; escolar: 18-30 rpm; adolescente: 12-16 rpm) o tiraje importante. Sat O₂ <92 %. Patología de base (neuromuscular, cardiopatía, fibrosis quística, inmunodeficiencia, encefalopatía...). Vómitos o intolerancia a los líquidos, que dificulten el tratamiento por vía oral.

Indicaciones de derivación a hospital y/o ingreso hospitalario

- Detección de derrame pleural en la radiografía o ecografía.
- Sospecha de un microorganismo no habitual.
- Mala respuesta al tratamiento antibiótico empírico inicial: persistencia de la fiebre a las 48 h, incremento de la dificultad respiratoria, el niño se encuentra decaído o agitado.
- Dudas en la cumplimentación terapéutica.
- Problema social o incapacidad familiar para garantizar los cuidados generales, cumplimiento terapéutico y vigilancia eficaz.

Fuente: Úbeda Sansano I, Croche Santander B, Hernández Merino A. Neumonía (v.3.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/04/2020]; Disponible en <https://www.guia-abe.es>.¹³

Obstrucción conducto lacrimo-nasal congénito



Es una obstrucción en el drenaje de la lágrima desde su formación a nivel ocular a su desembocadura en la nasofaringe a través del conducto lacrimonasal. Suele ser una obstrucción a nivel de una válvula "situada al final del conducto". Es la anomalía lagrimal más frecuente, presente hasta en un treinta por ciento de los recién nacidos.

Clínica: lagrimeo continuo (epífora), aspecto húmedo y vidrioso, que suele aparecer entre la 2-3ª semana de vida. Secreción (legañas) sin enrojecimiento ocular. Secreción de moco o moco-pus al apretar el saco lagrimal. Aspecto pestañas pegadas al despertar. Si hay una infección de vías respiratorias altas el lagrimeo y la secreción aumentan.

Complicaciones: dermatitis, conjuntivitis por sobreinfección, infección del saco lagrimal (dacriocistitis) que cursa con dolor, enrojecimiento e inflamación a nivel inferior del ángulo interno del ojo.

Diagnóstico clínico

Tratamiento conservador: Masaje drenante del saco lagrimal y limpieza de secreciones varias veces al día.

Tratamiento por oftalmólogo: sondaje de la vía lagrimal en quirófano bajo anestesia. Es resolutivo en la mayoría de los casos.

La mayoría se resuelve espontáneamente antes de los 12 meses. Derivación a oftalmólogo a los 9-12 meses para sondaje.

Antibiótico ocular si conjuntivitis secundaria:

Tobramicina: *Tobrex colirio®*: 1 gota cada 6 horas durante 7 días.

Polimixina B, neomicina, gramicidina: *Oftalmowell colirio®*: 1 gota cada 6 horas durante 7 días.

Onfalitis

Onfalitis neonatal



Infección del ombligo y los tejidos que lo rodean. Típica del periodo neonatal (primera semana de vida).

Clínica: cursa con induración, eritema, mal olor y dolor de la piel periumbilical, asociado o no a exudado purulento de la base del ombligo.

Incidencia: países desarrollados en torno al 0,7%. Países en vía de desarrollo 6%. Afecta por igual a ambos sexos.

Factores de riesgo: bajo peso al nacer, trabajo de parto prolongado, rotura prematura de membranas, corioamnionitis y el cateterismo umbilical, pero sobre todo los partos domiciliarios y el cuidado inapropiado del cordón.

Puede aparecer clínica sistémica (alteración del control térmico, irritabilidad o letargia, vómitos o afectación del estado general) que suele sugerir la presencia de complicaciones.

Las complicaciones son poco frecuentes pero graves: sepsis neonatal, trombosis portal, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal y fascitis necrotizante.

Diagnóstico: clínico, siendo los signos más característicos el exudado purulento junto con el eritema periumbilical.

Tratamiento: **derivación inmediata a urgencias hospitalarias**. La permeabilidad de los vasos umbilicales durante el primer mes de vida puede provocar **sepsis grave**.

Onfalitis no neonatal



La onfalitis es la inflamación o infección del ombligo.

Etiología: falta de higiene, roce de prendas de vestir, botones, piercing. Por lo que la infección puede ser bacteriana, micótica o producir una dermatitis de contacto sobreinfecta.

Clínica: enrojecimiento, inflamación, calor, mal olor, secreción de líquido seroso o pus.

Tratamiento:

-Adecuada higiene.

-Antibióticos tópicos y/o antimicóticos y/o corticoides, según etiología. En casos leves.

- **Ácido fusídico** cada 8 horas durante 7-10 días. Fucidine® 20 mg/g crema, *Ácido fusídico Isdin*® 20 mg/g crema.
- **Mupirocina** cada 8 horas durante 7-10 días. *Bactroban*® 20 mg/g pomada, *Plasimine*® 20 mg/g pomada, *Mupirocina EFG*® 20 mg/g pomada.

- **Clotrimazol** crema 1%, spray 1%, polvo 1%. Cada 8-12 horas durante 2-3 semanas. Se aplica en la zona afectada y hasta 2 cm por fuera.
Clotrimazol canesmed 10 mg/g crema EFG®, Canesten 10 mg/g crema®, Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea®.
- **Hidrocortisona buteprato** cada 12-24 horas durante 4-7 días. *Nutrasona® crema 1 mg/g.*

-Antibióticos sistémicos si persistencia de la clínica tras el tratamiento tópico o en casos graves.

- **Amoxicilina-clavulánico** 40-60 mg/kg/día cada 8 horas durante 7-10 días.
Augmentine® (100 mg/ml) suspensión, Augmentine® 500 mg sobres o
- **Cefadroxilo** 30 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 2 g/día.
Duracef® 250 mg/5 ml suspensión, Duracef® 500 mg cápsulas.

-Quirúrgico: puede requerirse si se produce un absceso secundario, pero es excepcional que esto pase.

Si la onfalitis es recurrente hay que descartar un cierre incompleto del uraco (conducto que une la vejiga de la orina con el ombligo durante la etapa fetal), quiste epidérmico, hernia umbilical.

Onicomycosis. Ver micosis

Orquitis y orquiepididimitis



Orquitis inflamación del testículo. Epididimitis inflamación del epidídimo. Orquiepididimitis cuando ambos se inflaman.

Etiología: en niños por bacterias desde el tracto urinario. En personas sexualmente activas la causa más frecuente son las infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia).

Vírica. La más frecuente es por paperas. En el 20-40% de los casos. 70% es unilateral. Aparece a los 4-6 días de inflamación de la parótida.

Clínica: dolor testicular con hinchazón y enrojecimiento del escroto. Dolor o ardor durante la micción o eyaculación, secreción por el pene, inflamación y sensibilidad en la ingle ipsilateral, dolor en hipogastrio y a veces fiebre. Si hay epididimitis se puede palpar una protuberancia dolorosa.

Diagnóstico: clínica y exploración física. Cultivo secreción. En ocasiones analítica sanguínea y urinaria. Ecografía testicular.

Tratamiento:

Antiinflamatorios/ analgésicos.

Antibióticos orales 7-14 días.

Guía ABE actualización 09/2019 para diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la orquiepididimitis:

Microorganismos causales				
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Adolescentes y jóvenes	Varón sexualmente activo ³	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>E. coli</i>² 	<ul style="list-style-type: none"> • Ureaplasma • Enterovirus 	<ul style="list-style-type: none"> • Citomegalovirus • <i>Cryptococcus sp</i>⁵ • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Mycobacterium tuberculosis</i> • Virus de la varicela • Virus vacunal de la parotiditis
	Sin antecedentes de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • Enterovirus • Adenovirus 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. coli</i> y otras enterobacterias⁶ • Virus de la parotiditis⁷ • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>P. aeruginosa</i> 	
Niños				

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemático de orina⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, PrCR si fiebre
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultivo⁹ • Secreción uretral¹⁰; cultivo y Gram, PCR para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemocultivo • Serología de virus¹¹ • Punción aspirativa del epididimo¹² • Tinción de Ziehl y cultivo en medio para micobacterias¹³ • Test de lües y VIH¹⁴
Imagen		<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía testicular con doppler¹⁵ • Ecografía renal y vesical (o urografía IV) y valorar cistouretrografía miccional¹⁶
Otros		<ul style="list-style-type: none"> • Estudio urodinámico¹⁷

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección	Alternativas
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sexualmente activos (probable causa bacteriana)	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha <i>Chlamydia trachomatis</i> o <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona (250 mg, 1 dosis, IV/IM, 1 día) + doxiciclina (100 mg/12 horas, VO, 7 días) o Azitromicina 1g dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> En mayores de 18 años de edad, baja sospecha de N. gonorrea¹⁸ o si alergia a cefalosporinas o tetraciclinas: ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)
	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha organismos entéricos 	<ul style="list-style-type: none"> Ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días) 	
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sin el antecedente de relación sexual, o niños con sospecha de causa bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> Probable causa bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> Uno de los siguientes (10 días): <ul style="list-style-type: none"> Cefixima: 8 mg/kg/día, en 1-2 dosis, VO Cefuroxima/axetil: 30 mg/kg/día, en 2 dosis, VO Amoxicilina/ clavulánico (4:1): 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, VO. 	<ul style="list-style-type: none"> Alternativas para los antibióticos orales (10 días): <ul style="list-style-type: none"> Cotrimoxazol¹⁹: 6-12 mg de TMP/kg/día, en 2 dosis, VO Cefalexina: 25-50 mg/kg/día, en 4 dosis, VO²⁰ En mayores de 18 años de edad: ciprofloxacino²¹ (400 mg/12 horas, IV ó 500-750 mg/12 horas, VO), u ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO) Niños/adolescentes con indicaciones de ingreso inicial: <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona (50-75 mg/kg/día, en 1-2 dosis, IV/IM) o cefotaxima (100-150 mg/kg/día, en 3 dosis, IV), 7-10 días, seguido de cefixima (o cefuroxima o amoxicilina/ácido clavulánico), VO, hasta 4 semanas de duración total
Orquitis (u orquiepididimitis) en niños prepúberes, de probable causa viral		No indicado	Igual que en casos de adolescentes sin actividad sexual y niños, con infección de probable causa bacteriana ²²
Otras medidas terapéuticas			
<ul style="list-style-type: none"> Medidas generales: reposo, frío local, suspensorio escrotal, antiinflamatorios/analgésicos²³ Adolescentes y jóvenes: deben recibir tratamiento las parejas sexuales de los últimos 2 meses y evitar el coito sin preservativo hasta finalizar el tratamiento Ante una mala respuesta terapéutica (no mejoría tras tres días de tratamiento) se debe descartar la existencia de un absceso 			

Fuente: Villares Alonso R, Jiménez Jiménez JI. Orquiepididimitis aguda (v.3.0/2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/09/2019]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.¹⁴

Orzuelo



Etiología: obstrucción de la glándula lagrimal.

Clínica: hiperemia y edema del párpado, hinchazón y dolor en el borde del párpado.

Tratamiento:

- 1.- Compresas calientes. Si no está muy evolucionado puede ser suficiente.
- 2.- Limpieza de los párpados con toallitas: *Blefax®*, *Blefarix®*. Cada 12 horas.
- 2.- Antibióticos tópicos.

Ácido fusídico. *Fucithalmic® 10 mg/g gel oftálmico*. 1 gota cada 12 horas 15 días. Se puede dar hasta 30 días si precisa.

Eritromicina: *Oftalmolosa cusi eritromicina® 5 mg/g pomada oftálmica*. 1 aplicación cada 6-8 horas durante 7-10-15 días.

Tobramicina: *Tobrex ungüento ®*. 1 aplicación cada 6-8 horas durante 7-10 días.

Gentamicina: *Oftalmolosa cusi gentamicina 3 mg/g pomada oftálmica®*. 1 aplicación cada 6-8 horas durante 7-10-15 días.

Si persiste la clínica con los tratamientos anteriores los oftalmólogos recomiendan:

Oftalmolosa Cusi de Icol pomada oftálmica®. **Cloranfenicol + dexametasona**. 1 aplicación cada 8-12 horas / 15 días.

- 3.- Antibiótico sistémico. En caso de recidiva constantes y no resolución con antibiótico tópico.

Amoxicilina-clavulánico 40-50 mg/kg/día cada 8 horas 7-10 días. Dosis máx. 1 g/día.

Amoxicilina-Clavulánico solución oral® EFG 5 ml/250 mg, comprimidos, sobres 500 mg.

Augmentine 100 mg/ml + 12,5 mg/ml polvo para suspensión oral ®.

Azitromicina 5 mg/kg/día cada 24 horas durante 5 días. En alérgicos a penicilina.

Zitromax 200 mg/5 ml polvo para suspensión oral®, cápsulas 250 mg, comprimidos 500 mg, polvo para suspensión oral 500 mg.

Minociclina 100 mg/día durante 15 días. **Solo en adolescentes**. Recomendación del oftalmólogo.

Minocin® 100 mg cápsulas.

- 4.- Desbridamiento quirúrgico. Rara vez lo requiere.

Otitis externa



Inflamación difusa del conducto auditivo externo que puede extenderse hasta el pabellón auricular a la membrana timpánica.

Factores de riesgo: humedad ambiental, natación o sudoración excesiva, temperatura ambiental elevada, exposición a agua contaminada, conducto auditivo externo estrecho. Escasa higiene local, traumatismos con bastoncillos o auriculares, uso de prótesis auditivas. Dermatitis seborreica o eczema.

En nuestro clima es más frecuente en verano. No hay diferencias entre ambos sexos. Y el pico de incidencia es entre los

Etiología: *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* los más frecuentes. Menos frecuente hongos (*Aspergillus*, *Candida*).

Clínica: . La mayoría afectación unilateral. Otolgia que puede ser intensa. El dolor aumenta al presionar el trago o traccionar del pabellón auricular. Puede presentar otorrea. Prurito o sensación de ocupación, con o sin pérdida de audición y/o dolor a la masticación. Es posible el eritema de la membrana timpánica y aparición de linfadenitis regional. Se puede complicar con una celulitis por afectación de la piel circundante.

Tratamiento tópico. Elección

1.- Antisépticos: alcohol de 70º boricado, violeta de genciana al 2%.

2.- Soluciones acidificantes:

Ácido acético 2% gotas óticas, fórmula magistral 3-6 gotas en oído afectado cada 2-3 horas.

Acetato de aluminio, solución de fórmula magistral: 2-3 gotas en oído afectado cada 6-8 horas.

Violeta de genciana 0,5% solución: 1 aplicación cada 8-12 horas.

3.- Antibióticos

Ciprofloxacino sin corticoide:

Cetraxal ótico@ gotas óticas 3 mg/ml: 4-6 gotas cada 6-8 horas /7 días.

Ciproxina simple gotas óticas@ 3 mg/ml: 4 gotas cada 6-8 horas /7 días.

Aceoto gotas óticas@ 3 mg/ml : 4 gotas cada 6-8 horas/7 días.

Cetraxal ótico monodosis@, Otociprin monodosis@, Septocipro otico monodosis@

Ciprofloxacino con corticoide:

Cetraxal plus@ 3 mg/ml+ Fluocinolona 0,25 mg/ml: 6-8 gotas cada 12 h/ 7 días

Synalotic@ 3 mg/ml + Fluocinolona 0,25 mg/ml: 6-8 gotas cada 12 h/ 7 días.

Aceoto plus@ 3 mg/ml+ Fluocinolona 0,25 mg/ml: 6-8 gotas cada 12 h /7 días.

Ciproxina gotas óticas@: 10 mg/ml + Hidrocortisona 2 g/ml:3 gotas cada 12 h/ 7 días.

Otros antibióticos con corticoide:

Otix gotas óticas@ 1 mg/10.000 UI/1 mg dexametasona + polimixina B + trimetoprim: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años.

Synalar ótico@. Neomicina, polimixina B, Fluocinolona acetónido. 4 gotas cada 6-8 horas durante 7 días. *Evitar Neomicina si perforación timpánica.

4.- Si otomicosis, antifúngicos

Clotrimazol 1%. *Canesten@* 10 mg/ml sol para pulverización cutánea. 1 aplicac cada 8-12 h / 7-10 días.

Beclometasona dipropionato +Clioquinol: *Menaderm otológico@* 0,25/10 mg/ml: 2 got cada 8 h 7 días.

Tratamiento sistémico.

1.-Analgésicos orales: Ibuprofeno o paracetamol

Ibuprofeno 20-40 mg/kg/día

Ibuprofeno EFG® 20 mg/ml, *Dalsy 20®* 20 mg 0,25 ml/ kg cada 6 horas durante 2-3 días
 40 mg 0,5 ml/kg cada 6 horas

Ibuprofeno EFG® 40 mg/ml, *Dalsy 40®*, *Apirofeno®*:

20 mg 0,13 ml/kg cada 6 horas durante 2-3 días

40 mg 0,25 ml/kg cada 6 horas

Paracetamol 15 mg/kg/día

Apiretal® 100 mg/ml solución oral, *Paracetamol EFG®* 100 mg/ml sol oral 0,15 ml/kg cada 6 horas

2.-Antibiótico oral. Asociado al tópico si la infección se extiende a tejidos blandos (celulitis) o forúnculo importante en el CAE.

Cefadroxilo 30 mg/kg/día en 2 dosis, VO. Durante 7-10 días. Dosis máx 2 g/día.

Duracef® 250 mg/5 ml **0,3 ml/kg** cada 12 horas

Duracef® 500 mg cápsulas

Cloxacilina 50-100 mg/kg/día c/6h, VO. Durante 7-10 días Dosis máx. 4 g/día.

Orbenin 125 mg /5 ml suspensión® **0,5-1 ml/kg** cada 6 horas

Orbenin 500 mg cápsulas duras®, Anaclosil 500 mg cápsulas®

Amoxicilina/clavulánico 40-50 mg/kg/día c/8h, VO, durante 7-10 días. Dosis máx. 3 g/375 mg/ día.

Amoxicilina/clavulánico 250 mg/5 ml EFG® 50 mg: **0,33ml/kg** cada 8 horas.

Augmentine 100 mg/ml+12,5 mg/ml suspensión oral®: 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas

Medidas preventivas:

- Evitar la limpieza enérgica del CAE.
- Evitar la humedad del CAE; secar la parte externa de los oídos después de bañarse o ducharse.
- Usar tapones o gorro al nadar.
- Gotas de ácido acético 2% o alcohol 70º boricado tras el baño.

Otitis media aguda



Etiología

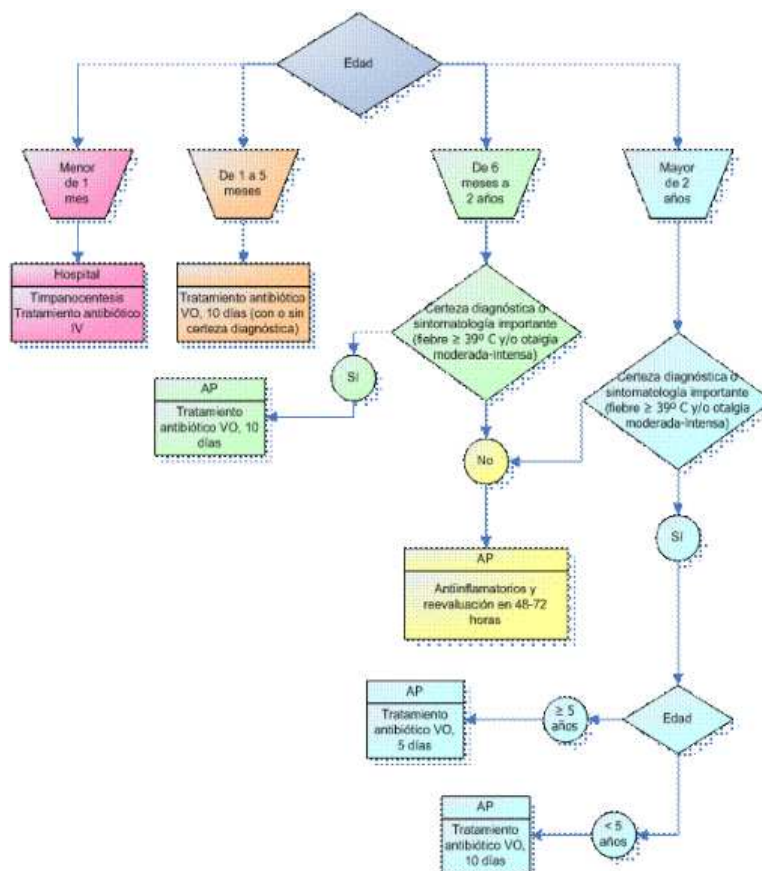
Bacteriana: **neumococo**, *Haemophilus influenzae* no tipables. Menos frecuente: estreptococo grupo A, *Moraxella catarrhalis*, *S.aureus*, enterobacterias.

Vírica: VRS, *Parainfluenza*, *Influenza*. Menos frecuentes: enterovirus, coronavirus.

Factores de riesgo: infección respiratoria viral, asistencia a guardería, lactancia artificial, uso de chupete, predisposición familiar, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo pasivo, inmunodeficiencias, alergia respiratoria.

Clínica: inicio brusco, otalgia franca, tímpano eritematoso, tímpano abombado, nivel hidroaéreo en oído medio, movilidad timpánica limitada o ausente (otoscopio neumático), otorrea.

Tratamiento según edad. Esquema guía ABE



Fuente: López González G, Martínez Antón A, Ruiz Contreras J. Otitis media aguda (v.2/2008). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 02/06/2008]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.¹⁵

Tratamiento analgésico. **Siempre** independientemente de si se administra antibiótico o no. Mayores de 2 años con clínica leve no se recomienda antibiótico inmediato, sí observación, analgesia y si no mejora revalorar a las 48 horas.

Ibuprofeno a dosis altas 30-40 mg/kg/día en los primeros días.

Ibuprofeno EFG@ 20 mg/ml, Dalsy 20@ 40 mg: 0,5 ml/ kg cada 8 horas durante 2-3 días.
Ibuprofeno EFG@ 40 mg/ml, Dalsy 40@, Apirofeno@: 40 mg: 0,25 ml/kg cada 8 horas durante 2-3 días.

