

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD  
PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ**

**GUIA CLÍNICA PARA  
EL MANEJO DE LAS PRINCIPALES  
ENFERMEDADES NO  
PREVALENTES DE LA INFANCIA EN  
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**



**Mayo de 2009  
San Salvador, El Salvador C.A.**

## **CRÉDITOS**

**Dr. Carlos Alberto Meléndez Osorio**

Coordinador Unidad de Atención Integral a la Niñez, MSPAS

**Dra. Yanira Burgos**

Colaboradora Técnica Unidad de Atención Integral a la Niñez, MSPAS

**Dr. Ricardo López**

Colaborador Técnico Unidad de Atención Integral a la Niñez, MSPAS

**Dr. Angel Adonay Romero Alejo**

Colaborador Técnico de FOSALUD, adscrito a la Unidad de Atención Integral a la Niñez, MSPAS

**Dr. Carlos Roberto Torres Bonilla**

Colaborador Técnico, Dirección de Regulación, MSPAS

**Asistencia Técnica URC**

Dra. Patricia Figueroa de Quinteros

**Responsable de la Elaboración:**

Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social / Dirección General de Salud /  
Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez

**Comité Asesor:**

**Asociación de Pediatría de El Salvador**

Dra. Mayda Villalta.

**Hospital Nacional Benjamín Bloom**

Dr. Carlos Alvarenga / Departamento de Calidad

Dra. Patricia de Conde / Departamento de Calidad

Dr. Sergio Parada / Departamento de Enseñanza

Dr. Rolando Espinoza / Departamento de Consulta Externa

Dr. José Benítez / Departamento de Emergencia

Dr. Enrique Mena / Departamento de Epidemiología

**Hospital Nacional de Suchitoto**

Dr. Roxana Meléndez

**Hospital Nacional San Rafael**

Dra. Johana Mateu

**Hospital Nacional de San Vicente**

Dr. Roxana Linqui

**Unidad de salud de San Jacinto**

Dr. Rubén Vaquero

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social**

Dr. Roberto Bonilla

## **AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Dr. José Guillermo Maza Brizuela  
Ministro de Salud

Dr. José Ernesto Navarro Marín  
Viceministro de Salud

Dr. Humberto Alcides Urbina  
Director General de Salud

Dr. José Roberto Rivas Amaya  
Director de Regulación

Dr. Mario Vicente Serpas  
Director de Vigilancia de la Salud

Dra. Ena García  
Directora de Planificación

Lic. Judith Zárate de López  
Directora de Administración y Finanzas

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Rector del sector salud a nivel nacional y garante de la prestación de servicios de calidad, consciente de su compromiso en el cumplimiento del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio: “Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años”, ha considerado necesaria la elaboración de las presentes “Guías Clínicas para el manejo de las Enfermedades No Prevalentes de la infancia en el Primer Nivel de Atención” como un instrumento para dirigir las atenciones brindadas a las niñas y niños salvadoreños que consultan en los establecimientos de salud y contribuir a una atención de calidad como herramienta indispensable para la consecución de la reducción en la mortalidad infantil. Este documento es complementario a la Guía de Atención integral a la Niñez, y comprende las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, adaptadas a la realidad local, sirviendo además como apoyo para la educación médica continua, actividad imprescindible para una atención de calidad.

La aplicación de estos lineamientos contribuirá a lograr la eficiencia en la utilización de recursos, reducción de complicaciones, restablecimiento de la salud de la niñez, y por lo tanto la satisfacción de los usuarios de estos servicios.



**Dr. José Guillermo Maza Brizuela**

**MINISTRO DE SALUD**

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>OBJETIVOS DE LA GUIA</b> .....	9
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	10
<b>CAPITULO I ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>	
1. Resfriado Común.....	13
2. Rinitis Alérgica.....	15
3. Sinusitis Aguda.....	19
4. Bronquiolitis.....	22
<b>CAPITULO II OFTALMOLOGIA</b>	
5. Conjuntivitis.....	30
6. Blefaritis.....	35
7. Orzuelo.....	39
<b>CAPITULO III DERMATOLOGIA</b>	
8. Escabiosis.....	43
9. Pediculosis.....	46
10. Dermatitis del Pañal.....	48
11. Impetigo.....	52
<b>CAPITULO IV GASTROENTEROLOGIA</b>	
12. Trichuriasis.....	57
13. Ascariasis.....	60
14. Amibiasis.....	63
15. Giardiasis.....	66
<b>CAPITULO V INFECTOLOGIA</b>	
16. Varicela.....	70
17. Rubéola.....	73
18. Hepatitis A.....	76
19. IVU.....	79
20. Vulvovaginitis.....	83

## **CAPITULO VI ORTOPEDIA**

21. Displasia de la cadera.....	89
22. Genu Varo.....	94
23. Genu Valgo.....	97
24. Pie Plano.....	100

## **CAPITULO VII CIRUGIA**

25. Fimosis.....	104
26. Testiculo NO descendido.....	107
27. Hidrocele.....	110
28. Hernia Inguinal.....	112
29. Hernia Umbilical.....	114
30. Escroto Agudo.....	117

## **CAPITULO VIII NEUROLOGIA**

31. Convulsiones Febriles.....	120
--------------------------------	-----

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>124</b>
--------------------------	------------

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social enmarcados en el plan de Gobierno y el Plan Estratégico Quinquenal 2004 - 2009 de esta Secretaría de Estado, en función de su rectoría, tiene como compromiso reducir la mortalidad de la Niñez a través de lograr la reducción en la letalidad de las principales enfermedades pediátricas, por lo cual se vuelve necesario mejorar la atención del primer nivel de los niños y niñas salvadoreños a través de la estandarización en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no son prevalentes pero que son causa importante de morbilidad. La Medicina Basada en Evidencia se define como el uso explícito, juicioso y a conciencia de la mejor evidencia actual proveniente de la investigación en salud, para tomar decisiones respecto al cuidado de pacientes, proceso que pasa por la búsqueda de la evidencia, el análisis crítico de la misma, la categorización de las revisiones sistemáticas o ensayos clínicos y la adaptación local de las recomendaciones para la sistematización de su aplicación.

Por tal razón ha desarrollado un proceso de elaboración para la formulación de un documento guía para el abordaje de casos y que mejore la práctica clínica, dando un soporte científico, ofreciendo las mejores evidencias científicas disponibles, además de brindar una herramienta actualizada y de calidad que sirva de base para la formación médica continua, pilar indispensable para la calidad en la atención. Se hace necesaria entonces la participación activa del personal encargado de la atención directa de pacientes, en la asimilación y aplicación adecuada de estas guías, para lograr el manejo estandarizado de casos en el primer nivel de atención a nivel nacional y de esta manera garantizar la calidad en la atención.

Todo este conocimiento disponible, deberá ser utilizado en la explicación y comunicación hacia los padres y las madres de familia sobre la condición de salud de sus hijos e hijas. Permitiéndole aclarar dudas y disipar temores; generando confianza y credibilidad en el sistema de salud público del país.

# OBJETIVOS

## Objetivo General

Las presentes guías clínicas pretenden reducir la variabilidad en la atención clínica a través de la estandarización de los procesos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pediátricas NO prevalentes a nivel nacional para contribuir a garantizar la calidad en la atención de los niños y niñas que consultan a los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

## Objetivos Específicos

1. Proporcionar elementos técnicos y científicos a los profesionales encargados de la atención de pacientes pediátricos en los establecimientos de salud para la solución de incertidumbres en el manejo de los casos.
2. Lograr la optimización en la utilización de los recursos de salud a través de la estandarización de manejos, para la toma de decisiones en la asignación de los mismos.
3. Aportar un documento que pueda ser utilizado como base para inducción de los profesionales nuevos y para la formación médica continua actualizada y basada en la mejor evidencia científica disponible.
4. Mejorar la comunicación hacia los padres y familiares sobre las enfermedades que padecen sus hijos e hijas.

## MARCO CONCEPTUAL

Los objetivos de desarrollo del Milenio enmarcan el accionar de cada uno de los países involucrados en la consecución de las metas trazadas. En lo referente a la salud infantil se ha establecido la reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes de los datos actuales, tomando en cuenta, que entre menor es el dato del indicador alcanzado más difícil resulta disminuirlo, es necesario reforzar y complementar las estrategias ya existentes para potencializar los esfuerzos en la consecución de dicha meta.

El plan estratégico quinquenal establece las acciones ministeriales para el presente quinquenio tendientes a lograr la consecución de las metas trazadas, por lo cual define entre otras, la reducción de la letalidad de las principales enfermedades que afectan a la niñez.

Por tales razones se han formulado las presentes Guías Clínicas utilizando la metodología de la medicina basada en Evidencias, como una estrategia para lograr la estandarización en el manejo de casos, incorporando las mejores evidencias actuales necesarias para la atención clínica con el objetivo de asegurar la calidad en la prestación de los servicios.

La medicina basada en evidencias es el uso juicioso y a conciencia de la mejor evidencia actual, proveniente de la investigación en salud para tomar decisiones respecto al cuidado de pacientes.

La cantidad de información científica actualmente disponible, resulta de alto costo y difícil acceso además de requerir cantidades considerables de tiempo para su lectura y análisis.

Por tal razón la Medicina Basada en Evidencia es un método para dar respuesta a esta problemática, fundamentalmente a través de tres estrategias: el aprendizaje de su metodología, la búsqueda y aplicación de los resúmenes e información

científica recopilada por otros y la aceptación de protocolos y guías desarrollados por terceros.

