

Patologías más frecuentes en los lactantes de 1-9 meses

G. Benoist, A. Bourrillon

Los lactantes de 1-9 meses de edad están en un período de desarrollo en el que son especialmente vulnerables a las agresiones infecciosas relacionadas con su entorno próximo inmediato. Las enfermedades más frecuente son, en primer lugar, las infecciones virales (múltiples, pero a menudo benignas). Los médicos de atención primaria (pediatras y médicos generales) están en una posición privilegiada para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más habituales de este grupo, pero también de aquellas que requieren un seguimiento sistemático conjunto con los servicios de protección maternoinfantil, que no se expondrán en este artículo.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lactante; Infección; Bronquiolitis, Reflujo gastroesofágico; Episodio de riesgo vital aparente; Llanto; Cólicos; Puericultura

Plan

■ Introducción	1
■ Patologías infecciosas	1
Fiebre aguda	1
Conjuntivitis	2
Rinofaringitis	3
Otitis	3
Bronquiolitis	5
Gastroenteritis aguda viral	6
Pielonefritis aguda	7
■ Enfermedades digestivas	8
Llanto inexplicado y cólicos	8
Reflujo gastroesofágico	8
Alergia a las proteínas de la leche de vaca	9
Invaginación intestinal aguda	9
Estreñimiento	10
Inflexión del desarrollo ponderal	11
■ Enfermedades dermatológicas	11
Hemangiomas infantiles	11
Dermatitis del pañal	11
Dermatitis atópica	12
Impétigo	13
■ Enfermedades neurológicas	13
Episodio de riesgo vital aparente	13
Traumatismo craneoencefálico	14
■ Patologías urogenitales	15
Fimosis	15
Criptorquidia	15
■ Otras Patologías	15
Anomalías oculares	15
Soplo cardíaco	16
Trastornos del sueño	16
■ Conclusión	17

■ Introducción

Los médicos de atención primaria (pediatras y médicos generales) suelen ver a lactantes de corta edad en quienes la expresión sintomática y el tratamiento de diversas situaciones clínicas son muy específicas.

En este artículo, se describen las situaciones patológicas más frecuentes en la práctica corriente: enfermedades infecciosas (conducta práctica en caso de fiebre, conjuntivitis, rinofaringitis, otitis, bronquiolitis, gastroenteritis, pielonefritis), enfermedades digestivas (cólicos y conducta práctica en caso de llanto inexplicado, reflujo gastroesofágico [RGE], alergia a la proteína de la leche de vaca, invaginación intestinal aguda [IIA], estreñimiento, inflexión de la curva de desarrollo ponderal), enfermedades dermatológicas (hemangiomas infantiles, dermatitis del pañal, dermatitis atópica, impétigo), enfermedades neurológicas (episodio de riesgo vital aparente, traumatismo craneoencefálico [TCE], criptorquidia), enfermedades urogenitales (fimosis, criptorquidia) y enfermedades diversas (estrabismo, soplo cardíaco, trastornos del sueño).

■ Patologías infecciosas

Fiebre aguda

Generalidades

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en pediatría, tomando todas las edades en conjunto. Le método de referencia para medir la temperatura corporal es el termómetro electrónico por vía rectal.

La fiebre se define por la elevación de la temperatura central por encima de 38 °C, en un niño vestido normalmente y expuesto a una temperatura ambiente templada. Se considera aguda en un lactante cuando lleva menos de cinco días de evolución.

Situaciones de urgencia que se deben identificar

Las situaciones de urgencia se relacionan con la propia fiebre (mala tolerabilidad y complicaciones propias), las características del paciente en quienes aparece (edad < 3 meses) y su causa (etiología bacteriana sobre todo).

El nivel de la temperatura no indica por sí solo la gravedad de la causa de la fiebre ni su mala tolerabilidad. Los elementos objetivos de la exploración permiten identificar la mala tolerabilidad de la fiebre en un lactante: palidez o cianosis peribucal, somnolencia, gritos quejumbrosos, frialdad de las extremidades, tiempo de recoloración cutánea (TRC) superior o igual a 3 segundos. Las crisis febriles son convulsiones secundarias a una hiperexcitabilidad cerebral inducida por la fiebre, aparecen sobre todo en mayores de 1 año. Si se producen antes de esta edad se debe realizar una punción lumbar para descartar el diagnóstico de meningitis aguda [1].

La fiebre en menores de 3 meses no es un síntoma banal, debido al mayor riesgo de infección bacteriana invasiva. Las dificultades del diagnóstico etiológico se deben al carácter inespecífico y oligosintomático de la expresión de estas enfermedades en este grupo de edad.

Anamnesis y exploración física

Mediante la anamnesis, se deben buscar características especiales del paciente (edad < 3 meses, drepanocitosis, inmunosupresión), el estado vacunal, una fórmula leucocítica infecciosa o un viaje al extranjero. Se deben observar las características de la fiebre (inicio súbito, rapidez de ascenso hasta su nivel más elevado, duración), la calidad de la respuesta a los antipiréticos, así como los signos asociados. Otros datos que no deben pasarse por alto son la calidad de la ingesta alimentaria y las capacidades de vigilancia del niño por los allegados.

