

URGENCIAS

EXPLORACIONES	3
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES	4
VÓMITOS:	4
GEA:	4
INFECCIÓN AGUDA DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS	4
SINDROME FEBRIL:	4
FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA:	5
BRONQUITIS AGUDA LEVE/MODERADA	5
VULVOVAGINITIS INESPECÍFICA	5
SINEQUIAS VULVARES	5
BALANITIS	5
CEFALEA	5
CONTROL DE BILIRRUBINA	6
GASTRO	6
CÓLICO DEL LACTANTE	6
RGE	6
TRATAMIENTO INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES	6
ESTREÑIMIENTO	6
LESIONES ASOC A ESTREÑIMIENTO: FISURA ANAL, HEMORROIDES	7
OXIUROS	7
ASCARIS	7
INFECCIOSAS:	7
CELULITIS	7
VARICELA	8
GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA	8
IMPÉTIGO	8
NEFRO- URO:	8
ITU FEBRIL	8
CISTITIS	8
ORQUIEPIDIDIMITIS	8
QUISTE DE ESMEGMA	9
NEUMO	9
BRONQUIOLITIS LEVE	9
CRISIS DE ASMA	9
TOS	9

ORL	10
LARINGITIS AGUDA LEVE	10
OTITIS EXTERNA	10
OTITIS MEDIA	10
GINGIVOESTOMATITIS/HERPANGINA	11
AFTAS	11
FORÚNCULO	11
PERICORONITIS	11
IMPACTACIÓN DENTARIA	11
INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO	12
OFTALMO:	12
CONJUNTIVITIS vírica	12
CONJUNTIVITIS AGUDA (MÁS GRAVE)	12
CONJUNTIVITIS ALÉRGICA	12
BLEFARITIS/ORZUELO/CHALAZIÓN	12
TRAUMATISMO OCULAR	12
DACRIOCISTITIS	12
PIEL: DERMA/ALERGIAS:	12
EXANTEMA	12
PRURIGO/PICADURAS DE INSECTOS	13
URTICARIA	13
PURPURA SCHONLEIN HENOCH	13
DISHIDROSIS/DERMATITIS DE CONTACTO	13
DERMATITIS IRRITATIVA DEL PAÑAL	13
MUGUET	14
SUDAMINA	14
TRAUMATISMOS Y CURAS HERIDAS/SUTURAS :	14
TCE	14
CONTUSIÓN DENTAL	15
SUTURAS	15
GRAPAS	15
TENDINITIS ADUCTORES:	15
TRAUMATISMO MUÑECA	15
TOBILLO:	
16	
TRAUMATISMO NASAL	16
COJERA	16

HERRAMIENTAS EN CONSULTA

<http://mibibliotecaenlaconsulta.blogspot.com/?m=0>

ARROYO MARÍN, MARIA JOSÉ 3006908

SUSMOZAS SANCHEZ, JOAQUIN

CALVO MARTINEZ DANIEL

GALVIS SOTO, SOFÍA

VALERO ROSIQUE, MIRIAM

MARÍN CASSINELLO, ANA

PINA MOLINA, JOSÉ MIGUEL

PUJADAS FLAQUER, JUAN

MAGDALENO FUENTES, INÉS 300843201

CABRERA JIMENEZ, LARA

ROMERO NIETO, INÉS

MARTINEZ FERRANDEZ, CARMEN

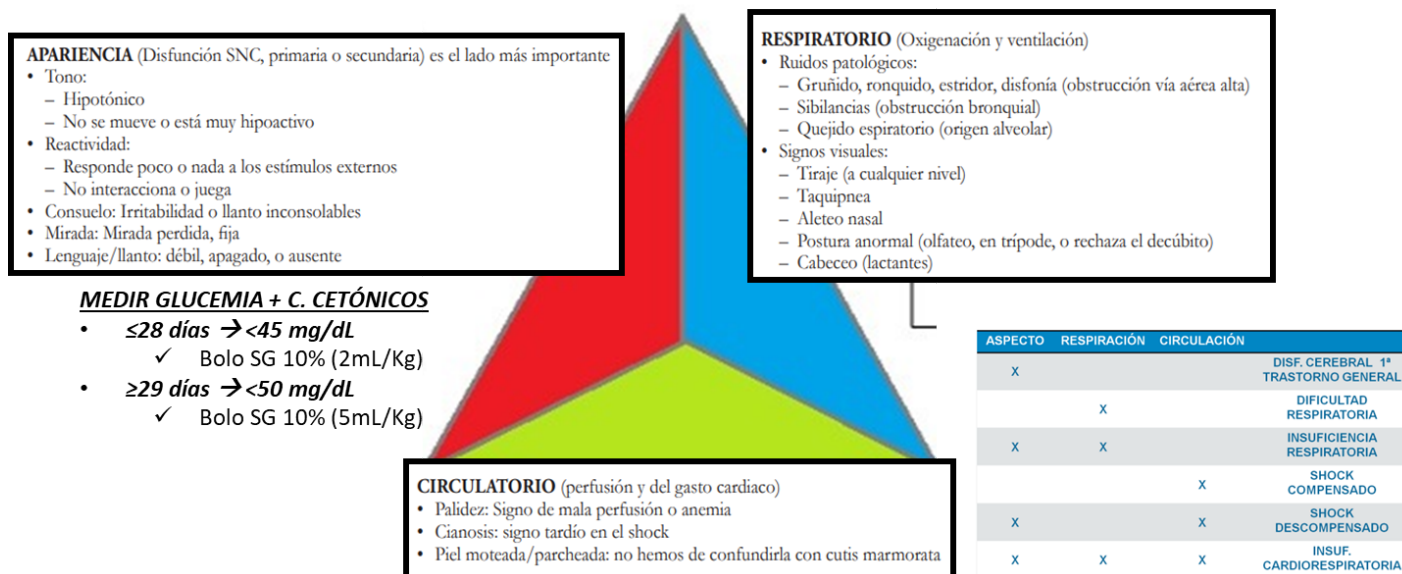
ORTUÑO ORTUÑO, MARÍA ESTHER

BALAGUER MARTÍN DE OLIVA, MARTA

MARTINEZ ALBALADEJO, INMACULADA

LORENTE NICOLÁS, ANA

TRIÁNGULO EVALUACIÓN PEDIÁTRICA (TEP) <60 seg.



TEP INESTABLE: MEDIDAS INICIALES.

- Oxigenoterapia:** 100% Mascarilla+Reservorio (15 L/min).

- **Monitorizar:** FC/SatO₂/TA/FR.

Frecuencia cardiaca		Tensión arterial sistólica normal (mmHg)	Frecuencia respiratoria normal (respiraciones por minuto, rpm)		
Recién nacido-3 meses	100-160	Recién nacido-3 meses	> 60	Recién nacido-3 meses	30-60
3 meses-2 años	90-150	3 meses-2 años	> 60	3 meses-2 años	24-40
Preescolar	80-140	Preescolar	> 75	Preescolar	22-34
Escolar	70-120	Escolar	> 80	Escolar	18-30
Adolescente	60-100	Adolescente	> 90	Adolescente	12-16

- **Canaliza vía venosa (una/dos vías/intraósea) (NO SI SOLO AFECTACIÓN RESPIRATORIA: DIF RESPIR)**
- **SI AFECTACIÓN CIRCULATORIA sola o combinada:** Expansión de volumen: SSF 20 mL/Kg en bolo.
- **Control del dolor siempre!!!!:**
 - **<6 meses: Paracetamol 100 mg/mL**
 - **≥6 meses: Ibuprofeno 40 mg/ml**

EXPLORACIONES

Modificación de McIsaac de los criterios de Centor

para identificar probable faringoamigdalitis bacteriana

Criterio	Puntaje
Fiebre >38 °C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Exudado amigdalal	1
Edad	
3 - <15 años	1
15 - 45 años	0
≥ 45 años	-1

0-1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2-6%)

2-3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10-28%)

4-5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico (riesgo: 38-63%)

SEOTLIGHT Med

PREESCOLARES-ESCOLARES

lavados

. Otoscopia bilateral normal, tímpano íntegro con cono luminoso conservado. NRL: GCS 15/15, sin meningismo ni signos de focalidad neurológica.

* Grado de Deshidratación:

Mucosas húmedas, signo del pliegue negativo, ojos no hundidos, diuresis conservada, relleno capilar <2 seg. Gorelick 0.

*** Abdomen:**

Abdomen blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No dolor en punto de McBurney, signos de Blumberg, Rovsing, Klein y psoas negativos. Salto no doloroso.

***Neurológica completa:**

Glasgow 15. Consciente y conectado, orientado en las 3 esferas. Pupilas centradas, isocóricas y normorreactivas. Pares craneales centrados y simétricos. Tono y fuerza muscular MMSS y MMII 5/5. ROTs presentes y normales. No ataxia, temblor ni dismetrías. Signos meníngeos negativos.

***Trauma:**

Locomotor: no presencia de deformidad. Presencia de edema, sin signos inflamatorios. No hematomas ni heridas. Dolor a la palpación en . Dolor con la movilización (flexión /extensión /aducción /abducción/eversión /eversión /pronación/supinación/rotación interna o externa/...) activa y pasiva de. Perfusión y sensibilidad distal conservada.

***Oftalmo:**

OFT: conjuntiva (palpebral o tarsal/bulbar) eritematosa sin presencia de secreción, exudados, folículos o papilas. Limbo esclerocorneal conservado, sin alteración de la normalidad. No se observan cuerpos extraños. NRL: pupilas isocóricas y reactivas. No alteración en movilidad ocular. Movilidad ocular no dolorosa.

LACTANTES

TEP estable. Buen estado general. Adecuado estado de hidratación y nutrición (mucosas húmedas, presencia de lágrima, signo del pliegue negativo, diuresis conservada, ojos no hundidos, relleno capilar <2 seg. Gorelick 0). Coloración normal de piel y mucosas. Buena perfusión periférica. Piel: no exantemas ni petequias. Cráneo normoconfigurado con fontanela normotensa de **XxXcm**. Tórax: eupneico sin signos de dificultad respiratoria. AP: Buena ventilación, bilateral y simétrica sin ruidos patológicos. AC: rítmica sin soplos. Abdomen: no distendido. Blando y depresible, no impresiona de doloroso a la palpación, sin masas ni vísceromegalias palpables. GU: genitales de aspecto normal. ORL: orofaringe normal. Otoscopia bilateral normal. Neurológico: activo y reactivo a estímulos, actividad acorde a su edad. Tono y fuerza adecuados.

Alimentación: lactancia materna a demanda con tomas frecuentes (al menos 8 al día). Si precisa: suplementos con leche materna extraída y/o Fórmula de inicio 30 ml/3 h. Preparación de la fórmula de inicio: 1 cacito raso de polvo por cada 30 ml de agua tibia (primero el agua y después el polvo), desechando lo que el niño no tome. Podrán disminuir los suplementos, incluso suspenderlos, cuando se instaure de manera adecuada la lactancia materna (ganancia de peso, diuresis y deposiciones presentes).

1ª CLINICA NEONATOLOGÍA (para urgencias)

No AMC. Gestación controlada. Serología materna: rubéola inmune, resto negativo. Sin incidencias durante la gestación. Parto eutócico a las XX semanas. SGB: negativo, sin otros factores de riesgo infeccioso. Apgar 9/10. Inicio de la lactancia materna en la 1ª hora. Sin Incidencias en la estancia en maternidad. Test Coombs directo: negativo. Cribado metabólico: normal. OEA: pasa. Cribado pulsioximetría: pasa. Lactancia.

EXPLORACIÓN NEONATOLOGÍA (para urgencias)

TEP estable. Buen estado general. Normocoloreado, normohidratado y normonutrido (mucosas húmedas, presencia de lágrima, signo del pliegue negativo, diuresis conservada, ojos no hundidos, relleno capilar <2 seg. Gorelick 0). Pulsos femorales palpables y normales. Tórax: no distrés respiratorio ni aspecto séptico. Piel: no exantemas ni petequias. AC: rítmica y sin soplos. AP: adecuada entrada de aire bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Cordón umbilical con aspecto normal. GU: genitales externos normales. NRL: activo y reactivo. FA normotensa. Buen tono. Reflejos arcaicos normales. Locomotor: caderas estables.

SIGNOS DE ALARMA

Si signos de alarma: Fiebre que no cede con antitérmicos, manchas en la piel que no desaparecen con la presión, dificultad o dolor al respirar, cambio de coloración de labios a color morado, letargia o adormecimiento, vómitos o diarrea que no cesa, signos de deshidratación (sequedad de labios, lengua, llanto sin lágrimas), letargia... volver a consultar.

ALTA

Durante su estancia en urgencias el paciente permanece clínica y hemodinámicamente estable. Tras valoración clínica, se decide alta con observación domiciliaria y control por pediatra de zona explicando signos y síntomas de alarma por los que deberá volver a consultar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: Hematíes $\times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobina $\times \text{g/dL}$, Hematocrito $\times \%$, Plaquetas $\times 10^3/\mu\text{L}$, Leucocitos $\times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%), Linfocitos $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%), Monocitos $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%), Eosinófilos $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%), Basófilos $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%), Neutrófilos inmaduros $\times 10^3/\mu\text{L}$ (%)
- Bioquímica: Glucosa $\times \text{mg/dL}$, Urea $\times \text{mg/dL}$, Creatinina $\times \text{mg/dL}$, Calcio $\times \text{mg/dL}$, Bilirrubina total $\times \text{mg/dL}$, Sodio $\times \text{mEq/L}$, Potasio $\times \text{meq/L}$, Cloro $\times \text{mEq/L}$, Proteína C Reactiva $\times \text{mg/dL}$, Procalcitonina $\times \text{mg/dL}$.
- Gasometría: pH $\times$, pCO_2 $\times \text{mmHg}$, HCO_3^- $\times \text{mmol/L}$, Hb $\times \text{g/dL}$, Hctc $\times \%$, Na^+ $\times \text{mmol/L}$, K^+ $\times \text{mmol/L}$, Ca^{2+} $\times \text{rmg/dL}$, Cl^- $\times \text{mmol/L}$, Glu $\times \text{mg/dL}$, Lac $\times \text{mmol/L}$, Bi md/dl, EB: $\times \text{mmol/L}$.
- Tira reactiva en orina (bolsa): Normal.
- Sistemático de orina (sondaje): leucocitos por campo, hematíes por campo, hematíes dismórficos.
- Sistemático de orina (sondaje): pH: , Densidad: 1,010, cuerpos cetónicos: , nitritos negativo, proteínas: $\times \text{mg/dl}$, esterasa leucocitaria: , hemoglobina: , resto negativo. Sedimento urinario: leucocitos/campo, hematíes/campo, células/campo.
- Frotis faríngeo: Cursado.
- Hemocultivo: Cursado.
- Urocultivo (sondaje): Cursado.
- Coprocultivo: Cursado.
- Detección antigénica de Rotavirus y Adenovirus en heces: Cursado.
- Detección antigénica de VRS e Influenzavirus A y B en exudado nasal: Cursado.
- Detección antigénica de Streptococcus pyogenes en exudado faríngeo: Positivo.
- Radiografía AP de tórax: radiografía anteroposterior de tórax, bien centrada e inspirada. No cardiomegalia. Senos costofrénicos libres. No se aprecian consolidaciones.
- Ecografía pulmonar funcional: Parénquima pulmonar con patrón de aireación normal de líneas A //ligero patrón

alveolo intersticial
con líneas B
confluentes en un
mismo EIC

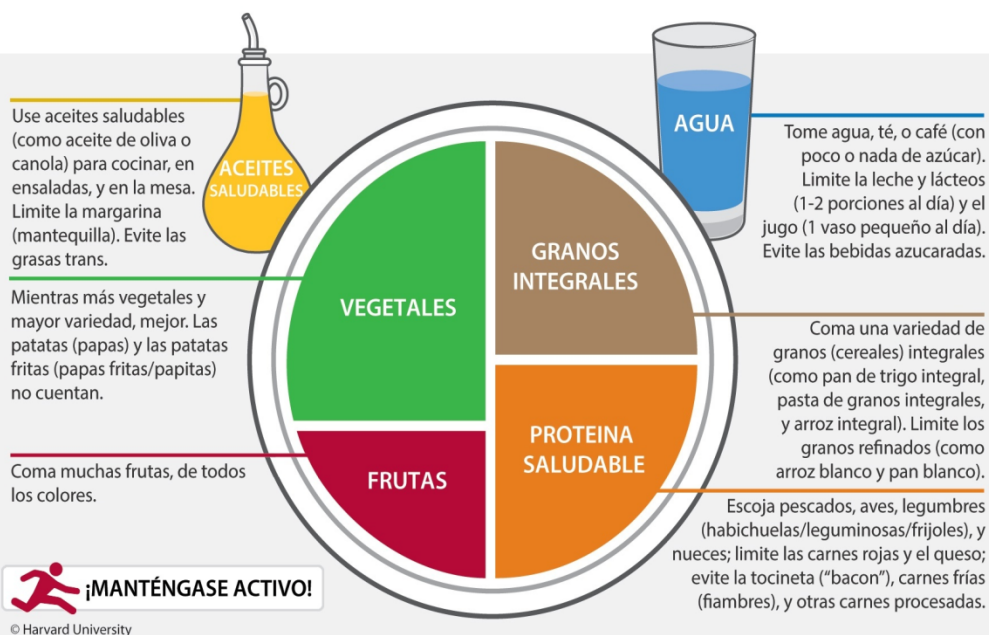
Rangos estimados de normalidad				 Hipotensión
Edad (Peso en Kg)	FR (rpm)	FC (lpm)	TAS/TAD (mmHg)	
Prematuro (< 2,5)	40-70	120-170	55-75 / 35-45	0-28 días: TAS < 60 mmHg
0-3 m (2,5-6)	35-55	100-150	65-85 / 45-55	
3-6 m (6-7,5)	30-45	90-120	70-90 / 50-65	29 días-12 mese TAS < 70 mmHg

//condensación en campo ... que ocupa ... EIC. No se observa derrame. Buen deslizamiento pleural.

ECG: Ritmo sinusal a X lpm, PR constante de X seg. QRS estrecho de X seg con eje cardiaco +Xº. QT X seg, Qtc X seg. No signos de hipertrofia de cavidades. No alteraciones de la repolarización.

CONSTANTES:

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

DIETA BLANDA O DE PROTECCIÓN GÁSTRICA

*Es una dieta terapéutica, indicada cuando necesitamos que el aparato digestivo trabaje lo mínimo, para facilitar una recuperación. Debe estar pautada por un profesional sanitario.



TIERNO O FÁCIL MASTICACIÓN **¡NO!**
FÁCIL DIGESTIÓN **¡SÍ!**

¿QUÉ ALIMENTOS INCLUYE?

- CEREALES REFINADOS:** pasta, pan blanco o biscoffes, arroz, cous cous, papillas de cereales.
FÉCULAS: patata hervida o al vapor.
- CARNES BLANCAS:** pollo, pavo.
PESCADO BLANCO: A la plancha, hervido o al horno.
- HUEVOS:** primero solo la clara, y si se tolera bien, también la yema. Hervidos o en tortilla francesa.
- LÁCTEOS NATURALES Y POCO GRASOS:** prefiriendo el yogur natural, el requesón y los quesos frescos a la leche o los quesos curados.
- VERDURAS:** cocidas o en puré. CALDOS DE VERDURAS.
- FRUTAS:** Compotas sin azúcar o fruta cocida o asada. Plátano maduro.
- LEGUMBRES:** Probar primero tolerancia con una pequeña cantidad. En puré y pasadas por el chino para eliminar la piel, o lentejas peladas.
- GRASAS:** pequeñas cantidades de aceite de oliva, mantequilla o aguacate.
- BEBIDAS:** Agua, infusiones y caldos.

¿QUÉ ALIMENTOS EXCLUYE?

- CEREALES INTEGRALES Y BOLLERÍA**
- CARNES ROJAS,** fibrosas y embutidos.
PESCADOS AZULES Y MARISCOS.
- LÁCTEOS:** Quesos curados. Los postres tipo flanes o natillas es mejor evitarlos pues contienen gran cantidad de azúcar y grasa.
- VEGETALES CRUDOS O CRUCÍFERAS:** Brócoli, coliflor, puerro, coles... Ensaladas, tomate crudo.
- Se evitará la FRUTA CRUDA.**
*Excepción: plátanos maduros y frutas no ácidas maduras.
- LEGUMBRES:** no se tomarán legumbres enteras.
- BEBIDAS:** Café, alcohol, zumos ácidos (cítricos, piña), refrescos gaseosos y té.
- OTROS:** Chocolate, dulces, frituras en general, salsas, snacks, picanito, encurtidos, vinagre, alimentos muy azucarados o muy especiados y tabaco.

ADAPTACIÓN A LA DIETA VEGETARIANA

Aquí van unas recomendaciones específicas para las personas vegetarianas o veganas, además de las que se han dado en el apartado anterior que son aplicables:

- LEGUMBRES:** purés de legumbres pasados por el chino o lentejas peladas, siempre en cantidades moderadas. Los guisantes a menudo son mejor tolerados, hervidos o en puré.
- TOFU BLANCO:** (si se tolera bien) no el ahumado ni el que viene condimentado. También el SEITÁN es una buena opción.
- LECHES VEGETALES:** preferiblemente sin azúcar. Preferiremos la leche de arroz, almendra y avena a la de soja por ser de mejor digestión.
- Si somos ovo-lacto-vegetarianos, las recomendaciones del apartado anterior referidas a lácteos y huevos, serían las mismas.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Comer pocas cantidades varias veces al día.
- Que la comida esté tibia, no muy fría ni muy caliente.
- Se cocinará con poca sal, sin condimentar y con poca adición de aceite.
- Masticar bien y comer despacio.
- Reposar un rato tras las comidas.

- Tened en cuenta que esto son consejos generales, pero en muchos casos se precisará de una personalización según la patología y la tolerancia individual.
- La dieta blanda puede mantenerse dos o tres días, e ir poco a poco introduciendo alimentos hacia una dieta normal. Si pasados los dos días, las molestias persisten o no hay buena tolerancia, es imprescindible acudir al médico y/o al dietista-nutricionista.