En tal sentido se establecen las guías clínicas como estrategia para reducir la variabilidad en la práctica clínica actual que es la consecuencia de la misma diversidad de información y diferencias en el acceso a la misma. A través de las mismas se pretende recopilar la mejor evidencia actual para la estandarización de los conocimientos y la práctica clínica.

Para la elaboración de una Guía Clínica es necesaria una búsqueda bibliográfica extensa de la mejor evidencia actual a través de las diversas bases de datos especializadas en la compilación de evidencias.

Posteriormente a la búsqueda de evidencias se procede al análisis crítico de las mismas, para identificar su validez, luego se identifica la categorización de la fuerza de la evidencia para poder plasmarla como recomendación para la práctica clínica proveyendo de esta manera la información que el clínico necesita para la toma de decisiones.

En los casos en los que no se ha generado la evidencia se ha contado con la colaboración de expertos locales para la realización de consensos para la definición de las recomendaciones.

# **I. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

1. Resfriado Común
2. Rinitis Alérgica
3. Sinusitis Aguda
4. Bronquiolitis

## **1. RESFRIADO COMÚN O RINOFARINGITIS CIE-10 J00**

### **I. Definición**

Es una enfermedad aguda, transmisible, de origen viral, usualmente de leve a moderada y autolimitada, caracterizada principalmente por rinorrea y congestión nasal.

### **II. Epidemiología**

El grupo etáreo afectado más frecuente son los niños menores de 5 años. Los rinovirus son los agentes etiológicos más frecuentes (40%). El período de incubación varía de 24 a 72 horas. Un niño puede tener hasta 12 episodios al año.

### **III. Manifestaciones Clínicas**

Síntomas más frecuentes: Rinorrea, congestión nasal, molestias faríngeas, tales como: dolor, ardor, escozor; cefalea; tos, que generalmente inicia alrededor del 4°-5° día cuando disminuyen los síntomas nasales. En pre escolares: fiebre leve a moderada, mialgias, pérdida del gusto, congestión ocular.

### **IV. Métodos Diagnóstico**

El diagnóstico es clínico. No son necesarios estudios de laboratorio.

### **V. Manejo**

#### **a- Terapéutico:**

No hay tratamiento específico para prevenir o curar el catarro común. El tratamiento es sintomático:

- Solución Salina Normal 2 a 4 gotas en cada fosa nasal y aspiración cuidadosa, las veces necesarias, es lo más importante.
- Acetaminofén: 10 a 15 mg/ Kg/ dosis VO cada 6 horas, por 3 a 5 días.
- Líquidos orales abundantes.

NO SE RECOMIENDA el uso de antibióticos, aspirina, antihistamínicos, expectorantes, antitusivos, descongestionantes locales u orales ni Echinacea.

**b- Educación en Salud:**

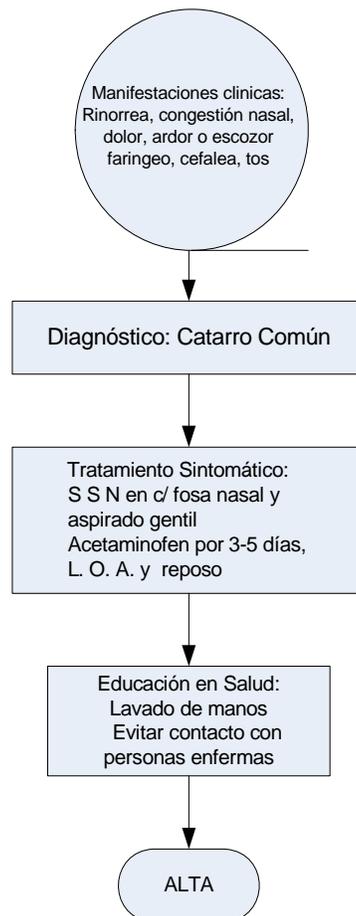
- Lavado de manos.
- Evitar contactos con personas enfermas.

**VI. Criterios**

**De Referencia:**

Debido a que es una patología autolimitada y de evolución benigna no existen criterios de referencia.

**VI. Flujograma de atención:**



## 2. RINITIS ALÉRGICA CIE10: J30.0

### I. Definición.

La rinitis es la inflamación de la mucosa nasal de origen alérgica.

### II. Epidemiología.

La rinitis alérgica es la forma más común de rinitis. 40% de niños y tiende a ser más prevalente entre los varones. La etiología es muy diversa como: alérgica, infecciosa, fármacos, hormonal, ocupacional y otros factores.

### III. Manifestaciones Clínicas.

Las rinitis pueden clasificarse en:

- A. Rinitis agudas (infecciosas): pueden ser virales o bacterianas.
- B. Rinitis crónica (alérgica, vasomotora, otras).

RINITIS ALERGICA: Es la más común y se define clínicamente como un trastorno sintomático de la nariz inducido por la inflamación mediada por IgE de la mucosa nasal después de la exposición al alérgeno.

Se ha propuesto una nueva clasificación por la ARIA 2001 (Iniciativa de la Rinitis Alérgica y su Impacto sobre el Asma):

- a. Intermitente: síntomas < 4 días a la semana y menos de 4 semanas.
- b. Persistente: síntomas > 4 días a la semana y por más de 4 semanas.

Los signos y síntomas que sugieren participación alérgica son:

Rinorrea hialina, estornudos en salva de predominio matutino o nocturno, prurito nasal, obstrucción nasal, mucosa nasal pálida, hipertrofia de cornetes, obstrucción nasal por edema de la mucosa nasal, respiración bucal

Estigmas atópicos:

- Surco nasal en el dorso de la nariz en su tercio inferior
- Ojeras

- Líneas de Dennie-Morgan: son líneas más o menos acentuadas que aparecen debajo de los párpados inferiores y pueden deberse a un edema del párpado. Es un marcador de atopia.

#### **IV. Método Diagnóstico**

El diagnóstico se debe basar en la interpretación de los hallazgos clínicos. La historia familiar de enfermedades atópicas es a menudo positiva en pacientes con rinitis alérgica.

#### **V. Manejo terapéutico**

- Control ambiental:

El control ambiental es decisivo, indispensable y sumamente eficaz. Con el propósito de eliminar o reducir la exposición a alérgenos e irritantes del medio ambiente del paciente con rinitis alérgica, es indispensable adoptar medidas de control ambiental que deben establecerse en el hogar, sobre todo en la recámara y si es posible, en la escuela.

Está ampliamente demostrado que la exposición temprana a los alérgenos y el tabaquismo de parte de los padres son factores de riesgo para la adquisición de rinitis alérgica.

- Medicamentos (tratamiento farmacológico)

#### **ANTIISTAMINICOS**

Clorfeniramina 0.1 mg /Kg/dosis cada 6 a 8 horas horas. Dosis maxima 4 mg.

Loratadina 0.2 mg /Kg/día, una vez al día. Dosis máxima 10 mg diarios.

## **VI. Educación en salud.**

1. Es importante proporcionar educación a los pacientes sobre las complicaciones de la rinitis como sinusitis, otitis media, asma y sobre las condiciones de co-morbilidad como pólipos nasales.
2. Así mismo, debe evitarse el contacto con sustancias irritantes, como los detergentes de uso doméstico, cloro, cáusticos, insecticidas que, si bien no son productores de alergia, sí actúan como irritantes inespecíficos que empeoran el cuadro clínico del paciente.

## **VII. Criterios**

1. De seguimiento.

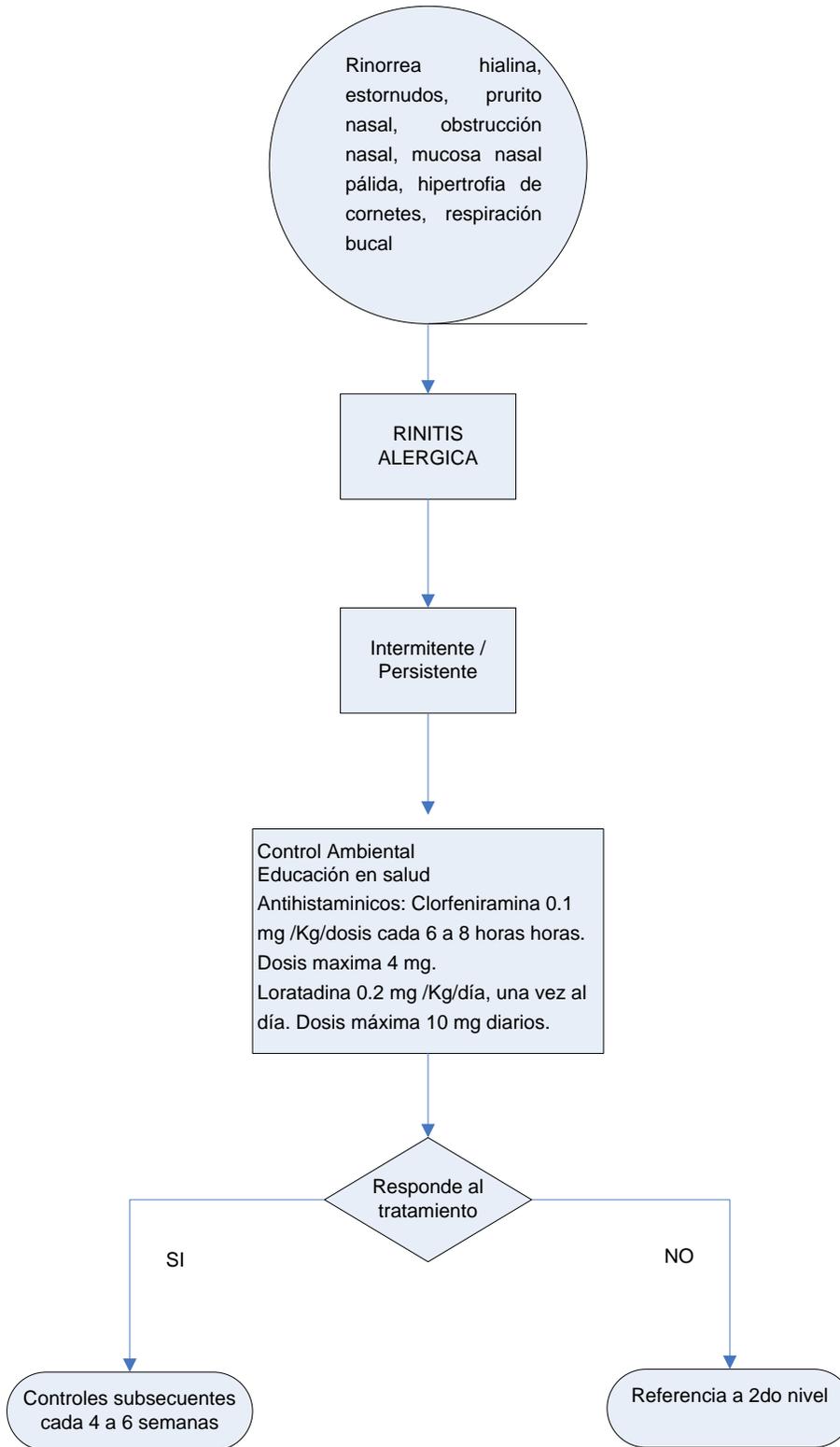
Después de iniciada la terapia, control a las 2 a 6 semanas, esto mejora las oportunidades para que el paciente se beneficie de las opciones terapéuticas disponibles y que las posibles complicaciones de la enfermedad o de su tratamiento sean identificadas. En estos controles la educación y el acatamiento de las indicaciones son elementos críticos.