Debe realizarse una exploración completa con el lactante completamente desnudo. Hay que evaluar los signos vitales, en especial los parámetros hemodinámicos (frecuencia cardíaca, TRC, pulsos periféricos, presión arterial) y buscar los signos sugestivos de infección bacteriana: coloración grisácea, gritos quejumbrosos, trastornos de la vigilancia y/o del tono, irritabilidad o inconsolabilidad (a esta edad no hay síndrome meníngeo), cianosis, polipnea o signos de esfuerzo respiratorio, púrpura, signos de deshidratación, distensión abdominal, dolor a la movilización de un miembro.

Pruebas complementarias y orientación

La mayoría de los cuadros de fiebre aguda de los niños pequeños son benignos y de origen viral. No requieren pruebas complementarias de forma sistemática. Su prescripción sólo está justificada en menores de 3 meses o si hay características de riesgo, signos clínicos de mala tolerabilidad o sugestivos de infección bacteriana grave o bien si la fiebre lleva más de tres días de evolución sin otros signos orientativos. En todos los lactantes menores de 3 meses, tanto si tienen signos de gravedad como si no, se deben realizar pruebas complementarias que puedan orientar las indicaciones de hospitalización y de tratamiento. Algunas son sistemáticas: hemograma completo-plaquetas, proteína C reactiva [CRP], procalcitonina, estudio citobacteriológico de la orina (ECBO) (la tira reactiva urinaria [TRU] no es fiable en menores de 3 meses), hemocultivo, estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) (en menores de 6 semanas o si hay una indicación clínica), radiografía de tórax. Otras están orientadas por la clínica: virología de las secreciones nasofaríngeas, coprocultivo y virología de las heces.

En los recién nacidos y en los lactantes menores de 3 meses considerados de alto riesgo de infección potencialmente grave, la hospitalización es indispensable y puede discutirse en los lactantes mayores de esa edad que tengan signos de mala tolerabilidad sintomática o en quienes se sospecha una infección bacteriana grave. Si el riesgo de infección bacteriana es bajo (leucocitosis de 5.000-15.000/mm³, CRP inferior a 20 mg/l y fiebre desde hace más de 12 horas, ECBO normal), se puede realizar un tratamiento ambulatorio. Hay que informar a la familia de la necesidad de consultar con el médico si aparecen signos de gravedad y se aconseja reevaluar al niño a las 24 horas.

Tratamiento

El tratamiento de la fiebre es sobre todo etiológico. Está justificado administrar un tratamiento antibiótico empírico en caso de fiebre en un recién nacido o si existen signos sugestivos de infección grave en un lactante de corta edad. El tratamiento sintomático de la fiebre no debe olvidarse y su objetivo es lograr la comodidad del niño [2].

El paracetamol por vía oral se recomienda como primera elección, a una posología de 60 mg/kg/día en cuatro tomas, es decir, 15 mg/kg/6 h (o dosis-peso en kilogramos) de forma sistemática las primeras 48 horas (sin olvidar la toma nocturna). Sólo como segunda elección, si no se produce la defervescencia y si la fiebre se tolera mal a pesar de un tratamiento adecuado durante al menos 24 horas, se puede recurrir a la prescripción dirigida de ibuprofeno, en dosis de 10 mg/kg. La aspirina ya no es un antipirético que se use habitualmente en lactantes.

Los métodos físicos complementarios fundamentales consisten en tres medidas simples: suplementos hídricos fríos (sobre todo por la noche), retirada de las prendas excesivas y aireación de la habitación.

La educación de los progenitores es esencial y evita consultas reiteradas: tranquilizar sobre la ausencia de gravedad asociada simplemente a la cifra de temperatura, aprendizaje de apreciación de la tolerabilidad sintomática, modalidades de tratamiento antipirético y objetivo principal (comodidad y no apirexia completa).

“ Punto fundamental

- En cualquier lactante con fiebre, hay que buscar la presencia de trastornos hemodinámicos y una púrpura
- La fiebre en un lactante menor de 3 meses requiere una evaluación rigurosa
- Una convulsión febril en menores de 1 año obliga a realizar una punción lumbar

Conjuntivitis

Generalidades

La conjuntivitis es una inflamación del tejido conjuntival, cuya etiología es sobre todo bacteriana, viral o alérgica. En este artículo sólo se describirán las conjuntivitis infecciosas, que son la primera causa de infección ocular en pediatría.

Las bacterias responsables son principalmente *Haemophilus influenzae* no tipificable, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Staphylococcus aureus*. Las conjuntivitis por *H. influenzae* se acompañan en ocasiones de una otitis media aguda (OMA) supurada, lo que constituye el síndrome de otitis-conjuntivitis. El contagio se realiza por contacto con las manos sucias, así como a partir de las secreciones nasofaríngeas.

Los principales virus responsables son los adenovirus y el virus herpes las conjuntivitis virales se producen en epidemias estacionales y, en ocasiones, pueden complicarse con una afectación corneal de tipo queratitis punteada superficial.

Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias

El diagnóstico de conjuntivitis es clínico. La presentación consiste en hiperemia conjuntival, más o menos asociada a edema, hipersecreción de volumen y aspecto variados, así como prurito. La afectación suele ser bilateral por contagio desde el ojo contralateral al frotarse los ojos. Las secreciones son purulentas si la etiología es bacteriana o transparentes si es viral. La ausencia de dolor es un signo negativo esencial, pues su presencia requiere una consulta especializada para descartar una queratitis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465421>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465421>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)