Lucía Martínez
www.dimequecomes.com



Aitor Sánchez
www.midtelacocina.com

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

VÓMITOS:

Adecuada coloración e hidratación (mucosa oral húmeda, signo del pliegue negativo, presencia de lágrima, Gorelick 0).

Se administra dosis de ondansetron oral (0'15 mg/kg). Permanece en sala de espera y realiza tolerancia con suero oral sin incidencias. Previo al alta normohidratado y exploración abdominal sin cambios. Se informa a la familia sobre técnica de tolerancia oral en domicilio.

- Hidratación frecuente con suero de rehidratación oral. Administrar frío y consumir antes de <24h después de abrir.
- Si vomita: no administrar ni sólidos ni líquidos en la siguiente media hora. Posteriormente intentar tolerancia oral siempre con líquidos (preferiblemente con suero de rehidratación oral). Tras 1-2 horas de tolerancia podrá intentarlo con algo más sólido tipo yogur.
- Dieta fraccionada blanda sin forzar. Evitar fritos, lácteos, chocolate, bebidas azucaradas y con gas.
- Control por su pediatra.
- Observación domiciliaria de signos de deshidratación: sequedad de mucosas (labios, lengua), disminución de la diuresis, somnolencia, irritabilidad excesiva, vómitos recurrentes, vomitar aunque no tome nada, decaimiento... acudir para valoración.

GEA:

Adecuada coloración e hidratación (mucosa oral húmeda, signo del pliegue negativo, presencia de lágrima, Gorelick).

- o Hidratación frecuente con suero de rehidratación oral. Administrar frío y consumir antes de <24h después de abrir.
- o Si vomita: no administrar ni sólidos ni líquidos en la siguiente media hora. Posteriormente intentar tolerancia oral siempre con líquidos (preferiblemente con suero de rehidratación oral). Tras 1-2 horas de tolerancia podrá intentarlo con algo más sólido tipo yogur.
- o Dieta fraccionada blanda sin forzar y astringente (arroz, patata, manzana sin piel, pechuga a la plancha...). Evitar fritos, lácteos, chocolate, bebidas azucaradas y con gas.
- o Bivos sobres 1,5g: 1 sobre al día hasta finalizar la diarrea o tratamiento antibiótico.
- o Reuteri gotas: 5 gotas al día mezcladas con líquidos fríos o templados (agua, leche) hasta fin de diarrea o tratamiento antibiótico.
- o Prodefen plus sobres: 1 sobre al día hasta fin de diarrea o tratamiento antibiótico.
- o Ultra Levura 250 mg sobres (>2 años)/capsulas (>12 años): 1-2 al día mientras dure la diarrea o el tratamiento antibiótico.
- Si fiebre > 38°C y malestar: paracetamol (apiretal) 100mg/ml: X ml cada 6-8 horas. Si más fiebre, intercalar cada 4 horas con ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: X ml cada 8 horas.
- Control por su pediatra.
- Observación domiciliaria de signos de deshidratación: sequedad de mucosas (labios, lengua), disminución de la diuresis, somnolencia, irritabilidad excesiva, vómitos recurrentes, vomitar aunque no tome nada, decaimiento... acudir para valoración.

DOLOR ABDOMINAL:

- **Signo de Carnett** (presionar el punto donde le duele y pedirle que flexione la cadera o el tronco, es + si aumenta la intensidad): patología pared abdominal (Sdm atrapamiento nervio cutáneo abdominal)

- Presenta **defensa a la palpación, abdomen en tabla**, dolor en punto de **McBurney** (apéndice), **Blumberg** (irritación peritoneal), **Rovsing** (presión en fosa ilia izquierda y dolor en la derecha), **Klein** (presión en FI derecha y duele en la derecha por desplazamiento del gas), **signo del psoas**.
- Si el niño tiene mal estado general, está decaído, pálido. Si el dolor se hace continuo, cada vez más intenso, se localiza en el lado derecho del abdomen. Vómitos continuos, verdosos o con sangre... volved a consultar.



INFECCIÓN AGUDA DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS

- Si fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ y malestar: paracetamol (apiretal) 100mg/ml: X ml cada 6-8 horas. Si más fiebre, intercalar cada 4 horas con ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: X ml cada 8 horas.
- Lavados nasales con suero salino fisiológico y jeringuilla si precisa, sobre todo antes de las comidas y de dormir.
- Posición semiincorporada para dormir, elevando el cabecero de la cama
- Fraccionar las tomas, hidratación frecuente y evitar exposición a irritantes (humo de tabaco...)
- Control por su pediatra.
- Observación domiciliaria. Si mal estado general, fiebre persistente, dificultad respiratoria,...volver a consultar.

FIEBRE SIN FOCO EN LACTANTES $\geq 38^{\circ}\text{C}$. (SEUP)



TEP ALTERADO: ABCDE + SOSPECHAR DE SEPSIS.

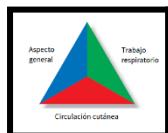
PONER ANTITÉRMICO!!!!

- **Oxigenoterapia:** 100% con mascarilla + reservorio (15 L/min)
- **Monitorizar FC/FR/SatO₂/TA**
- **Canalizar vía (ideal 2/intraósea)**
- **Expansión de volumen con Cristaloide:** SSF 20 ml/Kg en bolo.
- **Tira de orina + Urocultivo + GRAM + Anormales y sedimento.**
- **Hemograma + Bioquímica (PCR + Procalcitonina).**

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA PRECOZ

<1 mes	1 – 3 meses	>3 meses
Ampicilina (75mg/Kg/6h) Cefotaxima (50 mg/Kg/6h) Aciclovir (20mg/kg/8h)	Cefotaxima (1 dosis de 75mg/kg y continuar con 50mg/Kg/6h) Vancomicina (15 mg/Kg/6h) ± Ampicilina (75mg/Kg/6h) si alta prevalencia de Meningitis por listeria o enterococcus. ± Aciclovir (20mg/Kg/8h) si convulsión, vesículas, encefalitis.	Cefotaxima ó Ceftriaxona (1 dosis de 75mg/kg) Max 2g

- **Punción Lumbar tras estabilización** **citoquímica + Gram y Cultivo + PCR enterovirus/S.pneumoniae /N meningitidis/HVS**
- **Ingreso.**



TEP ESTABLE ≤ 21 días: Step by Step.

ALTO RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA INVASIVA!!!!

- **Tira de orina + Urocultivo + Gram + Anormales Sedimentos.**
- **Canalizar vías (preferentemente 2/intraósea).**
- **Hemograma + Bioquímica (Prot C reactiva + Procalcitonina).**
- **Hemocultivo**
- **Punción Lumbar (citoquímica + Gram y Cultivo + PCR enterovirus/S.pneumoniae/N meningitidis/HVS)**

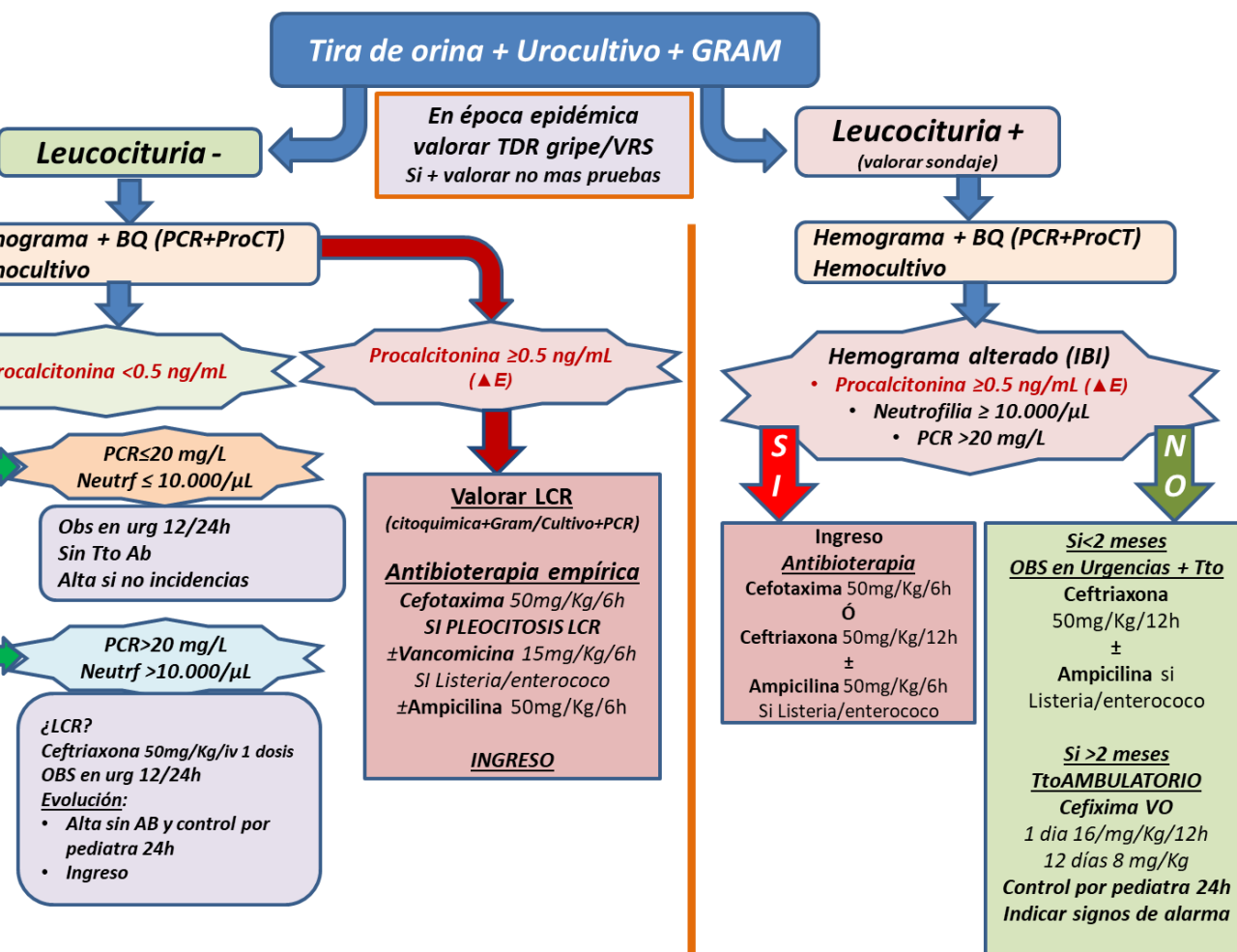
ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA

<u>No pleocitosis en LCR</u>	<u>Pleocitosis en LCR</u>
Ampicilina (50mg/kg/6h) Gentamicina (4mg/Kg/24h)	Ampicilina (75mg/Kg/6h) Cefotaxima (50mg/Kg/6h) Aciclovir (20 mg/Kg/8h)

- **INGRESO**

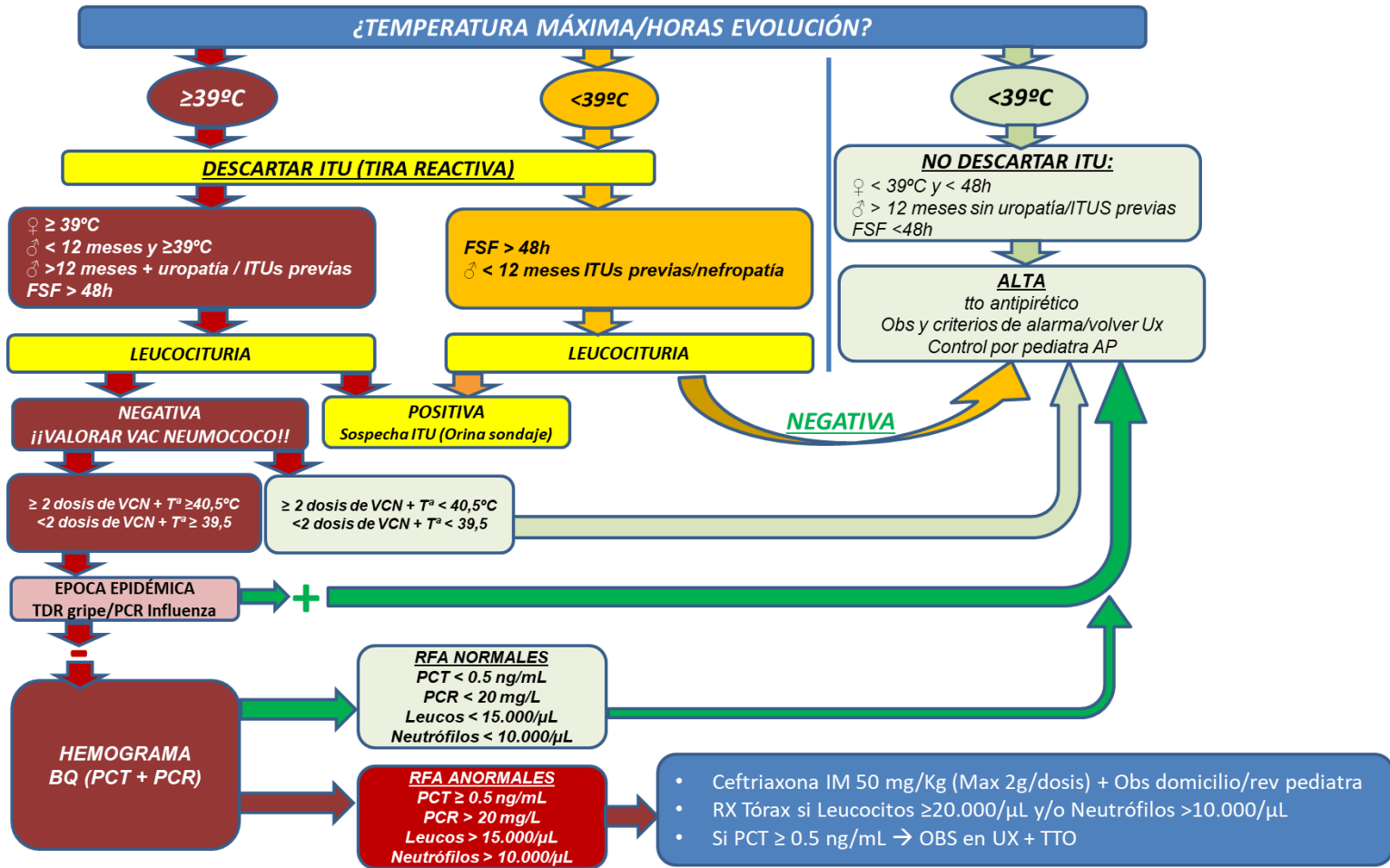


TEP ESTABLE 22 días – 3 meses: Step by Step.



TEP ESTABLE ≥3 meses – 24 meses.

Si buena cobertura vacunal en nuestro medio la búsqueda de Bacteriemia Oculta no es coste/efectiva!!
VACUNA NEUMOCO (VCN-PREVENAR 13): 2/4/11 meses



SINDROME FEBRIL ALTA:

Escala de YALE (Yale Observation Scale) (edad 3 meses-3 años)			
Parámetro clínico	Normal (1 punto)	Afectación moderada (2 puntos)	Afectación grave (3 puntos)
Calidad del llanto	Fuerte o contento, sin llorar	Lloriqueando o sollozando	Débil o agudo
Interacción con los padres	Llanto breve/ausente	Llanto intermitente	Llanto inconsolable
Estado sueño-vigilia	Alerta. Si se duerme, despierta con pequeño estímulo	Cierra los ojos brevemente o despierta con estimulación prolongada	Tendencia al sueño. No despierta
Coloración	Normal, sonrosada	Cianosis/palidez acra	Palidez/cianosis/grisáceo
Hidratación	Piel y ojos normales. Mucosas húmedas	Piel y ojos normales. Boca discretamente seca	Piel pastosa con pliegue, mucosas secas u ojos hundidos
Respuesta social	Sonríe o alerta	Sonríe o está alerta brevemente	No sonríe o facies ansiosa, inexpresiva o no está alerta

Puntuación ≤ 10 : bajo riesgo de IBG (2,7%). Puntuación 11-15: riesgo medio de IBG (26%). Puntuación ≥ 16 : alto riesgo de IBG (92,3%).
IBG: infección bacteriana grave.

ALTA:

Durante su estancia en urgencias el paciente permanece clínica y hemodinámicamente estable. Tras valoración clínica, se decide alta con observación domiciliaria y control por pediatra de zona explicando signos y síntomas de alarma por los que deberá volver a consultar

TRATAMIENTO AL ALTA: (**IBUPROFENO NO SI <6 MESES**)//(**METALGIAL NO SI <3 MESES ó < 5Kg**).

- Si fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ y malestar: paracetamol (apiretal) 100mg/ml: **X** ml cada 6-8 horas.
- Si más fiebre, intercalar cada 4 horas con ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: **X** ml cada 8 horas // Metalgial 500 mg/ml: **X** ml cada 8 horas.
- Hidratación frecuente

RECOMENDACIONES:

- Observación domiciliaria.

- En caso de signos de alarma (fiebre continuada que no mejora con antitérmicos, empeoramiento del estado general, letargia, decaimiento, somnolencia excesiva, dificultad para respirar, color azulado de piel o labios, aparición de manchas en la piel que no desaparecen a la presión...) volver a consultar.
- Control por su pediatra.

IMPÉTIGO

- Amoxicilina-clavulánico susp 100/12.5 mg/1ml (50mg/kg/día) cada 8 horas, durante 7-10 días.
- Ácido Fusídico 2% / Mupirocina 2% en crema: 1 aplicación cada 8 horas durante 7-10 días.
- Evitar baño en piscinas y playa, muy contagioso.
- No compartir ropa, toallas o sábanas.
- Si picor, // ****>6m** Zasten susp 1mg/5ml: (0.25 x peso//0'05mg/kg/día) X ml cada 12 horas durante 7-10 días. // ****>1a** Atarax jarabe 2 mg/ml: (1-2 mg/kg/día): X ml cada 8 horas durante 7-10 días. // ****>1a** Alerius 0,5 mg/ml: 2,5 ml cada 24 horas (**<6 a**), 5 ml cada 24 horas (**6-12 a**), 10 ml cada 24 horas (**>12a**)// ****>2a** Polaramine susp 2mg/5ml: (0,16-0,2mg/kg/día) X ml cada 8 horas, durante 7-10 días
- Observación domiciliaria de signos de gravedad: fiebre que no mejora con antitérmicos, mal estado general, aparición de manchas que no desaparecen a la presión.. volved a consultar.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (AEP):

OBJETIVO: ¿ESTA CAUSADA POR E β hGA? ¿REQUIERE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO?

Sugestivos de infección por E β hGA
Dolor de garganta de comienzo brusco
Odinofagia
Fiebre
Exantema escarlatiniforme
Cefalea
Náuseas, vómitos, dolor abdominal
Eritema o exudados faringoamigdalares
Petequias en el paladar blando
Pequeñas pápulas eritematosas y anulares, con centro pálido (lesiones «donuts»), en paladar blando y/o duro
Úvula roja y edematosa
Adenopatías cervicales anteriores, aumentadas de tamaño (> 1 cm) y dolorosas
Edad: 5-15 años
Presentación en invierno o comienzos de la primavera (en climas templados)
Historia de exposición a enfermo con FAA en las 2 semanas previas

Sugestivos de infección vírica
Conjuntivitis
Rinorrea
Afonía
Tos
Diarrea
Exantemas o enantemas característicos
Hepatoesplenomegalia
Adenopatías generalizadas

EXPLORACIÓN:

ORL: Faringe hiperémica **CON/SIN** Hipertrofia amigdalар, **CON/SIN** presencia de edema úlceras, vesículas **Y/O** exudados.

FAA <3años: Riesgo de E β hGA <10%

- **EN SU MAYORÍA SON VÍRICAS** $\square$ **SOLO NECESITAN TRATAMIENTO SINTOMÁTICO** (Antitérmico/antiinflamatorio)
- **LA SINTOMATOLOGÍA ES MÁS INESPECÍFICA**
- **LOS TEST DIAGNÓSTICOS SON POCO RENTABLES** $\square$ **SELECCIONAR MUY BIEN LOS SUJETOS.**
- **NO APLICAR NINGUNA ESCALA** $\square$ **INDIVIDUALIZAR.**

Sospecha de FAA bacteriana por E β hGA

- **Rinitis mucopurulenta persistente/Lesiones impetiginizadas en narinas/OMA**
- **Fiebre de bajo grado**
- **Adenopatía submaxilar**
- **Hermanos con FAA por E β hGA o brote en guardería**



SOLO SI ALTA SOSPECHA ESTARÍA JUSTIFICADO HACER PRUEBAS CONFIRMATORIAS

- **2 muestras para TDR: Exudado nasal + Faringoamigdalino (IIB)**

FAA ≥3 – 15 AÑOS: Riesgo de EβhGA 30-40%

Tabla 4 Criterios de Mclsaac y actitud según resultado

Criterios	Puntos
1. Fiebre (> 38 °C)	1
2. Hipertrofia o exudado amigdalares	1
3. Adenopatía laterocervical anterior dolorosa	1
4. Ausencia de tos	1
5. Edad	
• 3-14 años	1
• > 15 años	0

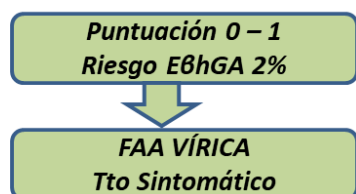
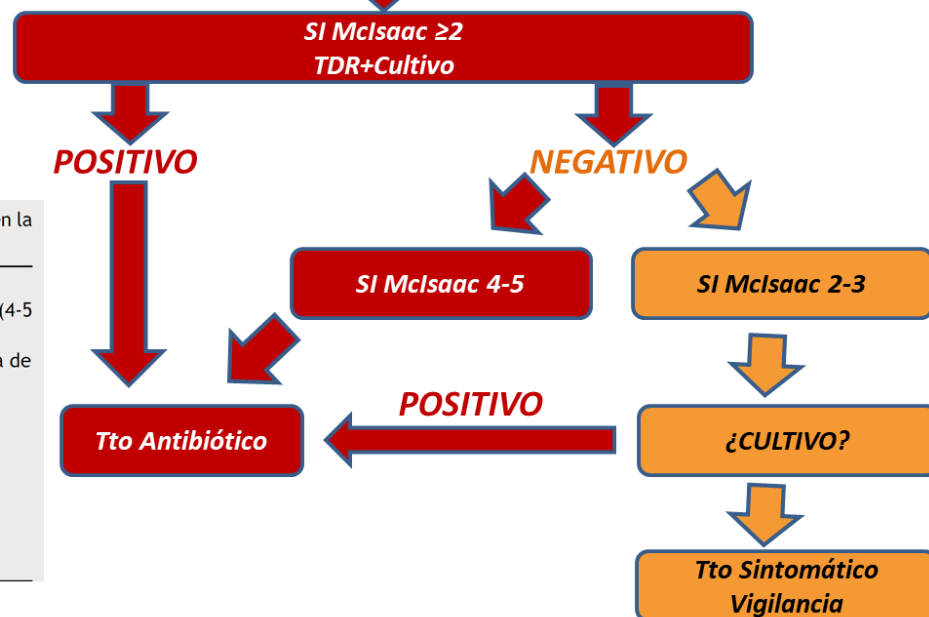


Tabla 6 Criterios para iniciar tratamiento antibiótico en la FAA

- Casos confirmados mediante TDR o cultivo
- Casos de alta sospecha de origen bacteriano de la FAA (4-5 puntos de los criterios de Mclsaac), en caso de TDR negativa o no disponibilidad de la prueba y a la espera de los resultados del cultivo
- Presencia de un cuadro de FAA en el contexto familiar cuando se ha confirmado el origen estreptocócico en alguno de los convivientes, con independencia de los resultados de las pruebas microbiológicas
- Aunque es excepcional en nuestro medio, si existen antecedentes de FRA en el niño o en algún familiar conviviente



Evolución favorable espontánea (sin antibioterapia).