2. De Referencia.

Criterios apropiados para referir al alergista incluyen:

- Fracaso en el tratamiento.
- Condiciones asociadas como dermatitis atópica, asma o rinosinusitis crónica o recurrente.
- Cualquier reacción alérgica severa que causa al paciente o a los padres preocupación.
- Al necesitar Inmunoterapia.

## VIII. Flujoograma de Atención



### **3. SINUSITIS AGUDA CIE-10: J01**

#### **I. Definición**

Inflamación de la mucosa de los senos paranasales de origen usualmente bacteriano que persiste por más de 10 días y menos de 4 semanas.

#### **II. Epidemiología**

Suele ocurrir en niños menores de 6 años. Se estima que se produce una sinusitis como complicación entre el 5% y el 10% de las infecciones respiratorias víricas. Se deben considerar criterios de Riesgo como: Anomalías anatómicas (desviación septal) y la inmunosupresión.

Los principales agentes responsables de sinusitis aguda son: Streptococcus pneumoniae en el 50% de los casos y Haemophilus influenzae que gracias a la vacunación ha disminuido.

#### **III. Manifestaciones Clínicas**

Los signos y síntomas: rinorrea clara, mucoide o purulenta, descarga nasal y retrofaringea, congestión nasal, tos seca o húmeda está presente durante todo el día, a menudo empeora por la noche, edema palpebral matutino transitorio, dolor maxilar, frontal o dental intermitente; cefalea frontal o retroorbitaria, febril o con febrícula, halitosis.

#### **IV. Método Diagnóstico**

El diagnóstico se debe basar en la interpretación de los hallazgos clínicos.

La evaluación radiológica no está indicada en el diagnóstico inicial del paciente con Sinusitis aguda no complicada.

#### **V. Manejo Terapéutico**

- Amoxicilina oral 80mg/Kg/día, dividido en 3 dosis por 10 a 14 días, dosis

máxima diaria 2-3 gramos

- Alérgico a la penicilina: Eritromicina 30 - 50 mg/Kg/día dividido en 4 dosis por 10 a 14 días, dosis máxima diaria 2 gramos.
- Acetaminofén: 10 a 15 mg/ Kg/ dosis VO cada 6 horas, por 3 a 5 días, ó
- Ibuprofeno: 10 mg/kg/dosis cada 6 - horas. Dosis máxima diaria de 40 mg/kg/día por 5 días.
- Líquidos orales abundantes

## **VI. Educación en Salud**

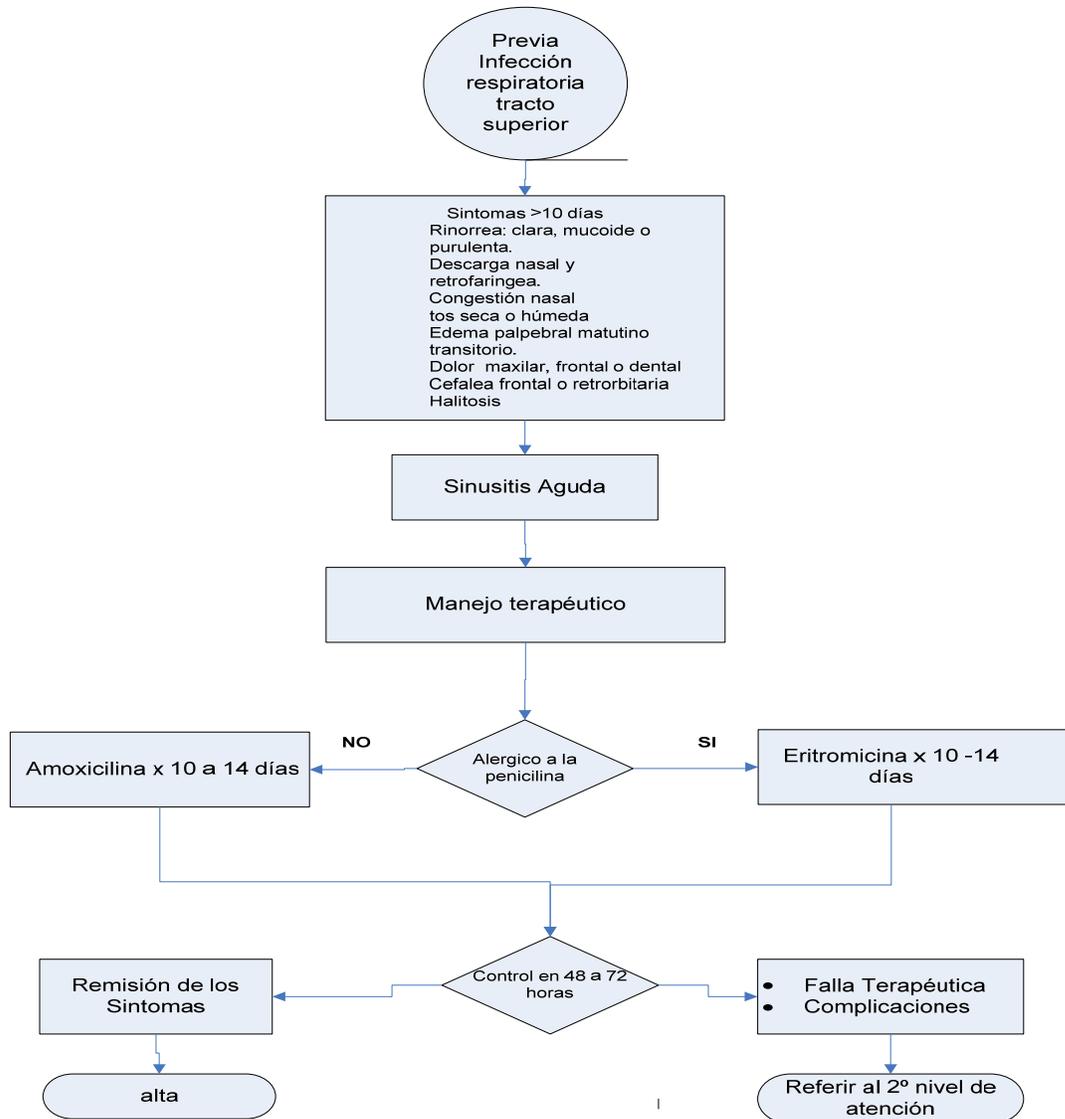
- Asegurarse del cumplimiento estricto del antibiótico.
- Control en 48 a 72 horas.
- Si los síntomas persisten o aparecen complicaciones consultar de inmediato.
- Evitar el contacto con humo de tabaco y leña.

## **VII. Criterios de Referencia**

A segundo nivel:

- No responde al tratamiento.
- Recurrencia (reaparición de los síntomas después de una remisión)
- Complicaciones: oculo-orbitaria (celulitis periorbitaria y trombosis del seno cavernoso), intracraneales (absceso cerebral o meningitis)

## VIII. Flujograma de Atención



## **4. BRONQUIOLITIS. J21.9**

### **I. Definición**

Es una enfermedad inflamatoria aguda del tracto respiratorio inferior, resultado de la obstrucción de pequeños conductos aéreos, que es iniciada por una infección del tracto respiratorio superior debido algunos virus estacionales, el más común de los cuales es el virus sincitial respiratorio RSV, pero también puede ser causada por el virus parainfluenza, adenovirus, influenza A y B, metaneumovirus, rinovirus, enterovirus, o por *Mycoplasma pneumoniae*.

