

**Guía práctica para
padres y madres:**

Las enfermedades más comunes en la infancia



ÍNDICE



2	Anginas y vegetaciones, ¿cuándo operar?
4	Cólicos del lactante: llanto inconsolable
6	Varicela infantil: causas y síntomas
10	Principales problemas visuales en la infancia
12	Cómo actuar ante la fiebre infantil
15	Dermatitis atópica: ¿cómo afrontarla?

El nacimiento de un hijo enfrenta a los padres a una etapa nueva, desconcida y llena de incertidumbres y dudas.

Ya desde antes del nacimiento, el niño sano presenta constantes cambios que afectan a su crecimiento, a su alimentación, a su desarrollo y socialización; la maduración de funciones como la vista, la audición, la adquisición del lenguaje, o la capacidad de relacionarse con el entorno y los demás niños.

Muchas de estas situaciones se mueven dentro de unos amplios márgenes de normalidad, pero, a veces, también surgen las dudas sobre cuándo es necesaria una consulta con el pediatra.

La exposición a gérmenes y el padecimiento de enfermedades infecciosas en la primera infancia, es el principal motivo de consulta en Pediatría y hemos de tener claro que un niño ha de adquirir inmunidad propia frente a los agentes infecciosos de nuestro entorno. Esta inmunidad propia solo se puede conseguir de dos maneras: o los niños son vacunados frente a aquellas enfermedades infecciosas contra las que podemos vacunarles, o mediante la continua exposición de los niños a los agentes infecciosos durante las primeras etapas de su vida y la propia generación de inmunidad.

La primera opción se considera una actividad preventiva prioritaria en Pediatría. Mientras que la segunda opción hay que entenderla como una etapa normal por la que han de pasar los niños. Por otro lado, también tenemos que saber distinguir situaciones que, dentro de este entorno, pudieran precisar una evaluación por el pediatra.

Cabe destacar la importancia que adquieren en Pediatría las acciones de prevención y detección precoz de problemas de salud, como pueden ser el cumplimiento de los calendarios vacunales, la detección precoz de alteraciones en el desarrollo del niño, de los déficit visuales y audición, etc.

Esta Guía Práctica para Padres y Madres, que se presenta a continuación y que va a estar disponible en Canal Salud de IMQ, va a ser un instrumento útil que pretende ayudar a los padres a la hora de enfrentarse a estas situaciones, valorar la normalidad de muchas de ellas y tomar decisiones en relación con la salud de sus hijos.

Isaac Contreras Aramburu

Pediatra de IMQ

Anginas y vegetaciones, ¿cuándo operar?

Las anginas y vegetaciones son **procesos infecciosos e inflamatorios** de las amígdalas del paladar y de la faringe respectivamente. Se trata de patologías relativamente frecuentes en edades comprendidas entre 6 meses y 15 años, siendo en los **lugares más húmedos y fríos** donde tiene una mayor incidencia, con una afección de hasta un 20% en menores de 6 años. El número de casos detectados en los últimos años ha disminuido, sin embargo, dado que existen mejores métodos diagnósticos y de tratamiento, así como un mayor conocimiento de este tipo de enfermedades por parte de la población y más concienciación para evitar contagios.

Las amígdalas son tejido linfático que forma parte de las defensas faríngeas. Las **palatinas o anginas** son las protuberancias que aparecen en los **laterales de la faringe**, detrás de los pilares palatinos, mientras que las **faríngeas o vegetaciones**, también llamadas adenoides, se encuentran en la **parte superior de la faringe y en el área posterior de la nariz**. Ambas se pueden infectar, en la mayoría de los casos por virus y alrededor de un 30% por bacterias (sobre todo por el estreptococo), por lo que es conveniente hacer un test de estreptococo o un análisis mediante cultivo en caso de sospecha.

Habitualmente **se recomienda operar** cuando se tienen más de seis episodios infecciosos al año, **más de ocho en dos años o cuando son demasiado grandes y producen problemas respiratorios**, como apneas del sueño, respiración bucal y no nasal, o si ocasionan patologías en los oídos como otitis serosas u otitis agudas de repetición. Por tanto, hay que estar atentos cuando los niños no oyen bien, tienen retrasos en el lenguaje, hacen apneas respiratorias mientras duermen, tienen dificultades para comer, fiebre mayor de 38 grados, los ganglios del cuello hinchados o pus en la parte posterior de la garganta.