TRATAMIENTO:

- **Amoxicilina 250mg/5ml:** (50mg/kg/d) (**max 500mg/dosis**): **X** ml cada 8 horas durante 10 días.
- **Fenoximetilpenicilina potásica (Penilevel) sobres 250 mg (375.000 UI).** **< 27 kg:** 1 sobre 250mg /12 horas - **> 27 kg:** 2 sobres 250mg /12 hora

Si el paciente presenta alergia a betalactámicos:

- Reacción no inmediata leve: Cefadroxilo, VO, 30 mg/kg/día, en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 1g/día)
- Reacción inmediata o tardía grave: Azitromicina, VO, 20 mg/kg/día, 3 días (dosis máxima 500 mg/dosis)
- Si fiebre > 38°C y malestar u odinofagia: Ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: **X** mL cada 8 horas. Si más fiebre o dolor intercalar cada 4 horas con paracetamol (apiretal) 100 mg/ml: **X** ml cada 6-8 horas.
- Hidratación frecuente
- Observación domiciliaria, si mal estado general, aparición de manchas que no desaparecen a la presión, signos de dificultad respiratoria... volved a consultar.
- Control por su pediatra.

BRONQUITIS AGUDA LEVE/MODERADA *>4años-masc bucal

- Salbutamol (Ventolín) inhalado en cámara espaciadora: X puff cada 4-6-8 horas mientras persista tos o ruidos respiratorios.
- Estilsona 7 mg/ml: (1-2mg/kg/día, 1mg/0'15ml/6gotas) X ml cada 8 horas durante 5 días. *necesidad episodios previos
- Dexametasona oral (leve 0,15-0,3/kg, moderada-grave 0,3-0,6 mg/kg)
- Si fiebre > 38°C y malestar: paracetamol (apiretal) 100mg/ml: X ml cada 6-8 horas. Si más fiebre, intercalar cada 4 horas con ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: X ml cada 8 horas. Metalgial 500 mg/ml: X ml cada 8 horas.
- Hidratación frecuente. Lavados nasales con SSF, antes de comer y de dormir. Posición semiincorporada para dormir. Evitar agentes irritantes (humor del tabaco...).
- Si empeoramiento del estado general, somnolencia, dificultad para respirar con costillas marcadas, coloración azulada de la cara, fiebre alta... volver a consultar.

VULVOVAGINITIS INESPECÍFICA

- Rosalgin vaginal sobres 500 mg: realizar 1-2 lavados de asiento al día durante 5 días.
- Saforelle Gel íntimo pediátrico: lavado 2 veces al día durante 5 días. // Spray para vulvovaginitis (tipo GineZoil Spray u otros): 3 aplicaciones al día durante 5-7 días.
- Uso de ropa interior de algodón.
- Correcta higiene y secado tras orinar.
- Si persiste sintomatología...consultar de nuevo.

SINEQUIAS VULVARES

Es una patología frecuente en niñas menores de 2 años influida por los bajos niveles de estrógenos, la higiene deficiente, el roce con el pañal...

- Asintomáticas: Saforelle Gel íntimo pediátrico // Spray para vulvovaginitis (tipo GineZoil Spray u otros): 3 aplicaciones al día durante 7días. mantener la zona seca y sin humedad).
- Sintomáticas: Saforelle Gel íntimo pediátrico // Spray para vulvovaginitis (tipo GineZoil Spray u otros): 3 aplicaciones al día durante 7días y mantener la zona seca y sin humedad) + pomada de estrógenos (Colpotrofin 10 mg/g 2 veces al día durante 2-3 semanas).

BALANITIS//BALANOPOSTITIS

Exploración física: TEP estable. Buen estado general. Testes en bolsa. Reflejo cremastérico presente. Inflamación a nivel de prepucio y glande con secreción serosa escasa. SI/No secreción purulenta. Adenopatías inguinales bilaterales blandas, móviles y <1cm.

- Higiene adecuada y lavados con suero fisiológico y manzanilla tibia.
- Evitar baños en piscina o playa mientras persista la inflamación.
- Celestoderm/Fucibet crema: 1 aplicación cada 12 horas durante 5 días.
- Si dolor, Ibuprofeno (apirofeno, dalsy) 40 mg/ml: X ml cada 8 horas.

*Si AP de infección orofaríngea reciente+muy sintomático:

- Cultivo de secreción

- Penicilina V oral: □ Si <12 años: 250 mg/12h

□ Si ≥12 años: 500 mg/12h

CEFALEA

Intensidad (EVA:), tipo (opresiva, punzante, pulsátil), localización (holocraneal, hemicraneal, retroorbitaria, occipital), horario (matutino, nocturno, vespertino), factores de desencadenantes (fatiga, stress, alimentos, ejercicios), agravantes (tos, esfuerzos, cambios posturales), le despierta, síntomas neurológicos deficitarios previos al dolor, vómitos, foto/sonofobia, alteraciones del comportamiento... Fiebre (causa más frecuente de cefalea en la infancia)

Tomar FC y PA. Neurológica completa: Glasgow 15. Consciente y conectado, orientado en las 3 esferas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales centrados y simétricos. Tono, fuerza y ROT presentes y normales. No ataxia, temblor ni dismetrías. Signos meníngeos negativos.

- Si dolor: Metalgial 500 mg/ml: X ml cada 8 horas. / Ibuprofeno 40 mg/ml: X ml cada 6-8h.
- Se recomienda realización de calendario de cefalea.
- Fomentar práctica habitual de ejercicio físico. Favorecer buena higiene del sueño: evitar ver televisión y contacto con pantallas las horas previas a acostarse. Si precisa puede iniciar Melatonina gotas 4 gotas 30 minutos antes de dormir, aumentar progresivamente hasta 8 gotas.
- Se recomienda mantener horarios regulares de comidas, reduciendo consumo nocturno de queso, lácteos, dulces, cafeína, chocolate y alimentos procesados. Favorecer la ingesta de alimentos ricos en fibra, pescado azul, vegetales de hoja verde y legumbres.
- Promover ambiente tranquilo de luz y sonido, administrar analgesia de forma precoz (Ibuprofeno o Metalgial).
- Si cefalea inmediata al despertarse, que le despierta por la noche o asociada a cambios posturales, aparición de vómitos (sobre todo sin relación con la cefalea/al despertar), alteraciones del comportamiento o disminución del rendimiento escolar... acudir para valoración.
- *-Si >5-6 episodios mensuales que interfieran actividad iniciar ciclo de tratamiento preventivo con Flunarizina (Sibelium comprimidos 5 mg): medio comprimido antes de dormir durante 1 semana y posteriormente 1 comprimido antes de dormir, mantener durante 6 meses.*

FECHA								
Intensidad del dolor (1-2-3)								
Mas fuerte en un lado								
Como si me dieran golpes (pulsatil)								
Aumenta con ejercicio o esfuerzo								
Nauseas								
Vómitos								
Me molesta la luz								
Me molesta el ruido								
Cuantas horas o minutos ha durado								
He faltado a clase								
Antes he tenido sensación visual								
Antes he tenido sensación auditiva								
He sentido sensación de mareo								
¿Que medicación he tomado?								
¿ La medicación ha sido eficaz? 1-2-3								
Intensidad del dolor: 1-Intesidad Leve: no me interrumpe el juego o actividades diarias 2-Intensidad intensidad Moderada: me interrumpe el juego o mis actividades diarias 3-Intensidad Grave: me produce llanto y me obliga a ir a la cama								
Eficacia de medicina: 1-Muy eficaz: me olvido de que tengo dolor 2-Parcialmente eficaz: mejora pero no me olvido de que tengo dolor 3-Ninguna eficacia: no noto ninguna mejoría								
OBSERVACIONES:								

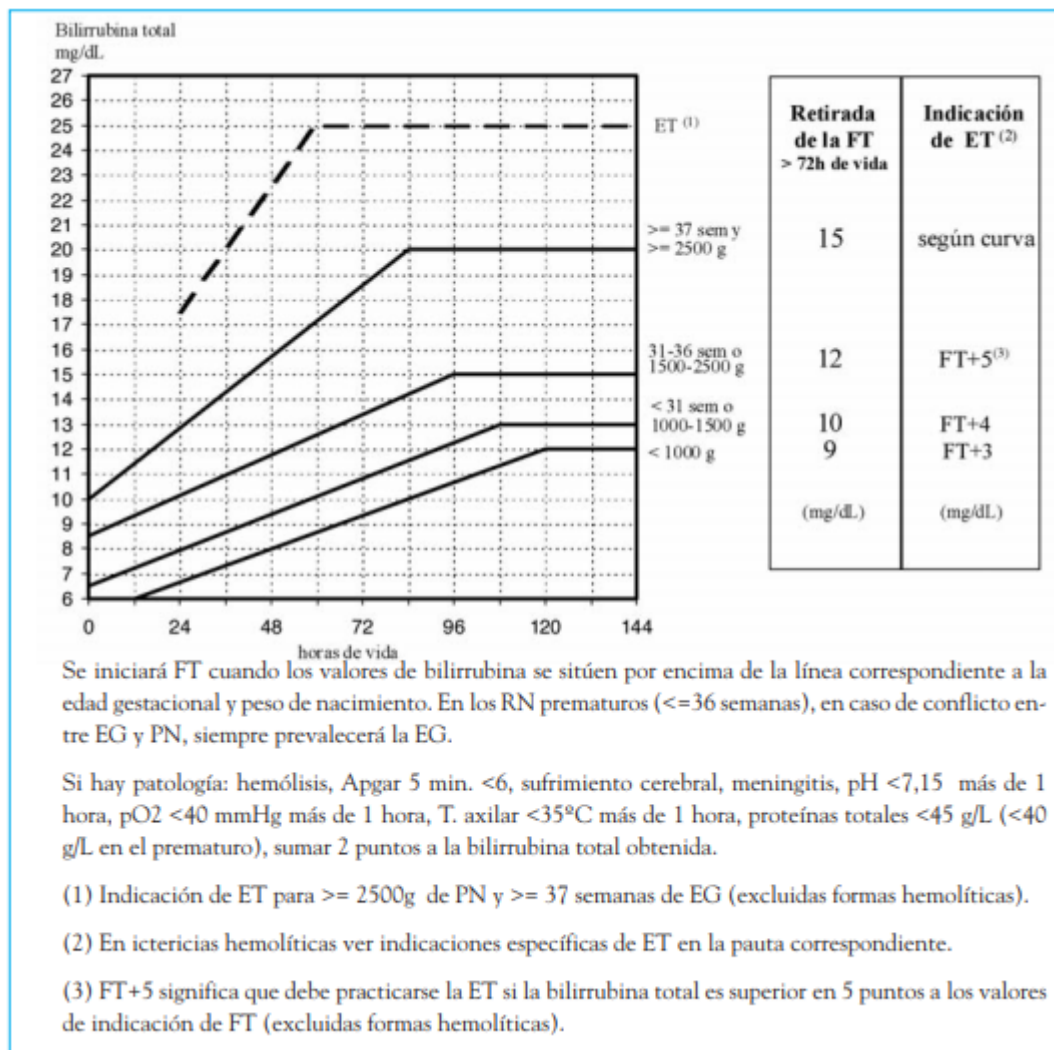
DOLOR TORÁCICO:

AP, AF, características del dolor: inicio, tipo de dolor (opresivo, punzante), intensidad, frecuencia, duración, irradiación, aumento cede, sintomatología asociada.

ECG + TA

Si repetición del episodio, de gran intensidad, aparición de fiebre, irradiado a zona izquierda cuello y extremidades superiores, opresivo, que aumenta con el ejercicio, disminución del nivel de consciencia... volved a consultar.

CONTROL DE BILIRRUBINA



- Calibrar sin quitar la tapa protectora, quitársela una vez calibrado y hacer mediciones en el cuerpo (tiene que haber poco movimiento).

Pruebas: bilicheck (si está alta bioquímica con bilirrubina directa y hemograma para confirmar).

Diagnóstico: ictericia fisiológica del RN (dentro o fuera de rango de fototerapia).

Tratamiento:

- Si está en descenso, control de la coloración de la piel, fraccionar las tomas de lactancia materna y exponer a la luz (no directamente exposición solar).
- Si ha disminuido, pero poco: repetir control de bilirrubina en 48 horas.
- Si se ha incrementado, pero no cumple criterios de fototerapia: repetir control de bilirrubina en 48 horas.
- Si $>$ a límite para EG y peso: ingreso para fototerapia.

ESCASA GANANCIA PONDERAL 4-6 meses

Tipo de alimentación, introducción de alimentación complementaria (fruta, cereales con sin gluten, carne pescado, huevo...). estado general, irritabilidad, diuresis, deposiciones (productos patológicos), vómitos/regurgitaciones, algún tratamiento.

- Control de peso semanal hasta ganancia estable, intentar el mismo peso siempre y realizar medición sin ropa ni pañal.
- 5-6 tomas 20-30ml/kg/día, sin forzar. O lactancia materna a demanda.

- Añadir 2 cacitos de cereales en 2-3 tomas.
- Introducir fruta triturada o blanda en 2-3 tomas, siempre después del biberón (empezar por frutas poco alergénicas como manzana, plátano y pera)

ANEMIAS:

<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/26/anemia>

INTOXICACIONES

Recomendaciones para padres:

https://osieec.osakidetza.eus/hospitalcruces/documentos/prevenciones/Guia_para_padres_y_madres_intoxicaciones.pdf

GASTRO

CÓLICO DEL LACTANTE

1. Reuteri gotas: 5 gotas/día (en cuchara) /// **simbio sistem gotas** (0-1 año 5 gotas al día)
2. **Colimil** (manzanilla, melisa e hinojo): 2 frascos/ día durante 5 días minutos antes de la toma del medio día y la noche, 1 frasco/día >6º día según evolución

RGE

1. Ranitidina soluc 15mg/ml (fórmula magistral): /12h

TRATAMIENTO INHIBIDOR BOMBA DE PROTONES

- Omeprazol comp 20 mg: 1 comp/ 24h en AYUNAS (30 min antes del desayuno o comida)
- Opiren flash comprimidos bucodispensables (15/30mg) 1 comprimido cada 24h.
- Ranitidina (<1 año/ <10 kg)

ESTREÑIMIENTO

****encopresis**

- **Enema si precisa para evacuación. Enema de suero fisiológico 5ml / kg. Enema casen 80 mg/ml: 5 mg/kg**
- Hidratación abundante.
- Dieta rica en fruta y verdura (al menos 5 raciones al día) y en fibra. Evitar alimentación astringente (arroz, plátano, patata cocida, manzana sin piel...). Limitar el consumo de lácteos (menos de 500 ml o 2 raciones al día).
- Sentarse en el WC 5 minutos después de las principales comidas del día.
- Casenlax: Desimpactación: 1-2 g/Kg durante 7 días // Mantenimiento: 0.5-1 g/Kg al día durante varios meses.
- Casenlax sobres 4g (6meses-8 años)/10g (>8años): 1-2 sobres al día durante 1 mes (máx 3 meses)
- Casenlax jarabe 500 mg/ml:
 - De 6 meses a 1 año: 8 ml al día. (max 8 ml por toma)
 - Entre 1 y 4 años: de 8 ml a 16 ml al día. (max 8 ml por toma)
 - De 4 a 8 años: de 16 ml a 32 ml al día. (max 8 ml por toma)
- Movicol pediátrico 6.9 g sobres: 0'5 mg/kg /día cada 12 horas.
- Pauta de desimpactación con Movicol 6.9 mg sobres:
 - Día 1: 2 sobres cada 12 horas
 - Día 2: 3 sobres cada 12 horas
 - Día 3: 4 sobres cada 12 horas

- Día 4: 5 sobres cada 12 horas
- Día 5: 6 sobres cada 12 horas
- Día 6: 6 sobres cada 12 horas
- Día 7: 6 sobres cada 12 horas

- Eupeptina® Polvo 65 g < 1 año (1-2 cucharitas/12 horas) 1 a 5 años (4 cucharitas/8 horas)

TABLA IV. Contenido de fibra por alimentos.

Alimentos	g de fibra / 100 g	Alimentos	g de fibra / 100 g
<i>Legumbres y verduras</i>		<i>Galletas</i>	
- Judías blancas	25,4	- De centeno	12
- Garbanzos	12	- De avena	3-4
- Lentejas	11,7	- Integrales	6
- Habas	6-8	- Dulces	1-2
- Guisantes	12	<i>Frutas frescas</i>	
- Espinacas	6,3	- Frambuesa y moras	7,4
- Acelgas	5,7	- Plátano	3
- Puerro	3,9	- Chirimoya	2,4
- Judías verdes	3,9	- Higo fresco	2,2
- Zanahoria	3	- Manzana y limón	2
- Maíz	5,7	- Pera	2,3
- Patata	2	- Naranja	2
- Tomate	1,5	- Manzana	2
<i>Cereales</i>		<i>Frutas secas</i>	
- Salvado de trigo sin refinar	44	- Albaricoque seco	24
<i>Cereales de desayuno</i>		- Coco seco	23,5
- De salvado	26	- Higos secos	18,5
- Salvado integral	27	- Ciruelas secas	13,4
- Copos de avena	14	- Cacahuets	8,1
- Cornflakes®	3	- Almendras	14,3
- Muesli	22	- Nueces	5,2
- Arroz integral	0,5	- Pasas	6,8
<i>Pan</i>			
- Integral	8,5		
- Germen de trigo	4,6		
- Marrón	5,1		
- Blanco	2,7		

Tomado de: Hernández M. Alimentación infantil. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

Recomendaciones de ingesta diaria de fibra para cada grupo de edad (1)¹⁷

- De 1-3 años: 19 g/día.

Dos raciones de fruta, dos raciones de verdura y dos raciones de cereales o media de legumbres.

Debe aconsejarse que las fuentes de fibra sean variadas, que su ingesta se realice a lo largo de todo el día y que se acompañe de un aporte hídrico adecuado

- De 4 a 8 años: 25 g/día.

Una ración de frutos secos, dos raciones de fruta, dos raciones de verdura, dos raciones de cereales o media ración de legumbres.

- De 9 a 18 años (niñas): 26 g/día.

Una ración de frutos secos, dos raciones de fruta, dos raciones de verdura, tres raciones de cereales integrales o una ración y media de legumbres.

- De 9 a 13 años (niños): 31 g/día.

Una ración de frutos secos, tres raciones de fruta, tres raciones de verdura, tres raciones de cereales integrales o una ración y media de legumbres.

- De 14 a 18 años (niños): 38 g/día.

Dos raciones de frutos secos, tres raciones de fruta, tres raciones de verdura, cuatro raciones de cereales integrales o dos raciones de legumbres.

Recomendaciones de ingesta diaria de fibra para cada grupo de edad

Consideramos una ración las cantidades indicadas en cada plato de la imagen. Cada ración de alimento equivale a 3 g de fibra, excepto la ración de legumbres, que equivale a 10 g.



Indico dieta con 3 piezas de fruta y verdura, retirar té y zumos industriales. Bajar lácteos a 2 raciones al día. Legumbres 3 veces

en semana y verdura masticada una ración al día.

1.- NO TOMAR TE.

2- MAXIMO 500 ml de lacteos al dia. (incluye yogur, petits, zumos con leche, batidos, natillas)

3.- 3 PIEZAS DE FRUTA MASTICADA AL DIA.

4.- 2 RACIONES DE VERDURA AL DIA.

5.- DEBE TOMAR LEGUMBRES 2-3 VECES EN SEMANA. (LENTEJAS, GARBANZOS...)

6.- PUEDE TOMAR UN PUÑADO DE FRUTOS SECOS/ PASAS AL DIA.

7.- INICIAR EN EL CONSUMO DE ENSALADAS (TOMATE CHERRY, MAIZ DULCE, ACEITUNAS...)

8.- NO TOMAR ZUMOS INDUSTRIALES. MEJOR FRUTA MASTICADA. NO TOMAR GOLOSINAS.

SI DOLOR O SANGRADO COLOCAR POMADA RECTAL: SYNALAR RECTAL SIMPLE 1 vez al día, antes de acostarse durante 5

PROCTEN CREMA (natural ácido hialurónico...) 1/12h tras pauta de synalar

días.