### **II. Epidemiología**

Es una enfermedad autolimitada, usualmente debida a una infección viral que es poco modificada por uso de antibióticos u otras terapias. Es una enfermedad estacionaria. Presenta un pico entre los meses de noviembre a marzo. Afecta a niños de menos de 2 años, con una incidencia máxima a los 6 meses de edad. La duración media de la enfermedad es de 12 días.

La mayoría de niños que contraen bronquiolitis se recuperan sin secuelas; sin embargo, arriba del 40% pueden presentar episodios subsecuentes de sibilancias en los primeros cinco años de edad, y aproximadamente 10% tendrán dichos episodios después de cumplir los 5 años de vida.

Se deben determinar los factores de riesgo para enfermedad severa, tales como:

- Lactantes menores de 12 semanas
- Historia de prematurez
- Enfermedad cardiopulmonar subyacente
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad crónica asociada
- Riesgo social

### **III. Manifestaciones Clínicas**

El lactante con bronquiolitis aguda puede presentar un número extenso de síntomas clínicos y severidad, desde una infección respiratoria superior leve hasta una insuficiencia respiratoria.

La respuesta histopatológica a la infección viral no es tanto el espasmo de la fibra muscular lisa sino la inflamación del epitelio bronquial con: necrosis del epitelio respiratorio, pérdida de cilios, aumento de secreciones en la luz bronquial, entre otros cambios.

### **IV. Métodos Diagnósticos.**

El método diagnóstico para bronquiolitis incluye lo siguiente:

- 1- Antecedentes de enfermedad respiratoria superior y/ o rinorrea.
- 2- Signos de enfermedad respiratoria que puede incluir los siguientes síntomas comunes:
  - Sibilancias
  - Dificultad respiratoria (respiración superficial)
  - Taquipnea
  - Cianosis
  - Aleteo Nasal
  - Tiraje intercostales
  - Roncus
- 3- Signos de deshidratación
- 4- Antecedentes de haber estado en exposición a personas con infección viral respiratoria superior. Los niños con bronquiolitis suelen inicialmente empeorar en las primeras 72 horas antes de empezar a mejorar.
5. Se deberá hacer el diagnóstico de bronquiolitis y evaluación de la severidad de la enfermedad en base a la historia y el examen físico. No se deben ordenar rutinariamente exámenes de laboratorio y estudios radiológicos para el diagnóstico.

**Evaluación de la severidad:**

1. La frecuencia respiratoria y las retracciones son indicadores fidedignos para evaluar la severidad de la infección del tracto respiratorio inferior.
2. La presencia de sibilancias además de la frecuencia respiratoria y las retracciones hace diferencia entre neumonía y bronquiolitis.

## EVALUACION DE LA SEVERIDAD

<b>SINTOMAS</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>SEVERO</b>
<b>Frecuencia respiratoria</b>	<2meses >60/min 2-12meses 50/min	50-70/MIN	>70/min
<b>Retracciones</b>	Ausentes o leves	Moderada	Severa
<b>Aleteo nasal y/ó quejido.</b>	Ausente	Ausente	Presente
<b>Alimentación</b>	Normal	- Menos de lo usual - Frecuentemente la suspende. - Cantidad > de la mitad	- Indiferente. - Dificultad para tragar - Cantidad < de la mitad de lo habitual.
<b>Estado de consciencia</b>	Normal	Irritable	Letárgico
<b>Cianosis</b>	Ausente	Ausente	Presente
<b>Obstrucción respiratoria</b>	Sibilancias +	Sibilancias ++	Sibilancias +++

## **V. Manejo Terapéutico**

### **BRONQUIOLITIS LEVE:**

El manejo básico esta sustentado en medidas que aseguren que el paciente esté: clínicamente estable, bien oxigenado y bien hidratado, por lo que el mismo estará orientado a realizar las siguientes medidas:

- 1) Aspiración nasal usando previamente gotas de solución salina normal antes de la alimentación y por razón necesaria, debido a que por sí sola puede mejorar el estado respiratorio.
- 2) Alimentación adecuada incluyendo de ser posible lactancia materna.
- 3) Hidratación oral proporcionando líquidos abundantes.
- 4) Vigilancia estrecha orientando a los padres para la detección de signos de peligro que orienten a una reconsulta de inmediato.
- 5) Control en 48 - 72 horas.
- 6) Los casos que han sido valorados como leves y donde los síntomas han estado presentes pero sin complicaciones por más de 72 horas necesita continuar el tratamiento sintomático o de sostén.
- 7) Educación a los padres en cuanto a la descontaminación de las manos para la prevención de infecciones por Virus Respiratorio Sincitial. Las manos deben ser descontaminadas antes y después del contacto directo con los pacientes. Una alternativa es el lavado de manos con agua y jabón antimicrobiano.
- 8) Todo paciente con diagnóstico de bronquiolitis moderado y severo debe referirse a segundo o tercer nivel de atención.

### **Deberá tomarse en cuenta que:**

La inhaloterapia con broncodilatadores no se debe utilizar rutinariamente, porque:

- En la mayoría de casos el uso de la inhaloterapia y otros tratamientos efectivos para el tratamiento del broncoespasmo no han sido eficaces en bronquiolitis.
- Deterioro y desaturación han sido asociados con inhaloterapia.
- La medicación antibacteriana debe usarse solamente en niños con bronquiolitis que tienen coexistencia de una infección bacteriana. En este caso, la infección se tratará de la misma manera como si no hubiera bronquiolitis.
- Los antihistamínicos, los descongestionantes y los vasoconstrictores nasales no deben ser usados.
- Los corticosteroides no se deben utilizar en el manejo de bronquiolitis.
- Nebulizaciones con solución salina no deben usarse porque no han demostrado eficacia.
- Fisioterapia del tórax no debe usarse en el manejo de bronquiolitis.

## **VI. Educación en Salud**

- Evitar la exposición del niño(a) al humo del tabaco, de cocina con leña y otros.
- Se recomienda la lactancia materna exclusiva y complementaria.
- Limitar la exposición del niño(a) con personas con enfermedades respiratorias.
- Énfasis de lavado de manos en todos los ambientes.
- Informar a los padres que la resolución de la enfermedad toma algunas semanas.
- Enseñar la técnica de aspirado nasal.
- Consultar ante los signos de peligro: aumento de la frecuencia respiratoria y/o el trabajo respiratorio, imposibilidad de mantener una adecuada hidratación, empeoramiento del estado general.

## **VII. Criterios.**

- **De Referencia:**

Todos los casos moderado o severo según Tabla de Evaluación de la Severidad deben referirse a segundo nivel de atención.

- **De seguimiento:**

Todos los casos leves según Tabla de Evaluación de la Severidad, deben controlarse en 48 – 72 horas; si los síntomas se mantienen o han mejorado debe continuarse el tratamiento sintomático, caso contrario debe referirse.

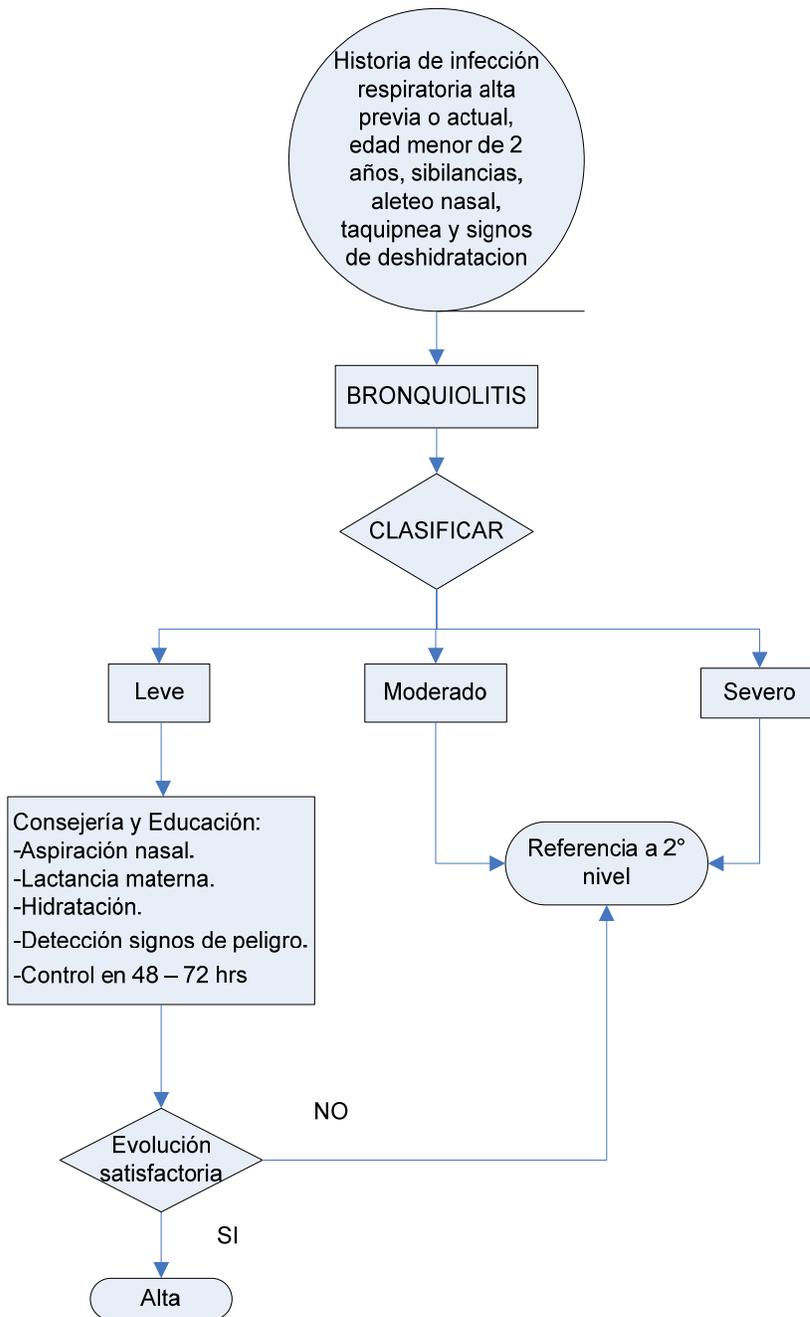
- **De Curación / Alta (E).**

Respiraciones menores de 70 pm y sin trabajo respiratorio y a aire ambiente.