Soluciones quirúrgicas

Actualmente, sobre todo cuando los **problemas son obstructivos**, la radiofrecuencia y la endoscopia son las técnicas quirúrgicas que más se utilizan para reducir su tamaño, ya que producen un menor dolor y menos complicaciones postoperatorias. Por otra parte, en los casos de **anginas de repetición** o vegetaciones más graves, se recomiendan otras técnicas más convencionales como la extirpación de las amígdalas. No obstante, conviene señalar que **no en todos los casos se necesita pasar por el quirófano**; muchos de los problemas infecciosos se pueden resolver con un correcto tratamiento antibiótico. Eso sí, es importante un **diagnóstico a tiempo** ya que la ausencia de un tratamiento adecuado puede causar a largo plazo problemas renales, cardíacos, auditivos, trastornos dentarios y paladar ojival.

Por otro lado, cabe destacar que este tipo de infecciones son **altamente contagiosas**, principalmente en entornos cerrados como los colegios. Por ello, es conveniente que los niños permanezcan en casa las primeras 48 horas desde que empiezan a tomar antibiótico, sobre todo en las anginas estreptocócicas. De esta forma se reducen considerablemente los contagios. Otros comportamientos que ayudan en esta misma dirección son lavarse las manos con frecuencia, taparse la boca o la nariz con un pañuelo y evitar compartir alimentos, vasos o cubiertos.

Durante la convalecencia, los síntomas se pueden aliviar haciendo gárgaras con suero fisiológico o povidona yodada, bebiendo líquidos fríos y tomando bebidas y purés suaves y tibios.

Cólicos del lactante: llanto inconsolable

Los cólicos del lactante son muy frecuentes, llegando a afectar a tres o cuatro pequeños de cada diez. En la práctica, se diagnostica por la presencia de **crisis de llanto inconsolable** e intenso que a menudo se produce por la tarde y que se asocia a otros síntomas. Entre ellos destacan un abdomen hinchado, movimientos de flexión de las piernas sobre el abdomen, puños apretados, arqueamiento de la espalda y enrojecimiento cutáneo con el llanto.

*Se trata siempre de **niños menores de tres meses**, por lo demás sanos.*

Con frecuencia, estos síntomas comienzan tras la toma y suelen empeorar a lo largo de la jornada. **Aunque son de predominio vespertino existe gran variabilidad de franjas en las que se pueden dar** y también pueden cambiar de un día a otro. Los especialistas recomiendan que el bebé sea evaluado por un médico cualificado para descartar otros diagnósticos ya que **el llanto excesivo e incontrolable también puede significar que existan otras patologías** que deben ser investigadas con premura.

Causas desconocidas

El inicio de los cólicos del lactante se sitúa entre las **2-4 semanas de vida** y se puede deber a múltiples factores. A pesar del gran número de trabajos que existen al respecto, su causa exacta se desconoce todavía. Entre las teorías que se manejan, se mencionan motivos psicológicos. No puede afirmarse que el manejo de los padres sea la causa del cólico, pero sí que es posible que contribuya a su duración. Cambios en las conductas paternas pueden reducir el llanto de los niños con este trastorno. **Si los padres se muestran ansiosos, agobiados o inseguros, el niño lo notará por pequeño que sea.**

Tampoco deben olvidarse los **factores gastrointestinales**. Existen datos que sugieren una alteración de la función intestinal en los niños con cólicos del lactante. Sin embargo, la naturaleza exacta permanece sin aclararse: **inmadurez y/o alteración de la movilidad intestinal, alteración de la flora intestinal y presencia de reflujo gastroesofágico silencioso** (sin vómitos importantes).

Por último, también se habla de causas alérgicas. En este sentido, la teoría más ampliamente aceptada, sobre todo en los casos muy severos, es la **alergia/ intolerancia a las proteínas de la leche de vaca.**

Acudir a consulta

Respecto a cuándo acudir a consulta, los pediatras insisten en que se debe acudir cuando los padres consideren que el llanto de su bebé sano es excesivo.

*Algunos especialistas lo describen como un **lloro vigoroso al menos tres horas al día, tres días a la semana durante al menos tres semanas** en un bebé sano y bien alimentado.*

Un balón de oxígeno para estos progenitores es saber que este tipo de cólicos tienden a resolverse espontáneamente alrededor de los tres o cuatro meses de vida. Muchos de ellos se sienten impotentes por no poder ayudar a su bebé, pero no deben agobiarse. La recomendación es seguir unas sencillas pautas que les ayuden a conocer la causa del llanto de su hijo.