LESIONES ASOC A ESTREÑIMIENTO: FISURA ANAL, HEMORROIDES

- Synalar rectal 1aplic/12h durante 7 días // Procten crema: 1 aplicación cada 12h.
- Baños de asiento tras las deposiciones o si episodios de dolor (posible Ibuprofeno 2% si no cede).No limpiar con papel. Jabón neutro.
- Hidratación abundante.
- Dieta rica en fruta y verdura (al menos 5 raciones al día) y en fibra. Evitar alimentación astringente (arroz, plátano, patata cocida, manzana sin piel...).
- Limitar el consumo de lácteos (menos de 500 ml o 2 raciones al día).
- Sentarse en el WC 5 minutos después de las principales comidas del día.

OXIUROS (microgusanos en el culete o la caca+ prurito nocturno)

- Lomper suspensión 100 mg/5 ml: 5 ml dosis única. Repetir en 2 semanas misma dosis.
- Si picor: baños de asiento con agua templada y aplicar GineZoil Spray después del baño (2-3 veces al día).
- Medidas higiénicas: lavarse las manos con frecuencia, llevar las uñas cortas y limpiarlas con un cepillo, lavar con agua caliente la ropa interior y la de cama, planchar ropa interior íntima.
- Se recomienda tratamiento de toda la familia aunque estén asintomáticos.

ASCARIS (gusanos largos en la caca+ asint/clínica GI/Resp)

- Lomper susp 100mg/5ml: 5ml/12h durante 3 días.
- Si picor: baños de asiento con agua templada y aplicar GineZoil Spray después del baño (2-3 veces al día).
- Medidas higiénicas: lavarse las manos con frecuencia, llevar las uñas cortas y limpiarlas con un cepillo, lavar con agua caliente la ropa interior y la de cama, planchar ropa interior íntima.
- Se recomienda tratamiento de toda la familia aunque estén asintomáticos

RECOMENDACIONES ALIMENTACION:

<http://es.nourishinteractive.com/nutrition-education-printables/448-ninos-mi-plato-imagen-grafico-imprimible-facil-saludable-comer-aprender-grupos-alimenticios>

INFECCIOSAS:

CELULITIS (40-50mg/kg/día) / CELULITIS PRESEPTAL Y ADENOPATÍA (80mg/kg/día)

- Augmentine susp 100/12.5mg/1ml: ml cada 8 horas durante 7-10 días *Si mala tolerancia o inicio de deposiciones diarreicas Ultralevura 2-0-2
- Si dolor o fiebre: Ibuprofeno 2% cada 6-8h
- Vigilancia de signos de alarma: si pasadas 48h de ATB persiste inflamación importante o fiebre...solicitar nueva valoración

VARICELA

1. Si fiebre > 38°C y malestar: ml apiretal cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de la fiebre asociada a malestar posible administrar a las 4h Metalgial gotas (NO alternar con ibuprofeno ni Aspirina)
 2. Si picor: Polaramine/Mircol: ml cada 8h/12h.
- *Crema de avena / Talco líquido o Talquistina en crema (NO en polvo).
1. Lavar con agua y jabón sin restregar. Curas con betadine o cristalmina en las lesiones más grandes y exudativas
 1. Líquidos abundantes. Si rechazo de la ingesta ofrecer suero de rehidratación oral
 1. Vigilar fiebre elevada persistente o signos de sobreinfección de las lesiones

GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA

- Aloclair Plus Spray 3-4 veces al día, 30-40 min antes de las principales comidas..
- Dieta blanda e hidratación (evitar alimentos ácidos, calientes en exceso, picantes...).
- Si fiebre >38°C o dolor, Apiretal ml cada 6-8 horas.
- control por su pediatra
- Observación domiciliaria de signos de gravedad: fiebre que no mejora con antitérmicos, mal estado general, aparición de manchas que no desaparecen a la presión.. volved a consultar.

IMPÉTIGO

- Amoxicilina-clavulánico susp 100/12.5/1ml (50mg/kg/día) cada 8, durante 7 días.
- Mupirocina en crema: 1 aplicación cada 8 horas durante 7 días.
- Evitar baño en piscinas y playa, muy contagioso.
- Si picor, **>2a Polaramine susp 2mg/5ml (0'2mg/kg/día) ml cada 8 horas, durante 7-10 días // **>6m Zasten susp 1mg/5ml (0'05mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días .

- Observación domiciliaria de signos de gravedad: fiebre que no mejora con antitérmicos, mal estado general, aparición de manchas que no desaparecen a la presión.. volved a consultar.

Adenitis:

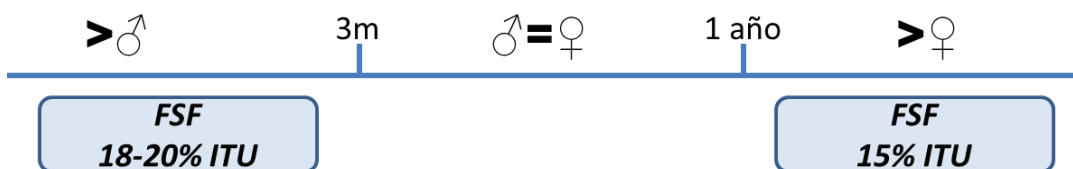
- Amoxicilina-clavulánico (100mg/12.5mg/1ml) (50-60mg/Kg).
- Si dolor o fiebre > 38º Ibuprofeno susp. 20mg/ml: ml o Paracetamol 100mg/ml: ml cada 6-8 horas.
- Ofrecer abundantes líquidos orales.
- Observación domiciliaria. Volver a consultar si empeoramiento o ausencia de mejora en 48 h.
- Control por su Pediatra.

ABCESO:

- Tratamiento antibiótico con Augmentine susp 100/12.5 4.5 ml cada 8h
- Calor local seco durante 10 min (toalla caliente o bolsa térmica para microondas). Tras ello limpiar con betadine jabonoso, aclarar con agua y aplicar pomada de Mupirocina. Repetir cada 12h.
- Control

NEFRO- URO:

ITU



SIGNOS Y SÍNTOMAS SEGÚN EDAD:

Edad		Más frecuentes	Más o menos frecuentes
Lactantes < 3 m		Fiebre Vómitos Decaimiento Irritabilidad	Rechazo de alimentación Fallo de medro
Niños entre 3 meses y 18 años	Preverbal	Fiebre ¹	Dolor abdominal Vómitos Rechazo de la alimentación Dolor en flanco
	Verbal	Polaquiuria Disuria Urgencia urinaria	Incontinencia urinaria Dolor abdominal Dolor en flanco

ANAMNESIS. PREGUNTAS IMPORTANTES:

- FIEBRE: DESDE CUANDO y DURACIÓN
- ESTREÑIMIENTO
- ALTERACIÓN DE LA DIURESIS Y CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS DE LA ORINA
- ANTECEDENTES ITUs PREVIAS.
- ESTANCAMIENTO PONDO-ESTATURAL.
- SEGUIMIENTO OR NEFRO/URO: RVU/ALTERACIÓN RENAL.

EXPLORACIÓN:

- DOLOR ABDOMINAL/PUÑO PERCUSIÓN RENAL- DOLOR IRRADIADO A REGIÓN INGUINAL
- MASA SUPRAPÚBICA/RENAL
- EXPLORACIÓN DE GENITALES EXTERNOS: Vulvovaginitis/Balanopostitis/Dermatitis.

Sin control de esfínteres			Con control de esfínteres
NIÑAS		NIÑOS	TODOS
DATOS CLÍNICOS	1.- T ^a > 39°	1.- T ^a > 39°	Síntomas de ITU
	2.- Fiebre 2d	2.- Fiebre 2d	Historia de ITU previa +
	3.- NO foco	3.- No foco	fiebre > 2d
	4.- < 12 meses	4.- < 6 meses	Fiebre prolongada
PRUEBAS	<u>Prueba de orina si:</u>	<u>Prueba de orina si:</u>	<u>A todos prueba de orina</u>
	Considerar si ≥ 2	Considerar si ≥ 2	
	Recomendable si ≥ 3	Recomendable si ≥ 3	
	Prueba de orina si historia previa de ITU y fiebre más de 2 días		

¿CUANDO
SOLICITAR
PRUEBA DE
ORINA? - AEPAP:

3 m – 2 años (no continentes)

Tira/Sedimento/Urocultivo

Si muestra obtenida por bolsa colectora
obtener muestra por sondaje para cultivo

> 2 años (Continentes)

Si Tira/Sedimento + → Urocultivo

TIRA REACTIVA	Tira reactiva	Sospecha diagnóstica	
	Nitritos y EL (+)	ITU muy probable: tratamiento con antibióticos	
	Nitritos (+) y EL (-)	ITU Probable: tratamiento con antibióticos	
	Nitritos (-) y EL (+)	Puede ser ITU o no*: manejo basado en el juicio clínico	
	Nitritos y EL (-)	Prácticamente excluye ITU: no tratamiento antibiótico	
	EL: esterasa leucocitaria.		
SEDIMENTO	Bacteriuria	Piuria +	Piuria -
	+	ITU – Inicio de Tto AB	
	-	Si clínica compatible iniciar AB	No considerar ITU
CULTIVO	Bolsa Colectora (VPN 96-100%)	≥ 100.000 ufc/mL de un germen	
	Cateterismo vesical (S y E 95-99%)	10.000 – 50.000 ufc/de un germen	
	Punción Suprapúbica	Cualquier crecimiento Gram (-) y 10	

CRITERIOS DE INGRESO:

TABLA 10.- Criterios de ingreso ^{1,5} (grado de recomendación B)	
Indicador el ingreso hospitalario	Considerar ingreso aunque podría hacerse seguimiento ambulatorio
Edad < de 3 meses	Fiebre > 38.5 en niños entre 3-6 meses
Afectación del estado general sepsis	Persistencia de fiebre tras 48 horas de tratamiento
Vómitos e intolerancia oral	Factores de riesgo de germen no habitual
Deshidratación	ITU de repetición
Malformación de vías urinarias	Eco prenatal con hidronefrosis

TRATAMIENTO:

<3 meses. INGRESO (Enterococo)

Tratamiento IV 7-10d según evolución y resultados de cultivo.

- **Ampicilina 100 mg/Kg/día :**
 - ≤34 SG cada 12h
 - ≤7d cada 8h
 - >7d cada 6h
- **Gentamicina**
 - <1 mes □ 4 mg/Kg/día cada 24h
 - 1-3 meses □ 5 mg/Kg/día cada 24h

3 meses – 2 años. (Considerar siempre como ITU febril)

- **SI CUMPLE CRITERIOS DE INGRESO**
 - Gentamicina (IV) 5 – 7 mg/kg/día cada 24h durante 7 – 10 días.
 - SI UROPATÍA/NEFROPATÍA/ALT- AUDITIVA
 - Cefotaxima IV 150 mg/Kg/día cada 6h durante 7 – 10 días.
- **SI NO CUMPLE CRITERIOS DE INGRESO**
 - CEFIXIMA (DENVAR) 100 mg/5mL (Máximo 400 mg/día).
 - 1er día: 16 mg/kg/día cada 12/24h
 - 6-9 días siguientes: 8 mg/Kg/día cada 12/24h

>2 AÑOS.

- **ITU AFEBRIL (CISTITIS):**
 - Amoxi/Cla 40-45 mg/Kg/día cada 8h durante 5 días.
 - 6-12 años: 1 sobre fosfomicina 2g/día
 - >12 años: 1 sobre fosfomicina 3g/día.
- **ITU Febril: CON criterios de ingreso.**
 - Gentamicina (IV) 5 – 7 mg/kg/día cada 24h durante 7 – 10 días.
 - SI UROPATÍA/NEFROPATÍA/ALT- AUDITIVA
 - Cefotaxima IV 150 mg/Kg/día cada 6h durante 7 – 10 días.
- **ITU Febril: SIN criterios de ingreso.**
 - CEFIXIMA (DENVAR) 100 mg/5mL (Máximo 400 mg/día).
 - 1er día: 16 mg/kg/día cada 12/24h
 - 6-9 días siguientes: 8 mg/Kg/día cada 12/24h

- Hidratación abundante.
- Si fiebre > 38°, apiretal 100mg/ml ml cada 6-8h. c
- Si persistencia de la fiebre > 48h a pesar de ATB, no tolerancia oral, o empeoramiento del estado general...nueva valoración.

*Si criterios de PNA: Incluir en protocolo

- Solicitar Eco doppler entre el 10-14º del dco *Se avisará telefónicamente para cita a..
- Cita en CCEE Pediatría A.(dr Rodriguez) en torno a 20 días del diagnóstico

HIDROCELE

ANAMNESIS: Tiempo de evolución. Signos de dolor. Si aumenta de tamaño con el llanto o con el esfuerzo/defecación. Antecedentes de hernias.

EXPLORACIÓN: Aumento de tamaño de testículo (DERECHO/IZQUIERDO/BILATERAL) sin signos de dolor/inflamación local. En la transluminiscencia se observa testes en bolsa, de tamaño normal con aumento de líquido libre en bolsa escrotal (IZQUIERDA/DERECHA/BILATERAL). Sin signos de hernia inguinal.

TRATAMIENTO: No precisa Tratamiento de urgencia.

RECOMENDACIONES:

- Control por su pediatra
- Ruego solicitar ecografía escrotal-inguinal de forma ambulatoria y realizar INP a cirugía pediátrica para su valoración.

ORQUIEPIDIDIMITIS

Niños prepúberes, (<5/>10 años) de probable causa viral (sin fiebre): Explorar tamaño, coloración, hidrocele o no, palpación en zonas (escroto/epidídimo/vasos), comparar con el contralateral. Iniciar tto sintomático por probable etiología vírica, revisar en 48h si persiste añadir tto atb.

- Ibuprofeno 4% ml cada 8h durante 72h, después si dolor.
- Reposo, frío local, suspensorio escrotal.
- Control en 48 h.
- Si dolor intenso, fiebre > 38°C, cambio de coloración o aumento de la inflamación... volved a consultar.

*Adolescentes o si relaciones sexuales: ATB empírica

BALANITIS/BALANOPOSTITIS (higiene inadecuada + dificultad para retraer el prepucio)

Exploración física: TEP estable. Buen estado general. Testes en bolsa. Inflamación a nivel de prepucio y glándula con secreción serosa escasa. No secreción purulenta. Adenopatías inguinales bilaterales blandas, móviles y <1cm.

Tratamiento:

- Higiene adecuada y lavados con SSF o infusión de manzanilla templada.

- Evitar baños en piscina o playa mientras persista la inflamación.
- Celestoderm (Betametasona/Gentamicina): 1 aplicación cada 12 horas durante 5 días.
- Si dolor, Ibuprofeno 40 mg/ml ml cada 6-8 horas.
- Puede aplicar si precisa, pomada antiinflamatoria/antiséptica tipo Banizol cream 1 aplicación cada 8 horas tras higiene de la zona.

QUISTE DE ESMEGMA

No precisa tratamiento.

- Higiene adecuada y lavados con SSF o infusión de manzanilla templada.
- Evitar baños en piscina o playa mientras persista la inflamación.

COLICO NEFRÍTICO:

EF, TA, Orina+ urocultivo, analítica (HG+BQ +COAG), ECO→ analgesia + fluidos (mantenimiento) **Contraindicado buscapina (al ser espasmolítico reduce peristaltismo uretral con mayor obstrucción de vía renal proximal a la obstrucción).

EFNA: Nao x CRp/Nap x Cro

EVOLUCIÓN

Pasa a observación, se canaliza VVP y se inicia analgesia iv con paracetamol. Se solicita analítica sanguínea y de orina y ECO-abdominal. Se inicia fluidoterapia de mantenimiento a XX ml/h y analgesia con paracetamol intravenoso. Durante su estancia en observación se consigue control analgésico con EVA al alta de 1-2, mantiene buen estado general y constantes estables. Se explica cuadro y signos de alarma por los que volver a consultar. TA prealta XX.

TRATAMIENTO

- Reposo relativo y calor seco local.
- Si dolor, paracetamol cada 8 horas vía oral. Si no se consigue control del dolor, a las 4 horas del paracetamol puede administrar Metamizol cada 8 horas.
- Ingesta de abundante líquido.
- Ejercicio como saltar, subir y bajar escalares para favorecer expulsión de la litiasis.
- Cita con su pediatra para control de evolución y valorar derivación a Nefrología: martes 20/10/2020 a las 10:50h

RECOMENDACIONES

Si presenta alguna de las siguientes complicaciones acudirá de nuevo al servicio de urgencias:

- El dolor no desaparece con la medicación.
- Presenta fiebre mayor de 38 °C.
- Tenga imposibilidad para orinar.
- Presente vómitos que le impidan tomar la medicación prescrita.

NEUMO/ALERGIA

BRONQUIOLITIS → Sant Joan de Deu

Primer episodio de dificultad respiratoria con disnea y sibilancias en <2a, en contexto de CVA (VRS, rinovirus, adenovirus...), episodios de sibilancias tras bronquiolitis son SIBILANTES RECURRENTES que es factor de riesgo para asma.

	0	1	2	3
FR				
Edad < 6 m	≤ 40 rpm	41-55 rpm	56-70 rpm	≥ 70 rpm
Edad ≥ 6 m	≤ 30 rpm	31-45 rpm	46-60 rpm	≥ 60 rpm
Sibilancias/ crepitantes	No	Sibilancias solo en la expiración	Sibilancias <u>ins/esp</u> , audibles con estetoscopio	Sibilancias <u>ins/esp</u> audibles sin estetoscopio
Retracciones	No	Leves: subcostal, intercostal	Moderadas: intercostales	Intensas: intercostales y <u>supraesternal</u> ; cabeceo
Sat O2	≥95%	92-94%	90-91%	≤89%

LEVE: ≤5 puntos, MODERADA: 6-8 puntos, GRAVE: ≥ 8 puntos

Escala de tall modificada

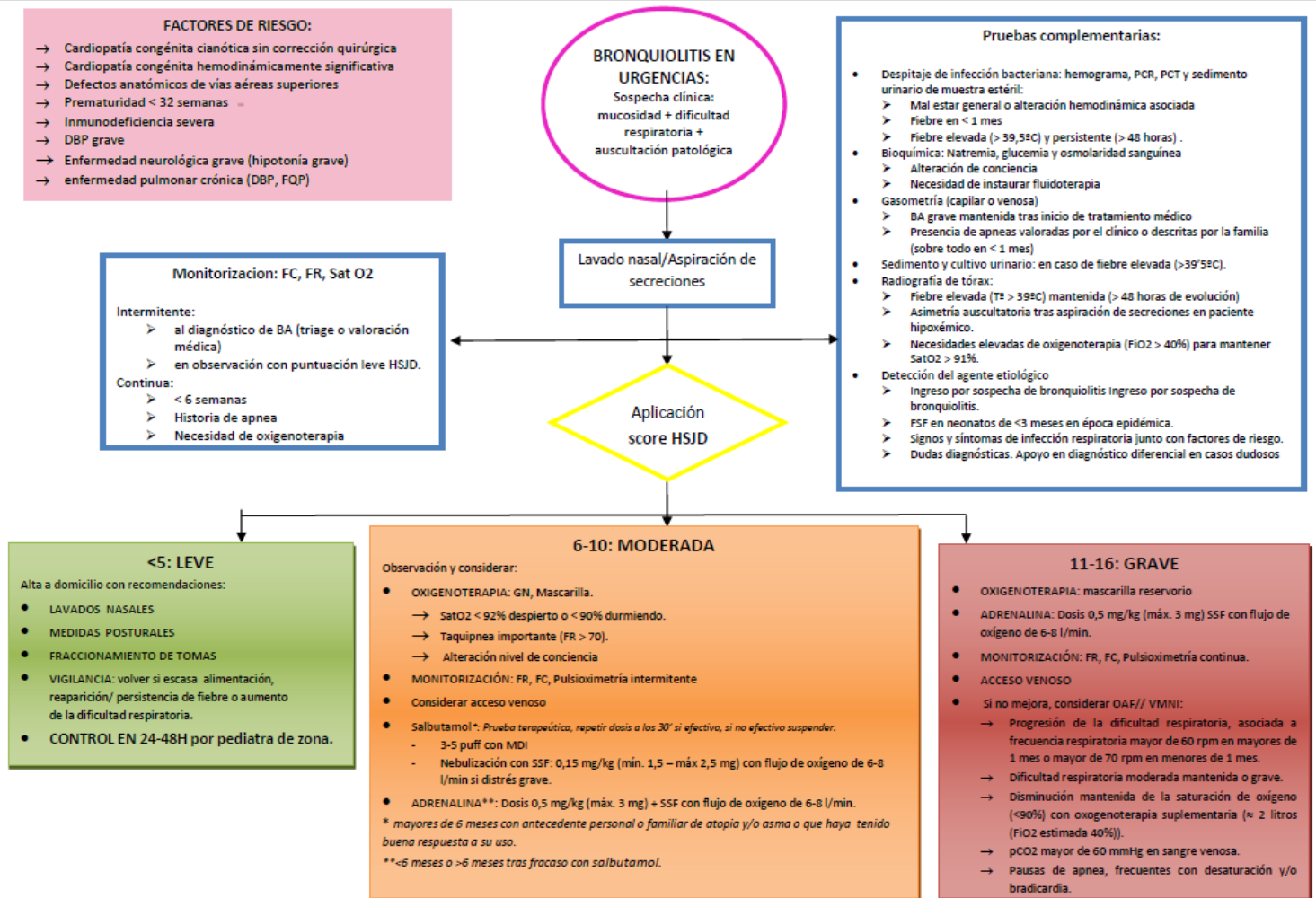
En Urgencias:

- SSH 3% 4ml cada 4-6h (moderado-grave):
- Adrenalina nebulizada (moderado-grave): adrenalina 1:1000 0'5mg/kg (max 3 mg) disuelta hasta completar 10 ml de SSF nebulizado en en flujo aire/oxígeno a 6-8l/min. Puede repetirse la dosis cada 2h máximo 3 dosis. **Mantener en observación MONITORIZADO durante 4h por efecto rebote.**
- Nebulización de salbutamol en niños >6m con **atopia y/o sibilantes claros**. (0.03 ml/kg/dosis, min 0.25mL max 1mL, con SSF hasta 3ml cada 4-6h (< 10 kg :1.25 mg, ≥ 10Kg: 2.5mg) /// dispositivo MDI 2-3 puffs cada 4-6h a demanda). Monitorizar efecto (satO2, FC y FR suspendiendolo si no hay mejoría en 1h).
- O2 suplementario si sat O2<93% (en GN a 2L/min o mascarilla simple/reservorio a min 4L/min).