Paracetamol 15 mg/kg/día

Apiretal@ 100 mg/ml solución oral, Paracetamol EFG@ 100 mg/ml solución oral 0,15 ml/kg cada 6 horas

Tratamiento antibiótico

Elección:

Amoxicilina 80-90 mg/kg/día en 3 dosis, vo 7-10 días (o 5 días en el supuesto del esquema anterior)

Amoxicilina 250 mg/5 ml solución EFG@. 80 mg: **0,53 ml/kg** cada 8 horas.
 90 mg: **0,6 ml/kg** cada 8 horas.

Si alergia a penicilina:

Azitromicina 10 mg/kg/día el primer día, seguido de 5 mg/kg/día durante 4 días, dosis única, VO.

Zitromax@ suspensión oral 200 mg/5 ml: Día 1 10 mg: **0,25 ml/ kg** una vez al día
 Día 2-4 5 mg: **0,125 ml/kg** una vez al día

Si OMA en lactante de 2 a 6 meses o fracaso de tratamiento con amoxicilina u otitis recurrente:

Amoxicilina/clavulánico 80-90 mg/kg/día en 3 dosis, VO/ 7-10 días.

Amoxicilina/clavulánico 250 mg/5 ml EFG@
Augmentine 100 mg/ml+12,5 mg/ml suspensión oral@:

Si no respuesta a los tratamientos previos o intolerancia oral:

Ceftriaxona 50 mg/kg/día IM durante 3 días

Derivación al hospital: Todo menor de 2 meses que presente otitis media aguda.

Oxiuros o Enterobius vermicularis. Ver parásitos intestinales

Pápulas perladas del pene y la vulva



Las pápulas perladas, *hirsuties papillaris genitalis* o angiomiofibromas genitales son pequeñas excrecencias de alrededor de 1mm con una forma redondeada cuyo color puede variar de un rosa pálido al blanco perlado.

Localización: en la base del glande en el hombre o en la vulva en la mujer. No provocan irritaciones y no son contagiosas. Afecta aproximadamente al 20-30% de la población masculina. Mucho menos frecuente en la mujer.

Tratamiento: No precisan.

Parafimosis



Se produce por retracción de un prepucio relativamente estenótico sin dejarlo de nuevo cubriendo el glande. El anillo del prepucio actúa como un torniquete dando lugar a congestión venosa, edema del glande y prepucio.

Tratamiento. **Inmediato** colocando el prepucio en su posición anatómica.

Maniobra de reducción tras aplicación de lubricante urológico. Comprimir el pene cubriéndolo con ambas manos durante unos minutos para reducir el edema y empujar el glande con el pulgar hacia la raíz del pene a la vez que con el índice y el dedo medio se arrastra el prepucio en sentido apical hasta cubrir el glande.

Parálisis facial



La parálisis facial puede ser central (motoneurona superior) o periférica (motoneurona inferior), congénita o adquirida. La incidencia anual por 100.000 habitantes de la parálisis facial adquirida es de: 2,7 en menores de 10 años, 10,1 en pacientes de 10 a 20 años y de 20-25 en la población general.

La forma más frecuente de parálisis facial adquirida es **la parálisis de Bell**, en cuya fisiopatología se ha implicado a un virus herpes. Es una **parálisis facial periférica, aguda y primaria** o idiopática con:

- Asimetría de la cara. Incapacidad para fruncir el ceño, arrugar la frente, cerrar el ojo, silbar e hinchar las mejillas, desaparición del surco nasogeniano y desviación de la comisura bucal hacia el lado no afectado. Es característico el signo de Bell: al intentar cerrar el párpado, el globo ocular se dirige hacia arriba y afuera, visualizándose la esclerótica por la imposibilidad de cerrar el ojo.
- El diagnóstico es clínico tras la exclusión de otras causas.
- Alto porcentaje de recuperación espontánea a medio/largo plazo: 70-90% en los primeros 6 meses y >95% en los primeros 12 meses. Las secuelas más frecuentes son la sincinesia y el síndrome de Bogorad (*lágrimas de cocodrilo*) - una estimulación gustativa causa lagrimeo unilateral con contractura facial ocasional y salivación excesiva - debido a una regeneración aberrante de los axones salivatorios del nervio facial.
- El tratamiento precoz (<72 horas) con corticoides incrementa la probabilidad de recuperación.
- La gravedad inicial de la debilidad facial proporciona una información pronóstica para la recuperación final. La mejoría de la parálisis se observa a partir de las tres semanas.

Escala de gradación de la función muscular facial de House-Brackmann	
Grado I	Función normal en todos los territorios
Grado II	Disfunción leve. Ligera o leve debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección metódica. En reposo, simetría normal. No sincinesias, ni contracturas ni espasmos faciales
Grado III	Disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo simetría y tono normal
Grado IV	Disfunción moderada-grave. Debilidad o asimetría desfiguradora. En reposo simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial
Grado V	Disfunción grave. Tan sólo ligera actividad motora perceptible. En reposo asimetría
Grado VI	Parálisis total. No hay movimiento facial. Pérdida total del tono

Fuente: Torres Mohedas J, Vidal Estéban A. Parálisis facial (parálisis de Bell) (v.2/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea][actualizado el 02-jun-2021. Disponible en <http://www.quia-abe.es/>¹⁶

1.- Tratamiento farmacológico de la parálisis de Bell

Parálisis leve o moderada (grados II o III de House-Brackmann)

Prednisona VO 2 mg/kg/día en 3 dosis durante 5 días. Dosis máx. 60-80 mg y pauta descendente durante otros 5 días (mayor eficacia si se inicia en las primeras 72 horas de inicio del cuadro).

Estilsona gotas@ 7 mg/ml Prednisolona 2 mg: 0,15 ml/kg cada 12 horas

Paidocort@ 3 mg/ml solución oral. Prednisolona. 2 mg: 0,33 ml/kg cada 12 horas

Dacortin@ 5, 30 mg comprimidos, Prednisona EFG@ 5,10, 30 mg comprimidos

Parálisis grave (grados IV, V o VI de House-Brackmann)

Prednisona VO 60-80 mg/día durante 5 días y pauta descendente durante otros 5 días.

Valaciclovir o aciclovir oral

Aciclovir 20 mg/kg/dosis cada 8 horas durante 7 días. Dosis máx. 1 g/día.

Zovirax® 400 mg/5 ml suspensión oral. 30 mg: 0,125ml/kg cada 8 horas.

Zovirax® 200 mg, 800 mg comp, *Aciclovir EFG*® 200 mg, 800 mg

Valaciclovir 20 mg/kg cada 8 horas durante 7 días. Dosis máx. 1 g/día. En > 12 años.

Valtrex® 500, 1000mg, *Tridiavir*® 500, 1000 mg comp, *Valaciclovir EFG*® 500, 1000 mg comp

2.-Protección ocular

- Lubricantes oculares o lágrimas artificiales durante el día y pomada ocular durante la noche.

Hyabak lubricante ocular®

Hylo gel colirio lubricante®

Aquoral pomada ocular lubricante noche®

3.-Rehabilitación y fisioterapia en los pacientes con debilidad persistente

4.-Toxina botulínica para mejorar la asimetría o las contracturas faciales.

Derivación a hospital urgente si:

- Parálisis facial central
- Parálisis facial secundaria (no idiopática).
- Pérdida de agudeza visual
- Afectación bilateral

Derivación programada si:

- No mejoría de la función del nervio facial en 3-4 meses.
- Recurrencia o recaída.
- Secuelas como sincinesias (movimiento involuntario que acompaña a otro voluntario- ej. Cierre del ojo al cerrar la boca-)

Parásitos intestinales



Microorganismos causantes (1,2)					
Agentes		Patógenos		Comensales	
		Frecuentes ^{1,2}	Raros	Frecuentes	Raros
Protozoos (89%)	Amebas		Entamoeba histolytica	<i>E. coli</i> , <i>Endolimax nana</i>	<i>E. dispar</i> , <i>E. hartmanni</i> , <i>E. polecki</i> , <i>E. gingivalis</i> , <i>E. moshkovskii</i> , <i>Iodamoeba butschlii</i>
	Flagelados	<i>Giardia lamblia</i> <i>Dientamoeba fragilis</i>			<i>Trichomonas tenax</i> , <i>T. hominis</i> , <i>Chilomastix mesnili</i> , <i>Enteromonas hominis</i> , <i>Retortamonas intestinalis</i>
	Coccidios	<i>Cryptosporidium</i> spp.	<i>Cyclospora cayetanensis</i> , <i>Cystoisospora belli</i> , <i>Sarcocystis</i> spp.		
	Ciliados		<i>Balantidium coli</i>		
	Otros		Microsporidios	<i>Blastocystis hominis</i> (ocasionalmente patógeno)	
Helmintos (11%)	Nematodos (9%)	<i>Enterobius vermicularis</i> , <i>Anisakis</i> spp. ³	<i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Trichuris trichiura</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i> , <i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Trichostrongylus</i> spp., <i>Capillaria</i> spp.,		
	Cestodos	<i>Hymenolepis nana</i>	<i>T. saginata</i> , <i>Diphylobothrium latum</i> , <i>H. diminuta</i> , <i>Dipylidium caninum</i>		
	Trematodos		<i>S. mansoni</i>		

Fuente: Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-mayo-2021. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.¹⁷

Necesidad de tratamiento según el microorganismo		
	Paciente	Contactos familiares
<i>Entamoeba histolytica</i>	Todos	No
<i>Giardia lamblia</i>	Todos	-
<i>Cryptosporidium</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo si síntomas prolongados(>2s) • Todos los inmunodeprimidos 	No
<i>Blastocystis hominis</i>	Solo sintomáticos	-
<i>Enterobius vermicularis</i>	Todos	Si
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Todos	-
<i>Trichuris trichiura</i>	Todos	-
<i>Tenia solium, Tenia saginata</i>	Todos	-
<i>Hymenolepis nana</i>	Todos	Sí

Fuente: Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-mayo-2021. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.¹⁷

Ascaris lumbricoides



Etiología: *Ascaris lumbricoides*.

Clínica digestiva: dolor abdominal difuso, por irritación mecánica y menos frecuente meteorismo, vómitos y diarrea.

Clínica respiratoria: en general inespecífica, pero puede ocasionar Síndrome de Löeffler: cuadro respiratorio agudo con fiebre, tos, expectoración abundante y signos de condensación pulmonar transitoria.

Otra clínica: anorexia, obstrucción intestinal, malnutrición o absceso hepático.

1.-Medidas de higiene:

Lavado de manos de forma adecuada

Uso de agua potable

Correcto lavado de alimentos

Adecuada higiene de manos tras juegos infantiles con arena y tierra en los parques.

2.-Tratamiento farmacológico:

• **Mebendazol** 100 mg cada 12 horas durante 3 días o 500 mg en dosis única.

Lomper jarabe®: 5 ml cada 12 horas durante 3 días o 25 ml en dosis única.

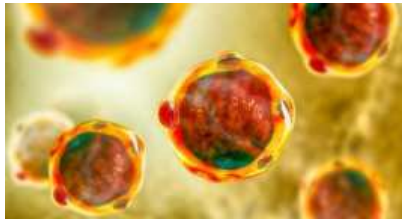
Lomper® comprimidos 100 mg: 1 comp cada 12 horas durante 3 días o 5 comprimidos dosis única.

• **Albendazol** 200-400 mg/día en dosis única.

>2 años 400 mg dosis única o 200 mg cada 12 horas.

Eskazole® comprimidos 400 mg.

Blastocystis hominis



Protozoo

Tratamiento. Sólo en pacientes sintomáticos tras descartar otras patologías.

Metronidazol. Tratamiento de elección. 15-30 mg/kg/día c/8h, durante 5-7 días. Repetir al cabo de 7 días. Dosis máx. 250 mg/dosis.

Flagyl® 125 mg/5 ml suspensión oral, 250 mg comprimidos.

Tinidazol. Tratamiento alternativo. 50 mg/kg/día dosis única. Dosis máx. 2 g/día.

Tricolam® comprimidos 500 mg

Nitazoxanida. Tratamiento alternativo. Medicamentos extranjeros

Alinia® 100 mg/5 ml solución, 500 mg comp. En > 1 año.

1-3 años: 100 mg c/12h VO durante 3 días

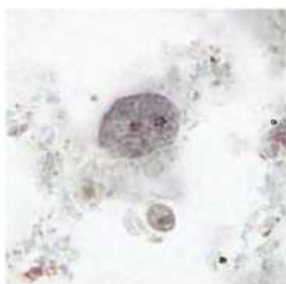
1. años: 200 mg c/12h VO durante 3 días

>12 años: 500 mg c/12h VO durante 3 días

Prevención

- . Higiene personal,
- . Desinfección del agua mediante cloración o ebullición.
- . Lavado de frutas y verduras.

Dientamoeba fragilis



Protozoo flagelado

Tratamiento

Metronidazol. 35-50 mg/kg/día VO c/8h, durante 5-7 días. Repetir al cabo de 7 días. Dosis máx. 250 mg/dosis.

Flagyl® 125 mg/5 ml suspensión oral, 250 mg comprimidos.

Iodoquinol 30-40 mg/kg/día VO c/8h durante 20 días. **Medicamento extranjero.**

Yodoxin® 100 mg, 650 mg comp.

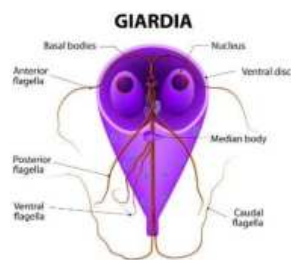
Paromomicina 25-35 mg/kg/día VO c/8h durante 7 días.

Humatin® 250 mg cápsulas.

Prevención

- . Higiene personal.
- . Limpieza del hogar, en especial, los baños.
- . Desinfección del agua mediante cloración o ebullición.
- . sistemas de alcantarillado y tratamiento de aguas en buen estado.

Giardia lamblia



Etiología: *Giardia lamblia*.

Clínica: asintomática. O en forma aguda con diarrea acuosa que puede ser esteatorrea, náuseas, deposiciones fétidas y dispépticas, distensión abdominal. O de forma crónica con síntomas compatibles con malabsorción, desnutrición, anemia ferropénica.

Diagnóstico: visualización de trofozoitos o quistes en heces.

Tratamiento: siempre tanto si es asintomático como sintomático.

Metronidazol. Tratamiento de elección. 15-30 mg/kg/día cada 8 horas, durante 5-7 días. Repetir al cabo de 7 días.

Flagyl® 125 mg/5 ml suspensión oral, 250 mg comprimidos.

Tinidazol. Tratamiento alternativo. 50 mg/kg/día dosis única. Dosis máx. 2 g.

Tricolam® comprimidos 500 mg

Albendazol. Tratamiento alternativo. 15 mg/kg/día durante 5 días.

Eskazole® 400 mg comprimidos

Nitazoxanida. Tratamiento alternativo. Medicamentos extranjeros.

Alinia® 100 mg/5 ml solución, 500 mg comp. En > 1 año.

1-3 años: 100 mg c/12h VO durante 3 días.

4-11 años: 200 mg c/12h VO durante 3 días.

>12 años: 500 mg c/12h VO durante 3 días.

Prevención

- . Lavado de manos.
- . Eliminación adecuada de pañales.
- . Agua embotellada o tratada en zonas endémicas (ebullición del agua 1 minuto, los quistes son resistentes a cloración).
- . Evitar piscinas hasta una semana después de la resolución de síntomas en niños sin control de esfínteres.
- . Los portadores pueden acudir a la guardería con medidas de higiene.

Oxiuros o *Enterobius vermicularis*



Etiología: *Enterobius vermicularis*

Clínica: más frecuente en niños que en adultos. Con frecuencia asintomático. Prurito anal, vulvovaginitis por invasión genital, despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriación por rascado, dolor abdominal. Puede ser recurrente. Ocasionalmente localizarse en FID y simular apendicitis.

Diagnóstico: cinta adhesiva transparente. Visualización directa de los huevos depositados por la hembra o del gusano adulto en zona perianal.

Tratamiento

Mebendazol 100 mg, dosis única. Tratamiento de elección. Repetir dosis a las 2 semanas

Lomper® solución 100 mg/5 ml, comprimidos 100 mg®

Pamoato de pirantel. Tratamiento alternativo. Evitar en menores de 2 años.

Dosis 10-11 mg/kg dosis única. Máximo 1 g. Repetir a las 2 semanas

Trilombrin® jarabe 5 ml/250 mg, comprimidos 250 mg

Es esencial tratar a toda la familia y extremar medidas de higiene.

Paroniquia o absceso periungueal. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Parotiditis y afecciones de las glándulas salivares

Lesiones inflamatorias: parotiditis



Inflamación de la glándula parótida por infección: vírica (paramixovirus, influenza, parainfluenza, coxsackie o citomegalovirus), bacterianas (estafilococo, estreptococo, bacilos Gram negativos y anaerobios). La causa más frecuentes es el paramixovirus (parotiditis epidémica).

Clínica: la bacteriana es con más frecuencia unilateral. Afecta a ancianos, inmunodeprimidos y a veces a lactantes y prematuros. La vírica es más frecuente bilateral y afecta a niños más mayores (2-9 años).

La bacteriana ocasiona mayor afectación general, fiebre alta, dolor intenso, a veces trismus y salida de material purulento por el conducto excretor. La vírica produce síntomas más leves.

Parotiditis epidémica: pródomos inespecíficos de 1-3 días (malestar general, mialgias, cefaleas, anorexia o febrícula). Tras ello el 60-70% tendrá molestias en la parótida y otalgia y posterior tumefacción de la parótida, dolorosa, sobre todo, con la masticación que será máximo en 2-3 días, perdiéndose el ángulo de la mandíbula. Bilateral en el 75% de los casos. Dura 7 días. Puede afecta a las otras glándulas salivares.

Otras manifestaciones: **orquitis** (20-30%), en general unilateral, predominio en adolescentes. La esterilidad posterior es rara. Afectación del SNC (**meningitis aséptica** 10%, **encefalitis** <2 casos/10.000). En general buen pronósticos y sin dejar secuelas. **Neuritis del nervio facial o auditivo**. Rara la afectación del páncreas, tiroides u ovario. Riesgo de aborto en el primer trimestre.

Diagnóstico: por clínica pero debe confirmarse por laboratorio (PCR de exudado faríngeo, desde 7 días antes de la clínica a 9 días después). Sino hay protocolo de recogida de muestra para PCR en AP, derivar a hospital para confirmación del dg.

Tratamiento: antiinflamatorios, líquidos abundantes. Restricción de sustancias ácidas o picantes que aumentan el dolor en las glándulas salivales.

En las parotiditis bacterianas: añadir antibióticos.

Prevención: La parotiditis epidémica con vacuna triple vírica.

Exclusión escolar hasta pasados 4 días desde el inicio de síntomas.

Si aparecen complicaciones: ingreso hospitalario.

Lesiones obstructivas: mucocele, ránula, sialolitiasis



Mucocele: bulto en la cavidad bucal por acúmulo de moco o saliva procedente de las glándulas salivales.

Ránula: mucocele en el suelo de la boca

Localización: más frecuente en el interior del labio inferior.

Etiología: principal los traumatismos sobre una glándula salival (ortodoncia, roces por los dientes o auto-mordeduras). En ocasiones por obstrucción del conducto de la glándula.

Clínica: bulto blando, redondeado e indoloro, de color claro o algo azulado de aparición brusca. Si tiene gran tamaño puede producir molestias.

Tratamiento: desaparición espontánea. Cirugía, si no desaparece.

Sialolitiasis; obstrucción del drenaje de una glándula salival por la formación de cálculos en el conducto. Poco frecuente en la infancia.

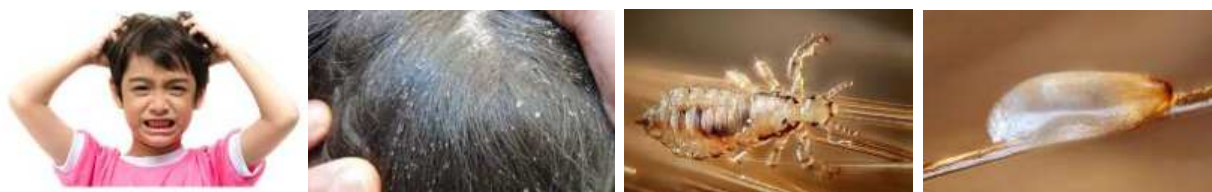
Localización: 90% glándula submaxilar.

Etiología: desconocida.

Clínica: según el grado de obstrucción del conducto. La **obstrucción parcial** provoca aumento de la glándula y dolor al comer que se suele resolver espontáneamente en pocas horas. La obstrucción total ocasiona inflamación del conducto (sialodouquitis) con infecciones retrógradas que pueden ocasionar fiebre, dolor intenso y secreción purulenta a través del conducto (sialoadenitis).

Tratamiento: extracción del cálculo de forma manual, endoscópica o litotricia.

Pediculosis



Mecanismo de acción de los pediculicidas:

- Mecánico: lendreras
- Neurotoxicidad: permetrina, malatión
- Asfixia o deshidratación: Dimeticonas, alcohol bencílico, miristato de isopropilo

Tiempo de uso del producto:

- Dimeticonas 8 horas
- Permetrina 30-60 minutos
- Malatión 8-12 horas

¿Qué tipos de productos existen en el mercado?

- **Loción:** suele ser el más eficaz. Penetra mejor. Dura más y actúa sobre los huevos. Se aplica sobre el pelo seco. Contiene alcohol.
- **Crema:** se aplica con el pelo mojado y seco con una toalla. Se aclara después con agua. Contiene menos alcohol que las lociones.
- **Spray:** similar a lociones o las cremas. Usar con precaución en niños con asma.
- **Champú:** se diluye con el agua por lo que es menos eficaz. Usar solo como coadyuvante, no como tratamiento.

Uso de lendreras

La lendreras se pasa con el pelo húmedo. Una sesión de peinado cada cuatro días, durante al menos dos semanas. Es mejor seguir usando la lendreras hasta que no se vean los piojos durante tres sesiones seguidas.