En cuanto a complicaciones derivadas a largo plazo, no se han demostrado y el desarrollo posterior es normal, aunque sufren más problemas relacionados con la alimentación, como comportamientos negativos y dolor abdominal.

Varicela infantil: causas y síntomas

La **varicela** es una enfermedad común a nivel mundial causada por el virus Varicela-Zoster. Un 90% de la población la padece antes de los 15 años de edad y es **altamente contagiosa**. Esta transmisión se realiza por contacto persona a persona, ya sea por el líquido de las vesículas o por contacto con secreciones respiratorias. Hay riesgo de contagio desde 1 o 2 días antes de la aparición de la erupción hasta 4 o 5 días después. Es, en general, una **enfermedad benigna propia de la infancia**, con escasas, aunque posibles, complicaciones.



¿Cómo reconocerla?

Puede manifestarse inicialmente con **fiebre, malestar general y/o dolores de cabeza**, que pueden aparecer hasta dos días antes del exantema en la piel. La varicela se caracteriza por una erupción de vesículas que suele comenzar en la cabeza, extendiéndose a la cara y el tronco en pocas horas y posteriormente al resto del cuerpo. Aunque no es frecuente, estas erupciones pueden llegar a aparecer en mucosas. El número de éstas varía de un paciente a otros siendo de unas decenas hasta centenares. Las lesiones se acompañan muy frecuentemente de picor.

Varicela infantil: ¿cómo evolucionará?

Después de esta fase inicial la fiebre puede estar presente 2 o 3 días. Al cuarto día el número de lesiones se estabiliza y aparece costra donde antes había una vesícula. A partir del sexto o séptimo días el niño deja de ser contagioso, pero las costras aún tardarán unos día más en desaparecer. **Una vez el niño haya pasado la varicela será inmune a ella.** Inevitablemente algunos virus quedan acantonados en células del sistema nervioso. En algunas personas, después de años, estos virus pueden reactivarse dando origen a un cuadro de **herpes zoster**.



¿Qué puedo hacer para que esté mejor?

No hay un tratamiento específico para esta patología y debemos mitigar los síntomas al máximo.

Debe evitarse tratar la fiebre con aspirina por el riesgo de una grave complicación llamada síndrome de Reye. Para el **control de la fiebre** se prefiere el uso de paracetamol.

Buscaremos **minimizar el picor** para conseguir mayor descanso y evitar el rascado. Este aumentará el riesgo de sobreinfección y la aparición de cicatrices. Se recomienda buena hidratación de la piel, lociones de calamina, ambiente fresco y ropa holgada. Mantener higiene y cuidado de las uñas.

Si el picor es intenso **consulta con tu pediatra** para valorar el uso de un antihistamínico oral.

Aislamiento

La persona afectada deberá **evitar el contacto con personas no inmunes** o que desconozcan si han sufrido la enfermedad. Los recién nacidos, los inmunodeprimidos y las mujeres embarazadas no inmunizadas tienen riesgo alto de desarrollar enfermedad grave o complicaciones. Otras personas de riesgo son aquellas que sufren trastornos cutáneos o pulmonares crónicos, en tratamiento crónico con aspirina o corticoides (orales o inhalados).

Dado el gran número de colectivos que podrían afectarse por la exposición, nuestro peque **debería evitar la visita a lugares públicos** y mantenerse en domicilio el máximo del tiempo. Antes de regresar al colegio debería hacerse una valoración en consulta.

Complicaciones y precauciones: ¿a qué prestar atención?

La **varicela**, por lo general, no suele presentar complicaciones. No obstante, algunas personas o situaciones requerirán especial atención. En los siguientes casos sería recomendable **consultar con tu pediatra** o el servicio de Urgencias de Pediatría.

- **Lesiones que muestran tumefacción**, hinchazón o dolor tras unos días de evolución. Es posible que se hayan sobreinfectado debido al rascado.
- Si su hija o hijo muestra **irritabilidad, decaimiento o somnolencia** importantes.
- Si aparece durante el cuadro **tos importante**.
- Si existe **fiebre alta** que persiste más de 4 días, si la fiebre se inicia 3 o más días tras la aparición de las vesículas o si la fiebre reaparece después de que hubiera desaparecido.
- Si además de las **vesículas** toda la piel está muy roja.
- Menores de 3 meses o mayores de 12 años.
- Cuando su hijo tenga una enfermedad que disminuya sus defensas (leucemia, SIDA) o esté en **tratamiento con corticoides** orales o inhalados.
- Si sufre **brote de dermatitis atópica** concomitante.