En domicilio:

- Fraccionar las tomas
- Si fiebre y malestar: apiretal ml cada 6-8 horas
- Lavados nasales con SSF y jeringuilla sobre todo, previos a las tomas.
- Posición semi-incorporada
- Observación domiciliaria: si aumento de dificultad respiratoria, fiebre>38º, somnolencia o irritabilidad excesivas o rechazo de >50% de todas las tomas (acudir para control)

*Se adjunta hoja informativa del proceso



CRISIS DE ASMA (SEUP)

DISNEA/OPRESIÓN/DOLOR TORÁCICO + TOS + SIBILANCIAS

DATOS IMPORTANTES EN LA ANAMNESIS

- Tiempo de evolución de la crisis.
- Antecedentes de crisis de Asma grave/Ingreso en UCIP
- Hospitalizaciones/visitas a urgencias el año previo (≥2)
- Visitas a urgencias el mes previo
- Tratamiento actual
 - o Necesidad de usar más salbutamol
 - o Necesidad de corticoides y dosis
- Cumplimiento del tratamiento/seguimiento por especialista/Correcta técnica inhalatoria.
- Otras alergias (incluidas alimentarias).

PREGUNTAR SIEMPRE LA MEDICACIÓN EN DOMICILIO Y LA DOSIS QUE LLEVA ANTES DE VENIR

DATOS IMPORTANTES A RECOGER EN LA ExF:

- Dificultad para hablar, somnolencia/irritabilidad.
- Postura (no tolera decúbito/postura de trípode)
- Uso de musculatura respiratoria accesoria/tiraje □ hipoventilación por fatiga
- Sibilancias y Grado de hipoventilación en la auscultación.
- Coloración Mucosas.
- Monitorizar:
 - o SatO₂: <92% □ Más riesgo de hospitalización.
 - o FR
 - o Capnografía: Aleta de tiburón por atrapamiento 2ª a broncoespasmo.

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CRISIS

Tabla 7. *Pulmonary score (PS)* para valoración de la crisis de asma

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculo ECM
	<6 años	≥6 años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio	Actividad máxima

Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).

COMBINAR PULMONARY SCORE CON SatO₂ (Correlación con Pico Flujo Espiratorio).

Gravedad	PS	PEF*	Sat O ₂
Leve	0-3	>80%	>94
Moderada	4-6	60-80%	91-94
Grave	7-9	<60%	<91

*Tras la administración de una dosis de broncodilatador.

CRISIS LEVE (PS 0-3/Sat >94%):

Tratamiento en urgencias para enfermería: VALORAR SI ES NECESARIO

- Monitorización con pulsioximetría. Si SatO₂<92% iniciar Oxigenoterapia con gafas nasales a flujo mínimo para mantener saturación estable.
- SABA (Salbutamol) inhalado con inhalador presurizado y cámara espaciadora (MDI) (**maskarilla <4a**):
 - Nº pulsaciones (1 pulsación 100µg): **PESO/3** (mínimo 5 – máximo 10 puffs) □ REEVALUAR **CADA 20 – 30 min** para valorar la necesidad de nueva tanda (ver SatO₂, tiraje, auscultación...).

Tratamiento en casa:

- Salbutamol 4 puffs a demanda con cámara espaciadora (cada 4-6-8 horas según precise por tos intensa, fatiga o pitos). Si precisa puffs cada menos de 2 horas, puede realizar tratamiento de choque: X (**PESO/3**) puffs cada 20 min durante 1 hora. Si tras ello no encuentra mejoría, volver a consultar.
- Lavados nasales si precisa. Posición semiincorporada. Hidratación oral frecuente.
- Si fiebre, Aipretal 100mg/ml : X ml cada 6-8 horas.
- Control por su pediatra en 24-48h.

SABA: efecto en segundos – Máximo 30 min (Vm 2 – 4 h).

CRISIS MODERADA (PS 4-6/Sat 91 - 94%) / LEVE SIN MEJORÍA TRAS 1 h:

Tratamiento en urgencias para enfermería:

- **Monitorización con pulsioximetría.** Si $\text{SatO}_2 < 92\%$ iniciar Oxigenoterapia con gafas nasales a flujo mínimo para mantener saturación estable.
- **SABA (Salbutamol) inhalado con inhalador presurizado y cámara espaciadora (MDI) (mascarilla <4a):**
 - Nº pulsaciones (1 pulsación 100µg): **PESO/3** (mínimo 5 – máximo 10 puffs) □ **3 tandas CADA 20 min.**
- **Bromuro de Ipratropio inhalado con inhalador presurizado y cámara espaciadora (MDI) (mascarilla <4a):**
 - **<20Kg** □ 2 puffs (40µg) **3 tandas CADA 20 MIN – 1 hora.**
 - **≥20 Kg** □ 4 puffs (80µg) **3 tandas CADA 20 MIN – 1 hora.**
- **CORTICOIDES VIA ORAL**
 - **1 dosis de Dexametasona VO** □ 0,6 mg/Kg (**Max 12 mg**) – 1 dosis/24h. (**valorar si antes del alta administrar 0,3 mg/Kg**).
 - **Prednisolona (Estilsona 7mg/mL) VO** □ 1 – 2 mg/Kg/día. (**Max 2 mg/Kg/día ó 60 mg/día**)

Dexametasona □ Vm muy larga 48-72h. No requiere tratamiento en casa

Prednisolona (Estilsona 7 mg/mL; 1mL – 40 gotas) □ Vm corta pero acción rápida. Requiere tratamiento en casa al alta

- Si 1 mg/Kg/día □ 0,15xpeso
- Si 2 mg/Kg/día □ 0,30xpeso

Tratamiento en casa:

- **Salbutamol 4 puffs a demanda con cámara espaciadora (cada 4-6-8 horas según precise por tos intensa, fatiga o pitos).** Si precisa puffs cada menos de 2 horas, puede realizar tratamiento de choque: X pufs (**Peso/3**) cada 20 min durante 1 hora. Si tras ello no encuentra mejoría, volver a consultar.
- Si **Prednisolona (estilsona 7mg/mL)** en urgencias □ **Estilsona 1-2 mg/kg/ día cada 12 horas durante 3 días**
- **Lavados nasales si precisa. Posición semiincorporada. Hidratación oral frecuente.**
- Si fiebre, **Apiretal 100mg/ml** : **X ml** cada 6-8 horas.

SABA: efecto en segundos – Máximo 30 min (Vm 2 – 4 h).

Bromuro Ipratropio: Anticolinérgico broncodilatador (vagal) lento. Sinergia.

Brom Ipratropio:

En Urgencias:

- **Salbutamol** (MDI peso/3 puffs, min 5, max 10 // si necesita O2, nebulización 0.15 mg/kg, min 1.25mg, max 5 mg) repetir en 2-3 tandas cada 15min.

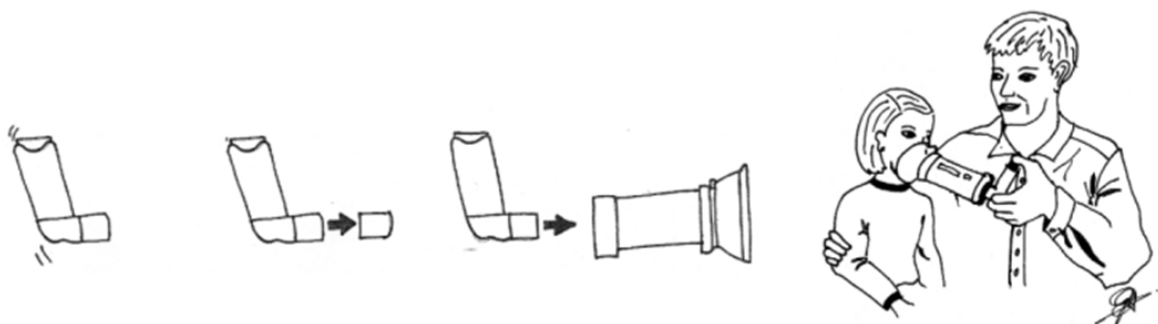
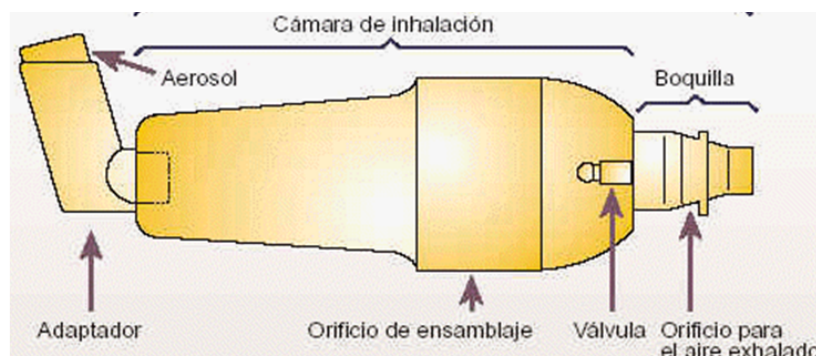
- No responde o moderada y grave: Dexametasona 0.6 mg/kg (1mg/1ml) // Estilsona 1-2 mg/kg (1ml/7mg/40gotas) v.o. // Metilprednisolona 2 mg i.v. ó dexametasona 0.6 mg/kg i.v. ó prednisona 2mg/kg i.v.
- PS>4, SaO2 <91%, moderada y grave: Bromuro de ipratropio (MDI: <20kg 2 puff, >20kg 4 puff (40-80 mcg respectivamente))// si necesita O2, nebulización <20kg 250mcg, >20kg 500mcg), repetir en 2-3 tandas.
- Grave: sulfato de magnesio (40 mg/kg/dosis, max 2g) i.v. en infusión continua.
- Apnea o disminución del nivel de consciencia: adrenalina i.m. 0.01 mg/kg (1/1000, max 0.4mg)
- O2 suplementario si sat O2<93% (en GN a 2L/min o mascarilla simple/reservorio a min 4L/min).

En domicilio:

- Salbutamol 4 puffs a demanda con cámara espaciadora (cada 4-6-8 horas según precise por tos intensa, fatiga o pitos). Si precisa puffs cada menos de 2 horas, puede realizar tratamiento de choque: X puffs cada 20 min durante 1 hora. Si tras ello no encuentra mejoría, volver a consultar.
 - Estilsona 1-2 mg/kg/ día (1ml/7mg/40gotas) cada 12 horas durante 3 días ** si recibe >2 tandas de salbutamol o corticoide en urgencias
 - Lavados nasales si precisa.
 - Posición semiincorporada.
 - Hidratación oral frecuente.
 - Si fiebre, Aipiretal 100mg/ml ml cada 6-8 horas.
- Control por su pediatra. Si empeoramiento del estado general, somnolencia, dificultad para respirar con costillas marcadas, coloración azulada de la cara, fiebre alta... volver a consultar.

INSTRUCCIONES PARA PADRES: Uso Cámara de inhalación de dosis media (MDI):

1. El niño debe estar incorporado, de pie o sentado.
2. Agite el cartucho del inhalador unos segundos. Compruebe que no esté vacío.
3. Quite la tapa e introdúzcalo en la parte posterior de la cámara.
4. Si la cámara es de plástico y es la primera vez que la utiliza en las últimas dos semanas, aplique una pulsación (puff) para impregnarla del medicamento. Si se ha utilizado recientemente o la cámara es metálica no es preciso hacerlo.
5. Coloque la mascarilla sobre la cara del niño, abarcando la boca y la nariz hasta lograr un buen sellado. Si la cámara es de boquilla aplíquela en la boca del niño, permitiendo un buen sellado con los labios.
6. Presione el aerosol para aplicar una pulsación y espere 10 segundos, mientras el niño realiza 6-7 respiraciones tranquilas a través de la cámara. Observe que la válvula de la cámara se mueve con la respiración del niño. Repita este punto tantas veces como puffs tenga que dar.
7. Tras la aplicación, enjuagar la boca del niño con agua.
8. Una vez finalizado el proceso, tape el inhalador y guárdelo en un lugar seco y fuera del alcance de los niños.
9. Limpie la cámara de forma regular mientras se esté utilizando, según las indicaciones de cada una (habitualmente una o dos veces por semana). Para ello, desmonte la cámara e introdúzcala en un recipiente con agua y jabón. Aclare con abundante agua. Finalmente, deje que se seque al aire. No seque la cámara con papel ni trapos, en caso de necesidad puede hacerse con aire (p. ej., secador de pelo). Una vez limpia, vuelva a montarla y guárdela bien seca.



NEUMONIA:

- Amoxicilina susp 250mg/5ml: $(80\text{mg/kg/día} = 1.6 \times \text{peso} / 3 = \text{dosis cad } 8 \text{ h})$ ml cada 8 horas durante 7-10 días
- Si fiebre y malestar: apiretal 100mg/ml ml cada 6-8 horas
- Lavados nasales con SSF .
- Control por su pediatra en 48h.
- Si empeoramiento del estado general, somnolencia, dificultad para respirar con costillas marcadas, coloración azulada de la cara, fiebre alta... volver a consultar.

TOS

- Hidratación abundante.
- Lavados nasales si precisa, sobre todo antes de comer y de dormir. Posición semiincorporada para dormir. Evitar ambientes secos y agentes irritantes (calefacción, humo de tabaco, cebolla) y humidificar el ambiente.

Posible administrar glimeltos/leche con miel para la tos irritativa.

Para la congestión nasal aplicar por la noche:

VIVAPORU >3 años: aplicación directa sobre la piel del pecho

FLUI RESPIRA 2-3 años: pegatinas para poner en el pijama

>2 años con tos seca/productiva emetizante o que despierta al niño: **Flutox** soluc 2mg/ml / **Romilar** sólo por la NOCHE

***Se proporciona hoja informativa**

- MOCOS
- Flumil oral NO EN ASMA (100mg/dosis c 8-12h Pero en > 7 años 600mg/día): Sobres 100 y 200 mg // Solución 100mg/5ml
- Mucosan Jar 3mg/ml : 0.5 ml/kg/día c 8-12h
- Bisolmed: Lactantes : 4 gotas/kg/día (aprox 6-8 gotas cada 8h) Niños: 1 ml (= 15 gotas) cada 8 h . En > 2 años: Pectox (sol 50mg/ml): 20-30mg/kg/día c 8-12h

RINOCONJUNTIVITIS

- En caso de estornudos, picor de nariz/ojos: DESLORATADINA jarabe: 5 ml cada 24 horas hasta mejorar (o medio comprimido de 5 mg cada 24 horas, vía oral).

EBASTINA 10 mgr comprimidos bucodispersables/24 horas hasta mejoría /mantener el tratamiento durante 1 mes seguido.

BILAXTEN 2.5 mg/ml solución: 4ml (10 mgr)

- Si persisten estos síntomas, empeoran o predomina la congestión nasal, empleará NASONEX spray nasal: 1 pulverización al día en cada fosa nasal previo lavado con suero fisiológico. Una vez iniciado este tratamiento deberá mantenerlo un mínimo de 10 días (prolongable hasta 2 meses si fuera necesario, realizando posteriormente una pausa de 15-20 días).

- En caso de síntomas oculares, OPATANOL colirio: 1 gota cada 12 horas en cada ojo hasta mejorar.

ANAFILAXIA:



TABLA 2. Criterios diagnósticos de anafilaxia NIAID/EAAN

Criterio 1

Inicio agudo (minutos u horas) de un síndrome que afecta a la **piel y/o mucosas** (p. ej., urticaria generalizada, prurito, eritema, *flushing* (sofoco), edema de labios, úvula o lengua), junto con al menos uno de los siguientes:

Se monitoriza y se mantiene en observación durante 6 horas manteniendo constantes estables en todo momento.

- Evitación del alérgeno. Dieta exenta de y alimentos que pudieran contenerlos
- En caso de que aparecieran síntomas intensos asociados a las lesiones en la piel: síntomas respiratorios (tos, dificultad respiratoria, “pitos”), y/o digestivos (vómitos, diarrea, dolor abdominal) tras la ingesta de alimento, podría tratarse de un cuadro de anafilaxia, por lo que administrarán ADRENALINA IM xxx mcg en cara antero-lateral de muslo y masajearán la zona posteriormente.
- Si a los 10 minutos, persistieran los síntomas, repetirán una segunda dosis.
- Acudirán a Urgencias para valoración.
- Control por su pediatra, valorar derivación a neumoalergia.
- Se deja receta de autoinyector de adrenalina en Receta electrónica y se explica como utilizar.
- Control de signos de alarma, si aparecen volved.

Rangos estimados		
Edad (Peso en Kg)	FR (rpm)	FC (lpm)
Prematuro (< 2,5)	40-70	120-170
0-3 m (2,5-6)	35-55	100-150
3-6 m (6-7,5)	30-45	90-120
6-12 m (7,5-10)	25-40	80-120
1-3 a (10-14)	20-30	70-110
3-6 a (14-20)	20-25	65-110
6-12 a (20-39,5)	14-22	60-95
> 12 a (> 39,5)	12-18	55-85

TABLA 3. Escala de Westley						
	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Con la agitación	En reposo			
Retracciones/tiraje	No	Leve	Moderado	Severo		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel consciencia	Normal					Disminuida
3 ≤ Leve; 4-5 Moderada; 6 ≥ Grave.						

EXPLORACIÓN: TEP estable. BEG, consciente y orientado, reactivo y alerta en consulta. Normohidratado y normocoloreado, sin signos de cianosis. **Taquipneico/Eupneico** en reposo a **XX rpm sin/con** leve tiraje. SatO₂: **X%**. AP: Estridor inspiratorio audible// no audible sin fonendo, más marcado con la agitación con murmullo vesicular bilateral **conservado// levemente disminuido** (WESTLEY 1-3).

- **Dexametasona 1mg/mL** via oral en dosis única 0.15-0.3 mg/kg. Max 10mg. **EL EFECTO DURA 36 – 72h.**
- SI TOS MUY PERSISTENTE PEDIR QUE SALGAN UN RATO A LA PUERTA DE URGENCIAS PARA QUE LE DE EL AIRE Y QUE SE TRANQUILICE. **REEVALUAR EN 30 min.**
- SI TOS PERSISTE ADMINISTRAR nebulización de budesonida 2mg en 4mL de suero salino fisiológico frío. Flujo O₂ 6 L/min. **Reevaluar en 30 min-1h.**

- Si fiebre > 38° y/o malestar: Ibuprofeno 40mg/mL: **XX mL** cada 6-8 horas
- Hidratación frecuente.
- Lavados nasales con SSF si precisa, sobre todo antes de comer y de dormir.

- Evitar ambientes secos e irritantes externos (humo de tabaco, aire acondicionado).
- No ingerir alimentos ni bebidas muy calientes. Mejor alimentos y bebidas frescos sin llegar a ser congelados para evitar irritación.
- Ambiente tranquilo evitando el llanto.
- Posición semiincorporada para dormir.
- Si tos persistente, humidificar el ambiente: meter cabeza en frigorífico, asomar por la ventana...
- Observación domiciliaria. Acudir si signos de dificultad respiratoria: si estridor persistente, signos de esfuerzo para respirar (tiraje), o aparente dificultad respiratoria...volver a consultar para valoración.
- Control por su pediatra.

- PRIMERO ABCDE
- EVITAR EXPLORACIÓN INNECESARIA + MINIMIZAR ANSIEDAD + POSTURA CONFORMTABLE (NO TUMBAR)
- MONITORIZAR SatO₂

- **SI TIRAJE MODERADO/SEVERO ADMINISTRAR O₂ 21% a 4 L/min en gafas nasales o mascarilla simple/reservorio.**

EXPLORACIÓN: TEP inestable a expensas del componente respiratorio. Regular estado general, consciente y orientado, reactivo y alerta en consulta. Normohidratado y normocoloreado, sin signos de cianosis. **Eupneico/Taquipneico** en reposo a **XX rpm con Leve/moderado tiraje**. SatO₂: **X%**. AP: Estridor inspiratorio audible sin fonendo, más marcado con la agitación con murmullo vesicular bilateral **levemente disminuido** (WESTLEY 4-5).

TRATAMIENTO EN URGENCIAS:

- Dexametasona 1mg/mL via oral 0.6 mg/kg dosis máxima 10 mg
- Nebulización de budesonida 2mg en 4mL de suero salino fisiológico frío. Flujo O₂ 6 L/min.
- Mantener en OBS con monitorización de SatO₂

REEVALUAR EN 30-40 min □ SI PERSISTENCIA DE DIFICULTAD RESP/NO MEJORÍA

- Nebulización de adrenalina: adrenalina 1:1000 0'5mg/kg (max 5 mg por nebulización) disuelta hasta completar 10ml de SSF frío nebulizado en flujo aire/oxígeno a 5l/min.
- **REEVALUAR:** Puede repetirse la dosis cada 30min (máximo 3 dosis en 90min).

MANTENER EN OBSERVACIÓN 4h POR POSIBLE EFECTO REBOTE DE ADRENALINA

TRATAMIENTO EN DOMICILIO AL ALTA:

- GC tto ambulatorio:
 - Dexametasona (Fortecortín): comp 1 mg machacado +10 ml agua *1/día
 - Prednisolona (Estilsona): gotas 0.5 mg/kg/dosis */12h-3 días
- Si fiebre>38º y/o malestar: Ibuprofeno 40 mg/mL: **XXmL** cada 6-8 horas
- Hidratación frecuente.
- Lavados nasales con SSF si precisa, sobre todo antes de comer y de dormir.

RECOMENDACIONES

- Evitar ambientes secos e irritantes externos (humo de tabaco, aire acondicionado).
- No ingerir alimentos ni bebidas muy calientes. Mejor alimentos y bebidas frescos sin llegar a ser congelados para evitar irritación.
- Ambiente tranquilo evitando el llanto.
- Posición semiincorporada para dormir.
- Si tos persistente, humidificar el ambiente: meter cabeza en frigorífico, asomar por la ventana...
- Observación domiciliaria. Acudir si signos de dificultad respiratoria: si estridor persistente, signos de esfuerzo para respirar (tiraje), o aparente dificultad respiratoria...volver a consultar para valoración.
- Control por su pediatra.