Que el paciente coma e ingiera líquidos adecuadamente para prevenir la deshidratación.

Que se haya completado la educación familiar, puedan limpiar la vía aérea usando perilla, y proveer los cuidados en casa.

## VIII. Flujograma de Atención



## **II. OFTALMOLOGIA**

5. Conjuntivitis
6. Blefaritis
7. Orzuelo

## 6. CONJUNTIVITIS. CIE-10: H10

### I. Definición de la Enfermedad

La conjuntivitis es una inflamación de la conjuntiva, que puede ser infecciosa o no y es causada por virus, bacterias, alergenos u otros.

### II. Epidemiología

Aunque la incidencia y prevalencia no esta documentada, es la enfermedad ocular mas frecuente en todo el mundo, a cualquier edad, sexo o estrato social.

Según su etiología se puede clasificar en:

VI. Infecciosas:

Bacteriana: Es la etiología más frecuente en niños, las más comunes son causadas por *Staphilococcus aureus* y *epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*.

Vírica: Adenovirus, Picornavirus, Herpes .

- b. Alérgica
- c. Química o irritativa
- d. Asociada a enfermedades sistémicas

### III. Manifestaciones Clínicas

Independientemente de cual sea la causa de una conjuntivitis, los síntomas y signos constituyen el síndrome inflamatorio conjuntival, caracterizado por:

- Ardor, prurito, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño
- Secreción ocular.
- Fotofobia mínima.
- Hiperemia conjuntival
- Quemosis (edema conjuntival)

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>			
<b>SIGNOS/SÍNTOMAS</b>	<b>BACTERIANA</b>	<b>VIRAL</b>	<b>ALERGICA</b>
<b>Secreción ocular</b>	Abundante, Mucopurulenta	Mínima, Acuosa	Mínima, Acuosa o mucosa
<b>Lagrimeo</b>	Moderado	Profuso	Moderado
<b>Prurito</b>	Mínimo	Mínimo	Importante
<b>Adenopatías Preauriculares</b>	Rara	Frecuente	No
<b>Quemosis</b>	No	Si	Si
<b>Duración</b>	1-7 días, Autolimitada	5 -14 días	Crónica con exacerbaciones

#### **IV. Métodos Diagnósticos**

El diagnóstico es clínico en base a la historia y el examen físico.

Los cultivos generalmente son innecesarios, solo están indicados en casos de brotes por fines epidemiológicos, en cuadros complicados, resistentes o recurrentes.

#### **V. Manejo Terapéutico:**

##### 1- Conjuntivitis bacteriana:

- Cloranfenicol oftálmico, Gotas oculares 0.5%, 1 gota dentro del ojo(s) afectado(s) cada 2 horas por 2 días y después 4 veces al día por 5 días
- Cloranfenicol Ungüento oftálmico 1%, 1 aplicación 4 veces al día por 2 días y después 2 veces al día por 5 días.

##### 2- Conjuntivitis viral:

Evitar el contagio y compresas frías sobre el (los) ojo(s) afectado(os).

### 3- Conjuntivitis alérgica:

- Control de alérgenos, compresas frías sobre el (los) ojo(s) afectado(s).
- Clorfeniramina Suspensión 2 mg en 5 ml. o tabletas de 4 y 8 mg.  
0.35mg/Kg./d c/6-8h por 5 días.

NOTA: No se debe ocluir el ojo debido a que aumenta la proliferación bacteriana y no están recomendados anestésicos tópicos.

## **VI. Educación en Salud:**

1- La conjuntivitis bacteriana y viral aguda puede prevenirse con un meticuloso lavado de manos y buena higiene, especialmente si se tocan secreciones infectadas.

2- El personal de salud debe educar sobre la enfermedad, lo esperado durante el tratamiento y la naturaleza altamente contagiosa de la conjuntivitis aguda bacteriana.

3- Debe enseñarse la técnica apropiada para la limpieza del o los ojos afectados: limpieza o lavado de los ojos desde el ángulo interno hacia afuera usando un pañuelo o torunda de algodón descartables con abundante agua limpia. No usar soluciones caseras para lavado de ojos.

4- Instruir en la correcta administración de ungüentos y gotas oftalmológicas: Lavar sus manos, colocar los medicamentos instilándolos dentro del saco conjuntival inferior sin permitir que el cuentagotas o el tubo toquen el ojo y mantener el ojo cerrado por 1 a 2 minutos.

5-Abstenerse de compartir: lentes, gotas oculares, toallas de tela, toallas húmedas y almohadas.

6- Recomendar no asistir a la escuela hasta cumplir 24 horas de tratamiento.

## **VII. Criterios:**

### **a- De seguimiento**

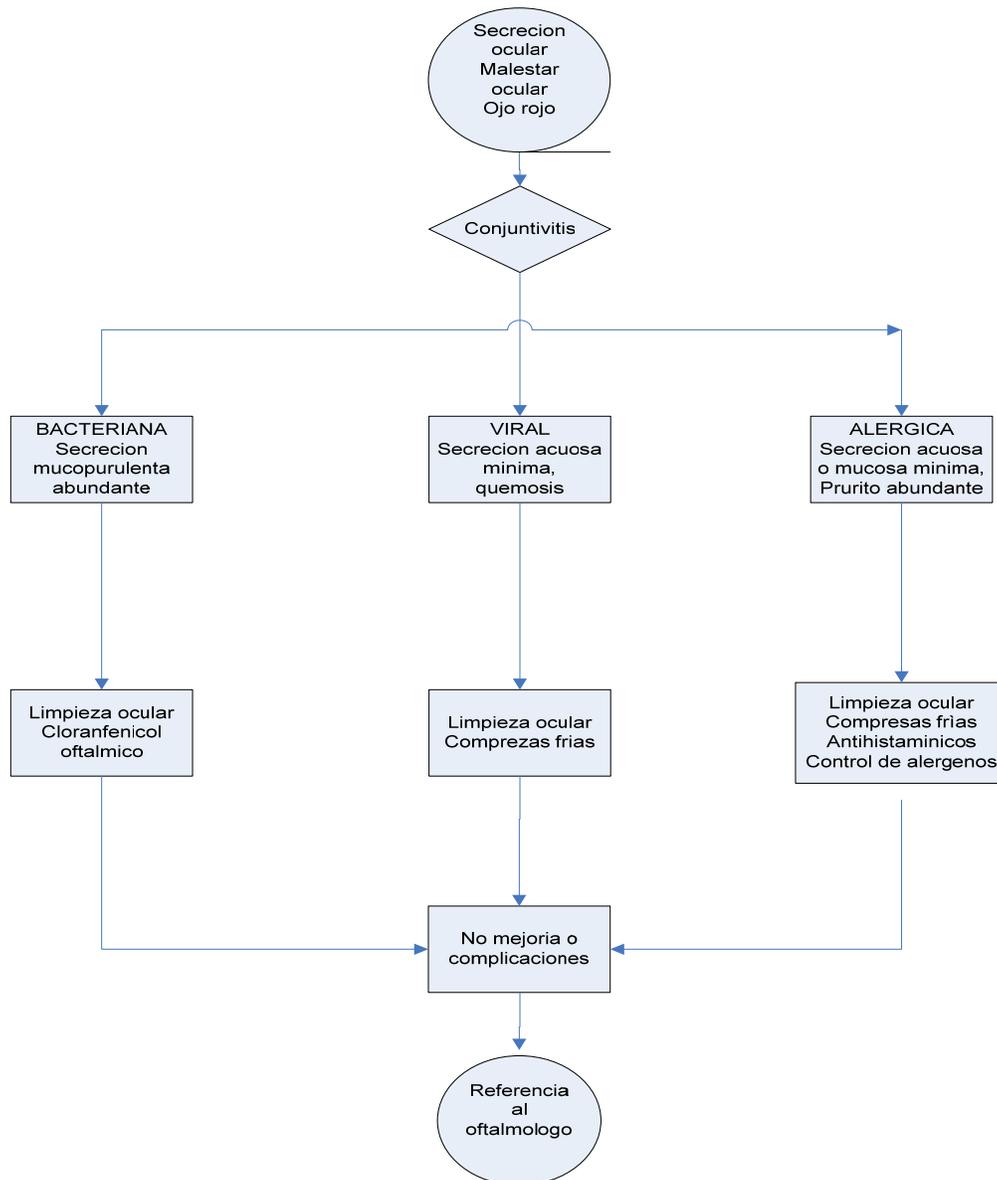
La frecuencia de los controles de seguimiento se basa en la severidad de la enfermedad y el tratamiento usado, generalmente debe hacerse a las 24-48 horas después de iniciado tratamiento.