Prevención

El Comité Asesor de Vacunas de la **Asociación Española de Pediatría** recomienda la **vacunación universal frente a la varicela** en la primera infancia con **2 dosis**. La primera dosis de vacuna debería administrarse entre los 12 y 15 meses, y la segunda a los 2 o 3 años de edad. Esta vacunación también es recomendable en adultos que no hayan o no sepan si han sufrido la enfermedad. Una buena idea es consultarlo con su médico de familia.

Principales problemas visuales en la infancia

La visión es un sentido que, tras el nacimiento, no está completamente desarrollado, por lo que un **correcto control** durante la infancia es más que recomendable para prevenir y controlar problemas visuales en la infancia. Desde el nacimiento, lentamente se va desarrollando la visión, que alcanza un 60% a los 4 años y llega definitivamente al 100% hacia los 8 o 9 años.

Durante los primeros doce meses, uno de los principales motivos de consulta es el **lagrimeo**, debido en la mayor parte de los casos a un mal funcionamiento de la vía lagrimal. Si un bebé presenta la pupila blanca o desvía los ojos a partir de los 6 meses es motivo de revisión preferente.

Durante el crecimiento, las patologías más importantes son el **estrabismo** (alteración en la alineación de los ojos) y los errores refractivos, es decir, el exceso de **hipermetropía** –defecto en el enfoque que generalmente se manifiesta con una visión borrosa de cerca– y el **astigmatismo** (visión distorsionada a cualquier distancia) en uno o ambos ojos. La **miopía** (visión deficiente de lejos) suele aparecer en la adolescencia o preadolescencia, pero también puede hacerlo en los primeros años, lo que obliga a la utilización de gafas y, en ocasiones, lentes de contacto. La hipermetropía es la percepción borrosa de los objetos cercanos.

No adoptar medidas correctoras puede derivar en el **ojo vago** (ambliopía), que es una agudeza visual por debajo de lo esperable para la edad y que si se queda sin tratar, se convertirá en crónica. Esta afección se suele abordar con la colocación de un parche sobre el ojo dominante. En algunas ocasiones estos problemas refractivos provocan dolores de cabeza, dificultades de lectura y escritura o mal rendimiento escolar y, en otras, conducen a un estrabismo, que en ocasiones precisa de intervención quirúrgica para su corrección.

Detectar a tiempo los problemas visuales en la infancia

La infancia es el momento de **tratar precozmente** los problemas visuales más frecuentes que pueden influir en una alteración de este proceso natural. Todos los problemas citados tienen solución si se descubren a tiempo, lo que permite optimizar las agudezas visuales. Del mismo modo, existen otras afecciones menos frecuentes como el daltonismo, las cataratas, el nistagmus –movimiento incontrolable e involuntario del ojo– las distrofias de retina o el **glaucoma** y otras potencialmente más graves, que se pueden detectar en una revisión oftalmológica pediátrica.



Se recomienda **acudir a consulta** en torno a los tres años en niños que no presentan síntomas e incluso antes si existen antecedentes familiares –padres o hermanos–, o ante cualquier sospecha de disfunción visual detectada por sus progenitores, el colegio o el pediatra. A partir de los diez años, aparece con frecuencia la miopía, por lo que conviene consultar al oftalmólogo si aparece un déficit en la visión lejana.

Habitualmente, el tratamiento de los problemas visuales en la infancia va a determinar el pronóstico visual de ese niño e incluso, en ocasiones, puede desenmascarar una enfermedad sistémica, razón por la que cada vez existe una mayor concienciación sobre la utilidad de los controles en la infancia.

Cómo actuar ante la fiebre infantil

Que el niño enferme es una de las mayores preocupaciones de padres y madres, a los que la fiebre infantil suele traer de cabeza. Sin embargo, a la hora de encarar estos episodios de fiebre en los más pequeños lo que los pediatras debemos enseñar a los padres es a convivir con la fiebre, no a luchar contra ella. **Quitar la etiqueta de que la fiebre infantil es de por sí peligrosa** y hacer ver a los progenitores que es al revés, puede ser beneficiosa. No hay que olvidar que el organismo necesita elevar su temperatura para combatir mejor las infecciones. No existe ninguna razón científica para bajar la fiebre alta a un niño, ni le va a pasar nada aunque tenga 40 grados. Eso sí, probablemente se encuentre mal con esa temperatura.