□ GRAVE (WESTLEY ≥6; SatO₂<95%).

- PRIMERO ABCDE
- EVITAR EXPLORACIÓN INNECESARIA + MINIMIZAR ANSIEDAD + POSTURA CONFORMTABLE (NO TUMBAR)
- MONITORIZAR SatO₂
- **SI TIRAJE MODERADO/SEVERO ADMINISTRAR O₂ 100% a 4 L/min en gafas nasales o mascarilla simple/reservorio.**

EXPLORACIÓN: TEP inestable a expensas del componente respiratorio. Regular estado general, consciente y orientado, reactivo y alerta en consulta. Normohidratado y **normocoloreado, sin signos de cianosis/cianosis de mucosas y zonas acras más acentuada en agitación**. **Eupneico/Taquipneico** en reposo a **XX rpm con moderado/severo tiraje**. SatO₂: **X%**. AP: Estridor inspiratorio audible sin fonendo, más marcado con la agitación con **disminución moderada-severa** del murmullo vesicular bilateral (WESTLEY >6).

TRATAMIENTO EN URGENCIAS:

- Dexametasona 1mg/mL via oral 0.6 mg/kg dosis máxima 10 mg
- Nebulización de adrenalina: adrenalina 1:1000 0'5mg/kg (max 5 mg por nebulización) disuelta hasta completar 10ml de SSF frío nebulizado en flujo aire/oxígeno a 5l/min.
- Mantener en OBS con monitorización de SatO₂

REEVALUAR EN 30-40 min □ SI PERSISTENCIA DE DIFICULTAD RESP/NO MEJORÍA

- Repetirse la dosis cada 30min (máximo 3 dosis en 90min).
- VALORAR HELIOX 80% para nebulización de adrenalina o usar mascarilla con reservorio.

MANTENER EN OBSERVACIÓN 4h POR POSIBLE EFECTO REBOTE DE ADRENALINA

SI NO MEJORÍA VALORAR INGRESO UCIP (IOT con 1 nº menor /HOSP):

CRITERIOS DE ALTA:

- NO ESTRIDOR EN REPOSO
- SatO₂>95%
- AUSENCIA DE DISNEA/TIRAJE
- BEG/NORMOCOLORACIÓN PIEL Y MUCOSAS.
- BUENA TOLERANCIA ORAL A LÍQUIDOS.

ALTA

TRATAMIENTO EN DOMICILIO AL ALTA:

- GC tto ambulatorio:
 - Dexametasona (Fortecortín): comp 1 mg machacado +10 ml agua *1/día
 - Prednisolona (Estilsona): gotas 0.5 mg/kg/dosis */12h-3 días
- Si fiebre>38º y/o malestar: Ibuprofeno 40 mg/mL: XXmL cada 6-8 horas
- Hidratación frecuente.
- Lavados nasales con SSF si precisa, sobre todo antes de comer y de dormir.

RECOMENDACIONES

- Evitar ambientes secos e irritantes externos (humo de tabaco, aire acondicionado).
- No ingerir alimentos ni bebidas muy calientes. Mejor alimentos y bebidas frescos sin llegar a ser congelados para evitar irritación.
- Ambiente tranquilo evitando el llanto.
- Posición semiincorporada para dormir.
- Si tos persistente, humidificar el ambiente: meter cabeza en frigorífico, asomar por la ventana...
- Observación domiciliaria. Acudir si signos de dificultad respiratoria: si estridor persistente, signos de esfuerzo para respirar (tiraje), o aparente dificultad respiratoria...volver a consultar para valoración.
- Control por su pediatra.

OTITIS EXTERNA

ORL: orofaringe normal. Otoscopia (si CAE hiperémico, si hay secreciones, si se ve o no la membrana timpánica y cómo está). Si se visualiza secreción en pabellón auricular. Signo del trago. No despegamiento del pabellón auricular ni signos locales de inflamación retroauricular. Adenopatías cervicales/submandibulares, occipitales, blandas rodaderas no adheridas, de 1,5cm.

- ****Cetraxal plus ótico:** 3-6 gotas cada 8 horas durante 7 días en ese oído. (Administrar las gotas hasta que quede lleno el conducto, colocar la cabeza del paciente lateralizada hacia el lado contrario durante unos minutos para favorecer su absorción).
- Si dolor, Ibuprofeno 4%: ml cada 6-8 horas.
- Hidratación frecuente
- Control por su pediatra.
- Observación domiciliaria: si dolor intenso, aparición de inflamación y enrojecimiento retroauricular vuelva a consultar.
- Evitar la limpieza enérgica del CAE. Evitar contacto con el agua, mantener el oído seco (evitar playa y piscina durante al menos 1 semana). Secar la parte externa de los oídos después de bañarse o ducharse. Usar tapones o gorro al nadar.

****Tratamiento Vía tópica de elección:**

1. Quinolona con corticoide tópico. NO SI MEMBRANA TIMPÁNICA PERFORADA/SUPURACIÓN.

- Ciproxina gotas óticas en suspensión 2 g/ml + 10 mg/ml: hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.
- Cetraxal Plus gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: fluocinolona + ciprofloxacino: 6-8 gotas cada 12 horas.
- Synalotic gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: fluocinolona + ciprofloxacino: 6- 8 gotas cada 12 horas.
- Aceoto Plus 3 mg/ml + 0,25 mg/ml gotas óticas en solución: fluocinolona acetónico, ciprofloxacino hidrocloreto: 6- 8 gotas cada 12 horas.

2. Quinolona sin corticoide tópico

- Cetraxal Ótico Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
- Cetraxal Ótico Gotas óticas 3 mg/ml: ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.
- BAYCIP Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
- Ciprofloxacino Qualigen Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.
- Aceoto 3 mg/ml gotas óticas en solución: ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.

3. Antibiótico no quinolona con corticoide

- Otix Gotas óticas en solución 1 mg/10 000 UI/1 mg: dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años

4. Soluciones acidificantes

- Violeta de genciana 0,5% solución: 1 aplicación, 2-3 veces al día.
- Ácido acético 2% Gotas óticas, fórmula magistral: 3-6 gotas en el oído afectado cada 2-3 horas

5. Antifúngicos tópicos.

- Canesten Crema 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.
- Canesten Polvo 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.
- Canesten 10 mg/ml solución para pulverización cutánea: 1 aplicación cada 8-12 horas.

OTITIS MEDIA (Exploración y tratamiento)

ORL: orofaringe normal. Otoscopia (si CAE hiperémico, si hay secreciones, si se ve o no la membrana timpánica y cómo está). Si se visualiza secreción en pabellón auricular. Signo del trago. No despegamiento del pabellón auricular ni signos locales de inflamación retroauricular. Adenopatías cervicales/submandibulares, occipitales, blandas rodaderas no adheridas, de 1,5cm.

TRATAMIENTO

<2 MESES: GRAVE PEDIR HEMOGRAMA/PCR/PROCA/HEMOCULTIVO + INGRESO □ AVISAR A OTORRINO (Timpanocentesis)

2-6 MESES: Cubrir Haemophilus-Pneumococco. PONER AMOXI+CLA

- Amoxicilina/Clavulánico susp 100mg/12.5mg/ml: (80mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días.
- **SI TÍMPANO PERFORADO COMBINAR CON:** Cetraxal Ótico 3 mg/mL, 4-6 gotas cada 8h durante 7 – 10 días.
- Si fiebre > 38°C y malestar o dolor: ml apiretal cada 6-8 horas
- Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
- Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
- Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología , dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
- Revisión por su pediatra.

6 MESES – 2 AÑOS: Sospecha de Pneumococco. Actitud en función de gravedad:

- **Sin clínica de alarma/no perforado:**
 - Amoxicilina/Clavulánico susp 100mg/12.5mg/ml: (80mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días.
 - Si fiebre > 38°C y malestar o dolor: Ibuprofeno ml cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de la fiebre y/o malestar alternar con ml apiretal a las 4 horas
 - Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
 - Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
 - Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología , dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
 - Revisión por su pediatra
- **Fracaso terapéutico con amoxicilina a las 48h/Clínica de alarma (Fiebre>39 mucho dolor/tímpano perforado/OMA de repetición/antecedentes familiares de OMA con secuelas):**
 - Amoxicilina/Clavulánico susp 100mg/12.5mg/ml: (80mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días.
 - **SI TÍMPANO PERFORADO COMBINAR CON:** Cetraxal Ótico 3 mg/mL, 4-6 gotas cada 8h durante 7 – 10 días.
 - Si fiebre > 38°C y malestar o dolor: Ibuprofeno ml cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de la fiebre y/o malestar alternar con ml apiretal a las 4 horas
 - Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
 - Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
 - Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología, dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
 - Revisión por su pediatra.

>2 AÑOS: Pneumococco/Vírico. Actitud en función de clínica y antecedentes.

- **Clínica leve sin afectación sistémica: PROBAR TRATAMIENTO SINTOMÁTICO 48h.**
 - Si malestar o dolor: Ibuprofeno ml cada 6-8 horas.
 - Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
 - Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
 - Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología, dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
 - Revisión por su pediatra en 48h para valorar evolución.
- **Clínica Moderada:**
 - Amoxicilina susp 250mg/5ml: (80mg/kg/día = $1.6 \times \text{peso} / 3$ = dosis cad 8 h) ml cada 8 horas **durante 7-10 días** (SE PUEDE INTENTAR TERAPIA CORTA 5 días).
 - Si fiebre > 38°C y malestar o dolor: Ibuprofeno ml cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de la fiebre y/o malestar alternar con ml apiretal a las 4 horas.
 - Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
 - Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
 - Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología, dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
 - Revisión por su pediatra para valorar evolución.
- **Fracaso terapéutico con amoxicilina a las 48h/Clínica de alarma (Fiebre>39 mucho dolor/tímpano perforado/OMA de repetición/antecedentes familiares de OMA con secuelas):**
 - Amoxicilina/Clavulánico susp 100mg/12.5mg/ml: (80mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días.
 - **SI TÍMPANO PERFORADO COMBINAR CON:** Cetraxal Ótico 3 mg/mL, 4-6 gotas cada 8h durante 7 – 10 días.
 - Si fiebre > 38°C y malestar o dolor: Ibuprofeno ml cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de la fiebre y/o malestar alternar con ml apiretal a las 4 horas
 - Paños con calor seco en sesiones de 5-10 min para el dolor
 - Hidratación frecuente. No mojar oído afecto (evitar baños en piscina, proteger oído al lavar la cabeza, no sumergir la cabeza dentro del agua).
 - Observación domiciliaria: si persistencia de la sintomatología, dolor de cabeza intenso, vomito varias veces, aparición detrás de la oreja una zona enrojecida, inflamada, dolorosa que empuja el pabellón auricular hacia delante... volved a consultar.
 - Revisión por su pediatra.

**En niños > 2 años sin factores de riesgo intentar tto sintomático 2 días si continua iniciar abt. Si asocia otorrea necesario tto tópico con cetraxal. (NO USAR CETRAXAL PLUS EN TÍMPANO PERFORADO).*

- *Los menores de dos años, y sobre todo de seis meses se benefician del tratamiento antibiótico inmediato al diagnóstico (IA).*
- *Niños con OMA grave (fiebre >39°C o dolor muy intenso, otorrea u OMA bilateral) el beneficio del tratamiento antibiótico precoz es mayor (IA).*
- *En el resto, conducta expectante con vigilancia estrecha y posponer el tratamiento antibiótico para los casos de mala evolución (los que no hayan mejorado en 48-72 horas) (IA).*

***Se indicaría amoxicilina-ácido clavulánico (8:1) en los siguientes casos (IIB):*

- *Menores de seis meses.*
- *Clínica grave en menores de dos años.*
- *Antecedentes familiares de secuelas óticas por OMA frecuentes.*
- *Fracaso terapéutico con amoxicilina.*

****Clásicamente se ha recomendado una pauta larga, de 7 a 10 días. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que puede utilizarse una pauta corta, de 5 días, en OMA no graves en niños mayores de 2 años sin*

factores de riesgo (IA). Deben completarse los 10 días de tratamiento en los menores de 6 meses, en la OMA grave, si hay antecedentes de OMA recurrente y si es una recaída temprana (OMA persistente)

GINGIVOESTOMATITIS/HERPANGINA (Paladar blando/pilares del velo/faringe ant) /AFTAS Mayor o minor

- Alocclair plus spray / gel: aplicar 15 min antes de cada comida
- Ibuprofeno ml cada 6-8 horas. Si precisa por persistencia de fiebre y/o malestar alternar con ml apiretal a las 4 horas
- Dieta a demanda: ofrecer alimentos frescos no excesivamente fríos, evitar alimentos calientes o ácidos. Enjuagues con agua bicarbonatada
- Si rechazo de alimento ofrecer suero de rehidratación oral fresco frecuente
- Observación domiciliaria: si rechazo de la ingesta de líquidos o signos de sobreinfección...acudir para valoración

AFTAS

Alocclair plus:

- **Gel** (Aftas localizadas): 3-4aplic/día 1h antes de la ingesta *No tocar con la lengua durante 2 minutos
- **Spray** (aftas localizadas de difícil acceso/difusas en pequeños): 3-4 aplicaciones/día
- **Colutorio** (Aftas múltiples >5años/prevención en ortodoncias): 1 enjuague con 10 ml durante 1 minuto y luego expulsar 3-4/día

FORUNCULO

1. Calor local
2. Cloxacilina tópica/oral

PERICORONITIS

-Enjuagues con Clorhexidina 0.2% postcepillado (no tomar nada después):

- 1) 2veces/día durante 1 semana 2) 1 vez/día durante un mes

IMPACTACIÓN DENTARIA

1. Dieta blanda 10-14 días
2. Limpieza oral con cepillo suave. Aplicar sobre la zona algodón empapado con clorhexidina tópica tres veces al día.
3. MUY IMPORTANTE: Acudir a odontólogo en 1 semana para revisión.
4. Ibuprofeno %: ml/8h inicialmente pautado, después si dolor.
5. Frío local las primeras 24h

INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

- Si lo han visualizado.
- Tos, ESTRIDOR, sialorrea, disfagia, atragantamiento, cianosis...
- Si ha tolerado posteriormente vía oral.
- Si ha presentado fiebre

EPISTAXIS:

Tomar constantes, asegurar vía aérea, no sangrado activo.

- Rinovitex, 2 aplicaciones al día en cada narina durante 7 días.

FLEMÓN:

Dolor, cavidad en diente, intenso con la oclusión, tumefacción periapical, edema inflamatorio...

Antibiótico indicado: infección localizada, celulitis, síntomas sistémicos, diabéticos, inmunosuprimidos.

- Amoxicilina clavulánico susp. 100mg/12,5/1ml (40-50mg/kg): X ml cada 8 horas durante 7 días vía oral.
- Si dolor, metalgial 500mg/ml: X ml vía oral cada 8 horas.
- Acudirán a su dentista para tratamiento definitivo.
- Higiene y cuidados de la boca.
- Control por su pediatra.
- Si fiebre elevada, extensión de la inflamación a la piel, dolor intenso que no se controla... volved a consultar.

OFTALMO:

	Conjuntivitis	Queratitis	Uveítis
Agudeza visual	Variable	Disminuida	Disminuida
Dolor	No*	Sí	Sí
Fotofobia	No siempre	Sí	Sí
Hiperemia	Tarsal/general	Periquerática	Periquerática
Pupila	Normal/variable	Normal/variable	Miótica
Legañas	Sí	No/variable	No

*Puede haber sensación de arenilla o cuerpo extraño

CONJUNTIVITIS vírica

- Tobrex solución oftalmológica: 2 gotas en cada ojo cada 6 horas durante 7-10 días
- Lavados con suero fisiológico fresco antes de administrar colirio, con gasa comenzando desde el interior del ojo hacia el exterior.
- Observación domiciliaria

CONJUNTIVITIS AGUDA (MÁS GRAVE)

1. Tobrex solución oftalmológica: 2 gotas cada 4 horas durante 1 semana
2 gotas cada 8 horas durante 1 semana
1. Oftalmolosa Cusi Gentamicina (pomada oftalmológica) cada 8 horas
1. Lavados con suero fisiológico frío abundante y frecuente

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

- Colirio Zaditen/Colirio Opatanol(>3años): 1 gota/12h durante al menos 20 días (20-30 días)
- +/- FML 3 veces al día x 5 días, 2 veces al día x 5 días, 1 vez al día x 5 días y suspender.
- *Colirio gentadexa

BLEFARITIS/ORZUELO/CHALAZIÓN

1. Masajes con calor local (compresas) durante 5-10 minutos 3-4 veces/día al día y después lavar el borde palpebral con bastoncillos
2. En orzuelo/blefaritis stafilocócica (escamas)/chalazión sobreinfectado: atb tópico /8h durante 7 días
 - Blefaritis: Fucithalmic gel oftalmológico
 - Orzuelo: TERRACOTRIL (terramicina+GC)

TRAUMATISMO OCULAR

- Lavados oculares con SSF.
- Tobrex colirio: 2 gotas en ojo afectado cada 6 horas durante 7 días. Por la noche, Tobrex ungüento 1 aplicación también 7 días.

DACRIOCISTITIS

- Masajes zona con paños calientes
- lavados oculares con ssf
- *si continua tobrex*

Quemadura química:

irrigación inmediata con un litro de suero salino fisiológico (SSF) o Ringer lactato. Nunca emplear soluciones neutralizadoras. Reevaluar y tapar con apósito estéril.

Laceración palpebral:

limpieza, anestesia tópica, descartar cuerpo extraño, sutura. Antibióticos sistémicos si hay riesgo de contaminación.

Hematoma orbitario:

antiinflamatorios, frío local y valorar antibióticos. Valorar la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) de la órbita si existe sospecha de fractura.

Hipema

(siempre indicativo de trauma grave): reposo con cabecero elevado.

Rotura del globo ocular:

reposo, protección ocular, cabecero elevado y evitar maniobra de Valsalva. Antibióticos sistémicos profilácticos.

Fractura orbitaria:

reposo, frío local, analgesia y antibióticos. Realizar TAC de la órbita.

Erosión corneal:

lágrimas artificiales y analgesia vía oral. Controvertido el uso de pomada antibiótica y pomada epitelizante. No indicado colirio ciclopéjico, corticoides ni anestésico tópico.

Erosión conjuntival:

lágrimas artificiales y pomada antibiótica. Valorar pomada epitelizante.

Hiposfagma:

no se administra tratamiento.

Cuerpo extraño conjuntival o corneal:

el tratamiento va a depender si se encuentra **no enclavado y con traumatismo menor** o **enclavado**.

PIEL: DERMA/ALERGIAS:

EXANTEMA

Exantema eritematoso/otro color maculoso/ papuloso/... pruriginoso o no, confluyente o no, blanquea a la presión o no, localización, no presenta petequias.

- Evitar contacto directo con el sol (no playa ni piscina) .
- Mantener una hidratación adecuada con crema hidratante.
- Si picor:

*>2 años: polaramine susp 2mg/5ml (0.1 mg/kg/día) ml cada 6-8 horas.

*<1 año: Atarx susp 10mg/5ml (1-2mg/kg/DIA) ml cada 8 horas.

IMPÉTIGO: COSTRA MELLICÉRICA

- **EXTENDIDO/PABELLÓN AURICULAR:** Amoxicilina-clavulánico susp 100/12.5/1ml (50mg/kg/día) cada 8, durante 7 días.
- **LOCALIZADO:** Mupirocina en crema: 1 aplicación cada 8 horas durante 7 días.
- Evitar baño en piscinas y playa. Limitar el contacto con convivientes, sobretodo inmunodeprimidos (ancianos, neonatos) muy contagioso.
- Si picor, ****>2a** Polaramine susp 2mg/5ml (0'2mg/kg/día) ml cada 8 horas, durante 7-10 días // ****>6m** Zasten susp 1mg/5ml (0'05mg/kg/día) ml cada 8 horas durante 7-10 días .
- Observación domiciliaria de signos de gravedad: fiebre que no mejora con antitérmicos, mal estado general, aparición de manchas que no desaparecen a la presión. Volver a consultar.

PRURIGO/PICADURAS DE INSECTOS

1. Si picor: Mircol sol 2.5mg/5ml mg/12h /Polaramine susp 2mg/5ml mg/8h
2. Si inflamación local:
 - Cuerpo: MENADERM SIMPLE pomada 0.025% 2 aplic/día +- frío local
 - Cara y cuerpo <2 años: SUNIDERMA pomada 0.127%

URTICARIA

Si picor o dolor: Polaramine susp 2mg/5ml mg/8h

*Si angioedema: Zamene 1gota/kg/día (2gotas/kg dosis de ataque)

2. Vigilancia de signos de gravedad: Control domiciliario, si inicio de dificultad respiratoria, dificultad para tragar, vómitos o diarrea, decaimiento (hipotensión), mal estado general... Volved a consultar.

DERMATITIS ATÓPICA(brote):

- Lextema o Fluticrem cada 12 horas sobre las lesiones. (cada 24 si cara). Evitar la exposición solar en las horas posteriores a la aplicación hasta finalizar tratamiento. Mantener hasta 3 días después de la desaparición de las lesiones.
- Añadir fucidine si signos de sobreinfección.
- Tras la desaparición de las lesiones crema hidratante para pieles atópicas (NutraTopic (zinc 40%), LetiAT4...). No aplicar antes.

Tratamiento Dermatitis:

En brotes:

Peitel pomada en zonas afectadas: 1 aplicación cada 12h durante 5 días.

Posteriormente aplicar Protopic: 1 aplicación cada 12h durante dos semanas.

De mantenimiento si los brotes son muy frecuentes:

Protopic aplicar tres días por semana en las zonas de brotes de forma de mantenimiento, previamente pueden utilizar un antihistamínico oral los primeros días para evitar el rechazo por la irritación que a veces asocian. EN los brotes aplicar cada 12h durante dos semanas consecutivas.

Ropa de algodón.

Evitar irritantes, y alcoholes y perfumes.

Aplicar emoliente después de la ducha.