Las resistencias se generan por:

- Menor tiempo de uso del producto que el requerido para ser eficaz.
- Uso del producto como profiláctico cuando no hay infestación.
- Uso de pediculicidas en liendres o piojo adulto ya muerto.
- Uso de champús aislados en lugar de lociones o espumas que son las de elección y más efectivas.
- No uso la lendreras.

En caso de resistencias se puede alternar 2 productos que actúen por mecanismos diferentes.

Tratamiento de elección				
< 6 meses	6 meses-1 año	1 año-2 años	> 2 años	Embarazo/lactancia
Lendreras y cortar bien el pelo	1. Dimeticona 4% 8h (0,7d) <i>.Filvit dimeticona loción®</i> <i>.OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona®</i> <i>.Neositrin original solución®</i> AVISAR FAMILIA: Se puede usar desde 6 m pero en prospecto > 1 año 2. Lavar con champú habitual 3. Lendreras	1a. Dimeticona 4% 8h (0,7d) <i>.Filvit dimeticona loción®</i> <i>.OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona®</i> <i>.Neositrin original solución®</i> 1b. Alcohol bencílico 5%+/- aceite mineral 10 min. (0,7d) <i>.Goibi loción nature®</i> 2. Lavar con champú habitual 3. Lendreras	1a. Permetrina 1-1,5% 15-30 min. (0,7,14d) <i>.OTC elimina loción permetrina 1,5%®</i> EAPap > 2 meses 1b. Permetrina 1% + butóxido piperonilo 4% 15-30 min. (0,7,14d) <i>.Goibi loción®</i> EAPap > 2 años 2. Lavar con champú habitual 3. Lendreras	1. Dimeticona 4% 8h (0,7d) <i>.Filvit dimeticona loción®</i> <i>.OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona®</i> <i>.Neositrin original solución®</i> Embarazo (grado B) 2. Lavar con champú habitual 3. Lendreras

Tratamiento Alternativo				
< 6 meses	6 meses-1 año	1 año-2 años	> 2 años	Embarazo/lactancia
<p>1a. Dimeticona 4% 8h (0,7d) -Filvit dimeticona loción® -OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona® -Neositrin original solución®</p> <p>AVISAR FAMILIA: Se puede usar desde 6 m pero en prospecto > 1 año EAPap alternativa</p> <p>1.b. Permetrina 1-1,5% 15-30 min. (0,7,14d) -OTC elimina loción permetrina 1,5%® EAPap > 2 meses</p> <p>2. Lavar con champú habitual +</p> <p>3. Lendrerá +</p>	<p>1a. Alcohol bencílico 5%+/- aceite mineral 10 min. (0,7d) -Goibi loción nature®</p> <p>AVISAR FAMILIA: Se puede usar desde 6 m pero en prospecto > 1 año</p> <p>1b. Ácido acético+/- Quassi amara -Filvit nature pieles sensibles y atópicas loción®</p> <p>AVISAR FAMILIA: En prospecto > 1 año</p> <p>2. Lavar con champú habitual +</p> <p>3. Lendrerá +</p>	<p>1a. Alcohol bencílico 5%+/- aceite mineral 10 min. (0,7d) -Goibi loción nature®</p> <p>1b. Dimeticona 4% 8h (0,7d) -Filvit dimeticona loción® -OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona® -Neositrin original solución®</p> <p>2. Lavar con champú habitual +</p> <p>3. Lendrerá +</p>	<p>1a. Malation 0,5% loción 8-12h (0,7d) > 6 años -Filvit loción pediculicida®</p> <p>1b. Dimeticona 4% 8h (0,7d) -Filvit dimeticona loción® -OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona® -Neositrin original solución®</p> <p>1c. Dimeticona + miristato de isopropilo 8h (0,7,14d) -FullMarks loción®</p> <p>1d. Dimeticona 4% + Penetrol 8h (0,7,14d) -Neositrin spray gel®</p> <p>2. Lavar con champú habitual +</p> <p>3. Lendrerá +</p>	<p>1a. Alcohol bencílico 5%+/- aceite mineral 10 min. (0,7d) -Goibi loción nature® Embarazo (grado B)</p> <p>1b. Permetrina 1-1,5% 15-30 min. (0,7,14d) -OTC elimina loción permetrina 1,5%® Embarazo (grado B)</p> <p>1c. Permetrina 1% + butóxido piperonilo 4% 15-30 min (0,7,14d) -Goibi loción® Embarazo (grado B) EAPap no usar en embarazo y lactancia</p> <p>2. Lavar con champú habitual +</p> <p>3. Lendrerá +</p>

Tratamiento si Resistencias				
< 6 meses	6 meses-1 año	1 año-2 años	> 2 años	Embarazo/lactancia
<p>1. Lendrerá diaria hasta 30 días</p>	<p>1. Dimeticona 4% 8h (0,7d) AVISAR FAMILIA: Se puede usar desde 6 m pero en prospecto > 1 año -Filvit dimeticona loción® -OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona® -Neositrin original solución® Alternar con 1. Alcohol bencílico 5%+/- aceite mineral 10 min. (0,7d) -Goibi loción nature® AVISAR FAMILIA: Se puede usar desde 6 m pero en prospecto > 1 año 2. Lavar con champú habitual + 3. Lendrerá +</p>	<p>1a. Dimeticona + miristato de isopropilo 8h (0,7,14d) -FullMarks loción®</p> <p>1b. Dimeticona 4% + Penetrol 8h (0,7,14d) -Neositrin spray gel®</p> <p>2a. Lavar con champú vinagre -Kamel champú al vinagre® o 2b. Lavar con champú habitual y luego aplicar acondicionador de vinagre -Filvit Acondicionador desprende liendres® -OTC acondicionador desprende liendres®</p> <p>3. Lendrerá +</p>	<p>OPCIÓN 1 1a. Permetrina 1-1,5% 15-30 min. (0,7,14d) -OTC elimina loción permetrina 1,5%®</p> <p>1b. Permetrina 1% + butóxido piperonilo 4% 15-30 min (0,7,14d) -Goibi loción®</p> <p>1c. Malation 0,5% loción 8.12h (0,7d) > 6 años -Filvit loción pediculicida®</p> <p>2. Lavar con champú con dimeticona y árbol del té -Nasa champú árbol del té.® +</p> <p>3. Lendrerá</p> <p>OPCIÓN 2 1. Dimeticona 4% 8h (0,7d) -Filvit dimeticona loción® -OTC elimina loción sin insecticida pieles atópicas dimeticona® -Neositrin original solución®</p> <p>2. Lavar con champú de permetrina -Filvit champú pediculicida® -OTC elimina champú permetrina 1,5%®</p> <p>OPCIÓN 3 1a. Cotrimoxazol 20-30/4-6 mg/kg/12h X 3 d y repetir a los 10d o X 10-14 d 1b. Ivermectina Ivergalen® 3 mg comp. 200mcg/kg dosis única en > 15 kg. Repetir en 10d. Off-label.</p>	<p>Alternar 2 de los anteriores tratamientos que actúen por diferente mecanismo de acción</p>

• Cotrimoxazol oral elimina las bacterias simbióticas del intestino del piojo y esto le produce la muerte; su efectividad es superior si se usa junto con permetrina al 1%

Pediculosis de las pestañas

Edad	< 6 meses	6 meses- 2 años	> 2 años
Producto	Lendrerá	Lendrerá Vaselina	Lendrerá Vaselina Permetrina 5%

Vaselina pomada 3-4 veces al día, durante 8-10 días para ahogar al piojo y eliminación manual.

Picaduras de insecto, medusa, pez araña. Ver Mordeduras, picadas y heridas punzantes.

Pitiriasis alba. Ver dermatitis atópica

Pitiriasis versicolor. Ver micosis

Pitiriasis rosada de Gibert



Etiología desconocida. Se cree que está causada por un virus.

Afecta a adolescentes y adultos jóvenes con más frecuencia. Ligero predominio en mujeres. Más frecuente en primavera y otoño.

Clínica: primera lesión en forma de placa ovalada, rosada, forma de anillo y borde elevado, al tacto puede ser escamosa. De 1 a 10 cm.

Localización más frecuente en tronco y muslos. Posteriormente se extienden a todo el cuerpo lesiones similares pero de menor tamaño.

En ocasiones puede dar prurito. Tras su desaparición piel hiperpigmentada o hipopigmentada residual.

Duración: 2-12 semanas.

Tratamiento: no precisa. Excepto si prurito.

Desloratadina: *Aerius jarabe*®: 1-5 a: 2,5 ml/día. 6-12 a: 5 ml/día, >12 a: 10 ml/día. *Aerius comp*® 1 c/día.

Cetirizina: *Alerlisin*®, *Cetirizina jarabe EFG*®, comprimidos: 2-6 a: 2,5 ml/12h; 7-12 a: 5 ml/12h; >12 a: 10 ml/12h o 1 c/12-24h.

Ebastina: *Ebastel*® *jarabe, comp. 10-20 mg., flas 10-20 mg*: 2-6 a: 2,5 ml/día, 7-12 a: 5 ml/día; >12 a: 10 ml/día o 1 c/día.

Protección solar



CONSEJOS

- Evitar la exposición solar entre las 12 y las 16 horas (oficiales).
- No exponer al sol a niños menores de 1 año y entre los 2-3 años extremar todas las medidas de fotoprotección.
- Protegerlos con ropa, gorra, gafas (100% UV) y protectores solares de altos índices, especiales para niños y resistentes al agua.
- Utilizar fotoprotectores incluso en la sombra, días nublados y en todas las actividades al aire libre.
- Aplicar el fotoprotector en cantidad generosa (2 mg/cm²), de forma uniforme, sobre la piel seca, **media hora antes de la exposición** al sol.
- Renovar la aplicación a las 2 horas y después de cada baño.
- Utilizar el fotoprotector adecuado para cada tipo de piel o zona del cuerpo (crema, spray, leche o gel), fototipo, edad y circunstancias de exposición. La protección de los labios se debe hacer con lápices o barras fotoprotectoras, y la del cabello con productos específicos.
- Hacerles beber agua con frecuencia.
- El agua, la hierba, la arena y la nieve reflejan los rayos solares, aumentando los efectos de las radiaciones sobre la piel, por lo que hay que utilizar fotoprotectores más altos.
- No utilizar colonias, desodorantes u otros cosméticos en la exposición al sol, producen manchas.
- Hay medicamentos y productos cosméticos que producen en la piel una reacción de fotosensibilidad por la exposición solar.
- No utilizar protectores solares abiertos desde el año anterior.

FOTOPROTECTORES CON FILTROS FÍSICOS

Sustancias impermeables a la radiación solar. Los más utilizados son la mica, el dióxido de titanio, el petrolato rojo, el óxido de zinc o de hierro, salicilatos, cloruro férrico, ictiol, talco.

Son más efectivos porque protegen de todo el espectro solar.

Tienen menos riesgo de alergia, pero son menos cosméticos (dejan capa blanquecina sobre la piel).

Especialmente indicados en niños.

Fotoprotector Isdin Fusion Fluid Mineral Baby SPF50+®

Heliocare 360 Pediatrics Mineral SPF50+®

FOTOPROTECTORES CON FILTROS QUÍMICOS

Sustancias químicas que son selectivas para determinada longitud de onda del espectro lumínico. Deben tener amplia protección contra los rayos ultravioleta UVB y UVA. Las más utilizadas son PABA y sus derivados, las benzofenonas, cinamatos, derivados del dibenzoilmetano, ácido 2-fenil 5-benzimidazol sulfónico.

Son los más usados, porque son más cosméticos.

Necesitan **30 minutos** para hacer efecto antes de tomar el sol.

Se absorben por la piel por lo que tienen mayor riesgo de alergia.

Anthelios dermo-pediatrics 50+ very water resistant La Roche-Posay®

Anthelios Bebé Dermo-Pediatrics Leche loción SPF50 + La Roche-Posay® 6 meses-3 años.

Fotoprotector Isdin Pediatría agua de Fusión SPF 50 Loción

Prurito

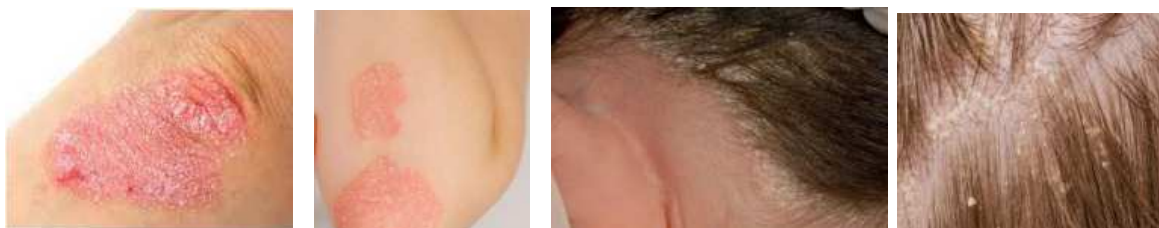
	<p>Candidiasis Dermatitis atópica Dermatitis fototóxicas y fotoalérgicas Dermatitis herpetiforme Dermatitis seborreica del lactante Dermatosis Eccema por contacto Eritema exudativo multiforme Exantemas víricos Foliculitis por pseudomonas Herpes simple Herpes zoster IgA lineal</p>	<p>Larva migrans Mastocitosis Miliaria Pediculosis Penfigoide infantil Perniosis Picaduras Pitiriasis rosada Psoriasis (muy variable) Sarna Tiña Urticaria Varicela</p>
---	--	---

Enfermedades cutáneas que cursan con prurito

Nombre genérico Nombre comercial	Presentación	Dosificación pediátrica	Uso no recomendado por edad. Observaciones
Dexclorfeniramina <i>Polaramine®</i>	Jarabe 2 mg/5ml Comp. 2 mg Ampollas 5 mg/ml	EV-IM: 0,1 mg/kg/ Máx. 5 mg VO: 0,04 mg/kg/6h 2 a 6 años: 0.5 mg (1.25 ml)/6-8 h 6 a 12 años: 1 mg (2.5 ml)/ 6-8 h > 12 años: 2 mg /6-8 h (máx. 12 mg/día)	A partir de 2 años
Hidroxizina <i>Atarax®</i>	Jarabe 2 mg/ml Comp. 25 mg	1-12 años: 1-2 mg/kg/día /8-12 h Máx. 25 mg >12 años: 25 mg/ 8 h	A partir de 1 año
Ketotifeno <i>Zasten®</i>	Jarabe 1mg/5ml Comp 1 mg	6 m- 3 años: 0,5mg (2,5 ml) /12 h 3-12 años: 1 mg (5 ml) /12 h > 12 años: 1-2 mg/ 12 h	A partir de 6 meses
Bilastina <i>Bilaxten®</i> <i>Ibis®</i>	Jarabe 2,5 mg/ml Comp. 10 mg y 20 mg Comp. bucodispersables 10 mg y 20 mg	6 -11 años (≥ 20 kg): 10 mg (4 ml) / día. > 12 años: 20 mg /día	A partir de 6 años <i>(Administrar 1 hora antes o 2 horas después de las comidas)</i>
Cetirizina <i>Alerlisin®</i> <i>Zyrtec®</i>	Gotas orales 10 mg/ml Jarabe 1 mg/ml Comp. 10 mg	2 - 6 años: 2,5 mg (2,5 ml)/ 12 h. 6 - 12 años: 5 mg (5 ml)/12 h >12 años: 10 mg/ 12 h	A partir de 2 años 1 gota = 0,5 mg
Desloratadina <i>Aerius®</i> <i>Dasselta®</i>	Jarabe 0,5 mg/ml Comp. 5 mg Comp. bucodispersables 5 mg	1 - 5 años: 1,25 mg (2,5 ml) / día. 6 - 11 años: 2,5 mg (ó 5 ml) / día. > 12 años: 5 mg (10 ml) /día	A partir de 1 año
Ebastina <i>Ebastel®</i> <i>Bactil®</i> <i>Alastina®</i>	Jarabe 1 mg/ml Comp. 10 mg y 20 mg Liofilizado oral 10 mg y 20 mg	2 - 6 años: 2,5 ml/ día. 6 - 11 años: 5 ml/ día. > 12 años: 10-20 ml o 10-20 mg/ día.	A partir de 2 años Efecto lento, no para uso en cuadros agudos
Levocetirizina <i>Xazal®</i> <i>Muntel®</i> <i>Aralevo®</i>	Jarabe 2.5 mg/5ml Gotas orales 5 mg/ml Comp. 5 mg	2 - 6 años: 1,25 mg (2,5 ml) / 12 h o 5 got /12 h > 6 años: 5 mg (10 ml) / día.	A partir de 2 años 1 gota = 0,25 mg
Loratadina <i>Clarityne®</i> <i>Civeran®</i>	Jarabe 1 mg/ml Comp. 10 mg	2-6 años (≤ 30 kg): 5 mg (5 ml) / día. > 6 años (30 kg): 10 mg (10 ml) / día.	A partir de 2 años

<p>Rupatadina <i>Alergoliber®</i> <i>Rescetina®</i> <i>Rinialer®</i> <i>Rupafin®</i></p>	<p>Jarabe 1 mg/ml Comp. 10 mg</p>	<p>6 -11 años (≥ 25 kg): 5 mg (5 ml)/ día. > 12 años: 10 mg/ día.</p>	<p>A partir de 6 años A partir de 12 años, también para urticaria crónica. <i>No administrar con zumo de pomelo</i></p>
<p>Mequitazina <i>Mircol®</i></p>	<p>Jarabe 0,5 mg/ml Cápsulas 5 mg</p>	<p>Peso < 40 kg: 1,25 mg (2,5 ml) por cada 10 kg de peso, / 12 h Peso ≥ 40 kg: 5 mg (10 ml)/ 12 h</p>	<p>A partir de 2 años</p>

Psoriasis



Los tipos de psoriasis más frecuentes en la infancia según la edad son:

Lactantes: presentación más frecuente en el área del pañal.

Niños y adolescentes: psoriasis guttata

Psoriasis en placas

Solapamiento eccema-psoriasis

Psoriasis del cuero cabelludo

Indicaciones: tratamientos tópicos en formas leves-moderadas y la fototerapia y tratamientos sistémicos para las formas moderadas-graves. En este último caso derivar al dermatólogo.

Tratamiento tópico. Constituyen la primera línea del tratamiento.

• **Emolientes e hidratantes.** Ayudan a controlar la descamación y el prurito. Como coadyuvante 2 veces al día. En formas muy leves su uso regular y la helioterapia puede ser suficiente.

Lipikar leche urea 5+ @ La Roche-Posay.

Eucerin UreaRepair Plus Bálsamo Nutritivo 5%@.

• **Queratolíticos.** Útiles en las placas y en cuero cabelludo para lesiones muy hiperqueratósicas. Los más usados son urea (10-40%) y el ácido salicílico (2-5%). En menores de 2 años especial cuidado con uso de ácido salicílico por riesgo de absorción percutánea e intoxicación.

Iso Urea MD Baume Psoriasis@ La Roche-Posay. Queratolítico a base de urea 10%. Una aplicación cada 12 horas.

UreaRepair plus crema@ Eucerin 30% crema.

UreaRepair plus crema pies@ Eucerin 10% urea.

Cerave SA crema alisadora anti-rugosidades@. Urea 10%, Ácido salicílico 2%. 1 aplicación cada 12-24 horas según

extensión.

Isdin Psorisdin Psoriatic Skin Smooth Daily Cream@. (alantoína, aloe vera, polidocanol, niacinamida, ácido salicílico 2%, urea 20%). Aplicar solo en zonas afectadas.

Isdin Psorisdin Psoriatic Skin control Shampoo@ (Polidocanol, ácido glicólico, ácido salicílico, urea). > 12 años. Aplicar sobre el cuero cabelludo mojado, masajear hasta formar espuma. Dejar 5 minutos. Usar 3-4 veces por semana

• **Corticoides tópicos.** Elección en psoriasis en placas leves. En cara, pliegues y área del pañal usar solo de baja potencia. En el resto del cuerpo se pueden usar de mediana y alta potencia pero nunca largo tiempo.

Potencia baja

Hidrocortisona (*Lactisona@ 1% o 2,5% emulsión*) cada 24 horas

Hidrocortisona *Dermosa hidrocortisona@ pomada* cada 24 horas

Potencia moderada

Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona@ crema, pomada*) cada 12 horas.

Clobetasona butirato 0,5 mg/g (*Emovate@ crema*)

Potencia elevada

Metilprednisolona aceponato 1 mg/g (*Adventan@ o Lexxema@ crema, pomada @*) cada 24 horas x 7-10 días.

Betametasona valerato 0,5 mg/g (*Diproderm@ crema, pomada*) cada 24 horas x 7-10 días.

Betametasona valerato 1 mg/g (*Betnovate@ crema*) cada 24 horas x 7-10 días.

En cuero cabelludo, lociones o espumas, aplicados por la noche y acompañado de champús derivados de alquitrán.

Metilprednisolona aceponato 1 mg/g (*Adventan® solución capilar®, Lexxema solución cutánea®*) cada 24 horas

• **Análogos de la vitamina D.** Efecto antiinflamatorio, inhibición proliferación epidérmica y evitan diferenciación de los queratinocitos.

Calcipotriol. Indicado en psoriasis en placas (con pocas placas). Es irritante en la cara y en los pliegues. Solos o combinados con corticoides tópicos. La dosis máxima es 25 g/sem de 2 a 5 años, 50 g/sem de 6 a 12 años y 75 g/sem para mayores de 12 años.

Calcipotriol: *Daivonex® crema, pomada, loción*. Crema 0,005 g /100 g.

Calcipotriol/Betametasona: *Daivobet® crema, pomada, gel* 20 mcg/0,5 mg/g.

• **Análogos de la calcineurina:** tacrolimus y pimecrolimus. Estudiado en pediatría, pero esta indicación no está en ficha técnica. Útiles para lesiones de la cara y los pliegues. No producen atrofia cutánea.

Pimecrolimus (*Elidel® crema*) o Tacrolimus (*Protopic® 0,03% pomada*) cada 12 horas hasta mejoría.

• **Antralina.** Útil en terapia corta si hay pocas placas, gruesas y en cuero cabelludo. No aplicar en cara ni mucosas. Concentraciones 0,1-2%, retirar entre 10 min-2 horas. Limita su uso: mancha la piel y la ropa. Pueden producir quemazón e irritación. Poco experiencia de uso en menores de 12 años.