Así pues, **el objetivo final no debe ser bajar la fiebre porque sí, sino mejorar el estado general del niño o niña** enfermo. Habrá veces que no haya que medicarle porque con 39 está saltando y corriendo, y en otras que con 37,5 se encuentre mal y haya que darle algo. Llega aquí otra de las dudas que más preocupa a los progenitores: ¿es mejor el ibuprofeno o el paracetamol? ¿Qué hay de la eficacia de los supositorios?



A la hora de bajar la fiebre infantil, ¿ibuprofeno o paracetamol?

Tanto el ibuprofeno (Dalsy®, Neobrufen®, Algiasdín®, Cusialgil®) como el paracetamol (Apiretal®, Termalgil®, Gelocatil®, Febrectal®) son eficaces ante episodios de fiebre alta. La rapidez con la que bajan la temperatura corporal es parecida: efecto máximo en hora y media, son igual de potentes y la duración del efecto es similar. El ibuprofeno es más dulce, pero requiere una mayor cantidad y no debe emplearse en bebés de menos de tres meses. En cualquier caso, más importante que la fiebre es cómo se encuentre el niño. Si le baja bien con el antitérmico, mejora su estado general y el efecto le dura 6 horas, casi seguro que no le pasa nada importante.

Tanto el paracetamol como el ibuprofeno pueden emplearse cada 4 horas, si fuera necesario. Ahora bien, **si el efecto de la medicación no dura más de 4 horas la recomendación es que el pediatra examine al pequeño**. Recuerda que el objetivo es que se encuentre mejor, no quitarle la fiebre. En los lactantes el paracetamol no se debe administrar más de cuatro veces al día durante más de dos días seguidos, ya que a estas edades el organismo aún no lo metaboliza bien y puede llegar a resultar tóxico para el hígado.

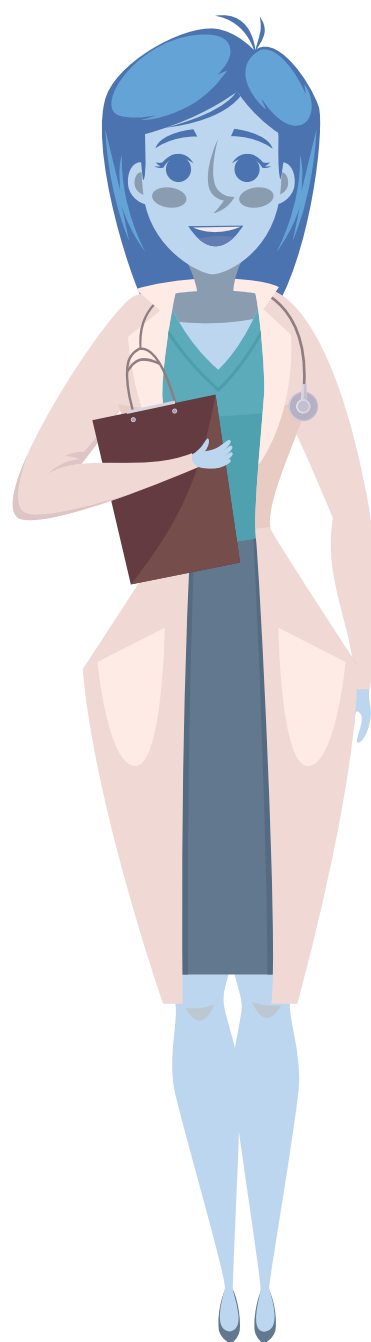
Sí conviene tener en cuenta que **en caso de sobredosificación o intoxicación es mucho más seguro el ibuprofeno ya que son muy raros los efectos secundarios graves, incluso en dosis masivas**. Además, no irrita los estómagos infantiles a no ser que se tome diariamente durante un tiempo prolongado.

Para bajar la fiebre al niño, ¿conviene alternar fármacos?

Una práctica muy común ante los episodios de fiebre infantil es la de alternar la medicación empleada. Sin embargo, esta práctica incrementa el riesgo de toxicidad y los progenitores controlan peor las dosis y la respuesta habitual del niño/a a la medicación. Por tanto, la **recomendación es evitar la alternancia entre paracetamol e ibuprofeno**. Si un medicamento funciona bien a la hora de ayudar a nuestro hijo o hija a superar el malestar que acompaña a la fiebre, ser fieles al mismo.