### **b- De Referencia**

El paciente con conjuntivitis debe referirse al Hospital de segundo nivel en los siguientes casos:

- 1- Si no hay mejoría a las 24 horas a 48 horas, después de iniciado tratamiento
- 2- Si hay disminución o pérdida de la agudeza visual
- 3- Cuando esta asociada a enfermedad de transmisión sexual
- 4- Compromiso corneal
- 5- Cicatriz conjuntival
- 6- Episodios recurrentes
- 7- Sospecha de complicaciones

## VII. Flujoograma de atención



## 7. BLEFARITIS. CIE-10 H010

### I. Definición

Es una inflamación crónica de los bordes palpebrales y la base de las pestañas como reacción a material secretado por microorganismos infectantes de la piel del párpado.

### II. Epidemiología

La inflamación palpebral es un problema que afecta a individuos de cualquier edad, género o raza.

Según su causa puede ser clasificada en:

- Seborreica: por presencia excesiva de grasa de las glándulas sebáceas y de mayor reproducción de las células de piel, los que aumentan la proliferación de las bacterias.
- Infecciosa: principalmente por bacterias: el *Staphylococcus epidermidis* es la bacteria aislada con más frecuencia (en el 89% a 100% de los casos). También es muy frecuente el *Staphylococcus aureus*.
- Por dermatitis de contacto: cuando alguna partícula extraña entra en contacto con el párpado y le provoca una inflamación local.
- Mixta
- Disfunción de la glándula de Meibomio

### III. Manifestaciones Clínicas

- Puede ser asintomático o sintomática.

Cuando es sintomática, los tres síntomas habituales son: irritación, quemazón y escozor. También la sensación de cuerpo extraño o párpado pegajoso, fotofobia, lagrimeo, parpadeo, caída de pestañas y el signo principal es la costra o escama en los bordes palpebrales o base de las pestañas especialmente al despertarse en la mañana.

- Por su ubicación puede ser:

Anterior: en la base de las pestañas

Posterior: en los orificios de las glándulas de Meibomio de los bordes palpebrales.

Hay considerable coincidencia de síntomas de todos los tipos de blefaritis.

#### **IV. Métodos Diagnósticos**

El diagnóstico está basado en la historia, los síntomas y signos clínicos de blefaritis.

No hay exámenes diagnósticos clínicos específicos para blefaritis.

Los cultivos palpebrales están indicados específicamente en:

- Pacientes con blefaritis anterior recurrente con severa inflamación y
- Cuando no hay respuesta a la terapia.
- Cuando éste se va a realizar, hay que discontinuar el antibiótico 48 horas antes del examen.

#### **V. Manejo Terapéutico**

- Higiene palpebral dos veces al día hasta que los síntomas resuelvan y después una vez al día indefinidamente.
- Presionar suavemente sobre los párpados con una compresa en agua tibia por 5 a 10 minutos.
- Antibiótico tópico: Ungüento de Cloranfenicol, aplicarlo después del lavado, en el borde palpebral, 2 veces al día por 1 hasta 4 semanas según la severidad y continuar por 1 mes después que la inflamación ha cedido. La frecuencia y duración va depender de la severidad del cuadro. Puede usarse Tetraciclina unguento oftálmico.
- Tratar las condiciones sobre-agregadas que causan o exacerbar la blefaritis.

#### **VI. Educación para la salud**

El paciente debe entender que:

- Es una condición crónica que no siempre puede ser curada pero si puede ser controlada.

- La limpieza de los párpados es el paso básico del tratamiento y la prevención de las exacerbaciones y recurrencias.

## **VII. Criterios**

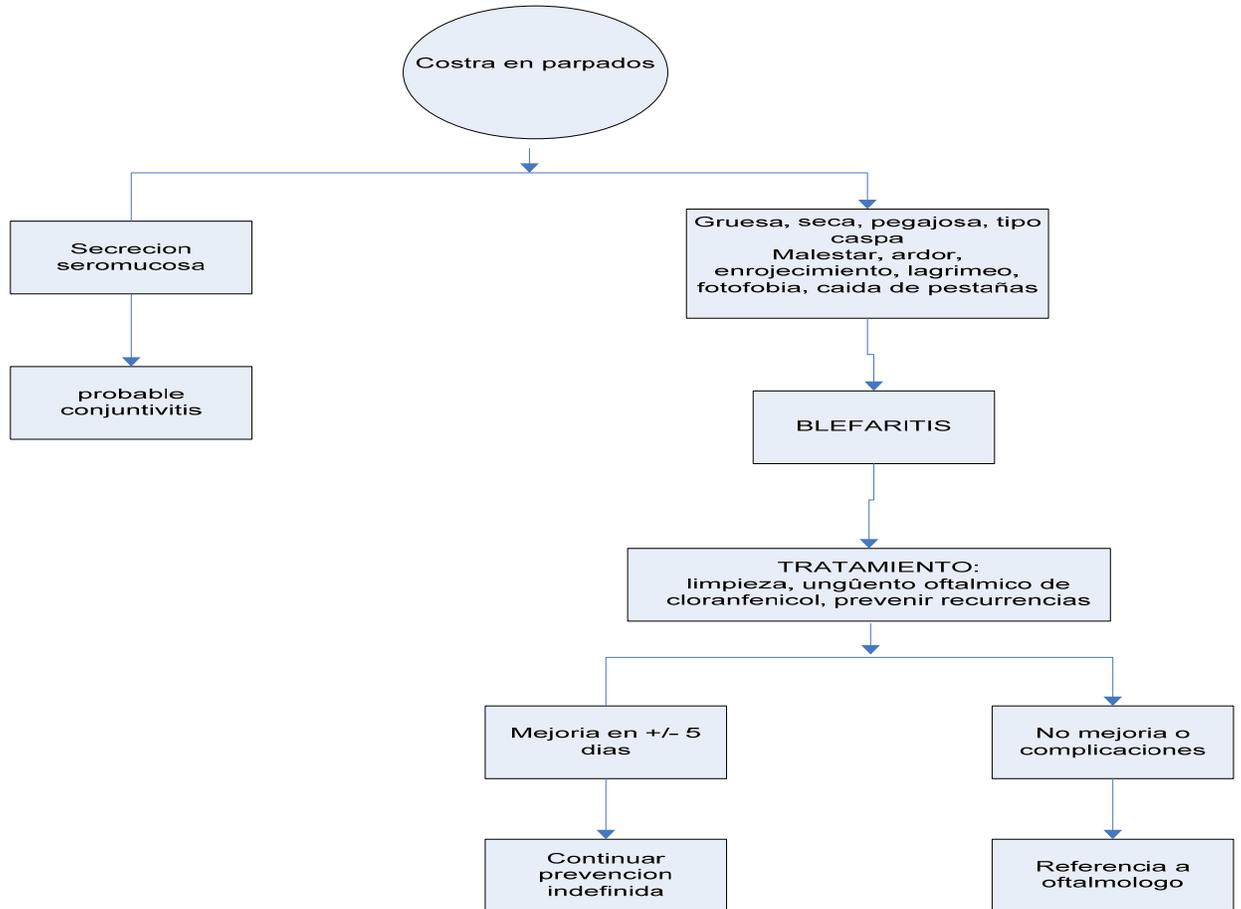
### **De Seguimiento:**

Control después de 5 días de tratamiento. Si no mejora es motivo de referencia a oftalmólogo.

### **De Referencia:**

Episodios recurrentes, falta de respuesta a la terapia inicial.

## VIII. Flujograma de atención



## 8. ORZUELO. CIE-10 H002-2 1.

### I. Definición.

El orzuelo es una infección de las glándulas sebáceas de los párpados.

### II. Epidemiología

El orzuelo es muy común en la población general pero particularmente en la pediátrica. Los pacientes con pobre higiene de las manos o aquellos con blefaritis suelen presentar la enfermedad con mayor frecuencia. El agente causal más común del orzuelo es estafilococo aureus.

En casos en los cuales los orzuelos se presentan de manera múltiple, intensa y repetida, debe considerarse seriamente la posibilidad de inmunodeficiencia, con frecuencia de tipo congénito.

### III. Manifestaciones Clínicas.

En el orzuelo el nódulo es blando, doloroso, eritematoso, de 5 a 10mm de diámetro, usualmente solitario, ocasionalmente múltiples o bilaterales, tipo absceso.

### IV. Métodos Diagnósticos.

El diagnóstico es clínico.

Evitar la manipulación de ojos con las manos por parte de los niños(as)

### V. Manejo Terapéutico

- Lavado de pestañas con shampoo de pH neutro.
- Compresas de agua tibia sobre el párpado comprometido durante 10 a 15 minutos 4 veces al día, para acelerar la resolución y mejorar el bienestar.
- No se debe intentar extirpar los orzuelos o cualquier protuberancia del párpado, sino dejarlos que drenen espontáneamente.
- Antibiótico tópico: Cloranfenicol, 4 veces al día, hasta 1 semana más después del control clínico.

- Casi nunca requiere antibiótico oral; sin embargo, en casos refractarios al antibiótico tópico se recomienda antibiótico oral Dicloxacilina 25 a 50mgKgdía cada 6 horas, o Eritromicina 50mgKgdía cada 6 horas por vía oral por 7 a 10 días.

## **VI. Educación en Salud**

- Lavado frecuente de manos en los niños(as).
- Evitar el contacto con niños con la enfermedad

## **VII. Criterios:**

- **De Seguimiento:**

El orzuelo típicamente resuelve dentro de 5 a 7 días

- **De Referencia:**

Si las lesiones son grandes mayores de 10 mm y no resuelven con tratamiento convencional.