• **Breas.** Antipruriginoso y agente reductor de hiperqueratosis disminuyendo el grosor de las placas. Uso más frecuente champú 1-5% y preparados para baños en psoriasis extensas. Inconvenientes: mal olor, mancha la ropa y la piel. Fototerapia y tratamiento sistémico. Derivar al dermatólogo.

Tarmed Coaltar® champú. Aplicación 1-2 veces/sem en el cuero cabelludo.

Isdin Zincation plus® 10 mg/4 mg ml champú. Piritiona de Zinc y Brea de hulla. > 12 años. Aplicar 1-2 veces por semana.

Púrpura de Schönlein-Henoch



Vasculitis de capilares. Más frecuente en varones 2:1. Edad entre los 5-15 años.

Clínica: la erupción se inicia como manchas o bultos rojos y posteriormente evoluciona a hematoma color púrpura. Son lesiones sobreelevadas (palpables) en EEII. Puede aparecer en cualquier otro lugar. Artralgias, artritis (>65%) transitorios. Dolor abdominal (60%) por afectación de los vasos intestinales. Puede estar acompañado de hemorragia. Hematuria 20-35%. Proteinuria.

Entre el 1-5% puede progresar a insuficiencia renal. Afectación testicular es más rara.

Tratamiento:

Determinación de la Tensión arterial.

Derivar a urgencias para valoración.

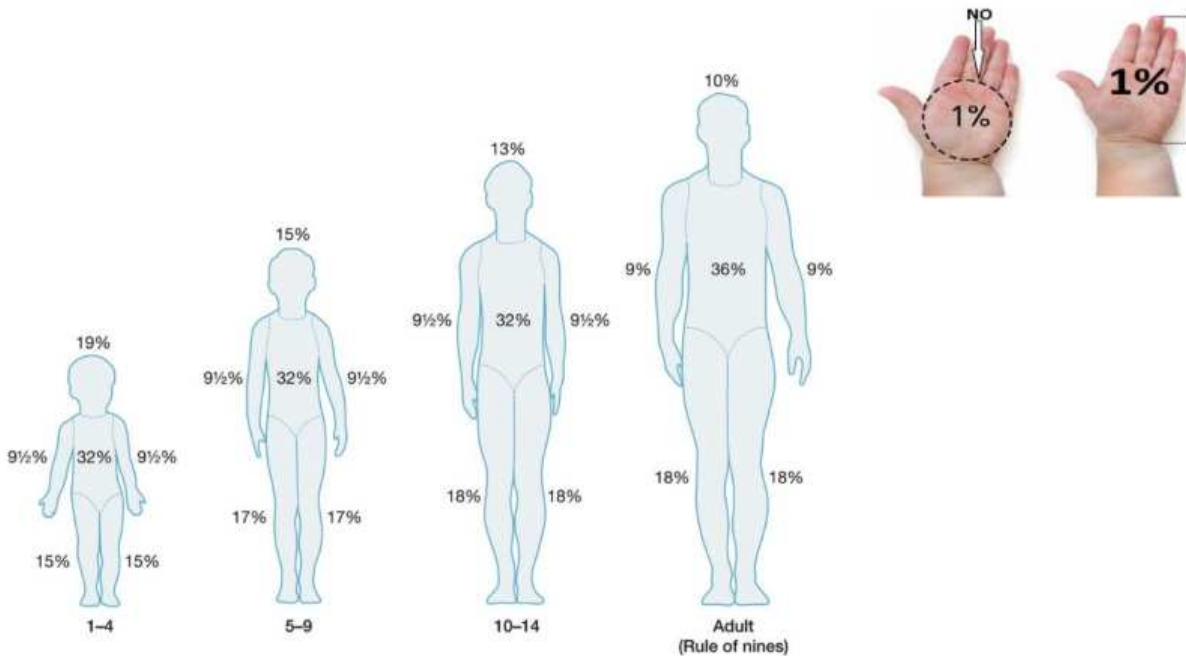
Queilitis. Ver dermatitis atópica e infección mucocutánea por candidas.

Quemaduras



Valoración de la quemadura es necesario determinar: la localización, la extensión según el porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ) y el grado de profundidad:

1. Localización: mayor riesgo en cara, manos, pies, genitales, zona perianal y zonas de flexión.
2. Extensión (no cuenta las de primer grado):
 1. Usar la mano del paciente (de dedos a palma = 1%)
 2. Regla de los 9 Wallace):



Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXIII (2): 81-89¹⁸

3. Profundidad:
 1. Primer Grado: Eritema
 2. Segundo Grado: Edema, eritema, vesícula, exudados:
 1. Superficiales: Aspecto húmedo, eritematoso. Mucho dolor.
 2. Profundas: Aspecto más pálido. Menos dolor.
 3. Tercer Grado: No duele

Exploración Física:

Constantes: T^a, FC, FR, TA, SaO₂. Triángulo de evaluación pediátrica. Valorar síntomas y signos de estridor, disfonía, estertores, sibilancias, fosas nasales quemadas, alteración de nivel de conciencia y características de la quemadura.

	Leve	Moderada	Grave
Profundidad y extensión	1er grado 2º grado <10% 3er grado <2%	2º grado 10-20% 3er grado 2-10%	2º grado >20% 3er grado >10%
		Químicas, eléctricas, alto voltaje, inhalación de humo, localizaciones especiales	
Tratamiento	Ambulatorio	Hospitalario	Unidad de quemados

Manejo:

QUEMADURAS LEVES: La mayoría, manejo ambulatorio:

- Enfriar la quemadura 15-20 minutos con agua fría o suero fisiológico o apósitos de hidrogel (*Water-jel®*), limita la extensión y la profundidad. (NO se debe aplicar hielo, produce vasoconstricción, acelera la progresión de la quemadura local y aumento del dolor)
- Cubrir con compresas empapadas en las zonas quemadas.
- Control del dolor: Cremas hidratantes, aloe vera y analgesia oral.
- Antibiótico tópico. Quemadura leve: no indicado.
 Quemadura moderada o grave:
 - **Sulfadiazina argéntica** al 0,5% (*Silverderma®, Flammazine®*): curas cada 12-24 horas.
 - **Nitrofurazona** (*Furacin®*) cada vez menos empleado, riesgo de reacción alérgica 4%. Curas cada 24-48 horas

Se desaconseja usar corticoides.

- Manejo de flictenas y tejido desvitalizado.

- Ampollas rotas: se elimina el tejido necrótico.
- Ampollas íntegras, líquido turbio o que se rompen con facilidad (articulaciones), extensas o de piel fina: desbridar de forma estéril.
- Ampollas íntegras con líquido limpio, pequeñas (< 6 mm) o de piel gruesa: se dejan intactas.

En quemaduras poco extensas:	Quemaduras extensas/ segundo grado profundas:
paracetamol vo/iv (15 mg/kg/) metamizol iv (20-40 mg/kg).	cloruro mórfico (0,1 mg/kg iv o subcutánea) fentanilo (1 µg/kg iv)

¿Qué apósitos utilizar?

- En quemaduras de 2º grado superficiales:
 - apósitos hidrocoloides (*Aquacel®, Urgotul®, Comfeel®*)
 - o las gasas con parafina (*Linitul®*).
- En quemaduras de 2º grado extensas o profundas:
 - apósitos hidrocoloides con plata (*Aqualcel Ag®, Urgotul S Ag® o Acticoat®*)
 - o biosintéticos (*Biobrane®*).

Instruir a la familia en las curas y signos de alarma de infección y control en 48-72 horas con enfermera de atención primaria.

Tabla 1 Tipos de apósitos

Apósitos	Características	Nombre comercial
Adhesivos semipermeables	- Ind: como barrera de protección donde no haya exudado	- Tegaderm®, Bioclusive®
Hidrocoloides (Bioactivos)	- Ind: exudado moderado, la quemadura está limpia y no precisa desbridamiento - Cambiarlo cada 24 h, luego espaciar	- Aquacel®, Urgotul®, Comfeel®, Duoderm®
Hidrogel (Bioactivos)	- Ind: indicados si la quemadura es muy exudativa. Necesitan un apósito secundario - Cambiarlo cada 48-72 h	- Hydrosorb®
Alginatos (Bioactivos)	- Ind: quemaduras de 2° grado superficiales en piel intacta, sin ampollas - Cambio cada 24 horas.	- Urgosob®
Espumas (Hidrocélulas)	- Ind: quemaduras de 2° grado superficiales. Controlar y retener exudado medio y mantener el calor y la humedad en la herida - Cambiarlo cada 24 h, luego espaciar	- Allewyn®, Tielle®, Mepilex®
Silicona	- Ind: heridas sin exudados, en fase de reepitelización. Evita la adherencia a la herida. Necesitan un apósito secundario - Mepitel®. Cambio hasta 2 semanas	- Mepitel®, Trofolastin®, Stratamed®(gel)
De plata	- Ind: quemaduras de 2° superficial con riesgo de infección. Segundo grado profundo. No actúa si no hay exudado - Cambiarlo cada 24 h, luego espaciar cada 3-5 días	- Aquacel Ag®, Urgotul S Ag®, Comfeel Plata®, Biatain®, Acticoat®, Mepilex Ag®
Gasas con parafina	- Ind: quemaduras de 2° grado superficial con poco riesgo de infección, pueden asociarse a sulfadiazina argéntica Cambio cada 24 h	- Linitul®
Biosintéticos	- Ind: heridas de segundo grado superficial extensas o segundo grado profundas Previo a la realización de injertos - Cambio cada 5 días	- Biobrane®, Ez-Derm®

Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXIII (2): 81-89¹⁸

QUEMADURAS MODERADAS Y GRAVES: Derivar todas al Hospital.

Queratolisis punctata. Ver infecciones cutáneas bacterianas

Queratosis pilaris o piel de gallina



El término queratosis rubra pilar se reserva para aquellos casos con un eritema marcado (especialmente en mejillas).

1.-La **hidratación** es importante, con **urea** (al menos al 10%), ácido **láctico** o ácido salicílico para obtener algún efecto.

- *Cerave SA crema alisadora antirrugosidades®* (urea 10%, ácido salicílico). Cada 12 horas.
- *Emolienta QP®* (ácido salicílico y glicólico). Cada 12-24 horas.
- *UreaRepair plus crema Eucerin®* 30%. En codos, rodillas. Cada 12 horas. En mayores de 10 años.
- *Lactovit lactourea* crema mousse o loción. Cada 12 horas.
- *Instituto Español* loción urea 10%, crema reparadora urea 10%, crema urea 20%. Cada 12 horas.

2.- Exfoliación con guante de crin. Puede probarse.

3.- Si inflamación: corticoides.

Baja potencia:

Hidrocortisona (*Lactisona® 1% emulsión*) cada 24 horas durante 4-7 horas.

Hidrocortisona (*Dermosa hidrocortisona ® pomada*). Cada 24 horas durante 4-7 días.

Potencia media:

Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona® crema*) cada 24 horas x 4-7 días.

Clobetasona butirato 0,05 mg/g (*Emovate® crema*) cada 24 horas durante 4-7 días.

Quiste de cola de ceja



Es una tumoración benigna por defecto del desarrollo embrionario por retención de tejido cutáneo. Puede presentarse a cualquier edad.

Localización: crece bajo la piel como una tumoración en la cola de la ceja. Otras localizaciones: detrás de las orejas, cerca de la nariz, mandíbula, frente, cuero cabelludo. Los más frecuentes son en la cola de ceja y los retroauriculares. Pueden tener gran tamaño.

Clínica: tumoración en la zona descrita, indolora, lisa, de crecimiento lento. Si crece mucho puede ocasionar proptosis, visión doble o dificultad para movilizar el ojo.

Diagnóstico: clínico. La ecografía puede determinar la extensión de la lesión.

Tratamiento: cirugía (exéresis). En función del tamaño y/o afectación ocular la intervención se realiza entre los 1-5 años.

Quiste de esmegma



Los quistes de esmegma son acumulaciones de restos epiteliales y secreciones entre el prepucio y el pene, en forma de tumoraciones blanquecinas, en ocasiones bastante grandes que se ven a través de la piel.

Este acúmulo ayuda a separar el prepucio del pene, y por tanto, ayuda a resolver las adherencias balanoprepuciales.

Tratamiento: no precisa. Se resuelven de forma espontánea.

Quiste del conducto tirogloso



El conducto tirogloso es un tubo que se forma durante el desarrollo de la glándula tiroidea, en las primeras semanas del embarazo. Esta glándula se origina en la base de la lengua y viaja hasta la parte inferior del cuello, dejando un tubo que se cierra pocas semanas después. Cuando este tubo no se cierra del todo y deja un espacio que se puede llenar de líquido o moco se forma un quiste (quiste del conducto tirogloso). Suele manifestarse en los primeros 5 años de vida, aunque en algunos casos se diagnostica en la edad adulta.

Clínica: si son muy pequeños pueden ser asintomáticos. **Bulto redondeado en la parte anterior del cuello**, en la línea media.

La complicación más frecuente es la infección del quiste (aumento de tamaño, dolor, enrojecimiento de la piel). Puede asociar fiebre. Rara vez formará un absceso que si se abre a la piel con salida de pus puede originar una fístula.

Diagnóstico: historia y exploración clínica (palpación de tumoración en cara anterior del cuello, el quiste se moverá con los movimientos linguales al sacar la lengua o tragar saliva). La ecografía confirma el diagnóstico.

Tratamiento: quirúrgico. Si hay infección puede requerir antibiótico: **Amoxicilina-clavulánico** 40-50 mg/kg/día durante 7-10 días.

Reflujo gastroesofágico



Regurgitación: expulsión de contenido gástrico de forma involuntaria y sin participación del SNC ni de la musculatura abdominal.

Rumiación: el contenido gástrico llega hasta la boca, es masticado antes de volver a tragarlo.

Vómito: expulsión forzada a través de la cavidad oral del contenido gástrico asociado con la contracción de la musculatura abdominal, diafragmática y de la pared torácica.

Lactante regurgitador o reflujo gastroesofágico fisiológico.

50% de los <3 meses regurgita al menos 1 vez al día con pico de regurgitaciones a los 4-5 meses de vida y luego desciende. 5% de los lactantes de 1 año vomita.

Criterios Roma IV para el diagnóstico: más de 2 regurgitaciones al día durante más de 3 semanas, sin presencia de complicaciones en lactante de 3-12 meses.

Tratamiento:

-Información a los padres de benignidad del proceso, vigilancia de aparición de signos o síntomas de alarma.

-Se puede recomendar mantener posición erguida en brazos durante 20-30 minutos tras las tomas, pero la posición de semi-tumbado en hamaquita no es efectiva. Usar elevación de la cabeza en supino.

-Fragmentación de tomas: no hay datos objetivos de que esta medida mejore el número de regurgitaciones

-Añadir cereales a las tomas. Solo recomendado en lactantes con escasa ganancia ponderal, ya que aumenta la densidad calórica de la toma y disminuye la sintomatología. No se recomienda en lactantes con sobrepeso.

-Fórmulas anti-regurgitación (AR) a base de espesantes (harina de maíz, arroz, algarrobo o goma guar) han demostrado su efectividad a corto plazo en la disminución del número de regurgitaciones. No se ha demostrado seguridad de estas fórmulas a largo plazo. Utilizar con precaución.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Cuando la regurgitación produce complicaciones (esofagitis, fallo de medro, problemas de alimentación, apnea obstructiva, enfermedad pulmonar).

Tabla	Síntomas de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)	
	Síntomas	Signos
Generales	Disconfort Irritabilidad Fallo de medro Rechazo de alimentación Postura distónica del cuello (Sandifer)	Erosión dental / Caries Anemia
Digestivos	Regurgitación Vómitos Pirosis Dolor torácico Dolor epigástrico Hematemesis Disfagia / Odinofagia	Esofagitis Estenosis esofágica Barret
Respiratorios	Sibilantes Estridor Tos crónica Ronquera	Apneas Asma Neumonía de repetición Otitis media recurrente

Fuente: *Pediatr Integral* 2019; XXIII (7): 330 – 338¹⁹

En lactantes, síntomas como arqueamiento con las tomas, irritabilidad o llanto excesivo junto con las regurgitaciones pueden aparecer en niños sin ERGE,
 En niños mayores y adolescentes: regurgitación y pirosis.

Diagnóstico: historia clínica a veces es suficiente, pero a veces precisa varias pruebas. Las pruebas son necesarias en caso de presentación atípica, evolución tórpida o presencia de síntomas de alarma.

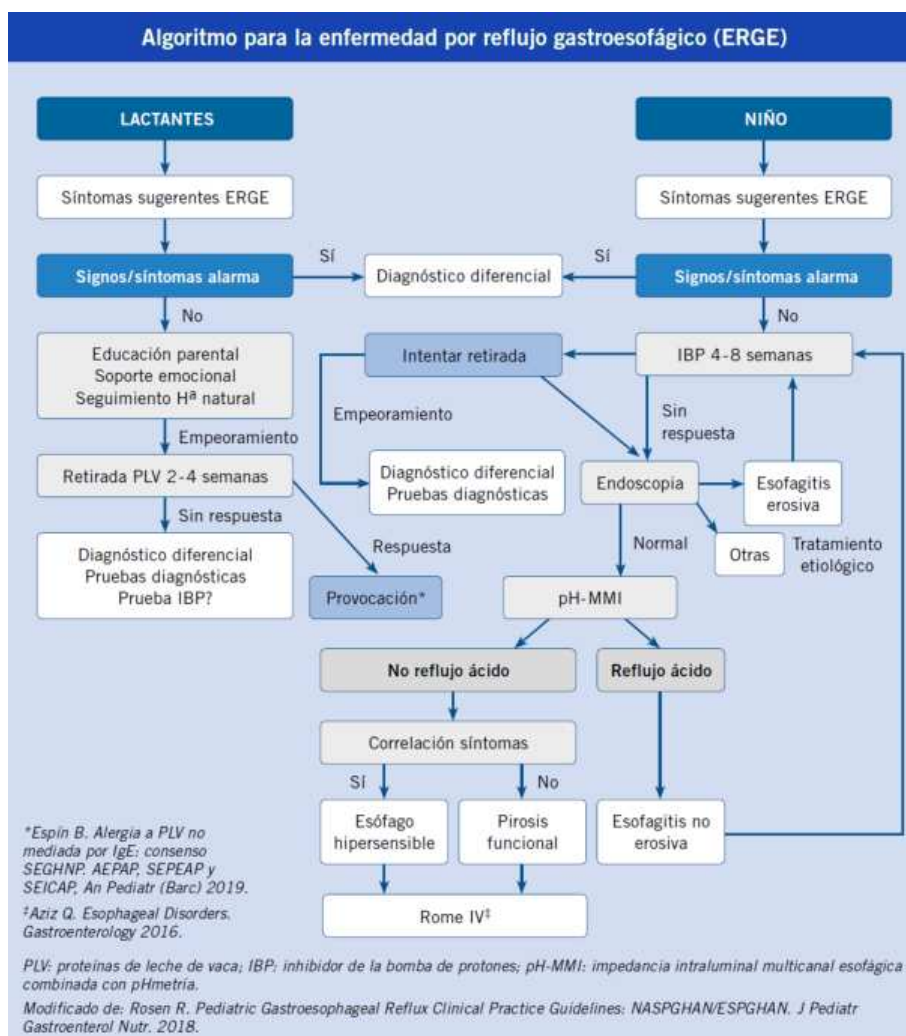
No existe una prueba para el diagnóstico de ERGE que pueda ser considerada como la prueba de referencia ("gold standard").

Tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBPS): omeprazol 10-20 mg/día

Recién nacidos y lactantes: no está recomendado.

Niños mayores y adolescentes; recomendada una prueba terapéutica si síntomas de ERGE (sensación de ascenso, pirosis o dolor retroesternal o epigástrico) sin signos de alarma. Prueba durante 4-8 semanas. No recomendada si solo hay síntomas extradiagésicos (apnea, asma o tos persistente).

Si sospecha de ERGE derivar a gastroenterólogo



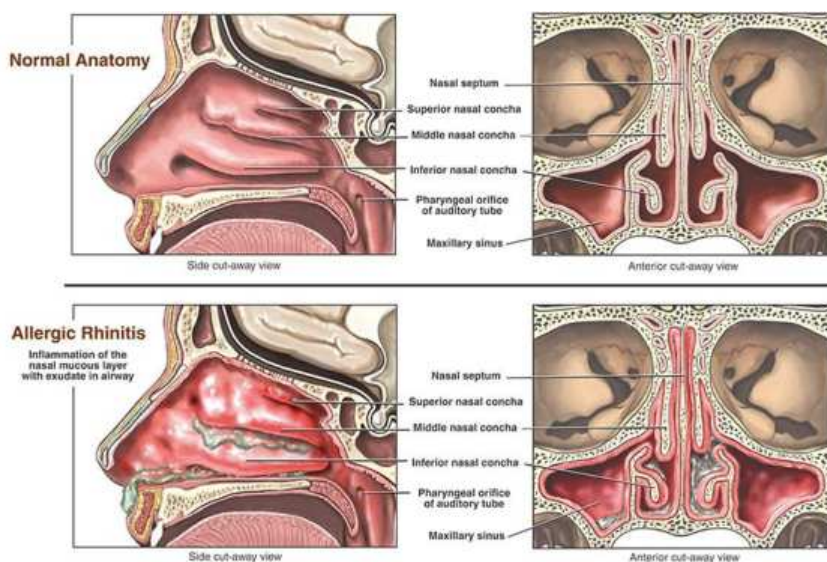
Fuente: *Pediatr Integral* 2019; XXIII (7): 330 – 338¹⁹

Rinitis alérgica



Proceso inflamatorio nasal.

Clínica: prurito nasal (síntoma con mayor VPP para el dg), puede incluir prurito palatino, ótico y faríngeo. Estornudos, rinorrea bilateral de predominio anterior y clara (hidrorrea). Obstrucción, es más intensa por la noche. Con frecuencia asocia conjuntivitis (epifora, prurito, inyección conjuntival, edema palpebral).



Diagnóstico: anamnesis, exploración física y sensibilización con correlación clínica. En AP anamnesis + EF permiten diagnóstico presuntivo.