PURPURA SCHONLEIN HENOCH

*Sólo púrpura:

1. Hidratación. Dieta blanda. Reposo en cama
2. Si dolor abdominal intenso o vómitos repetidos, micciones o deposiciones sanguinolentas, solicitar valoración
3. Acudirá a consultas de Pediatría B

*Si artritis o artralgias/ dolor abdominal leve/vómitos:

- Ibuprofeno/paracetamol pautado

- valorar GC a 0.5mg/kg/día (clínica GI)

DISHIDROSIS/DERMATITIS DE CONTACTO Irritativa o alérgica

1. Aplicar FOMENTOS DE AGUA DE BUROW*fórmula magistral (<10 minutos y diluida en agua)
2. A continuación aplicar MENADERM SIMPLE pomada 0.025%(f.exud) o ungüento (f.secas) 2 veces/día *NO <2años☐CELESTODERM V 0.05% 2veces/día
1. Si picor: Mircol sol 2.5mg/5ml mg/12h /Polaramine susp 2mg/5ml mg/8h

DERMATITIS IRRITATIVA DEL PAÑAL

1. Prevención: Buena higiene de la zona, mantener limpia y seca

-Cambios frecuentes. *Si episodios repetidos, tratar de dejar sin pañal varias horas al día

- Lavados con jabón neutro sin perfumes+ protección de la piel con pasta lassar tipo eryplast/ mitosyl

2. Otras lesiones asociadas:

- Lesiones moderadas-severas: **SUNIDERMA** pomada 0.127% 2 veces/día 7-10 días

- Si sobreinfección candidiásica: **Daktarin** crema 2% 2 veces/día 10-14 días.

- Si sobreinfección bacteriana (impetiginización): **Bactroban** pomada-/ **FUCIDINE H** (+hidrocortisona) 2-3 veces al día 5-10 días

Asociaciones de GC y otros fármacos antiinfecciosos

*GC baja potencia (hidrocortisona) + **Antifúngico** (miconazol)= **BRENTAN** crema

*GC baja potencia (hidrocortisona) + **ATB**= **FUCIDINE H**

*GC **media** pot (triamcinolona acetónido)+**Antifúngico**(nistatina)+**ATB**(neomicina)=**POSITÓN**

MUGUET

- Daktarin gel oral 2%: 1 aplic/6h hasta desaparición de las lesiones *MANTENER 48H más En ayunas.
- Si persistencia de lesiones >14 días valoración por su pediatra
- Hervir las tetinas, evitar pezoneras húmedas y si aparición de lesiones en área del pañal consultar con pediatra
- Si eritema o molestias en el pezón materno: Daktarin crema 1 aplic/día durante 10-14 días *por la noche después de la toma

Duración:

Dermatofitosis: en general para las formas leves 2-4 semanas, siempre al menos 1 semana tras la resolución clínica. Las micosis de los grandes pliegues pueden requerir 3-4 semanas y el pie de atleta 4-6 semanas. Las onicomycosis hasta 4-6 meses. Hay variaciones específicas de cada fármaco

Candidiasis: 7-10 días

En algunas circunstancias el tratamiento con antifúngicos debe ser complementado:

- *Dermatofitides¹⁶: compresas húmedas y corticoides tópicos; ocasionalmente corticoides sistémicos. Si existe prurito importante, antihistamínicos orales. Es fundamental erradicar el foco de infección fúngica distante*
- *Tiña capitis: si existen signos inflamatorios intensos (Querion), prednisona oral (1,5-2 mg/kg/día; máximo 20 mg/día) durante 2 semanas, con descenso paulatino posterior. Los niños pueden volver al colegio una vez iniciado el tratamiento sistémico*
- *Tiña pedis. Para evitar las recurrencias es importante una adecuada higiene de los pies: mantenerlos secos y frescos, limpiar con suavidad, secar entre los dedos, usar polvo absorbente para los pies, airear con frecuencia las áreas afectas y evitar calcetines oclusivos o tejidos poco transpirables. Secar el área inguinal antes que los pies para evitar la autoinoculación. Evitar áreas públicas de riesgo como piscinas mientras se mantenga una infección activa*
- *En caso de sobreinfección bacteriana, asociar tratamiento antibiótico*

SUDAMINA

1. Evitar aumento de temperatura corporal (no abrigar demasiado), mantener seco y evitar sudoración.

ESCABIOSIS:

Lesiones directas (surcos)/ Indirectas rascado

- Aplicar Crema de Permetrina al 5% UNA SOLA VEZ por todo el cuerpo excepto por cabeza y palmas de las manos antes de dormir. Al despertar ducharse para retirar todo el producto. Evitar el contacto del producto con ojos, boca y otras mucosas.
- Realizar el mismo proceso a toda la familia.
- Lavar toda la ropa, sábanas y toallas a la mayor temperatura posible ($>50^{\circ}\text{C}$).
- Si picor Cetirizina (1mg/ml) 2.5/5 ml cada 12 horas.
- Si no se objetiva mejoría en una semana acudir a su pediatra.

QUEMADURAS:

TABLA 1. Clasificación de las quemaduras según la profundidad de la lesión			
Profundidad	Apariencia	Sensación	Tiempo de recuperación
Superficial	I • Eritema • Edema mínimo • Blanquea a la presión • No exudativa • No flictenas	Dolorosa	3-6 días
Espesor parcial superficial (afectan < 50% dermis)	Ila • Rosado hasta rojo brillante • Ampollas intactas • Exudativo • Blanquea a la presión	Muy dolorosas	7-21 días No cicatriz (salvo infección) Puede dejar despigmentación
Espesor parcial profundo (afectan > 50% dermis)	Ilb • Pálido y moteado • Ampollas rotas • Exudativas • No blanquea a la presión	Hipoalgesia o hiperalgesia	>21 días Sí cicatriz Pérdida de vello Puede precisar cirugía con injertos cutáneos)
Espesor total	III • Blanco nacarado hasta negruzco • Escara • Aspecto apergaminado • Vasos trombosados	No dolor o solo dolor a la presión profunda	Raramente curan salvo si cirugía Sí cicatriz
Lesión más profunda (cuarto grado)	IV Afectación de fascia y/o músculo	No dolor	Nunca curan salvo si cirugía Sí cicatriz

TABLA 2. Regla de los nueve de Wallace para el cálculo de la superficie corporal quemada		
Cabeza y cuello	9%	14a
Tronco	18%	
Espalda	18%	
Extremidad superior	9% (x 2)	
Extremidad inferior	18% (x 2)	
Área genital	1%	

TABLA 3. Tabla de Lund-Browder modificada para evaluar el porcentaje de quemadura total en la superficie corporal en niños y adultos					
Zona*	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	Adulto
Cabeza	9,5	8,5	6,5	5,5	4,5
Cuello	1	1	1	1	1
Tronco	13	13	13	13	13
Parte superior del brazo	2	2	2	2	2
Antebrazo	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Mano	1,25	1,25	1,25	1,25	1,25
Muslo	2,75	3,25	4	4,25	4,5
Pierna	2,5	2,5	2,5	3	3,25
Pie	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
Nalga	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitales	1	1	1	1	1
*Los valores listados son para un área de superficie y cada extremidad individual. Los valores del área superficial anterior y posterior son equivalentes al estimar el área de superficie corporal total (SCT). Extraído de UpToDate.					

QUEMADURA PRIMER GRADO (I) O SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL (IIa):

Se realiza limpieza y desbridamiento de la lesión y cura con crema antiséptica (flamacine) cubriendo con apósito (Linutul), además de vendaje compresivo.

- Si dolor, Ibuprofeno 40 mg/ml: X ml cada 6-8 horas.
- Si dolor, metalgial 500 mg/ml: X ml cada 8 horas.
- Curas periódicas cada 48h en su centro de salud.

Zonas especiales (valorar cirugía): cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perineal y zonas de flexión,

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO SUPERFICIAL EXTENSAS (>10% superficie afectada), SEGUNDO GRADO PROFUNDAS (IIb) Y TERCER GRADO:

Ingreso, contactar con cirugía.

- analgesia.
- Fluidoterapia: Formula de Parkland: (4 ml x kg de peso x % SCQ) + necesidades basales del período. Del total se repone el 50% en las primeras 8 horas y el 50% en 16 horas.
- protector gástrico (ranitidina)
- sonda vesical para control de diuresis
- +/- sonda nasogastrica.

TRAUMATISMOS Y CURAS HERIDAS/SUTURAS :

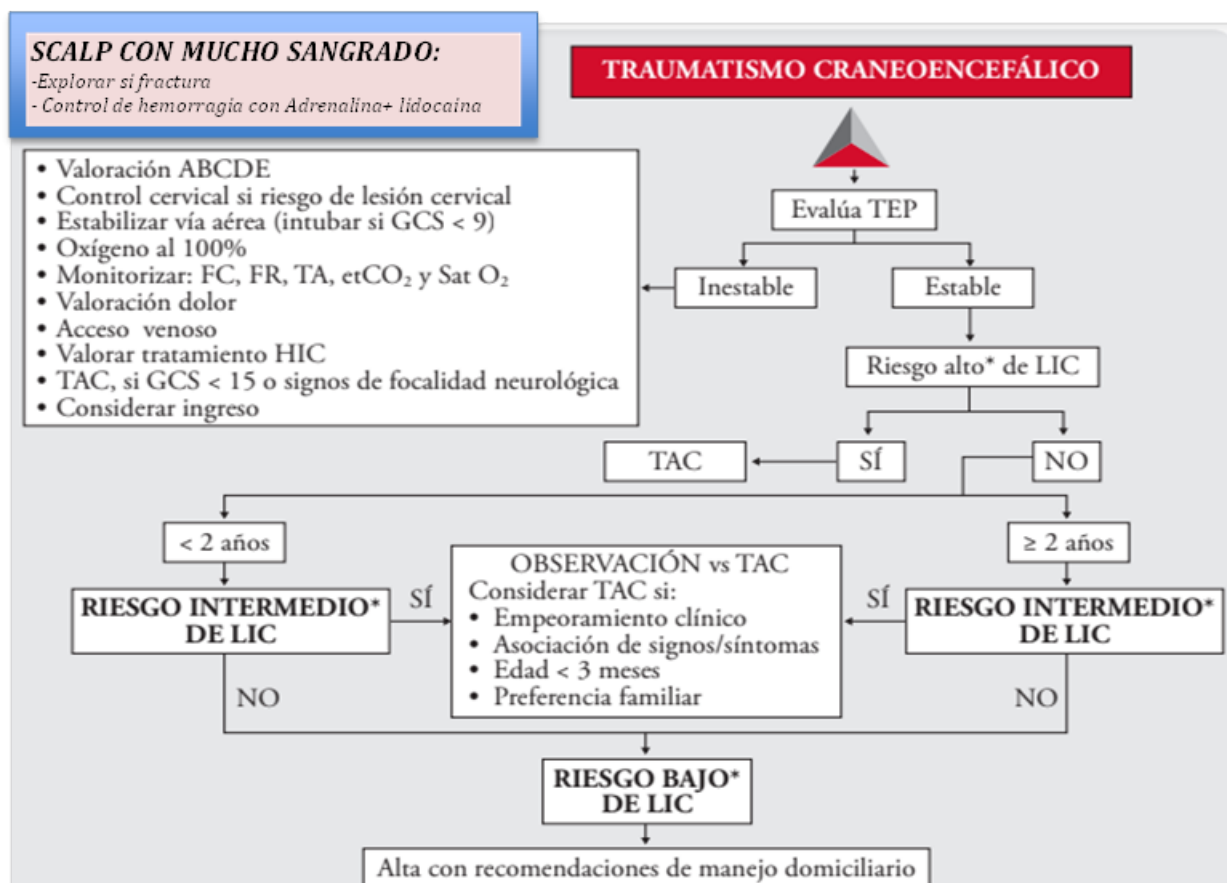
SEDACIÓN:

- **Sedación farmacológica:**
- **Midazolam** (oral o intranasal). Cuando utilicemos midazolam, es preciso monitorizar al niño ya que puede producir depresión respiratoria.
 - **Midazolam oral** (ansiolisis/sedación mínima): dosis 0,5 mg/kg (máximo 15 mg), 20-30 minutos antes del procedimiento. El efecto se puede prolongar 60-90 minutos. Monitorizar al paciente con pulsioximetría.
 - **Midazolam intranasal** (ansiólisis/sedación mínima). Dosis 0,2-0,5 mg/kg (máximo 7,5 mg), 10-15 minutos antes del procedimiento. El efecto dura 60 minutos. Monitorizar al paciente con pulsioximetría.
 - **Midazolam intravenoso** (sedación mínima/moderada). Dosis 0,02-0,2 mg/kg (máximo 0,4-0,6 mg/kg). Preparación: 0,2 mg/kg en jeringa de 10 ml. Añadir suero salino fisiológico (SSF) hasta completar 10 ml (1 cc = 0,02 mg/kg). Comenzar con la mínima dosis eficaz y administrar titulando su efecto. Se puede repetir cada tres minutos la mitad de la dosis inicial y posteriormente si se precisa, un cuarto hasta lograr el nivel de sedación deseado (dosis máxima total en niños menores de cinco años: 5 mg o 0,6 mg/kg; dosis máxima total en niños mayores de cinco años 10 mg o 0,4 mg/kg). Comienza el efecto en 2-3 minutos y dura 20-30 minutos. Monitorización continúa con pulsioximetría. Tener preparado el antídoto.
- **Dexmedetomidina** (intranasal). Sedante (sueño casi fisiológico y ansiólisis con efecto analgésico leve-moderado).

Aprobada en Pediatría *off-label*. Escasos efectos respiratorios y fácil despertar pero ofrece escasa analgesia, por lo que se debe combinar con ketamina/opioides, en función del dolor.

- **Dexmedetomidina intranasal/bucal** (ansiólisis/sedación mínima y analgesia leve-moderada). Dosis 2-4 µg/kg (máximo 100 µg), tiempo de inicio lento.
- **Dexmedetomidina intravenosa** bolo 0,5-2 µg/kg seguido de perfusión 0,5-3 µg/kg/h.
- **Óxido nítrico**: más útil en niños colaboradores, generalmente por encima de cuatro años. Lo utilizaremos por vía inhalatoria junto con la anestesia tópica o previo a la infiltración del anestésico local.
 - Ajustar la mascarilla facial a la anatomía del paciente.
 - Conseguir la colaboración del paciente.
 - Comenzar administración tres minutos antes de iniciar el procedimiento y mantener durante todo el procedimiento.
 - El flujo de administración dependerá de la ventilación espontánea del paciente (habitualmente 4-6 litros es suficiente).
 - Vigilar el estado de conciencia y la respiración.
 - Monitorización con pulsioximetría (algunos autores no lo consideran necesario con la mezcla con O₂ al 50%).
 - Discontinuar la administración si el paciente está excesivamente dormido.
 - No administrar más de 60 minutos seguidos.
 - Tras su retirada, administrar O₂ al 100% 3-5 minutos (algunos autores no lo consideran necesario con la mezcla con O₂ al 50%).
 - Alta tras la recuperación del estado basal.

TCE



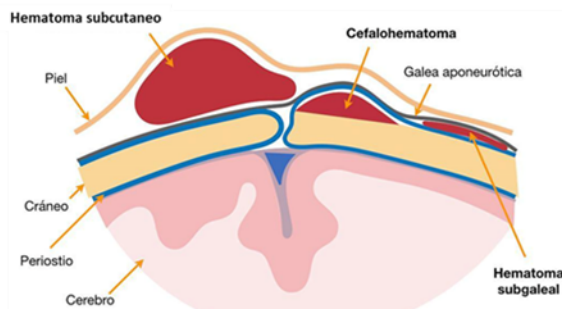
Preguntar tras TCE: Antecedentes de riesgo de sangrado (coagulopatía/medicación). ¿Portador de DVP?. Mecanismo del traumatismo. Tiempo desde el traumatismo, pérdida de conciencia, llanto espontáneo, movimientos anormales (convulsiones), vómitos, pérdida del control de los esfínteres, recuperación completa y rápida.

Exploración Física: Describir lesión: Herida inciso-contusa/Hematoma subcutáneo (chichon), subgaleal o cefalohematoma. Dolor a la palpación en región Frontal/parietal/temporal/occipital con/sin crepitación/deformidad. Buscar signos de fractura de base de cráneo: Hemotímpano/oto-licuorrea/Equimosis periorbitaria/Ojos de mapache/signo de Battle.

Exploración neurológica: activo y reactivo. Glasgow 15/15 puntos. Sin signos meníngeos. Pupilas normoreactivas e isocóricas. Pares craneales centrados y simétricos. Tono y fuerza conservada (V/V). ROTS vivos y simétricos. No marcha atáxica ni dismetrías.

- **Hematoma subcutáneo (Chichón):** Móvil a la palpación
- **Hematoma Subgaleal (aponeurosis-periostio):** Blando sin respetar suturas.
- **Cefalohematoma (Subperióstico):** Duro. Respeta suturas.

+Grave



SIGNO DE BATTLE
(Equimosis retroauricular)



OTORRAGIA-HEMOTÍMPANO



OJOS DE MAPACHE
(Equimosis periorbitaria)

SIGNOS DE FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO

OTOLICUORREA-RINOLICUORREA
PARÁLISIS DE VII-VIII PAR CRANEAL

CRITERIOS DE RIESGO DE LESIÓN INTRACRANEAL (LIC) EN TCE EN NIÑ@S

Riesgo Alto	Riesgo Intermedio		Riesgo Bajo
	<2 años	≥2 años	
Focalidad neurológica	Cefalohematoma no frontal	Cefalea severa	GCS 15/15
FRX craneal palpable	Pérdida conciencia >5 seg	Pérdida de conocimiento	No signos de fractura
FRX Basilar: - Ojos mapache - Signo Battle - Hemotímpano - Licuorrea nasal/auricular	Mecanismo Riesgo: - Caída >1m (1.5 si >2 años) - Golpe directo objeto contundente - Tráfico de alto impacto - Atropello - Zambullida - Herida penetrante		No mecanismo de riesgo
Fontanela tensa	Vómitos	Vómitos	No focalidad neurológica.
Convulsión	Actitud anormal referida por los padres.		

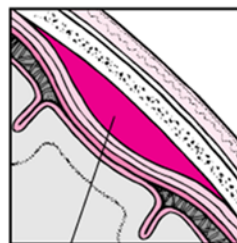
Indicaciones TAC:

- Riesgo alto/varios criterios de riesgo intermedio.
- Evolución desfavorable durante la observación
- Factores predisponentes de sangrado
- Sospecha de maltrato.

Valorar RX Si (Para descartar fractura craneal):

- TCE mínimo o leve en <3 meses
- <2 años + cefalohematoma no frontal y asintomáticos.

Hematoma epidural



Hemorragia entre la duramadre y el cráneo

Hematoma subdural



Hemorragia entre la aracnoides y la duramadre

Criterios de Hospitalización:

- GCS<15
- Focalidad neurológica/Estado neurológico alterado
- Intolerancia oral
- Lesiones extracraneales graves/Intracraneales
- Sospecha de maltrato/cuidados inadecuados

PLANTEAR OBSERVACIÓN MÍNIMO 4 HORAS TRAS EL

GOLPE.

TRATAMIENTO AL ALTA:

Si dolor, Ibuprofeno 4%: ml cada 6-8 horas

Observación domiciliaria domicilio las primeras 24 horas, controlado signos de alarma

Se adjunta hoja informativa de TCE donde se especifican signos de alarma para volver a consultar.

https://seup.org/pdf_public/pub/hojas_padres/tce.pdf

CONTUSIÓN DENTAL

1. Dieta blanda.
2. Cepillado blando. Clorhexidina spray 0.1% postcepillado 2 veces/día.

*Si oscuro☐ extracción; no esperar a que cambie

*Si luxación >3mm en diente definitivo☐ ITC a QX Maxilofacial /valoración de férula por odontólogo

1. 3. DERMABOND
2. -No remojar ni curar la zona en 7-8 días
3. -se cae solo

PEGAMENTO BIOLÓGICO:

En las heridas reparadas con pegamento biológico se pueden dar las siguientes recomendaciones a las familias:

- Mantener la herida seca y no mojarla durante el primer día.
- Si se había colocado apósito en niños pequeños, para evitar que se froten la herida y pueda desprenderse el pegamento, este se puede retirar tras 24 horas y se puede lavar la herida con agua y jabón y frotar sin fricción que quede la herida bien seca. Se puede volver a poner un apósito si precisa.
- No se recomienda el baño en piscina durante una semana.

- No aplicar sobre la herida ninguna crema ni aceite corporal hasta que se haya desprendido el pegamento.
- El pegamento se desprende espontáneamente tras una semana aproximadamente.
- Si la herida presenta inflamación y enrojecimiento progresivos tras los 2-3 primeros días, debe ser valorado por su pediatra.

SUTURAS

Zona anatómica	Sutura cutánea	Retirada de puntos*
Cuero cabelludo	Grapas Seda 2/0, 3/0	8-10 días
Cara y cuello	Seda 4/0- 6/0 Monofilamento 4/0- 6/0	4-6 días
Tórax, abdomen, espalda, extremidades	Seda 3/0- 4/0 Monofilamento 3/0 – 4/0	8-12 días

*Siempre en función de la zona anatómica y de la tensión de la herida.

Sutura sin puntos: (puntos de aproximación)

- Ibuprofeno 4% ml cada 6-8h
- No retirada de puntos. No mojar ni exponer al sol.
- Mantener los puntos de aproximación que se caeran en aproximadamente 7-10 días. Si se caen los steri-strip reponerlos los 5 primeros días, a partir de entonces pueden quedar expuestos.
- Si presencia de signos de infección (edema, rubor, dolor, secreciones...) acudir a su centro de salud para realizar cura local.
- Control por su pediatra en 3-5 días

GRAPAS

- Si dolor: Ibuprofeno cada 6-8h
- Curas /24h con betadine. Acudir en 7d a su centro de salud para retirada.
- Mantener la zona bien seca, si lavado de cabeza secar con secador después la herida.