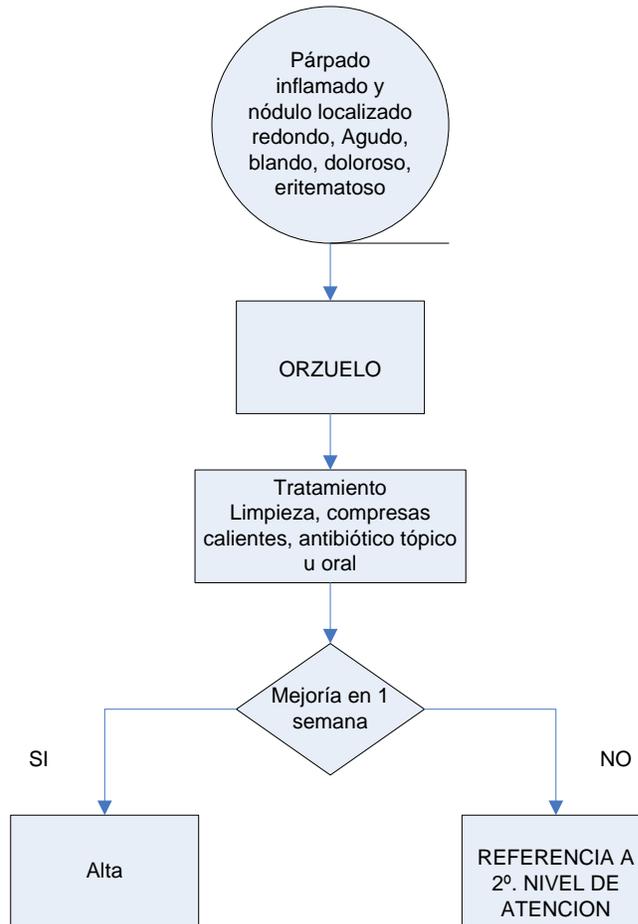
Si empeora o no mejora en una semana de tratamiento.

Si la protuberancia sangra.

Si se complica con celulitis periorbitaria o absceso.

Si presenta problemas con la visión.

## VIII. Flujograma de Atención.



### **III. DERMATOLOGIA**

8. Escabiosis
9. Pediculosis
10. Dermatitis del pañal
11. Impétigo /Celulitis

## 9. ESCABIOSIS CIE- 10: B86

### I. Definición

Enfermedad parasitaria de la piel, común y contagiosa, debida a la infestación por *Sarcoptes scabiei*.

### II. Epidemiología

La escabiosis es endémica en muchos países en desarrollo, generalmente esta asociada a la falta de higiene y el hacinamiento.

### III. Manifestaciones clínicas

- Erupción cutánea caracterizada por pápulas, vesículas o pústulas y túneles lineales, con prurito intenso especialmente por la noche.
- Las lesiones son frecuentemente complicadas por el rascado presentando excoriación, eccematización, descamación e infección secundaria.
- En lactantes y escolares la distribución de las lesiones incluye la cabeza, el cuello, la cara, las palmas y las plantas de los pies.
- En niños mayores hay predilección por la piel de los dedos, axilas, flexuras de los brazos y muñecas, áreas alrededor de los pezones, cintura, genitales y glúteos.

### IV. Método Diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico.

### V. Manejo Terapéutico:

Preferentemente con:

- Permetrin 5% loción, aprobado para lactantes y niños arriba de los dos meses, se aplica del cuello hasta los pies, se deja por 8 horas y luego se quita con el baño, una aplicación es suficiente.
- La ropa de cama y pijamas debe hervirse.

- Debe indicarse el tratamiento a todos los miembros de la familia, aunque no presenten la enfermedad.

#### **VI. Educación en Salud:**

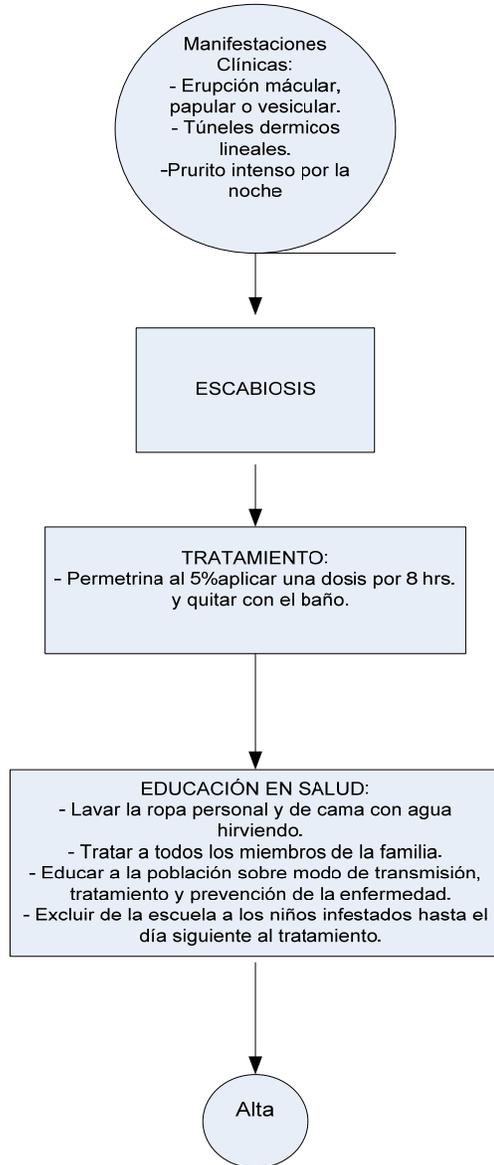
- Educar a la población y a la comunidad médica sobre el modo de transmisión, el diagnóstico temprano y el tratamiento de los pacientes infestados y de los contactos.
- Debe evitarse asistir a la escuela a los niños infestados hasta un día después del tratamiento.
- Insistir en que la ropa de cama y pijamas debe hervirse. Esta medida es necesaria en los pacientes con escabiosis, porque el ácaro se transmite fácilmente por fomites.
- Reforzar la importancia del tratamiento a todos los miembros de la familia.

#### **VII. Criterios**

##### **De Referencia**

Debido a que es una patología de evolución benigna, no existen criterios de referencia.

## VIII. Flujograma de atención



## 10. PEDICULOSIS CIE-10: B85

### I. Definición

Enfermedad parasitaria del pelo y cuero cabelludo por *Pediculus humanus* (piojos) de la variedad *capitis*.

### II. Epidemiología

La pediculosis *capitis* es el tipo más frecuente en niños. El contagio se produce por contacto directo. Son frecuentes los brotes escolares.

### III. Manifestaciones clínicas

Los parásitos anidan en el pelo y produce prurito intenso. Afecta principalmente a la región occipital y parietal.

### IV. Método Diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico.

### V. Manejo Terapéutico:

#### 1. Pediculosis del cabello:

Permetrina champú al 1.0%, aplicar durante 10 minutos con enjuague posterior. Repetir a los 7-10 días.

#### 2. Pediculosis de pestañas:

Vaselina tópica 3-4 veces al día, durante 8-10 días, eliminando las liendres por medios mecánicos.

### VI. Educación en Salud:

- a) Educación a los padres sobre la utilidad de destruir a las liendres y a los piojos mediante la detección temprana y un tratamiento inocuo y minucioso del cabello.
- b) Evitar el contacto físico con las personas infestadas y sus pertenencias, en especial los peines, la ropa personal y de cama.
- c) Realizar una inspección periódica directa de todos los niños que convivan en grupos, en busca de liendres, piojos de la cabeza y cuando esté indicado, revisar en cuerpo y la ropa en busca de piojos del cuerpo.

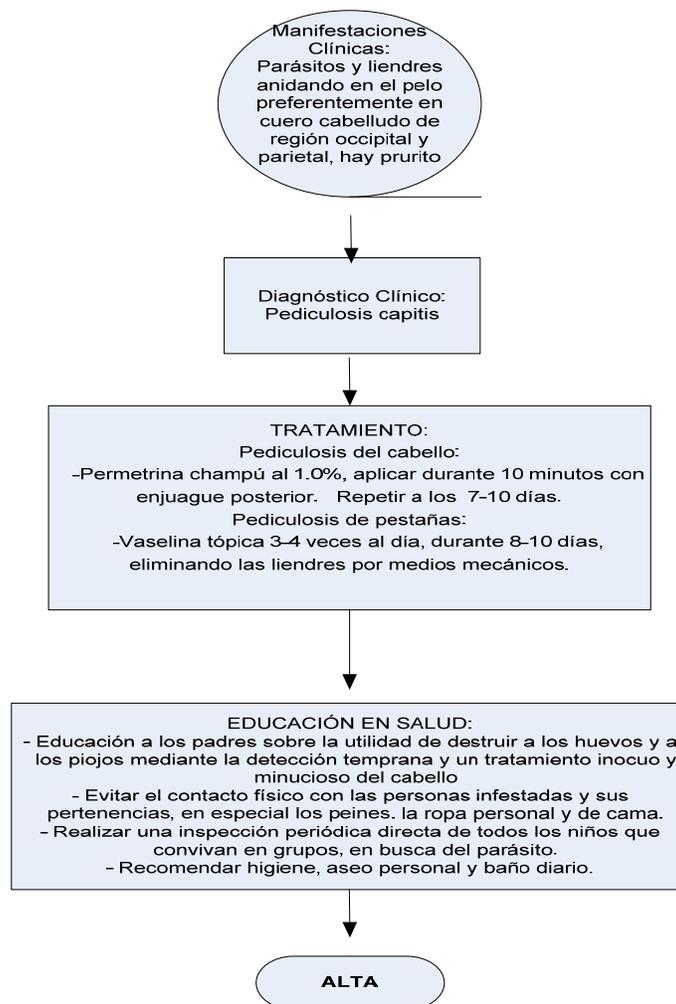
d) Recomendaciones de higiene, aseo personal, baño diario y lavado del cabello.