Tratamiento:

- 1.- Educación sanitaria del paciente y su familia.
- 2.- Evitación de los alérgenos e irritantes.

<p>Ácaros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilar la habitación. Reducir la humedad <50% • Evitar objetos que los acumulen: moquetas, alfombras, peluches, cortinas • Fundas antiácaros para almohada y colchón (sintéticos). Edredón sintético (no plumas) • Limpieza: aplicar acaricida previo a paño húmedo y aspiradora con filtro HEPA • Lavado ropa cama >55° 	<p>Mohos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanear humedades • Mantener seco el baño y toallas. No usar esponja. • No guardar ropa/zapatos húmedos • Eliminar hojas muertas en plantas de casa • No remover hojarasca del suelo • Evitar zonas sombrías jardines/huertos • Evitar almacenes de alimentos, sótanos o cuevas
<p>Pólenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exposición en días ventosos o muy soleados • Gafas de sol si conjuntivitis • Mantener ventanas cerradas • Aire acondicionado con filtros limpios 	<p>Epitelios</p> <ul style="list-style-type: none"> • No mascotas en dormitorio ni domicilio • Baño semanal de la mascota • Evitar contacto indirecto • Evitar zonas con animales

Fuente.: *Protoc diagn ter pediatr.* 2019;2:133-48²⁰

3.-Medicación para el control de los síntomas

Lavado con suero salino: isotónico a nivel nasal y/u ocular o hipertónico a nivel nasal. Efectivo y seguro para disminuir síntomas. Indicado en Rinitis alérgica leve antes del uso de corticoide intranasal.

Corticoide intranasal. Fármaco de elección. Sobre todo, los preparados con biodisponibilidad sistémica (BDS) muy baja (<0,5%) fluticasona propionato, fluticasona furoato, mometasona. No se aconseja el uso prolongado de budesónida (BDS 35%).

El efecto se inicia a las 6-8 horas. Eficacia máxima a los 2-3 días. Duración 2-4 semanas. En las rinitis persistentes moderadas-graves 1-3 meses en la dosis mínima eficaz con técnica correcta. El uso a demanda y en periodos cortos alivia los síntomas pero no evita la hiperreactividad nasal.

Fluticasona propionato: *Flixonase*®, *Rinosone*® 50µg/p ≥4años: 1pul/día ≥12 años:2 pul/día.

Fluticasona furoato: *Avamys*® 27,5µg/p ≥6 años 1pul/día ≥12 años: 2 pul/día.

Mometasona: *Nasonex*®, *Rinelon*® 50µg/p ≥3 años:1pul/día ≥12 años:2 pul/día

Budesonida: *Rhinocort*® 64µg/p, *Budesonida Aldo-Unión*® 64, 100 µg/p ≥6 años: 1pul/día.

Efectos secundarios: olor o sabor desagradable, sequedad e irritación nasofaríngea, epistaxis.

Administración correcta del spray nasal:

1. Antes de la administración, sonar la nariz.
2. Agitarlo verticalmente antes del uso
3. Inclinar ligeramente la cabeza mirando hacia los pies.
4. Introducirlo en posición vertical y orientarlo lejos del tabique.
5. Apretar el dosificador y coger aire por la nariz suavemente.
6. Sacar el aplicador, echar el aire por la boca y no sonarse en 15 minutos.



Antihistamínicos orales. Se recomiendan los de segunda generación: loratadina, cetirizina, ebastina. Uso a demanda, según síntomas. Controlan el prurito, los estornudos y la rinorrea. No efectivos en edema y congestión nasal. Inicio de acción 1-3 horas. Pico máximo 1-5 horas. Cada 24 horas.

Efectos secundarios: cefalea, somnolencia, aumento del apetito, nerviosismo.

Cetirizina: *genérica, Zyrtec*®, *Alerlisin*® gotas 10 got=5 mg, solución 1 mg/ml, comp 10 mg.

2-5 años 2,5-5 mg
6-11 años: 5-10 mg 5 mg/12h
>12 años: 10 mg

Loratadina: *genérica, Clarytine*®. Solución 1 mg/ml, comp 10 mg

2-5 años: 2,5 mg
6-11 años: 5 mg
>12 años: 10 mg

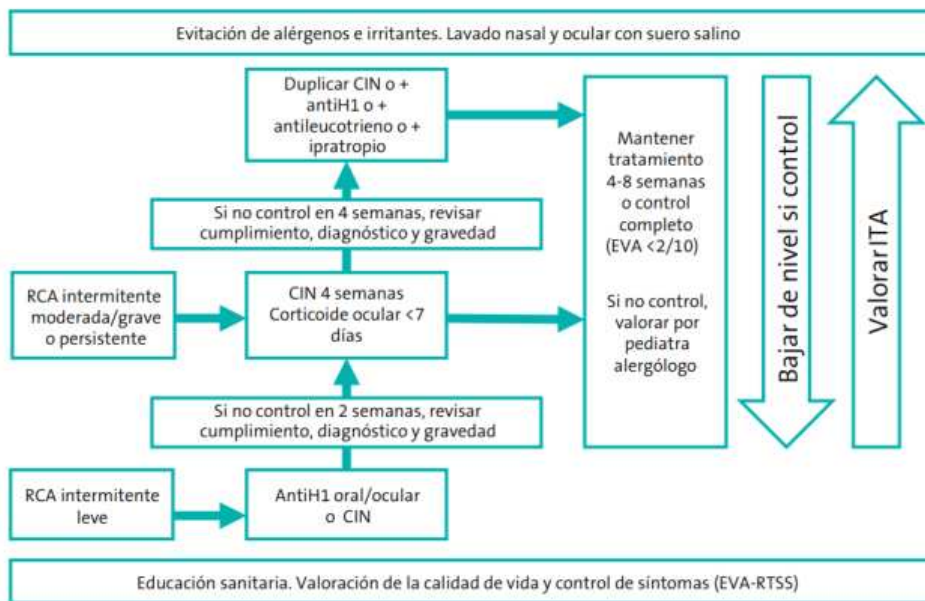
Ebastina: *genérica, Ebastel*®, *Ebastel forte*® solución 1 mg/ml, comp 10-20 mg

2-5 años: 2,5 mg
6-11 años: 5 mg
>12 años:10 mg

4.-Inmunoterapia alérgeno-específica

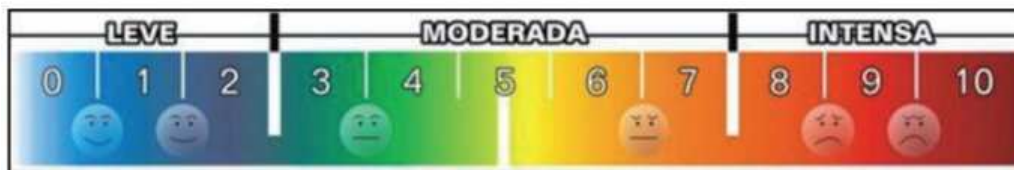
Derivar a neumoalergia si se considera necesario prescripción

Algoritmo de manejo práctico de RCA en Pediatría de Atención Primaria



Fuente: Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:133-48²⁰

Escala visual analógica (EVA)



Interpretación: Puntuación < 5 control, > 5 no control.

Derivación: a neumoalergia:

- Síntomas persistentes o intermitentes con intensidad moderada o grave.
- No respuesta terapéutica tras revisar cumplimiento e incrementar el escalón terapéutico
- Asociación de asma o complicaciones ORL.
- Indicación de inmunoterapia.

Sarna o escabiosis



Etiología: *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*.

Periodo de incubación: 3-6 semanas.

Transmisión: contacto directo y prolongado, habitualmente en ámbito familiar.

Clínica: prurito, intenso, predominio nocturno. Pápulas eritematosas y surcos o túneles que respeta la cabeza (excepto en los lactantes). Lesiones secundarias en forma de costras, excoriaciones, eccema o vesículas. En lactantes frecuente afectación de cuero cabelludo, palmas y plantas.

Tratamiento de elección: **Permetrina** 5% crema. *Sarcop*®, *Permecure EFG*®. (>2 meses). Aplicar en todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo (interdigital, debajo de las uñas) y no lavar las manos una vez aplicado. Dejar durante 8-14 horas (noche) y ducharse por la mañana. Repetir a los 7-10 días. Si hay muchas resistencias dejar la permetrina 24 horas. La permetrina es muy irritante para la piel, lo cual también puede provocar prurito. Tras el tratamiento aplicar crema hidratante cada 12 horas.

Tratamiento alternativo:

Azufre precipitado al 6-10% en cera lanette o vaselina filante.

Fórmula magistral: cera lanette o vaselina con azufre 6% c.p.s 250g. No hay consenso en las horas de duración del tratamiento (desde 3 a 24 horas según guías).

Recomendamos una opción intermedia: 1 aplicación cada 24 h durante 3-5 días. Dejar toda la noche y retirarlo con ducha por la mañana. Repetir a los 7-10 días.

Si resistencias, recurrencias o varios miembros de la familia afectados:

Ivermectina oral. 200 mcg/kg y repetir a los 7-14 días. Si fuera necesario hasta 4 tandas por las resistencias. Evitar en madres lactantes, embarazadas y en menores < 15 kg. Dermatología HSJDeu lo administra *Off-label* en < 15 kg ajustando la dosis por kg de peso.

Tratamiento mejor en ayunas y todos los miembros de la familia deben tomarlo a la vez.

Ivergalen® 3 mg comprimidos. *Ivercare*® 3 mg comprimidos.

PESO CORPORAL (kg)	DOSIS (número de comprimidos de 3 mg)
De 15 a 24	uno
De 25 a 35	dos
De 36 a 50	tres
De 51 a 65	cuatro
De 66 a 79	cinco
≥80	seis

Tratamiento adyuvante

Antihistamínicos vía oral, en función del prurito. Ver sección prurito.

Corticoides tópicos. Si lesiones eccematosas o lesiones por rascado. Recomendación del dermatólogo HSJReus:

Fórmula magistral: **Triamcinolona 0,1% + cera lanette csp. 250 g**

1 aplicación cada 12 horas x 7 días y luego 1 cada 24 horas durante 7 días.

Si hay nódulos inflamatorios en los testículos.

Hidrocortisona buteprato 1 mg/g (*Nutrasona*® crema) cada 24 horas (noche) x 7-10 días.

Metilprednisolona aceponato 1 mg/g (*Adventan*® o *Lexxema*® crema) cada 24 horas (noche) durante 7-10 días.

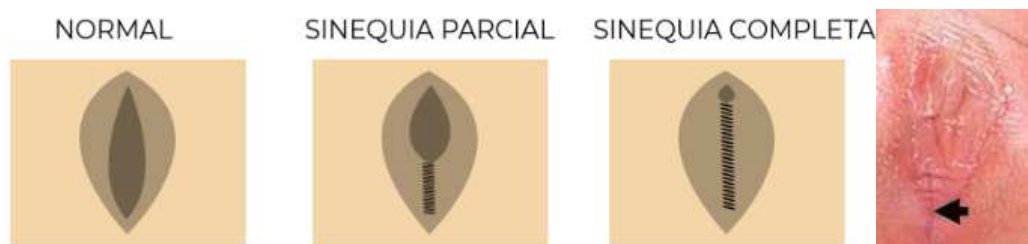
Corticoides orales. Si el prurito es muy intenso. Uso excepcional.

Antibióticos tópicos. Si hay sobreinfección bacteriana secundaria.

Medidas higiénicas

- El tratamiento debe realizarse simultáneamente a todos los contactos del paciente infectado, tengan o no síntomas porque, tras la infección, la enfermedad puede tardar de 3 a 6 semanas en manifestarse.
- Lavar la vestimenta, las toallas y la ropa de cama en lavadora con el programa de agua caliente (60 °C) y secado posterior en secadora (si se dispone de ella).
- Lavar la ropa tras haber aplicado el tratamiento, la ropa del día siguiente y la que haya estado en contacto las 48 h previas.
- Una alternativa es mantener la ropa en una bolsa cerrada durante 4-5 días con 3-4 bolitas de alcanfor. El parásito no vive, en condiciones normales, más de 3 días fuera del huésped.
- Utilizar insecticidas acaricidas (específico con Benzoato de Bencilo- *Acarexan*® spray, líquido- o activo frente a hormigas, cucarachas o arañas porque también son acaricidas) en zonas comunes (colchón, sofá, coche, cochecitos de bebés, alfombras). Aplicar con mascarilla. Dejar actuar 2 horas y posteriormente ventilar la habitación.
- Explicar al paciente que puede picar durante 4 semanas tras la aplicación del tratamiento, por sensibilización del ácaro y eliminación del mismo con el recambio de la piel.
- Los niños que han recibido tratamiento pueden acudir a su centro escolar al día siguiente de la aplicación del mismo.

Sinequias o adherencias vulvares



Adherencia entre los labios menores que no permite ver completamente la entrada a la vagina y en ocasiones tampoco el meato uretral. Es una condición adquirida. Es muy común entre los 3-6 meses y los 6 años.

Pueden ser totales o parciales (lo más habitual). Generalmente asintomáticas. Las totales pueden ocasionar molestias o dificultad para orinar, goteo tras la micción, molestias o flujo vaginal más abundante o con mal olor. Rara vez infecciones de orina. La mayoría se resuelven espontáneamente al llegar la pubertad.

Tratamiento:

1.-Observar evolución. Si son asintomáticas.

2.-Tratamiento tópico. Aplicar separando suavemente los labios.

- Vaselina pura.

- Crema con vitamina A+D.

Letifem crema vulvar sensitive@ cada 12 horas

Vea lipo3@ cada 12 horas.

- Crema de corticoide.

Clobetasona butirato 0,5 mg/g (*Emovate@ crema*) cada 24 horas durante 1-2 meses.

Betametasona valerato 1 mg/g (*Betnovate@ crema*) cada 24 horas durante 1-2 meses.

- Crema de estrógenos. *Colpotrofin@ 10 mg/g crema vaginal* (promestrieno). Cada 24 horas durante 1-2 meses. Son seguras. Se necesita una cantidad muy pequeña de crema y por un tiempo limitado. La probabilidad de que se absorba una mínima cantidad es muy baja. Efectos secundarios: desarrollo mamario, aumento de pigmentación de la vulva que desaparecen al suspender el tratamiento.

3.-Liberación manual de la sinequia por el pediatra o cirujano pediátrico. Puede aplicarse previamente crema anestésica.

Para evitar recidivas:

- . Evitar irritantes locales como jabones, tejidos sintéticos, ropa ajustada.

- . Uso de jabones con pH neutro. *Letifem gel íntimo pediátrico@*, *Saforelle gel íntimo@*, *Zelesse jabón íntimo@*, *Germisdin junior@*,

- . Retirar con suavidad secreciones en los pliegues labiales con esponjas o manualmente.

- . Limpiar en dirección de delante hacia atrás para evitar la contaminación de la vulva y vagina.

- . Tras la limpieza, secar la zona e hidratar con cremas suaves a base de vaselina o vitamina A+D.

Sinusitis Aguda



Infección de los senos paranasales. El seno no se puede afectar hasta que esté desarrollado (figura 1 edad de afectación de senos).

Clínica: rinorrea purulenta > 10 días sin mejoría o > 3 días de fiebre elevada y rinorrea purulenta, ausencia de mejoría tras 5-7 días de evolución o acompañado de dolor o tumefacción facial.

Diagnóstico: clínico. No requiere pruebas complementarias, Rx senos es de poca utilidad (cierto engrosamiento de la mucosa en infecciones respiratorias de vías altas).

Derivación hospitalaria: en caso de sospecha de complicaciones o mala evolución para realizar TC/RM.

Tratamiento:

El 50% de los casos se resuelven espontáneamente. Se recomienda iniciar el antibiótico en casos persistentes o complicados.

. < 2 años: **Amoxicilina/clavulánico** 80-90 mg/kg/día en 3 dosis, VO/ 7-10 días.

Augmentine® 100 mg/ml. 80 mg: **0,53 ml/kg** cada 8 horas

. > 2 años: **Amoxicilina** 80 mg/kg/día en 3 dosis, VO 7-10 días

Amoxicilina 250 mg/5 ml solución EFG®

. Si alergia a penicilina no grave **Cefuroxima** 30 mg/kg/día (c/12h) vo 10-14 días.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

. Si alergia a penicilina grave o alergia a cefalosporinas: **Levofloxacin** 10 mg/kg/día (c/12- 24h) VO 7 días.

Levofloxacin EFG® 250, 500 mg comprimidos.

Tiña o dermatofitosis. Ver micosis

Torsión de hidátide de Morgagni



Los apéndices o hidátides testiculares son restos embrionarios de pequeño tamaño, forma de lágrima en varias localizaciones. La hidátide de Morgagni es la más importante, situada en el polo superior del testículo. Presente en el 90% de los varones.

La torsión de la hidátide es la causa más frecuente de dolor testicular en la infancia (45%). En cualquier edad pero más frecuente prepuberal (10-11 años).

Causa: no existe causa clara conocida que ocasione la torsión.

Clínica: dolor testicular de comienzo leve, que aumenta gradualmente de intensidad. Enrojecimiento de la piel del escroto, aumento de tamaño del lado afecto. Rara vez otros síntomas como náuseas o vómitos. Reflejo cremastérico presente.

Diagnóstico: historia clínica y exploración física. Transiluminación (con la evolución mancha de aspecto azulado que es la hidátide necrótica). Eco-Doppler (flujo intratesticular normal y el apéndice torsionado).

Tratamiento:

1.-Sintomático. Reposo y antiinflamatorios. El dolor debe mejorar en 5-10 días.

2.-Evaluación cirujano pediátrico. Si hay dudas diagnósticas o si no mejoría del dolor a pesar del tratamiento (valorar extirpación quirúrgica de la hidátide o descartar torsión testicular).

Complicación: torsión testicular. La inflamación generada por la torsión de la hidátide puede predisponer a torsión testicular, que si precisa tratamiento urgente.

Torsión testicular



Torsión testicular. Giro o torsión del cordón espermático sobre sí mismo. Produciendo obstrucción de los vasos sanguíneos y provocando falta de riego del testículo que si es prolongada puede ocasionar necrosis del mismo. A cualquier edad pero más frecuente durante el desarrollo puberal (13-15 años) o durante el periodo neonatal. Predisposición anatómica: fijación inadecuada, incompleta o ausente del testículo, cordón espermático más alargado. *Factores desencadenantes*: actividad física, exposición al frío, traumatismos, inflamación local (torsión hidátide de Morgagni) o estimulación sexual.

Clinica: dolor de aparición brusca, gran intensidad en el testículo afectado. Puede irradiarse a región inguinal o parte inferior del abdomen. Náuseas, vómitos y afectación del estado general. En casos evolucionados fiebre secundaria a necrosis.

Teste afectado: enrojecimiento, endurecimiento de la piel del escroto, testículo ascendido y horizontal dentro de la bolsa. *Ausencia de reflejo cremastérico*.

Diagnóstico: historia clínica y exploración física. Ecografía Doppler: lo confirma. El flujo testicular está disminuido respecto al sano.

Tratamiento: urgencia quirúrgica. Deshacer la torsión y posterior fijación del testículo.

Tos



La tos es uno de los motivos más frecuentes de consulta de pediatría en Atención Primaria.

Anamnesis:

- Características de la tos, presencia de estridor, si la tos desaparece con distracciones o durmiendo (tic gutural, psicógena).
- Asociación con infección respiratoria: fiebre, mucosidad,... si tiene antecedente de covid o laringitis previa... episodio de atragantamiento...
- Antecedentes personales de malformaciones o asma.

Tabla I. Etiología de la tos prolongada más frecuente según la edad	
Edad	Patología más frecuente asociada
Menores de 1 año	<ul style="list-style-type: none"> - Reflujo gastroesofágico - Malformaciones o anomalías congénitas <ul style="list-style-type: none"> • Vascular: anillos • Bronquial: quistes • Fístula traqueoesofágica • Laringotraqueomalacia - Asma del lactante - Infecciones (neonatales, virus respiratorio sincitial) - Cardiopatías congénitas - Trastornos de la deglución - Fibrosis quística - Tabaquismo pasivo - Tumores mediastínicos
Entre 1 y 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Infección ORL - Asma - Reflujo gastroesofágico - Aspiración de cuerpo extraño - Infecciones - Malformaciones pulmonares - Cardiopatías congénitas - Inmunodeficiencias - Tabaquismo pasivo
Entre 6 y 14 años	<ul style="list-style-type: none"> - Asma o tos equivalente - Sinusitis - Tos psicógena y tos tipo tic - Postinfecciosas - Cuerpos extraños pulmonares - Reflujo gastroesofágico - Malformaciones pulmonares - Bronquiectasias por fibrosis quística o sin ella - Tumores - Tabaquismo pasivo
De 15 años y mayores	<ul style="list-style-type: none"> - Asma o tos equivalente - Síndrome de tos de la vía aérea superior (antiguo "goteo postnasal") causada por rinitis alérgica o no alérgica y sinusitis - Reflujo gastroesofágico - Postinfecciosa (tos ferina, infección por <i>Mycoplasma</i>, <i>Chlamydia</i>) - Tabaquismo pasivo o activo - Bronquitis crónica - Bronquitis eosinofílica - Bronquitis no eosinofílica - Sinusitis - Tos psicógena y tos tipo tic - Malformaciones pulmonares - Bronquiectasias - Cuerpo extraño pulmonar - Raras: tumores mediastínicos, pulmonares, neumopatías intersticiales, hipertrofia amigdalar, cuerpos extraños óticos, arritmia cardíaca y tos crónica idiopática - En ocasiones: varias causas a la vez y comorbilidades (p. ej.: apnea-hipopnea de sueño)

Fuente: *Pediatr Integral* 2021; XXV (1):5-12.²¹

• Signos de alarma:

- inicio en periodo neonatal
- pérdida de peso
- dificultades en la alimentación
- diarrea crónica
- hemoptisis

Pruebas complementarias según sospecha diagnóstica: **test rápido de virus respiratorios**, test rápido covid, analítica, Rx...

Tratamiento:

Medidas generales: Hidratación oral y lavados nasales. Evitar exposición a tabaco e irritantes.