MORDEDURA:

- ☐ Mordeduras de gato. Tienden a la infección, sobre todo cuando se afecta la mano, ya que son de tipo punzante y, por lo tanto, difíciles de limpiar: en estos casos se aconseja un cierre por segunda intención. Los gérmenes implicados propios de la flora oral del gato son básicamente especies de *Staphilococos*, *Streptococos* y sobretodo *Pasteurella multocida*. Se recomienda tratamiento antibiótico y la amoxicilina-ácido clavulánico es el tratamiento de elección.
- ☐ Mordeduras de perro. Habitualmente son heridas más amplias, con componente de aplastamiento. Tienden a infectarse menos que las mordeduras de gato y se recomienda tratarlas con abundante irrigación y desbridamiento de tejidos inviables. El microorganismo más implicado es la *Pasteurella canis* y *Capnocytophaga canimorsus*. En las mordeduras de la cara se recomienda el cierre primario y en otras zonas tanto el uso de antibióticos como el cierre

primario se dejan a criterio del equipo asistencial, aunque si el tiempo transcurrido desde la mordedura es superior a 8 horas se recomienda cierre diferido y tratamiento antibiótico.

- Mordeduras humanas. Mayor incidencia en niños de 3-5 años de edad y en adolescentes habitualmente en manos y brazos. Los microorganismos más implicados son *Streptococcus anginosus*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens* y especies de anaerobios. Se recomienda tratamiento antibiótico por la elevada frecuencia de infección y el antibiótico de elección es Amoxicilina/clavulánico. En pacientes alérgicos a penicilina se tratará con cefalosporinas de 2.ª o 3.ª generación más clindamicina (en caso de reacción no anafiláctica) y con cotrimoxazol más clindamicina en caso de reacción anafiláctica a penicilina.

PÚAS DE ERIZO:

- Si dolor, Ibuprofeno 400 mg 1 comprimido cada 8 horas.
- Fórmula magistral: trementina 7.5gr. ácido acetilsalicílico 7.5gr. y lanolina 20gr., aplicar durante 12 horas y dejar que salga de manera espontánea.
- Control por su pediatra.

**No ATB si no signos de infección. Si inflamación corticoide tópico

MEDUSAS:

No olvidar el uso de guantes ya que el veneno se inocula por simple contacto.

Para prevenir nuevas descargas de tóxico:

- No rascar, no frotar y no realizar vendaje compresivo de la zona afecta.
- Lavar la lesión con suero fisiológico o agua del mar a chorro.
- Retirar los restos visibles de medusa con unas pinzas.
- Recomendable ácido acético 4-6% o vinagre comercial.

Para aliviar los efectos locales del veneno, aplicar compresas de suero fisiológico caliente, inmersión del miembro afecto 30 minutos a 45 °C o ducha con agua caliente. Se puede aplicar corticoide tópico, analgesia y antihistamínicos orales.

Existen inhibidores tópicos en crema, con protección solar, como medidas eficaces para prevenir las picaduras de medusas.

Hay que acudir a un centro médico si aparece clínica sistémica.

TENDINITIS ADUCTORES:

Dolor a la marcha en región inguinal sin traumatismo previo con imposibilidad para la deambulación.

Expl: marcha de puntillas en miembro afecto. Dolor a la movilización de cadera (con rodilla en flexión), más intenso a la flexión de cadera, aducción y rotación interna.

- Reposo 5-7 días.
- Fisioterapia rehabilitadora cuando cese el cuadro agudo

- Si dolor ibuprofeno 4%: ml cada 8 horas.



Fuente: De la Calle Navarro E, Mintegi S. Traumatismo en el codo al caer de un tobogán. En: Continuum [en línea]. Disponible en: http://continuum.aeped.es/screens/play/171#_V2eYivmLTIU

Radiografía de codo. Aspectos prácticos para su evaluación

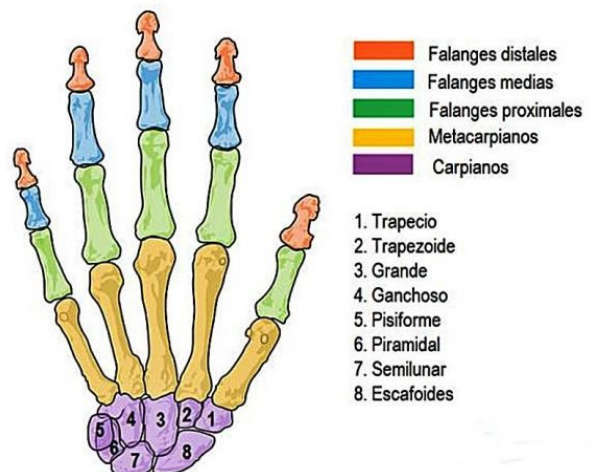
- La presencia de una almohadilla grasa posterior (****) en la radiografía lateral con flexión del codo en 90°, es altamente sugestiva de fractura.
- La visualización de grasa anterior (***) puede ser normal, siempre que no esté desplazada. Sin embargo, una grasa anterior ancha se conoce como un signo de "vela" y puede ser indicativo de una fractura oculta.
- Línea humeral anterior (*): en una proyección lateral, trazando una línea paralela al borde de la cortical anterior del húmero, debe pasar por el centro del cóndilo o *capitellum*. Si pasa por la parte anterior o posterior del mismo, significa que hay un desplazamiento y debemos sospechar una fractura supracondílea.
- Línea coronoidea anterior: pasando a lo largo de la coronoidea y continua hacia proximal, debe pasar justo por el centro del cóndilo.
- Línea radiocondílea (**): si trazamos una línea paralela al radio atravesando el cuello radial por la mitad, es paralela al cóndilo humeral. En caso contrario sospechar una luxación de radio.
- Descartar lesiones en región supracondílea, cabeza radial y olécranon
- Durante la infancia, aparecen seis **centros de osificación** a diferentes edades. Aunque la edad de aparición varía entre individuos, el orden es siempre el mismo. Es muy importante conocer la localización y la secuencia de aparición para diferenciarlos de imágenes de fractura.

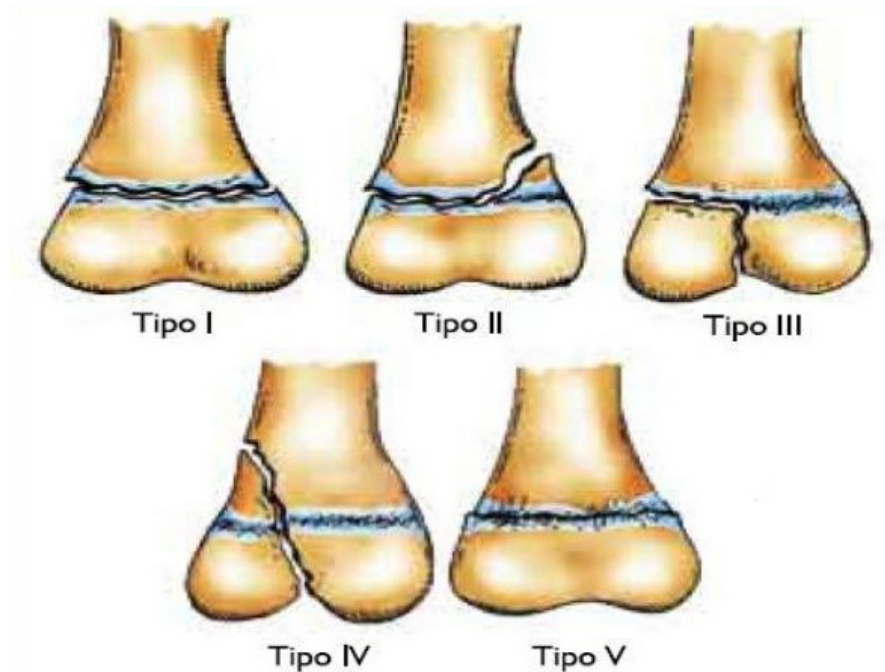
- Control por su pediatra.

TRAUMATISMO CODO:

TRAUMATISMO MUÑECA

- Férula posterior + cabestrillo hasta control por traumatología.
- Cita en CCEE de Traumatología en 7-10 días.
- Reposo de la extremidad.
- Si dolor, Ibuprofeno 40 mg/ml ml cada 6-8 horas.
- Movilización activa y constante de los dedos de la extremidad inmovilizada, así como de las articulaciones no inmovilizadas.
- *No mojar ni recortar el vendaje. No introducir por debajo del yeso una aguja u otros instrumentos finos para rascarse.*
- Acudir de nuevo a Urgencias si aparece dolor intenso, inflamación o cambio de coloración de la piel o frialdad de los dedos.





TOBILLO:

Clasificación de los esguinces			
Esguinces	Grado I	Grado II	Grado III
Dolor	Leve, inmediato	Moderado, inmediato	Tardío
Apoyo	Posible, dolor leve	Dolor intenso	Imposible
Edema	Ninguno o escaso	Primeras horas	Inmediato
Hematoma	No	No o tardío, >18 horas	Inmediato, <18 horas
Inversión forzada	Dolor leve	Dolor intenso	Imposible por dolor
Cajón anterior	Negativo	Negativo	Positivo >3 mm
Bostezo lateral	Negativo	Negativo	Positivo >15°

Enfermedad actual: Escolar de años que acude a urgencias por traumatismo tobillo tras torcedura.

EF: BEG. Edema a nivel de maléolo externo de tobillo junto con dolor a la palpación a nivel de fisis. Dolor a la flexo-extensión y prono-supinación de pie

Radiografía de tobillo: No se observan líneas de fractura

A pesar de no observar líneas de fractura evidente ante historia y clínica compatible con epifisiolisis se decide inmovilización con férula y control por traumatología.

Tto:

- Férula posterior hasta control por traumatología.
- Citar en traumatología a los 7-10 días.
- Reposo de la extremidad Mantener la extremidad en posición elevada
- Movilización activa y constante de los dedos de la extremidad inmovilizada, así como de las articulaciones no inmovilizadas.
- Si dolor: Ibuprofeno 4%: **** ml cada 8 horas.
- *No mojar ni recortar el vendaje. No introducir por debajo del yeso una aguja u otros instrumentos finos para rascarse.*
- Acudir de nuevo a Urgencias si aparece dolor intenso, inflamación o cambio de coloración de la piel o frialdad de los dedos.

***Recomendación:** Dado el antecedente de esguinces repetidos en la misma localización se recomienda consultar al fisioterapeuta para iniciar ejercicios de rehabilitación y refuerzo de la musculatura una vez cedita la fase aguda. Se adjunta enlace donde aprender a realizar vendaje funcional como prevención a la hora de realizar ejercicio físico, de futuros esguinces <https://www.youtube.com/watch?v=MPMrmKeUSso&feature=youtu.be>. Así como tabla de ejercicios para reforzar la musculatura tras la fase aguda.

EJERCICIOS PARA RECUPERACIÓN DE ESQUINCE DE TOBILLO

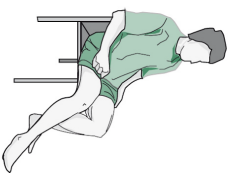
Hay tres tipos de ejercicios que se deben realizar tras haber sufrido un esguince o, si se prefiere, para prevenir la aparición del mismo.

1. EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR



Se pueden realizar durante la fase de recuperación de un esguince a partir del momento en que haya desaparecido casi totalmente la inflamación y el dolor.

Consiste en movilizar el pie en todas las direcciones y después trazar las letras del alfabeto en el aire, como si escribiéramos con el dedo gordo.



2. EJERCICIOS DE POTENCIACIÓN MUSCULAR

Se empiezan a realizar cuando no haya nada de dolor y se haya recuperado toda la movilidad articular.

A) Flexión



Primero lo realizamos sin ninguna resistencia.



Y después con una goma elástica atada a algo fijo, la pasamos por el dorso del pie y tiramos del pie en dirección al tronco.

B) Extensión



Primero sin ninguna resistencia, estirando el pie.

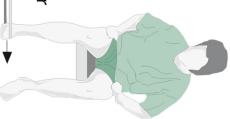
Y después con una banda elástica que sujetaremos con las manos.

C) Inversión



Llevar el pie hacia dentro, primero sin resistencia.

Y luego atando la goma elástica a algo fijo y apoyando el talón en el suelo, llevar el pie hacia dentro.



D) Eversión

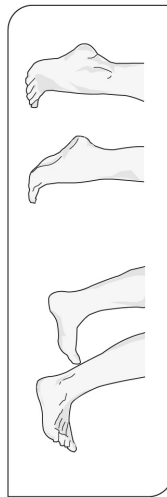


Llevar el pie hacia fuera, moviendo solo la articulación y no el resto de la pierna, primero sin resistencia.



Y después atando la goma elástica en la dirección opuesta a la inversión y tirando del pie hacia fuera.

E) Caminar sobre puntillas y talones



De todos estos ejercicios de potenciación, realizar 3 series de 10 repeticiones y al hacer los ejercicios con resistencia, aguantar 3 segundos tirando de la goma.

3. EJERCICIOS DE PROPIOCEPCIÓN:

Son muy importantes para trabajar la capacidad de reacción del tobillo ante un desequilibrio. Se pueden comenzar a realizar varios días antes que los ejercicios de potenciación muscular.

A)



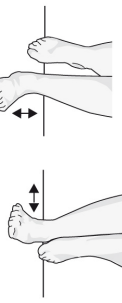
Ponerse de puntillas con los pies apuntando hacia delante y aguantar 3 segundos. Después repetir con los pies apuntando hacia fuera y hacia dentro.

B)



Posición de "Cigüeña": mantenerse de pie sobre la pierna lesionada durante 1 minuto, descansar 30 segundos y repetir 3 o 4 veces. Después de unos días puede realizarse con los ojos cerrados.

C)



Dar pequeños saltos hacia delante y hacia atrás y también hacia los lados, apoyados sobre el pie lesionado.

D)



Presionar con el pie una pelota de goma, mover la pelota hacia delante y hacia atrás, a un lado y a otro y realizar círculos.

E) Caminar sobre superficies irregulares

FRACTURA CLAVÍCULA:

Crepitación, signo de la tecla, neurovascular distal.

- Reposo de la extremidad.
- Si dolor ibuprofeno 40 mg/ml: XX ml cada 8 horas via oral.
- Cita en CCEE de Traumatología en 7-10 días.
- Vendaje Master Sling durante 3-4 semanas
- El callo de fractura se notará temporalmente, pero desaparecerá espontáneamente en 12-18 meses

TRAUMATISMO NASAL

Tumefacción +/- hematoma en raíz nasal, deformidad evidente con/sin desviación del tabique nasal, crepitación al tacto. No signos de obstrucción de vía aérea superior ni hematoma de tabique nasal en rinoscopia anterior.

NRL: activo y reactivo. No focalidad neurológica. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales centrados y simétricos.

- Taponamiento (si hemorragia).
- Frío local 3-4 veces al día.
- Ibuprofeno 40 mg/ml ml cada 8 horas.
- Dormir con el cabecero de la cama elevado.
- Derivación a ORL si: hematoma, deformidad o desviación septal.

COJERA

Anamnesis

Inicio del dolor

Traumatismo asociado

Si cede con algo

Predominio horario del dolor

Asocia: Fiebre/Sintomas catarrales previos a Cojera

Antecedentes de enfermedad reumática en la familia

EXPLORACIÓN FÍSICA POR ZONAS:

Cervical: dolor a la flexo/extensión si/ no, dolor a la lateralización si/no, Carga +/-, apofisalgia si/no, contractura trapecio /ECM si/no.

Dorsal: dolor a la flexo/extensión si/ no, dolor a la lateralización si/no, Carga +/-, apofisalgia si/no, contractura musculatura paravertebral si/no.

Lumbar: dolor a la flexo/extensión si/ no, dolor a la lateralización si/no, Carga +/-, apofisalgia si/no, contractura musculatura paravertebral si/no.

Lasegue (rodilla extendida) +/-, Bragard (rodilla extendida, pie flexionado 90º) +/-,

Hombro: flexión (brazo hacia delante), extensión (brazo hacia atrás), abducción (separar el brazo del cuerpo) , adducción (acercar el brazo al cuerpo) dolorosa si/no, rotación interna/ externa dolorosa si/ no, arco doloroso si/ no.

Codos: dolor en olécranon/epicóndilo/epitróclea si /no, dolor a la flexo/extensión.

Muñeca y mano: edema si/no, tumefacción si/no, desviación cubital / radial si/no, dolor si/no a la flexoextensión, pronosupinación, desviación cubital /radial pasiva /activa, dolor en la tabaquera anatómica si/no, dolor a la oposición del pulgar si/no.

Caderas:

- Maniobra de flexión: en decúbito supino, flexionar la cadera. En una cadera inflamada (sinovitis, Perthes, etc.), resulta dolorosa, sobre todo si se asocia una rotación interna. Una cadera afectada de epifisiolisis mostrará una rotación externa cuando la flexionamos debido al desplazamiento de la epífisis.
- Maniobra de Thomas: la flexión de la cadera normal produce una flexión de la cadera contralateral inflamada por contractura en flexión.
- Abducción: la cadera inflamada presentará un déficit de abducción.
- Valoración de la rotación interna y de la externa en decúbito prono: la cadera inflamada mostrará un déficit de rotación interna.
- Maniobra FABERE: se flexiona la pierna de la cadera a explorar y se coloca el talón de ese pie sobre la rodilla opuesta, para que la cadera quede en abducción. Entonces, con una mano, fijamos la cresta ilíaca opuesta y, con la otra, hacemos presión hacia abajo, por la cara interna de la rodilla flexionada, llevándola contra el plano de la mesa para provocar la rotación externa de la cadera explorada. El signo de Patrick se evidencia con esta maniobra, cuando hay dolor.

Rodilla: edema si/no, tumefacción si/ no, derrame articular si/ no (peloteo += fijar la rótula en su parte inferior y presionarla para ver si pelotea= derrame), dolor si/no en hueco poplíteo, pulso poplíteo si/no, flexo-extensión, maniobras meniscales (cajón anterior, cajón posterior, menisco interno, menisco externo= donde mira el talón), maniobras ligamentosas (ligamento lateral externo/interno).

Tobillo y pie: edema si/no, tumefacción si/ no, hematoma si/no, deformidad si/ no, dolor a la flexoextensión activa/pasiva si/no, dolor a la rotación interna/ externa si/no, bostezo articular si/no, dolor a la palpación en maleolo interno/ externo (describir si el dolor es en el ligamento peroneo-astragalino anterior, peroneo calcáneo o peroneo-astragalino posterior) si/no, signo del hachazo (aparece un hueco en el tendón de Aquiles = rotura del tendón de Aquiles) si/no, dolor en el pedio si/no.

EJERCICIOS SEGÚN PATOLOGÍA:

<http://www.sermef-ejercicios.org/>

ADOLESCENTES:

ALTERACIONES GINECOLÓGICAS:

La hipermenorrea, llamada también menorragia, es una alteración en la cantidad de sangre durante el periodo menstrual.

Si las reglas son mucho más abundantes o duraderas de lo normal se denominan **menorragias**. Mientras que si las hemorragias se producen fuera de la menstruación se denominan **metrorragias**.

Cuando hablamos de **Hipermenorreas** nos referimos a:

- las reglas de cantidad excesiva –con más de 6 compresas empapadas durante el día-,
- de duración excesiva –de más de 8 días-
- o demasiado frecuentes –menos de 21 días- de intervalo entre regla y regla.

TRATAMIENTO METRORRAGIAS	FÁRMACOS EMPLEADOS	DOSIS
Antifibrinolíticos y AINES	- Naproxeno:	1 comp/6-8 horas
	- Amchafibrin (ácido tranexámico):	2 comp 500 mg/ 8 horas, 5 días
Progestágenos	- Progeffik - Utrogestan - Progevera	1/día durante 10 días empezando a los 15 días de iniciar la regla
Estrógenos más progestágenos no anticonceptivos	- Progyluton - Climen - Perifem	1/día durante 21 días seguido de 7 días de descanso
Anticonceptivos orales		

- Si dolor, naproxeno 550 mg 1 comprimido cada 8 horas vía oral.
- Amchafibrin 500mg 1 comprimido cada 8 horas vía oral, durante 5 días.
- Reposo, alimentos ricos en hierro, calendario.
- Si no cede del sangrado en 48h acudir para valoración, puede aumentar la dosis a 2 comprimidos cada 8 horas
- Control por su pediatra. Si mal estado general decaimiento, palidez... volved a consultar.

ANSIEDAD

LORACEPAM: Iniciar con dosis 0'5mg-1mg.

- Niños ≥ 12 años:
Dosis inicial: 0,5 3 mg por vía oral al día, administrados en 2 o 3 dosis al día (máximo 2 mg/dosis).
Dosis de mantenimiento: 1 mg por vía oral 2 veces al día.
- Niños < 12 años: 0,05 mg/kg/dosis por vía oral o intravenosa cada 4-8 horas. Rango: 0,02-0,1 mg/kg/dosis. (máximo 2 mg/dosis).

REHIDRATACIÓN:

- RR: 20 ml/kg/hora, a pasar en 1-4 horas (max 700 ml)
- Bolos shock: SF 0,9% a 10 ml/kg en situaciones de urgencias a pasar en 30 minutos.
- Bolos hipoglucemia (< 45 mg/dl): SG5% a 2,5 ml/kg
- Hiponatremia grave ($\text{Na} < 119$ mEq/l): SSH 3% a 2 ml/kg (max 100 ml)
- Disminuir max 0.5 mEq/L/hora en la hipernatremia
- HCO_3 si $\text{ph} < 7$ o hiperpotasemia

- 1º: $(0,6 \times \text{Kg}) \times (\text{Na actual}/140 - 1) = \text{ml de agua libre (dividir entre 2)}$
- 2º: Regla de Holliday: líquidos totales a infundir
- 3º: $\% \text{ de agua libre} = \text{agua libre} \times 100 / \text{líquidos totales a infundir}$
- 4º: Na en suero: $\text{Na sérico} \times (100 - \% \text{ de agua libre}) / 100$

Primeros 10 kg	X 100 ml de suero intravenoso
Segundos 10 kg	X 50 ml de suero intravenoso
Siguientes kg	X 20 ml de suero intravenoso

Tabla 5. Regla de Holliday

Un ejemplo: Niño de 25 kg de peso

Volumen (ml): $10 \times 100 \text{ ml} + 10 \times 50 \text{ ml} + 5 \times 20 \text{ ml} = 1600$