Jarabe o supositorio, ¿qué es más eficaz si el niño tiene fiebre?

A menudo padres y madres plantean en la consulta la duda de si es más eficaz el jarabe o el supositorio a la hora de medicar al niño. El supositorio es un remedio fácil si nuestro hijo o hija no se toma bien los jarabes. Pero tiene un serio inconveniente con respecto a su eficacia. El efecto depende de que se absorba a través de la circulación venosa en el recto, y el problema es que no siempre existe esta irrigación, de modo que habrá veces que no pase a la sangre y no le bajará la fiebre. Así que **el supositorio sería el último recurso**, a utilizar solo si el niño vomita y no admite la medicación oral.



Dermatitis atópica, ¿cómo afrontarla?

La dermatitis atópica es la **enfermedad inflamatoria más frecuente de la piel** y afecta a uno de cada cinco niños. Consiste en la aparición de lesiones eccematosas cutáneas asociadas a intenso picor. La dermatitis atópica es **crónica y no contagiosa**, los eccemas surgen en brotes desencadenados por múltiples circunstancias, con épocas de mejoría que suelen coincidir con el verano. Es una patología que **predomina en la infancia** –aproximadamente el 20% de los niños la padecen– y mejora con el paso de los años, aunque en un 7% de los adultos continúan los problemas.

La dermatitis atópica suele aparecer entre los **4 meses y los 5 años de edad** y mantenerse hasta la adolescencia. Las posibilidades de sufrirla aumentan si hay otros familiares que la padecen, ya que el 60% tienen un pariente directo afectado. En estos casos de **origen genético**, se han identificado varias mutaciones que afectan a la estructura de la piel, haciendo que ésta no funcione correctamente como barrera protectora frente a los microorganismos.

En otras ocasiones, existe una **herencia del estado atópico** (la forma que tienen ciertas personas de reaccionar excesivamente ante sustancias o estímulos ambientales), pero en cada miembro de la familia puede manifestarse de diferente manera: con rinoconjuntivitis alérgica (lagrimeo y estornudos), asma o con dermatitis atópica. Además, una misma persona, a lo largo de su vida, puede tener diferentes manifestaciones de atopia.

Sin embargo, así como el asma y la rinoconjuntivitis tienen una clara relación con la sustancia a la que el individuo es alérgico, la dermatitis atópica no se comporta de esta manera, de modo que en la inmensa mayoría no se identifica una causa alérgica que justifique la enfermedad. Hay que desechar la idea de que esté provocada por la alergia al huevo, la leche, el pescado y los ácaros y pólenes.

¿Por qué aumentan los diagnósticos de dermatitis atópica?

El diagnóstico de dermatitis atópica se ha triplicado en los últimos 30 años. Afecta a todas las razas y a ambos sexos por igual y predomina en áreas urbanas, siendo menos frecuente en el ámbito rural. Por este motivo, algunos autores apuntan a **factores medioambientales**, como la polución y ciertos hábitos de vida, como causantes de este incremento. Sin embargo, este aumento también viene dado por la mejora de la sanidad y el papel de pediatras y dermatólogos, que permiten registrar un mayor número de casos que en el pasado no llegaban a consulta.

¿Cómo tratar la dermatitis atópica?

Para combatir la dermatitis es clave **restaurar la piel manteniéndola hidratada, tratar las lesiones con antiinflamatorios y controlar el picor mediante los antihistamínicos que indique el especialista**. Si no se mejoran las tres cosas, el paciente podría llegar a requerir antibióticos orales e incluso atención hospitalaria.

La aparición del eccema atópico requiere un tratamiento específico: el uso de **corticoides tópicos** permite la resolución de las lesiones en la mayoría de los casos. Debe elegirse un corticoide de potencia diferente según la edad, el aspecto de la lesión y su localización. Por eso, se utilizan fármacos diferentes en lactantes que en niños mayores y adultos.

Es fundamental controlar el rascado mediante **antihistamínicos orales** que permitirán ahorrar corticoides. En algunas localizaciones y casos también se recomiendan el tacrólimus y el pimecrólimus en crema o pomada. Los efectos secundarios de estos tratamientos, si se realizan bajo prescripción médica, son excepcionales. Los antibióticos orales sólo deben utilizarse en caso de lesiones infectadas extensas, situación que se debe tratar de evitar.

ØIMQ