Tratamiento etiológico:

- Infección establecida o sospecha de infección como bronquitis bacteriana persistente (BBP): antibióticos orales. La buena respuesta a antibioterapia también caracteriza y diagnostica la BBP.

Primera elección:

Amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día cada 8h durante 14 días. Dosis máx. amoxicilina/clavulánico 875 mg/125 mg

Alternativas:

Trimetoprima-sulfametoxazol 6-12 mg/30-60 mg/kg/d cada 12 horas durante 7-10 días. Dosis máx. 320 mg/1600 mg/día.

Seprin pediátrico® 8 mg/40 mg/ml suspensión oral, Seprin pediátrico® 8 mg/100 mg comprimidos, Seprin® 80 mg/400 mg comprimidos).

Cefalosporinas **Cefuroxima** 30 mg/kg/día (c/12h) vo 10-14 días.

Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.

Macrólidos: **Azitromicina** 10 mg/kg/día, cada 24 h, 3 días. Dosis máx. 500 mg/día.

Zitromax® 200 mg/5 ml, Azitromicina EFG® 200 mg/5 ml polvo para suspensión oral EFG®

Zitromax® 250 mg cápsulas, 500 mg comp, polvo suspensión oral. Azitromicina EFG® 500 mg comp.

Claritromicina 15 mg/kg/día cada 12 h, 7 días. Dosis máx. 500 mg/12h.

Claritromicina EFG® 25 mg/ml suspensión oral, Claritromicina EFG® 250 mg, 500 mg comp, Klacid® 500 mg sobres.

- Sospecha de tos ferina: macrólidos. Ver capítulo tosferina
- Rinitis o síndrome de tos crónica de la vía aérea superior

Corticoides nasales:

Fluticasona propionato: *Flixonase®* 50 mcg suspensión pulverización nasal

Mometasona furoato: *Nasonex®* 50 microgramos suspensión pulverización nasal

Budesonida nasal: *Budesonida EFG®* 50, 100 microgramos pulverización nasal

Antihistamínicos: .

Cetirizina: *Alerlisin®, Cetirizina jarabe EFG®, comprimidos:* 2-6 a: 2,5 ml/12h; 7-12 a: 5 ml/12h; >12 a: 10 ml/12h o 1 c/12-24h.

Loratadina. *Genérica, Clarytine®* solución 1 mg/ml. comp

Desloratadina: *Aerius jarabe®:* 1-5 a: 2,5 ml/día. 6-12 a: 5 ml/día, > 12 a: 10 ml/día. *Aerius comp®* 1 c/día.

Ebastina: *Ebastel® jarabe,* 2-6 a: 2,5 ml/día, 7-12 a: 5 ml/día; > 12 a: 10 ml/día.

Ebastel® comp. 10-20 mg., Flas 10-20 mg: >12 a: 1 c/día.

• Tratamiento quirúrgico en anomalías anatómicas.

• Si reflujo: evitar comidas copiosas antes de dormir, bebidas ácidas, con gas

Omeprazol: < 10 kg: 5 mg/día; 10-20 kg: 10 mg/día; >20 kg 20 mg/día

Fórmula magistral Omeprazol 1 mg/ml solución oral, *Omeprazol EFG®* 10,20 mg cápsulas.

Valorar PUNTUALMENTE y CON DURACIÓN LIMITADA, el uso de antitusivos, en caso de tos seca irritativa intratable, que no mejora, sobre todo debida a infecciones víricas.

Tabla III. Fármacos antitusivos utilizados en adolescentes, en ocasiones, en la práctica clínica (no en primera línea de tratamiento)		
Fármaco Nombre comercial	Dosis/posología	Mecanismo acción Efectos adversos (EA) Contraindicaciones
Dextrometorfano	- 1 mg/kg/día. Cada 6-8 horas. Oral - Niños >12 años: 10-30 mg cada 8 horas (hasta cada 4 h)	- Bloqueo central y aumento del umbral del reflejo de la tos - EA: hiperactividad, somnolencia y depresión respiratoria - No administrar en <2 años
Levodropropizina	- 3 mg/kg/día. Cada 8 horas. Oral - Máximo: 1 ml cada 8 h - Adultos: 180 mg al día	- Bloqueo periférico
Cloperastina	- 6-12 años: 5-10 ml de jarabe - >12 años: 10 ml de jarabe - Oral. Cada 8-12 horas	- Acción antitusígena central y antihistamínico - EA: somnolencia
Codeína	- 0,15-1,5 mg/kg/día. Cada 6-8-12 horas. Oral - Dosis máxima única 60 mg - Dosis máxima diaria 120 mg	- Bloqueo del reflejo de la tos en receptores centrales y periféricos - Es de los que cuentan con más experiencia - EA: estreñimiento, efectos sobre el SNC y adicción - No administrar en < 12 años o riesgo por la sedación

No se recomienda el uso rutinario de antitusivos. Considerar en ciclos cortos en cuadros agudos o con interurrencias. No olvidar efectos tóxicos o adversos, especialmente en otros factores de riesgo. Muchos jarabes contienen etanol. EA: efectos adversos.

Fuente: *Pediatr Integral* 2021; XXV (1):5-12.²¹

Dextrometorfano 1 mg/kg/día c/6-8 h

Cinfatos infantil® 1 mg/ml solución oral. *Cinfatos®* 2 mg/ml solución oral, *Cinfatos®* 10 mg pastillas para chupar, *Cinfatos®* 15 mg solución oral en sobres, *Normotus®* 2 mg/ml solución oral. *Bisolvon antitusivo®* 2 mg/ml jarabe,

Levodropropizina 3 mg/kg/d c/8h. Máx 1 ml cada 8 horas

Tautoss® 6 mg/ml jarabe, *Tossevo®* 6 mg/ml jarabe

Cloperastina 6-12 a 5-10 ml c/8h. > 12 a: 10 ml c/8h

Flutox® 3,54 mg/ml jarabe, *Sekisan®* 3,54 mg/ml jarabe, *Cloperastina EFG®* 3,54 mg/ml jarabe, *Flutox®* 10 mg comprimidos.

Codeína 0,15-1,5 mg/kg/día c/6-8-12h. Dosis máx única 60 mg. Dosis máx. diaria 120 mg

Codeisan® 1,26 mg/ml jarabe, *Fludan codeína®* 10 mg/5 ml solución oral. *Toseina®* 2 mg/ml solución oral.

Fitoterapia:

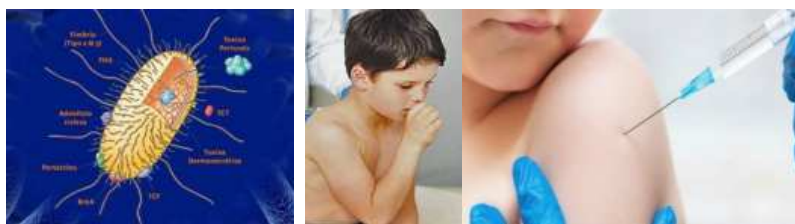
Miel + esencia de limón: *Glimeltos® jarabe*: 1-2 años 2,5ml/12h; 2-5 años 2,5 ml/8h; 6-12 años 5 ml/8h; > 12 años 10 ml/8h

Hedera Helix: *Prospantus® jarabe*: 2-5 años 2,5 ml /12h; 6-12 años 5 ml/12h; > 12 años 5 ml /8h.

Tusclin® jarabe: 2-5 años 2,5 ml /12h; 6-12 años 5 ml/12h; > 12 años 5 ml /8h

Cinfahelix® jarabe: 2-5 años 2 ml /12h; 6-12 años 4 ml/12h; > 12 años 4 ml /8h

Tosferina



Etiología: *Bordetella pertussis*.

Epidemiología: es una enfermedad altamente contagiosa, se han descrito tasas de infectados susceptibles de casi 100%. En España, vivimos una epidemia desde 2011.

Clínica: desde la ausencia de síntomas hasta el clásico “síndrome pertúsico”, con paroxismos de tos que suele ser emetizante y a veces cianosante, vómito y gallo inspiratorio, pasando por cuadros con sintomatología indistinguible de un catarro común. En neonatos, son especialmente temibles las apneas al debut.



Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXII (6): 254–263²²

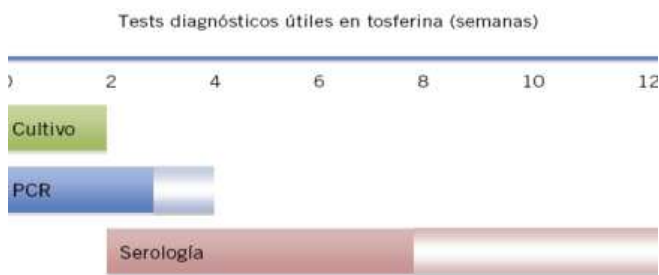
COMPLICACIONES

- Neumonía
- Afectación neurológica (encefalitis, convulsiones).
- Deshidratación secundaria a vómitos.
- **Otras complicaciones menos frecuentes:** neumotórax, atelectasias, fracturas costales, epistaxis, hematomas subdurales, hernias.
- **Complicación más grave: Tos ferina maligna:** sobre todo en lactantes pequeños. Cursa con pausas de apnea, insuficiencia respiratoria progresiva, hiperleucocitosis extrema, HTP e hipoxemia rápidamente progresivas, refractaria a tratamientos convencionales y **elevada tasa de mortalidad. La taquicardia precede a la hipertensión pulmonar.**

Diagnóstico: fundamentalmente clínico.

Para confirmación microbiológica:

- **Cultivo** en medio de Bordet-Gengou enriquecido (*gold standard*). Cada vez menos usado.
- **PCR** (prueba de reacción en cadena de la polimerasa) en muestras de secreción respiratoria obtenidas mediante aspirado de la nasofaringe o frotis. Factible recogida en CAP (Protocolo muestras tosferina). Avisar por teléfono a epidemiología para su recogida.
- **Serología** (ELISA), diagnóstico confirmatorio casi siempre *a posteriori*, en fase paroxística tardía o de convalecencia (difícil de interpretar en vacunados).



Tratamiento: antibiótico las 2 primeras semanas puede disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas. Después de las 2 semanas no influye en la clínica pero puede disminuir la contagiosidad.

Se recomienda iniciar el tratamiento lo más precozmente si se tiene la sospecha aunque no haya confirmación microbiológica. Sobre todo en pacientes con mayor riesgo (< 6 meses).

Pasados los 21 días de síntomas en un paciente sin riesgo no se recomienda el tratamiento.

Tabla 1. Dosis y pautas de administración de antimicrobianos en tratamiento y profilaxis postexposición de tosferina					Tabla 2. Contactos con indicación de recibir quimioprofilaxis postexposición ante un caso de tosferina (adaptado de protocolos RENAVE)
Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Cotrimoxazol	
< 1 mes	Recomendado, 10 mg/kg/día, dosis única, 5 días	Alternativa a azitromicina, 50 mg/kg/día, en 4 dosis, 14 días	No recomendado	No recomendado	Contactos de alto riesgo: - Lactantes menores de 1 año - Embarazadas de más de 37 semanas de edad gestacional no vacunadas con Tdpa (o transcurridos < 7 días desde la vacunación) - Inmunodeprimidos - Convivientes de los citados anteriormente - Trabajadores de guarderías - Personal sanitario en contacto con pacientes pediátricos (obstetricia, urgencias, pediatría, neonatología, unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos)
1-5 meses	10 mg/kg/día, dosis única, 5 días	50 mg/kg/día, en 4 dosis, 14 días	15 mg/kg/día, en 2 dosis, 7 días	Mayores de 2 meses, 8/40 mg/kg/día, en 2 dosis, 14 días	
> 6 meses y niños	10 mg/kg/día, dosis única (máx. 500 mg) el día 1; luego 5 mg/kg/día (máx. 250 mg), días 2 a 5	50 mg/kg/día (máx. 2 g/día), en 4 dosis, 14 días	15 mg/kg/día (máx. 1 g/día), en 2 dosis, 7 días	8/40 mg/kg/día, en 2 dosis, 14 días	
Adolescentes y Adultos	500 mg, dosis única el día 1; luego 250 mg/día, días 2 a 5	500 mg/6 horas, 14 días	500 mg/12 horas, 7 días	160/800 mg/12 horas, 14 días	

Fuente: *Pediatr Integral* 2018; XXII (6): 254-263²²

Azitromicina: *Zitromax®* 200 mg/5 ml, *Azitromicina EFG®* 200 mg/5 ml polvo para suspensión oral EFG®
Zitromax® 250 mg cápsulas, 500 mg comprimidos, polvo suspensión oral. *Azitromicina EFG®* 500 mg comprimidos

Eritromicina: *Pantomicina®* 100 mg/ml suspensión oral, *Pantomicina®* 250 mg, 500 mg, 1000 mg sobres. Hay problemas de suministro habitualmente.

Claritromicina: *Claritromicina EFG®* 25 mg/ml suspensión oral, *Claritromicina EFG®* 250 mg, 500 mg comp, *Klacid®* 500 mg sobres.

Cotrimoxazol: *Septin pediátrico®* 8 mg/40 mg/ml suspensión oral, *Septin pediátrico®* 8 mg/100 mg comprimidos, *Septin®* 80 mg/400 mg comprimidos).

CRITERIOS DERIVACIÓN

- Pacientes < 6 m.
- Pacientes con enfermedad de base.
- Crisis de cianosis o apneas.
- Dificultades para la alimentación.
- Insuficiencia respiratoria o taquicardia sinusal (< 190 lpm).
- Shock cardiogénico.

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN: indicada en todos los contactos domiciliarios y contactos íntimos independientemente de su estado vacunal, comenzando lo antes posible, en las 2-3 primeras semanas desde el inicio de los síntomas del caso índice.

NO tratar compañeros escolares o instituto.

SÍ contactos no domiciliarios de alto riesgo en caso de elevada exposición.

La profilaxis se realiza con la misma pauta que el tratamiento.

Prevención: vacunación sistemática.

Si no está vacunado o la vacunación es incompleta:

Niños NO vacunados o incompletamente vacunados según su edad	Iniciar vacunación o completar dosis restantes a intervalos de 4 semanas entre dosis con DTPa
> 12 m que hayan recibido la 3ª dosis de DTPa hace más de 6 m	Administrar la cuarta dosis de DTPa
< 7 años que hayan recibido última dosis hace más de 3 años	1 dosis de recuerdo de DTPa
> 7 años, adolescentes y adultos que no hayan recibido 1 dosis de vacuna frente a la tosferina o que ya haya pasado más de 10 años de la misma	1 dosis de recuerdo de dTpa

Úlcera corneal. Ver erosión corneal.

Uña encarnada, uñero u onicocriptosis



Se trata de la incrustación de la lámina ungueal en la piel de la misma.

Tratamiento:

- Retirar la espícula encarnada.
- Analgesia: **Ibuprofeno** oral.
- Antibiótico tópico si paroniquia ipsilateral . 7-14 días.
Ácido fusídico cada 8 horas. Fucidine® 20 mg/g crema, *Ácido fusídico Isdin®* 20 mg/g crema.
Mupirocina cada 8 horas. *Bactroban®* 20 mg/g pomada, *Plasimine®* 20 mg/g pomada, *Mupirocina EFG®* 20 mg/g pomada.
- Antibiótico oral: Si cuadro agudo febril o extenso.
Amoxicilina-clavulánico 50 mg/kg/día cada 8 horas durante 7- 10 días. Dosis máx. 3-4 g/día
Amoxicilina/clavulánico EFG® 250 mg/5 ml 50 mg: **0,33 ml/kg** cada 8 horas.
Augmentine® 100 mg/1 ml + 12,5 mg/ml suspensión oral 50 mg: **0,16 ml/kg** cada 8 horas.
Cefuroxima 15 mg/kg/día cada 12 horas durante 7-10 días.
Zinnat® 250 mg/5 ml solución oral®, 250 mg sobres, 250 mg comp., 500 mg sobres, 500 comp.
Cefuroxima EFG® 500 mg comp, sobres.

Urticaria



Aparición de habones que se acompañan de prurito. Se puede acompañar de angioedema (clínica más de dolor) cuando afecta a las capas más profundas de la dermis.

Etiología: infecciones (la causa más frecuente en pediatría), reacción IgE mediada por alimentos, fármacos, picadura de insectos, idiopática.

Tratamiento:

Antihistamínicos:

- **Dexclorfeniramina.** A partir de 2 años. Dosis 0,15 mg/kg/6-8 horas. Dosis máxima 20 mg/día.
 - *Polaramine®* solución 2 mg/5 ml. *Polaramine®* 2 mg comp.
- **Hidroxicina.** A partir de un año. Dosis: **1-2 mg/kg/ día** c/6-8h Dosis máx. en < 40 kg: 2 mg/kg/día, > 12 años: 100 mg/día.
 - *Atarax®* solución 10 mg/5 ml

Medicamento contraindicado en:

- pacientes con el QT alargado congénito o adquirido.
- factores predisponentes a alargar el QT (enfermedad cardiovascular preexistente, historia familiar de muerte súbita, hipomagnesemia, hipokalemia, bradicardia significativa, uso concomitante con otros fármacos que aumenten el QT (macrólidos, antimicóticos, antidepresivos...).

Especial precaución en uso concomitante con fármacos que produzcan bradicardia, hipokalemia.

- **Cetirizina.** A partir de 2 años
 - Niños de 2 a 6 años: 2,5 mg dos veces al día.
 - Niños de 6 a 12 años: 5 mg dos veces al día.
 - Adolescentes mayores de 12 años: 10 mg una vez al día.
Cetirizina Teva® solución 1 mg/ml; *Cetirizina Sandoz®* 10 mg/ml, *Alerlisin®* solución 1 mg/ml. *Cetirizina EFG®* 10 mg comp, *Alerlisin®* 10 mg comp.
- **Ebastina** a partir de 2 años.
 - Niños de 2 a 6 años: 2,5 mg una vez al día.
 - Niños de 6 a 12 años: 5 mg una vez al día.
 - Adolescentes mayores de 12 años: 10 mg una vez al día.
 - *Ebastel®* solución oral 1 mg/ml; *Ebastel Flas®* 10 mg comp, *Ebastel Forte Flas®* 20 mg comp, *Ebastina EFG®* 10 mg comp.
- **Desloratadina** a partir de 1 año)
 - Niños de 1 a 5 años: 2,5 ml (1,25 mg)
 - Niños de 6 a 11 años: 5 ml (2,5 mg).
 - Adolescentes mayores de 12 años: 5 mg.
 - *Desloratadina EFG®* solución oral 0,5 mg/ml, *Aerius®* solución oral 0,5 mg/ml, *Desloratadina EFG®* 5 mg comp o bucodispersable, *Aerius®* 5 mg comp.

Corticoides: Sólo en caso de angioedema asociado.

Prednisona VO 1-2 mg/kg/día 3 a 5 días. Dosis máx. 60-80 mg.

- *Estilsona gotas*® 7 mg/ml Prednisolona 2 mg: 0,15 ml/kg cada 12 horas
- *Paidocort*® 3 mg/ml solución oral. Prednisolona. 2 mg: 0,33 ml/kg cada 12 horas
- *Dacortin*® 5, 30 mg comprimidos, *Prednisona EFG*® 5,10, 30 mg comprimidos
- *Urbason*® 4, 16 o 40 mg comprimidos.

Si diarrea o dificultad respiratoria asociada: Ver manejo de anafilaxia.

Varicela-Herpes Zóster

Varicela



Enfermedad exantemática muy contagiosa, en los países templados afecta al 90% de los individuos susceptibles antes de los 20 años. Su distribución es universal, endémica en los países desarrollados, con ondas epidémicas cada 2-3 años, en regiones de clima templado tiene incidencia estacional con picos al final del invierno y en primavera.

Etiología: virus varicela-zoster.

Transmisión: por vía respiratoria tras exposición a un paciente contagiado, por contacto directo con el contenido de las vesículas y por vía vertical al feto durante la gestación.

Periodo de incubación: 10-21 días. Periodo de contagio: desde 2 días antes de aparición del exantema hasta 6 días después o que todas las lesiones estén en fase costrosa. Mayor tiempo en inmunodeprimidos. **¡El riesgo de transmisión es mayor antes de la aparición del exantema!**

Clínica: erupción cutánea pruriginosa de inicio en cara y tronco y posteriormente a extremidades. Se inicia como máculas, pápulas que evolucionan a vesículas y finalmente costras que curan sin cicatriz. Las lesiones aparecen en 2-5 días coexistiendo todos los estadios. Los días previos a la aparición de la erupción puede haber fiebre, cefalea, pérdida de apetito, cansancio y sensación de malestar.

Los pacientes vacunados tienen formas leves, con pocas lesiones o incluso maculopápulas sin evolucionar a costra.

Complicaciones:

- Sobreinfección cutánea (la más frecuente -*S. pyogenes* > *S. aureus*).
- Deshidratación.
- OMA.
- Neumonía bacteriana (por diseminación hematógena (*S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *S. aureus*) más frecuente en niños sanos. Neumonía varicelosa, más frecuente en inmunocomprometidos y adultos.
- Ataxia aguda cerebelosa (cerebelitis 1-2 semanas tras la infección, autolimitada). Encefalitis. Meningitis. Mielitis transversa. Síndrome de Guillain-Barré.
- PTI, glomerulonefritis aguda, artritis, hepatitis.

Diagnóstico: clínico

Tratamiento:

1.- Tópico: para evitar sobreinfección cutánea, hidratación y calmar el picor.

Lavados con agua y jabón.

Lavados con clorhexidina jabonosa: *Hibiclens jabón antiséptico*. Cada 12 horas. Dejar 5 minutos y después aclarar.

Vea spray aceite corporal® cada 12 horas. Hidrata la piel y calma el picor.

Cicaplast Baume B5® *La Roche Posay* cada 12 horas.

2.- Antitérmicos: **paracetamol, ibuprofeno**.

3.- Antipruriginosos (**Cetirizina, Desloratadina**). Ver sección prurito.

4.- **Aciclovir oral**. Dosis: 20 mg/Kg/6h (Dosis máx. 800 mg/6h) durante 5 días. Si existen factores de riesgo de varicela grave (tratamiento con corticoides o salicilatos). Iniciarlo antes de las 72 horas de aparición del exantema.

Zovirax® 400 mg/5 ml solución oral, *Zovirax*® 200, 800 mg, *Aciclovir EFG*® 200, 800 mg comp

Derivación al hospital.

- Afectación general importante y fiebre persistente.
- Inmunocompetente con complicaciones graves: neumonía, ataxia, encefalitis, trombocitopenia
- Inmunodeprimidos.
- Lactantes < 4 semanas y sospecha de varicela.
- Recién nacidos cuya madre desarrolla la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto.

Prevención: Vacunación

Profilaxis post-exposición: Inmunodeprimidos, adolescentes embarazadas, recién nacidos de madre con varicela entre 5 días antes y 48 horas después del parto.

- Inmunoglobulina específica varicela zóster en los primeros 3-4 días tras contacto.
 - Dosis 125 U por cada 10 kg de peso IM. Dosis máxima 625 U.

Situación especial: varicela durante el embarazo

El riesgo fetal depende del momento en el que se produzca la infección materna:

- Primeras 20 S.G. de Varicela congénita (hipoplasia miembros, microcefalia, cataratas, retraso crecimiento, cicatrices cutáneas).
- Después de las 20 S.G. el riesgo de afectación fetal es menor. Causa sobre todo herpes zóster en el lactante.

Madre con varicela periparto: los neonatos pueden presentar manifestaciones clínicas desde los 7 días previos a los 7 días después del parto. Puede dar lugar a una infección neonatal grave.

Herpes zóster

Tras la primoinfección, el virus, queda latente en ganglios de raíces dorsales y de los nervios craneales. Su reactivación origina el herpes zóster, trastorno en el cual aparecen lesiones vesiculosas siguiendo el trayecto de una metámera. Los pacientes con esta manifestación localizada son menos contagiosos. No tiene prevalencia estacional.

Tratamiento

1.- Tópico: para evitar sobreinfección cutánea, hidratación y calmar el picor.

Lavados con agua y jabón.

Lavados con clorhexidina jabonosa: *Hibiclens jabón antiséptico*. Cada 12 horas. Dejar 5 minutos y después aclarar.

Vea spray aceite corporal® cada 12 horas. Hidrata la piel y calma el picor.

Cicaplast Baume B5® La Roche Posay cada 12 horas.

2.- Antitérmicos: paracetamol, ibuprofeno.

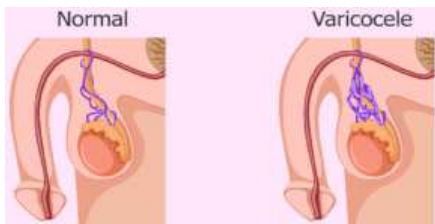
3.- **Aciclovir oral**. El objetivo es disminuir el dolor y evitar la neuralgia post-herpética. Solo se recomienda en pacientes inmunodeprimidos. Pero se puede considerar en > 12 años inmunocompetentes, aunque es un tratamiento controvertido.

Dosis: 4 g/día en 5 dosis durante 5-7 días.

Zovirax® 400 mg/5 ml solución oral, *Zovirax®* 200, 800 mg, *Aciclovir EFG®* 200, 800 mg comp.

Derivación al hospital: inmunodeprimidos.

Varicocele



Es una dilatación varicosa de las venas del plexo pampiniforme que drenan los testículos. Prevalencia: 6% de los niños de 10 años y en el 15% de los de 13 años. Es la causa más frecuente de infertilidad.

Clínica: puede ser asintomático. Pesadez que se agrava con la actividad física. Inflamación del escroto. Exploración del paciente en decúbito supino y bipedestación. Tumoración blanda en raíz del escroto, no dolorosa, vermiculada más evidente en bipedestación y con la maniobra de Valsalva.

Diagnóstico de confirmación: Ecografía-Doppler (tamaño de las venas dilatadas y reflujo venoso).

Tratamiento: quirúrgico.

Verrugas

La elección del tratamiento depende de la localización, el tamaño, la cantidad y el tipo de verrugas, así como de la edad y del grado de cooperación del paciente.

Verrugas vulgares

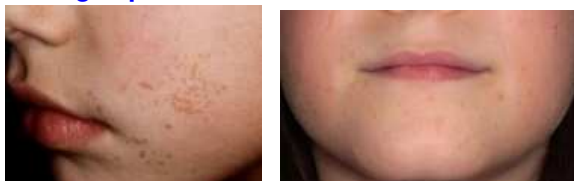


Verrugas plantares



- 1.- Esperar resolución espontánea.
- 2.-Oclusión con cinta adhesiva (esparadrapo) durante 6 días. Luego destapar, sumergir en agua caliente, limar, dejar al aire 12 horas y repetir el ciclo. Se desconoce el mecanismo de acción, pero se cree que estimula el sistema inmunitario por irritación local.
- 3.-Ácido salicílico al 20-40%. Tratamiento de elección. En niños pequeños, gran tamaño de la verruga, muy numerosas o periungueales.
Vaselix 20% crema®, *Vaselix 40% crema*®.
Keratix solución®. Ácido láctico 25%. Aplicar 1 vez al día (noche) con la espátula. Evitar contacto con piel sana. Dejar secar. Ocluir con parche.
- 4.-Ácido salicílico /ácido láctico:
 No usar en menores de 2 años. 1 aplicación con pincel. Evitar contacto con piel sana. 1 vez al día (preferible por la noche) hasta la desaparición de la lesión.
Verufil®. Ácido salicílico/ láctico al 15%.
Antiverrugas isdin®. Ácido salicílico/ láctico al 16.7%.
- 5.-Ácido fórmico.
EndWarts Pen®. 1 aplicación con la punta del lápiz evitando piel sana. Repetir la dosis al cabo de 1 minuto. Una vez a la semana hasta la desaparición. En menores de 4 años 1 aplicación cada 2-3 semanas. Usar solo en verrugas de manos, pies, codos y rodillas. Efectos secundarios temporales: picor, enrojecimiento, dolor, sensación de quemazón, sangrado de capilares. Interrumpir el tratamiento hasta la resolución de la lesión y reiniciarlo posteriormente.
- 6.-Nitrizinc complex. *Verrutop solución*®. Solución acuosa de ácido láctico, oxálico, acético, ácido nítrico, sales de Cu y Zn. Lo debe realizar el facultativo en la consulta. 1 ó 2 aplicaciones en la misma sesión separadas entre 5-15 minutos. Repetir cada 2 semanas hasta la resolución.
- 7.-Crioterapia. 1 aplicación cada 2 semanas. Evitar en verrugas de gran tamaño o periungueales. Produce picor, escozor, hormigueo, dolor que puede ser muy limitante en niños. Complicaciones: ampolla, dolor, infección, alteración del color de la piel, cicatriz.

Verrugas planas



1.- Esperar resolución espontánea.

2.-Tretinoína tópica 0,05% cada 24 horas (noche) hasta desaparecer. Máximo 3 meses. Es muy irritante. Evitar exposición solar (fotosensibilidad).

Retirides crema 0,5 mg/g® cada 24 horas máximo 3 meses.

3.- Ácido salicílico 10%:

Vaselix 5% crema®. 1 aplicación cada 24 h (noche) hasta la resolución.

Vértigo



Vértigo: sensación ilusoria de desplazamiento, giro o hundimiento de la persona o de su entorno que provoca desequilibrio o inestabilidad. En el vértigo verdadero están implicados receptores vestibulares, sus nervios o conexiones centrales,

Etiología más frecuente en población pediátrica: VPBI, neuronitis vestibular, OM, TCE, migraña basilar.

Clínica más habitual: caídas, falta de estabilidad, torpeza de movimientos, preferencia por estar tumbado y en lactantes llanto al intentar incorporarlos.

TIPOS DE VÉRTIGO

	PERIFÉRICO	CENTRAL
Comienzo/ Intensidad	Brusco, agudo, intenso	Insidioso, leve, duradero
Morfología	Inestabilidad con sensación giro de objetos	Inestabilidad sin giro de objetos
Cortejo vegetativo	Grave. Náuseas/vómitos/sudoración	Leve-moderado o ausente
Clínica Auditiva	Hipoacusia, acúfenos (puede aparecer)	Sin relación
Clínica Neurológica	Ausente	±; alteraciones visuales, disartria.
Romberg	+ (<i>desviación lado lesionado</i>)	-
Nistagmo espontáneo (Posición primaria)	Horizontal, horizonto-rotatorio. Unidireccional Suprime con fijación ocular.	Vertical, Variable Cambiante, multidireccional No supresión con fijación ocular
Nistagmo posicional (giros de la cabeza, maniobra de Dix-Hallpike)	Horizontal-Rotatorio Provoca vértigo intenso Periodo de latencia, agotamiento, fatigabilidad	Preferentemente vertical Vértigo leve o ausente Sin latencia, agotamiento o acostumbramiento
Inestabilidad Postural	Inestabilidad unidireccional Marcha preservada	Inestabilidad severa F caídas al caminar
Pruebas calóricas	Hiporreflexia laberíntica UNILATERAL	Normal o hiperreflexia
Curso evolutivo	Horas-días	Semanas

Tratamiento

- Los fármacos se emplean sobre todo para el vértigo periférico; en el central la gran mayoría de veces el tratamiento será el de la causa subyacente.
- 1ª línea de tratamiento: medidas higiénico-dietéticas, hidratación, higiene del sueño, dieta equilibrada, ejercicio, identificar factores desencadenantes para evitarlas. **Solo se recurrirá a la profilaxis farmacológica cuando la frecuencia, duración e intensidad de las crisis así lo requieran.**
- En la mayoría de los pacientes los **antihistamínicos** son los fármacos de elección; Otras alternativas: antieméticos, BZD
- SÓLO tratar cuando el paciente esté muy sintomático.
- La medicación debe suspenderse lo antes posible para evitar interferir en los mecanismos de adaptación central.
- Si no presenta mejoría en 7 días derivar a consulta de ORL o neuropediatría.

Derivar al hospital: Si cumple criterios de vértigo de origen central.

Fármaco	Dosis	Dosis máxima	Vía de administración
Sulpirida (off-label)	5-10 mg/kg/día cada 8h	50 mg/día	Oral ó EV
Dimenhidrinato	>2a: 5 mg/kg/día cada 6h	2-6a: 75 mg/día 6-12a: 150 mg/día	Oral ó Rectal
Difenhidramina	>1a: 5 mg/Kg/día cada 6h	150 mg/ día	Oral
Diazepam	0,1 mg/kg/dosis cada 8 h	5 mg/dosis	Oral, EV, IM
Ondansetron	0,15 mg/kg/dosis cada 8 h	8 mg/dosis	Oral, EV

Dimenhidrinato: *Biodramina*® 4 mg/1 ml solución oral, *Biodramina infantil*® 12,5 mg solución oral sobres unidosis, *Biodramina infantil*® 24 mg solución oral unidosis, *Cinfamar infantil*® 12,5 mg solución oral, *Cinfamar infantil*® 25 mg comprimidos recubiertos, *Cinfamar*® 50 mg comprimidos recubiertos, *Normostop*® 50 mg comprimidos.

Sulpirida : *Dogmatil*® 50 mg/ml solución inyectable, *Dogmatil fuerte*® 200 mg comprimidos, *Psicocer*® 50 mg cápsulas, *Sulpirida*® EFG 50 mg cápsulas.

Difenhidramina: *Soñodor difenhidramina*® 50 mg comp.

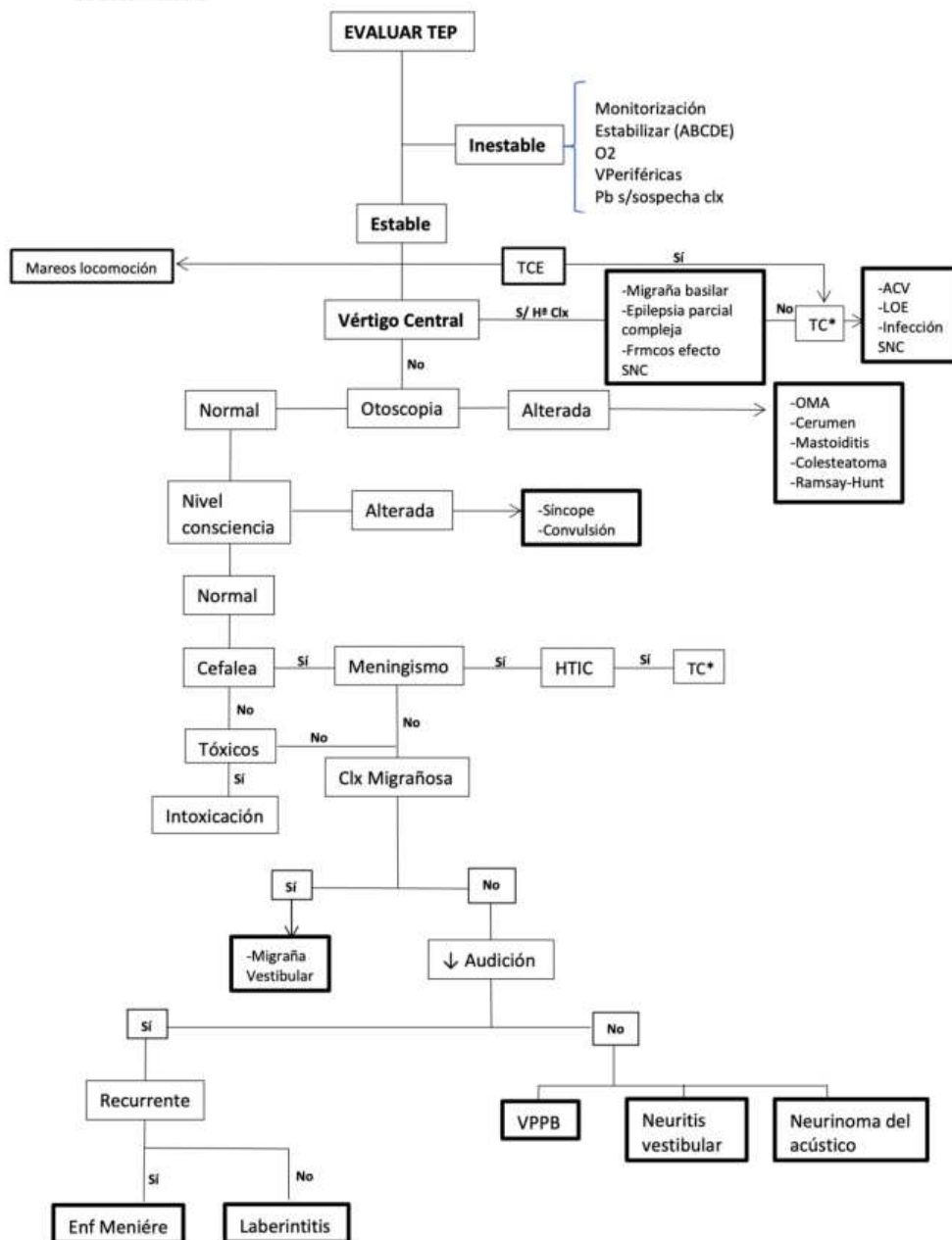
- **VPPB:** Maniobra de Reposición à **Maniobra Epley y Semont**



Algoritmo: **TEP: Triángulo de evaluación pediátrica**

	Apariencia	Respiración	Circulación	Impresión general
	N	N	N	Estable
	A	N	N	Disfunción del sistema nervioso central
	N	A	N	Dificultad respiratoria
	A	A	N	Fallo respiratorio
	N	N	A	Shock compensado
	A	N	A	Shock descompensado
	A	A	A	Fallo cardiopulmonar

A: alterado; N: normal.



* TC: Se asume en caso de requerir TC se derivará a Hospital.

Vulvovaginitis inespecífica



Inflamación de la vulva y vagina. Muy frecuente entre los 2 y 7 años.

Causa: contaminación por gérmenes de las heces o vía respiratoria que alteran el equilibrio de la zona genital. La mayoría no tienen un germen concreto.

Otras causas:

- Lombrices.
- Candidas.
- Cuerpos extraños. Produce flujo maloliente.
- Ropa interior muy ajustada o sintética.

Clínica: picor vulvar, enrojecimiento de la piel, flujo vaginal, sangrado, molestias o ardor al orinar.

Tratamiento: hábitos y medidas de higiene. Mejoran en 2-3 semanas:

- Enseñar y revisar la técnica correcta de limpieza de los genitales después de orinar o defecar (de delante hacia detrás).
- Evitar el uso de ropa ajustada (mallas, leotardos, pijama).
- Usar ropa interior de algodón.
- Evitar el uso de suavizantes para la ropa interior y bañadores.
- No utilizar jabones perfumados o irritantes.
- Secar la zona totalmente después del baño.

Si la zona vulvar está muy inflamada se puede usar:

- Compresas de agua fría.
- Antisépticos: *Letifem gel íntimo pediátrico®*, *Saforelle gel íntimo®*, *Zelesse jabón íntimo®*
- Crema emoliente con bardana, aloe y camomila: *Zelesse crema vulvar* cada 12 horas.
- Crema emoliente con óxido de Zn: *Letifem crema vulvar sensitive®* cada 12 horas.
Vea lipo3® gel cada 12 horas.

Vulvovaginitis candidiásica. Ver micosis

Xerosis



La xerosis o piel seca.

Etiología: deficiencia para regular la cantidad de agua de la piel, diabetes, envejecimiento.

Clínica: tirantez, irritación, descamación, picor, rugosidad.

La piel con xerosis, es propensa a desarrollar algunas afecciones cutáneas en las zonas más afectadas, como por ejemplo queratosis pilaris, dermatitis atópica, psoriasis o ictiosis.

Tratamiento: hidratación

Cerave crema, loción hidratante® cada 12 horas.

Cerave crema reparadora de manos® cada 12 horas.

Cerave crema reparadora de pies con ácido salicílico® cada 12 horas.

XeraCalm A.D. Concentrado calmante Avene® cada 6 horas. Párpados, manos, pies.

XeraCalm A.D. Bálsamo relipidizante Avene® cada 12-24 horas. Cuerpo.

TriXera Bálsamo, loción, crema de ducha Avene® cada 12-24 horas.

CÁLCULO DOSIFICACIÓN JARABES

$$\text{Dosis: } \text{mg} \times \text{kg} \times \frac{\text{ml jarabe}}{\text{mg jarabe}} / \text{n}^\circ \text{ dosis día} = \text{ml/kg en cada dosis}$$

ANALGÉSICOS /ANTIPIRÉTICOS /ANTIINFLAMATORIOS

Ibuprofeno *Dalsy@, Junifen@ 2%, ibuprofeno EFG 100 mg/5ml*
Dalsy 40@, Junifen@4%, ibuprofeno EFG 200 mg/5ml

Dosis antipirético **20-40 mg/kg/día c/6 h** Dosis máx. 40 mg/kg/día
 Dosis antiinflamatorio **40 mg/kg/día c/8 h**

Ej.: Ibuprofeno 2%: $20 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{100 \text{ mg}} / 4 = 0,25 \text{ ml/kg cada 6 horas}$ antipirético
 Ej.: Ibuprofeno 2%: $40 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{100 \text{ mg}} / 3 = 0,66 \text{ ml/kg cada 8 horas}$ antiinflamatorio
 Ej.: Ibuprofeno 4%: $20 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}} / 4 = 0,125 \text{ ml/kg cada 6 h}$ antipirético
 Ej.: Ibuprofeno 4%: $40 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}} / 3 = 0,33 \text{ ml/kg cada 8 h}$ antiinflamatorio

Paracetamol *Apiretal@ gotas, Gelocatil@gotas, Paracetamol EFG@ 100 mg/1 ml. Termalgin@ jarabe 120 mg/5 ml, Efferalgan@ jarabe 150 mg/5 ml, Gelocatil@ solución oral 650 mg/10 ml 200 ml*

Dosis: **10-15 mg / kg/ dosis** cada 6 h Dosis máx. 3-4 g/día

Peso del paciente	Dosis diaria máxima
≤ 10 kg	30 mg/kg
>10 kg a ≤ 33 kg	60 mg/kg sin exceder los 2 g
>33 kg a ≤ 50 kg	60 mg/kg sin exceder los 3 g
>50 kg y factores de riesgo de hepatotoxicidad	3 g
>50 kg sin factores de riesgo de hepatotoxicidad	4 g

Ej.: Paracetamol/Apiretal $10 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{100 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,1 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Paracetamol/Apiretal $15 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{100 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,15 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Termalgin $10 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{120 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,41 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Termalgin $15 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{120 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,62 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Efferalgan $10 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{150 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,33 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Efferalgan $15 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{150 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,5 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Gelocatil solución $10 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{10 \text{ ml}}{650 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,15 \text{ ml/kg cada 6 horas}$
 Ej.: Gelocatil solución $15 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{10 \text{ ml}}{650 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,23 \text{ ml/kg cada 6 horas}$

Metamizol magnésico *Metalgial gotas@ 1 gota= 25 mg 1 ml=500 mg*

Dosis **20-40 mg/kg/dosis** c/6 h vo Dosis máxima 2 g/dosis

Ej.: Metamizol $20 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,04 \text{ ml/ kg cada 6-8 horas}$
 Ej.: Metamizol $40 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} / \text{dosis} = 0,08 \text{ ml/kg cada 6-8 horas}$

ANTI-HISTAMINICOS

Cetirizina a partir de 2 años (*Cetirizina Teva®* solución 1 mg/ml, *Cetirizina Sandoz®* 10 mg/ml).

- Niños de 2 a 6 años: 2,5 mg dos veces al día.
- Niños de 6 a 12 años: 5 mg dos veces al día.
- Mayores de 12 años: 10 mg una vez al día.

Ebastina a partir de 2 años. (*Ebastel®* susp 1 mg/ml)

- Niños de 2 a 6 años: 2,5 mg una vez al día.
- Niños de 6 a 12 años: 5 mg una vez al día.
- Mayores de 12 años: 10 mg una vez al día.

Desloratadina a partir de 1 año (*Desloratadina EFG®* suspensión 0,5 mg/ml, *Aerius®* 0,5 mg/ml solución ora).

- Niños de 1 a 5 años: 2,5 ml (1,25 mg)
- Niños de 6 a 11 años: 5 ml (2,5 mg)
- Mayores de 12 años: 5 mg.

Dexclorfeniramina a partir de 2 años (*Polaramine®* solución 2 mg/5 ml)

Dosis: **0,2-0,3 mg/kg/día** c/6-8h Dosis máx. 12 mg/día

Ej.: dexclorfeniramina 0,2 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{2 \text{ mg}} / 4 = 0,125 \text{ ml/kg}$ cada 6 horas

Ej.: dexclorfeniramina 0,2 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{2 \text{ mg}} / 3 = 0,166 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

Hidroxicina (*Atarax®* solución 10 mg/5 ml). **Fármaco bajo alerta sanitaria. Utilizar con precaución.**

Dosis: **1-2 mg/kg/ día** c/6-8h

Medicamento contraindicado en:

- pacientes con el QT alargado congénito o adquirido.
- factores predisponentes a alargar el QT (enfermedad cardiovascular preexistente, historia familiar de muerte súbita, hipomagnesemia, hipokalemia, bradicardia significativa, uso concomitante con otros fármacos que aumenten el QT (macrólidos, antimicóticos, antidepresivos...)).

Especial precaución en uso concomitante con fármacos que produzcan bradicardia, hipokalemia.

Ej.: hidroxicina 1 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 4 = 0,125 \text{ ml/ kg}$ cada 6 horas

Ej.: hidroxicina 1 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 3 = 0,16 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

Ej.: hidroxicina 2 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 4 = 0,25 \text{ ml/kg}$ cada 6 horas

Ej.: hidroxicina 2 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 3 = 0,33 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

ANTIBIÓTICOS

Amoxicilina (*Amoxicilina® EFG* 250 mg/5 ml)

Dosis: **40-50 mg/kg/día** c/8-12h Neumonía y otitis media **80-100 mg/kg/día** c/8h

Ej.: 40 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 3 = 0,26 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

Ej.: 50 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 3 = 0,33 \text{ ml/ kg}$ cada 8 horas

Ej.: 40 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 2 = 0,4 \text{ ml/kg}$ cada 12 horas

Ej.: 50 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 2 = 0,5 \text{ ml/ kg}$ cada 12 horas

Ej.: 80 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 3 = 0,53 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

Ej.: 100 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / 3 = 0,66 \text{ ml/kg}$ cada 8 horas

Amoxicilina-clavulánico (*Amoxicilina-clavulánico EFG®* 250 mg/62,5 en 5 ml, *Augmentine® 100*: 100/12,5 mg/1 ml, *Amoxicilina-clavulánico 100 EFG®*: 100/12,5 mg/1 ml)

Dosis: **40-50 mg/kg/día** c/8h OMA y neumonía **80-100 mg/kg/día** c/8h

Ej.: Augmentine 100 a 40 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{100/12,5 \text{ mg}}$ / 3 = **0,13 ml/kg cada 8 horas**
 Ej.: Augmentine 100 a 80 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{100/12,5 \text{ mg}}$ / 3 = **0,26 ml/kg cada 8 horas**
 Ej.: Augmentine 100 a 100 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{100/12,5 \text{ mg}}$ / 3 = **0,33 ml/kg cada 8 horas**

Ej.: Amoxicilina-clavulánico 250/62,5 en 5 ml se calcula igual que amoxicilina sola. No usar a dosis de 80-100 mg/kg/d por dosis alta de clavulánico.

Azitromicina (*Azitromicina EFG@* 200 mg/ 5 ml , *Zitromax®* 200 mg/5 ml)

Dosis: **5-10 mg/kg/día** c/24h Dosis máxima: 500 mg/día.

Ej.: 5 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}}$ / dosis = **0,125 ml/kg cada 24 horas**
 Ej.: 10 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}}$ / dosis = **0,25 ml/kg cada 24 horas**

Cefadroxilo (*Duracef®* 250 mg/5 ml)

Dosis: **30 mg/kg/día** c/ 12 horas Dosis máxima: 2 g/día .

Ej.: 30 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}}$ / 2 = **0,3 ml/kg cada 12h**

Cefixima (*Denvar®, Cefixima EFG@* 100 mg/5 ml)

Dosis: **8 mg/kg/día** c/12-24 h Dosis máx. 400 mg/día

Ej.: 8 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{100 \text{ mg}}$ / 2 = **0,2 ml/kg cada 12 h 0,4 ml/kg cada 24h**

Cefuroxima-axetilo (*Zinnat®* 250 mg/5 ml)

Dosis: **15-30 mg/kg/día** c/12h Dosis máxima: 1 g/día

Ej.: 15 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}}$ / 2 = **0,15 ml/kg cada 12h** Neumonía 30 mg 0,3 ml/kg c/12h

Claritromicina (*Claritromicina Sandoz®* 25 mg/1 ml)

Dosis: **15-30 mg/kg/día** c/12h neumonía **30 mg/kg/día** c/12h

Ej.: 15 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{25 \text{ mg}}$ / 2 = **0,3 ml/kg cada 12h** Neumonía **0,6 ml/kg c/ 12h**

Cloxacilina (*Orbenin®* suspensión 125 mg/5 ml)

Dosis: **50-100 mg/kg/día** c/6h

Ej.: 50 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{125 \text{ mg}}$ / 4 = **0,5 ml/kg cada 6 horas**

Cotrimoxazol (*Septtrin pediátrica®* sulfametoxazol/trimetoprim 200/40 mg/5 ml)

Dosis: **40-60/8-12 mg/kg/día** c/12h

Ej.: 40/8 mg x kg x $\frac{5 \text{ ml}}{400/80}$ / 2 = **0,25 ml/ kg cada 12 horas**

Doxiciclina (*Vibracina®* suspensión 10 mg/1 ml)

Dosis: **2-4 mg/kg/día** c/12h Dosis máx. 200 mg/día

Ej.: $2 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 2 = 0,1 \text{ ml/kg cada 12 horas}$

Ej.: $4 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{10 \text{ mg}} / 2 = 0,2 \text{ ml/kg cada 12 horas}$

Josamicina (*Josamina*® 500 mg/ 5 ml suspensión)

Dosis: **30-50 mg/kg/día** c/12h Dosis máx. 1 g/día.

Ej.: $30 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} / 2 = 0,3 \text{ ml/ kg cada 12 h}$

Ej.: $50 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} / 2 = 0,5 \text{ ml/ kg cada 12 h}$

ANTIÁCIDOS

Almagato (*Almax*® jarabe)

Dosis: **0,5-1 ml/kg/dosis** c/ 8 h Dosis máx. 10-15 ml toma

Omeprazol *fórmula magistral* Omeprazol 1 ó 2 mg/ml suspensión oral

Dosis: **1 mg/kg/día** c/12h Dosis máx. 20 mg/día

ANTIPARASITARIOS

Mebendazol (*Lomper*® suspensión 100 mg/5 ml)

Dosis oxiuros: **100 mg/día c/24h** x 1 dosis. 5 ml/día vo. Repetir a las 2 semanas

Dosis otros parásitos: 100 mg/d x 3 días = 5 ml/día x 3 día.

Metronidazol (*Flagyl*® solución 200 mg/5 ml)

Dosis: **30 mg/kg/día** c/8h Dosis máx. 4 g/día = 20 ml/día

Ej.: $30 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}} / 3 = 0,2 \text{ ml/kg cada 8 horas}$

Pirantel (*Trilombrin*® solución 250 mg/5 ml)

Dosis: **11 mg/kg/día** dosis única Dosis máx. 1 g = 20 ml

Ej.: $11 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} / \text{día} = 0,22 \text{ ml/kg dosis única}$. Repetir a las 2 semanas

MEDICACIÓN DE URGENCIAS

DOSIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA

FÁRMACOS EN CÁMARA PRESURIZADA

Salbutamol aerosol 100 mcg/pulverización

Dosis: **Peso/3 con mínimo 5 pufs y máximo 10**

FÁRMACOS NEBULIZADOS

Salbutamol solución nebulización 1 ml=5 mg

Dosis: **0,03 ml /kg** (mínimo 0,25 ml; máx. 1 ml) en 2 ml SSF

Bromuro de ipratropio (*Atrovent®*) 1 amp=250 mcg 1 amp=500 mcg

< 10 kg	125 mcg + 2 ml SF
10-40 kg	250 mcg + 2 ml SF
> 40 kg	500 mcg + 2 ml SF

Nota: salbutamol + bromuro de ipratropio se pueden nebulizar juntos

Budesonida (*Pulmicort®* 0,25 o 0,5 mg/ml suspensión para nebulizador, *Budesonida EFG®* 0,25 o 0,5 mg/ml mg/ml para nebulizador)

Dosis: **2 mg** independiente de peso y edad.

Amp 2 ml: 0,25 mg/ml 2 mg=4 ampollas
 Amp 2 ml: 0,5 mg/ml 2 mg=2 ampollas

No es necesario diluirlo pero se puede hacer (4 ml SSF)

Adrenalina ampolla 1 ml= 1 mg

Dosis: **0,3-0,5 ml/ kg/ dosis** Dosis máx. 5 ml + SSF hasta 10 ml

FÁRMACOS ENDOVENOSOS

PARO CARDIACO

Adrenalina 1 amp = 1 ml = 1 mg

Preparar 1 amp adrenalina + 9 ml SSF

Pasar: 0,1 ml/kg de la preparación EV

Repetir dosis según algoritmo de RCP (igual que adultos)

Atropina 1 amp= 1 ml=1 mg

Dosis: 0,02 mg/kg mín. 0,1 mg, máx. 1 mg (1 ml= 0,1 mg)

Preparar 1 ml + 9 ml SSF

Pasar 0,2 ml/kg de la preparación (mín. 1 ml, máx. 10 ml) EV

ANTÍDOTOS

[Intoxicación por opiáceos](#): morfina, metadona, codeína, fentanilo, tramadol

Naloxona (*Naloxona EFG*® 1 amp 1 ml= 0,4 mg)

Revertir depresión respiratoria asociada a uso terapéutico **0,01 mg/kg**. EV Repetir cada 2-3 min
Intoxicación grave: 0,1 mg/kg EV Dosis máx. 2 mg (5 ampollas).

[Intoxicación por benzodiacepinas](#)

Flumazenilo (*Anexate*® amp 0,5 mg/5 ml). No usar si intox por antidepresivos tricíclicos

Dosis: **0,01 mg/kg/dosis** EV Dosis máx. 0,2 mg=2 ml

[Sobredosificación Metoclopramida \(Primperan®\), cleboprida \(Clebopil®\)](#)

Biperideno (*Akineton*® amp 5 mg/1 ml)

Dosis: **0,08 mg/kg/dosis** EV Dosis máx. 2 mg. Si precisa repetir a los 30 min

OTROS FÁRMACOS ENDOVENOSOS

Dexametasona (*Fortecortin*® amp 4 mg/ml, 40 mg/5 ml)

Dosis: **0,15-0,3 mg/kg/dosis** EV

Dexclorfeniramina (*Polaramine*® amp 5 mg=1 ml)

Dosis: **0,15 mg/kg** (Dosis máx. 5 mg) EV

Diacepam (*Valium*® amp 10 mg/ 2 ml)

Preparar dilución 1 mg= 1 ml

Preparación Diazepam amp 10 mg/2 ml = 2 ml diazepam + 8 ml SSF

Dosis a pasar EV: 0,3 mg/kg = **0,3 ml/kg /dosis de la preparación**. Dosis máx. 10 mg

Nota: esta misma dilución se puede pasar RECTAL a 0,5 mg/kg = 0,5 ml/kg Dosis máx. 10 mg

Hidrocortisona (*Actocortina*® amp 100, 500 mg, amp 1 g)

Dosis: **10 mg/kg/ dosis** EV Dosis máx. 500 mg

Metamizol magnésico (*Nolotil*® amp 2 g=5 ml, *Metamizol EFG*® amp 2 g/5 ml))

Dosis: **20-40 mg/kg/dosis** c/6 h Dosis máx 2 g/dosis

Memo: a 40 mg/kg = **0,1 ml/kg** EV

Metilprednisolona (*Urbason*® amp 20, 40 mg)

Dosis: **1-2 mg/kg/dosis** EV Máx. 40-60 mg/día

Midazolam

Dosis: **0,05-0,2 mg/kg** EV Máx. 10 mg

Paracetamol (ampollas 1 g/ 100 ml) = 10 mg/1 ml 15 mg/1,5 ml

Dosis: **15 mg/kg/dosis** EV Diluir la cantidad calculada en 50-100 ml SSF

PROTECTORES GÁSTRICOS

Omeprazol *Omeprazol EFG®* ampollas 40 mg/ 5 ml EV

Dosis: **1 mg/kg/día** c/12-24 h Máx 40 mg/día

ANTIEMÉTICOS

Metoclopramida (*Primperan®* amp 10 mg/2 ml) **NO USAR. ALERTA FARMACOLÓGICA**

Dosis: **0,1-0,2 mg/kg/dosis** EV Dosis máx. 10 mg/ dosis

NOTA: intentar evitar. Los niños son muy sensibles a efectos extrapiramidales

Ondansetron Uso exclusivo hospitalario

FÁRMACOS ORALES

CORTICOIDES

Dexametasona (*Fortecortin®* amp 4 mg/ml, 40 mg/5 ml)

Dosis: **0,15-0,3 mg/kg/dosis**

Cuadro agudo: **0,3 mg/kg/** dosis única VO

Metilprednisolona (*Urbason®* amp 20-40 mg o comprimidos 4, 16, 40 mg)

Dosis: **1-2 mg/kg/dosis** Dosis máx. 40-60 mg/día VO

Prednisolona (*Estilsona gotas®* Prednisolona estearato 13,3 mg/ml equivalente 7 mg prednisona) 1 mg= 0,15 ml, *Paidocort®* 3 mg/ml solución oral.

Dosis: **1-2 mg/kg/día** cada 8-12-24h

Estilsona

Ej.: 1 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 1 = **0,15 ml/ kg cada 24 h**

Ej.: 1 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 2 = **0,07 ml/ kg cada 12 h**

Ej.: 1 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 3 = **0,04 ml/ kg cada 8 h**

Ej.: 2 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 1 = **0,3 ml/ kg cada 24 h**

Ej.: 2 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 2 = **0,15 ml/ kg cada 12 h**

Ej.: 2 mg x kg x $\frac{1 \text{ ml}}{7 \text{ mg}}$ / 3 = **0,09 ml/ kg cada 8 h**

Paidocort

$$\text{Ej.: } 1 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 1 = 0,33 \text{ ml/ kg cada 24 h}$$

$$\text{Ej.: } 1 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 2 = 0,16 \text{ ml/ kg cada 12 h}$$

$$\text{Ej.: } 1 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 3 = 0,11 \text{ ml/ kg cada 8 h}$$

$$\text{Ej.: } 2 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 1 = 0,66 \text{ ml/ kg cada 24 h}$$

$$\text{Ej.: } 2 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 2 = 0,33 \text{ ml/ kg cada 12 h}$$

$$\text{Ej.: } 2 \text{ mg} \times \text{kg} \times \frac{1 \text{ ml}}{3 \text{ mg}} / 3 = 0,22 \text{ ml/ kg cada 8 h}$$

RESUMEN EN SITUACIONES URGENTES

PAUTAS DE ACTUACIÓN FARMACOLÓGICA EN SITUACIONES DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA

ANAFILAXIA

Adrenalina (1/1000) IM o SC: **0,01 mg/kg**= 0,01 ml/kg Dosis máx. 0,5 mg= 0,5 ml

Si broncoespasmo: **Salbutamol: 0,03 ml /kg** (mín. 0,25 ml; máx.1 ml) en 2 ml SF nebul

Si estridor: **Adrenalina** nebulizada **0,5 ml/ kg/ dosis** Máximo. 5 ml + SF hasta 10 ml

Corticoides: **Metilprednisolona** 2 mg/kg/dosis ev. Dosis máx 60 mg

Dexclorfeniramina (*Polaramine*®): 0,15 mg/kg/ EV o IM. Dosis máx. 5 mg

CRISIS CONVULSIVA

Oxígeno

Diazepam EV: pasar **0,3 ml/kg** (dilución 2 ml+8 ml SSF) (0,3 mg/kg/dosis)- Dosis máx.10 mg

Diazepam rectal: pasar **0,5 ml/kg** (dilución 2 ml+8 ml SSF) (0,5 mg/kg/dosis) Dosis máx.10 mg,

O

Midazolam EV: Dosis: **0,05-0,2 mg/kg** Máx. 10 mg

Midazolam intranasal: 0,2-0,5 mg/kg Máx. 10 mg

Se puede repetir cada 5 minutos x 2 veces

Si fiebre: paracetamol EV o rectal a 15 mg/kg/ dosis

LARINGITIS AGUDA

Corticoides orales igual efectivo que EV

Prednisona (*Estilsona*®) 2 mg/kg/dosis = **0,3 ml/kg/ dosis vo** o

Dexametasona (*Fortecortin*® amp) **0,3 mg/kg/dosis VO**. Dosis máx. 10 mg

Alternativa: corticoides EV

Dexametasona (*Fortecortin*®): **0,3 mg/kg/ dosis**. Dosis máx. 10 mg o

Metilprednisolona (*Urbason*®): **2 mg/kg/ dosis**. Dosis máx. 60 mg

Budesonida nebulizada

Budesonida (*Pulmicort*® amp 2 ml: 0,25 mg/ml)

2 mg=4 ampollas solo o diluido en 4 ml SSF

En domicilio: Estilsona 0,3 ml/kg/día c/12 h x 3 días = **0,15 ml/kg cada 12 h** x 3 días

Si grave:

Adrenalina nebulizada **0,3-0,5 ml/ kg/ dosis** Dosis máx. 5 ml+ SF hasta 10 ml

Traslado hospital

BRONQUIOLITIS

Sólo en menores de 2 años

Salbutamol aerosol en cámara presurizada

Dosis: **Peso/3 con 5 puf mínimo y 10 máximo.**

o

Salbutamol: 0,03 ml /kg (mínimo 0,25 ml; máx. 1 ml) en 2 ml SF nebulizado

Si moderada-grave: Estilsona 0,3 ml/kg dosis vo

Si grave: Adrenalina nebulizada **0,3 ml / kg/ dosis** Dosis máx. 3 ml + SF hasta 10 ml
Traslado hospital

REAGUDIZACIÓN ASMÁTICA

Salbutamol aerosol en cámara presurizada

Dosis: **Peso/3 con 5 puf mínimo y 10 máximo.**

o

Salbutamol 0,03 ml /kg (mínimo 0,25 ml; máx. 1 ml) en 2 ml SF

Se puede asociar

Bromuro de ipratropio (Atrovent®) 1 amp=250 mcg 1 amp=500 mcg

< 10 kg	125 mcg + 2 ml SF
10-40 kg	250 mcg + 2 ml SF
> 40 kg	500 mcg +2 ml SF

Se puede repetir cada 20 min. hasta 3 ocasiones

Si moderada: **Prednisona (Estilsona®)** 2 mg/kg/dosis = **0,3 ml/kg/ dosis vo**

Si grave: Adrenalina nebulizada **0,3-0,5 ml/ kg/ dosis** Dosis máx. 5 ml+ SF hasta 10 ml
Traslado hospital

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Sánchez Suárez A. Acné (v.3.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado en 2020; Disponible en <https://www.guia-abe.es>
2. Del Rosal Rabes T, Baquero Artigao F. Adenitis cervical. *Pediatr Integral* 2018; XXII (7): 307-315.
3. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Sanjuán Uhagón P. Balanitis (v.4/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 8-dic-2020; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
4. Hernández Fabián a, Ruíz-Ayúcar de la Vega I, Gómez Sánchez H. Cefalea y migraña en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral* 2020; XXIV (7): 393.e1-393.e17.
5. Mata Jorge M, De Cuña Vicente R, Estreñimiento y encopresis. *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 127-138.
6. Fernández Silveira L, García Ruiz-Santa Quiteria MI, Camacho Lovillo M. Síndrome PFAPA. *Protoc diagn ter pediatr*.2020;2:391-400.
7. Escribano Ceruelo E, González Sánchez T, Corredor Andrés B. Infección bucodental (v.1.2/2022). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 16/09/2022; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infeccion-bucodental>.
8. Albert de la Torre L. Gastroenteritis aguda (V.4.0/2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 25/03/2019; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/
9. Suárez Rodríguez MA, Salcedo Lobato E. Infección por *Helicobacter Pylori* (V.1.0/2019). En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
10. Baselga Torres E , Alarcón Pérez C.E. Anomalías vasculares, *Pediatr Integral* 2021; XXV (3): 128.e1 – 128.e22.
11. Conejo-Fernández AJ, Martínez-Chamorro MJ, Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc)*.2016;84(2):121.e1-121.e10.
12. Hidalgo MI, de la Calle T, Jurado MJ. Insomnio en la infancia y la adolescencia. *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 396–411.
13. Úbeda Sansano I, Croche Santander B, Hernández Merino A. Neumonía (v.3.0/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/04/2020; Disponible en <https://www.guia-abe.es>].
14. Villares Alonso R, Jiménez Jiménez JI. Orquiepididimitis aguda (v.3.0/2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 27/09/2019. Disponible en <http://www.guia-abe.es>].
15. López González G, Martínez Antón A, Ruiz Contreras J. Otitis media aguda (v.2/2008). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 02/06/2008. Disponible en <http://www.guia-abe.es>].
16. Torres Mohedas J, Vidal Estéban A. Parálisis facial (parálisis de Bell) (v.2/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea][actualizado el 02-jun-2021. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>].
17. Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-mayo-2021. Disponible en <http://www.guia-abe.es>].
18. Manrique Martínez I, Angelats Romero CM. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2018; XXIII (2): 81-89.
19. Torres Peral R, Expósito de Mena H. Vómitos y reflujo gastroesofágico. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (7): 330–338.
20. Lucas Moreno JM, Moreno Salvador AO, Ortega Bernal MG. Patología alérgica de vías respiratorias superiores. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019;2:133-48.
21. Zafra Anta MA, Merchán Morales C. Tos persistente. *Pediatr Integral* 2021; XXV (1):5-12.
22. Montesdeoca Melián A. Tos ferina. *Pediatr Integral* 2018; XXII (6): 254–263