## VII. Criterios

### De Referencia

Debido a que es una patología de evolución benigna no existen criterios de referencia.

### VII. Flujograma de Pediculosis:



## **11. DERMATITIS DEL PAÑAL. CIE10: L20**

### **I. Definición**

El proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal

### **II. Epidemiología**

El 25% de los niños(as) que usan pañales (diaper) la presentan, sin embargo, puede presentarse a cualquier edad. No hay diferencias por sexo o raza, afecta mas comúnmente a los lactantes y la mayor incidencia es entre los 9 y 12 meses de edad. Los niños con antecedente de eczema o dermatitis atópica son más susceptibles a padecerla. Los factores nutricionales como una dieta pobre en Biotina o disminución en los depósitos del Zinc pueden ser factores predisponentes, al igual que la inmunosupresión.

### **III. Manifestaciones Clínicas.**

Inicialmente se presenta un área eritematosa localizada, asintomática que puede progresar a un eritema doloroso, confluyente con maceración y erosiones, a menudo con lesiones papulovesiculares o bulosas. La erupción puede afectar la parte baja del abdomen, muslos, glúteos, genitales, perineo y área crural.

### **IV. Diagnóstico Clínico.**

Presencia de las lesiones características. Si las placas son intertriginosas rojas, con lesiones satélites se sospechara sobreinfección por Candida, y si existen erosiones con costra melicérica y linfadenopatías pensar en S. aureus.

## V. Manejo terapéutico

- Oxido de Zinc. Es la primera línea de terapia ya que tiene propiedades antisépticas y astringentes, juega un papel importante en la cicatrización y tiene bajo riesgo de producir dermatitis o alergia por contacto.
- Esteroides. Un ciclo corto de esteroide tópico de baja potencia es frecuentemente necesario en la dermatitis del pañal de moderada a severa. La hidrocortisona al 1% puede ser aplicada en las áreas afectadas 2 veces al día por 5 a 7 días. Los esteroides de mediana y alta potencia nunca deben usarse en el área del pañal (C)
- Antifúngico. Si hay Candidiasis sobreagregada, un agente antifúngico debe ser indicado: clotrimazole tópico 1% aplicado 2 veces al día en el área afectada hasta la resolución de los síntomas.
- Antibiótico tópico. El uso de neomicina + bacitracina está indicado si hay erosiones, úlceras o infección sobreagregada como terapia complementaria dos veces al día por 5 días.

## VI. Educación en Salud:

Se debe proveer educación a los padres o a los cuidadores del bebé sobre la importancia de la prevención de la dermatitis del pañal:

3. Mantener la piel limpia y seca.
4. Cambiar frecuentemente los pañales. Si usa pañales desechables que sean de material súper absorbente. Comparados con los pañales de tela, los desechables disminuyen la prevalencia y la severidad de la dermatitis.
5. Lavar los genitales con agua y un jabón neutro (libre de irritante y sin perfume). Evitar jabones antibacterianos.
6. Aplicar frecuentemente un agente tópico protector después de lavar los genitales.
7. Las toallas desechables libres de alcohol para la limpieza del bebé no han demostrado diferencias en los resultados al ser comparadas con la limpieza con agua y jabón.

8. Suplementación de Zinc en casos de sospechar deficiencia, suplementar de acuerdo a norma. Zinc oral 3 - 5 mgrs /kg/día de zinc elemental.
9. Talco, fécula de maíz o aceite mineral no deben aplicarse pues pueden mezclarse con orina o heces y formar elementos irritantes.

## **VII. Criterios:**

- De Seguimiento.

Solo en casos de lesiones extensas o sobreinfección debe controlarse al paciente en 48 horas.

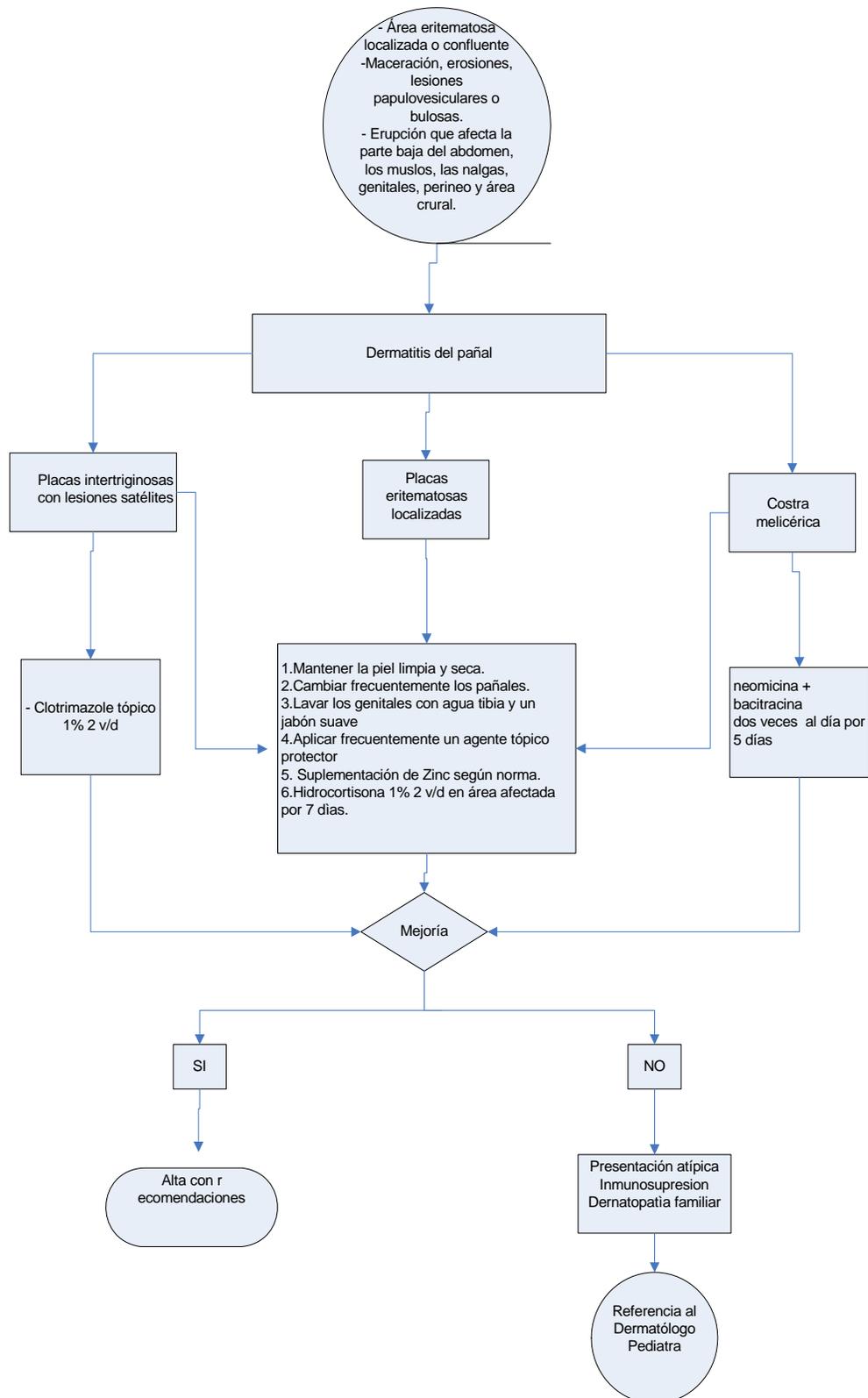
- De curación.

Desaparecimiento de las lesiones dérmicas.

- De Referencia.

Al dermatólogo pediatra: Presentaciones atípicas de dermatitis del pañal, paciente inmuno-comprometidos o dermatopatías familiares.

## VIII. Flujograma de Atención



## 12. IMPÉTIGO Y CELULITIS CIE10: L00-L08

### I. Definición

Impétigo es una infección de la piel caracterizada por vesículas, ampollas, úlceras y/ o costras. Mientras que la celulitis compromete el tejido conectivo, con eritema, edema.

### II. Epidemiología

Infección cutánea superficial causada por *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o ambos. Clínicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocócico del estreptocócico (actualmente 80% por estafilococo, 15% ambos y entre un 15-20% estreptococo). Altamente contagioso, se propaga fácilmente por contacto directo. Máxima incidencia entre los 2 y 6 años.

Existen dos formas clásicas: impétigo no ampolloso e impétigo ampolloso.

### III. Manifestaciones Clínicas.

Impétigo. Lesiones cutáneas en la cara, labios o en extremidades, que se diseminan a otras áreas si la persona se rasca. Se conocen dos variedades el no ampolloso (costroso) y el ampolloso (buloso). El primero, es el más frecuente, con el 70% de los casos. El primero comienza como un grupo de ampollas pequeñas que revientan, seguido de supuración y formación de una costra gruesa, color café o miel, que se adhiere firmemente a la piel con linfadenopatía periférica. La forma ampollosa afecta principalmente lactantes y niños pequeños, las ampollas flácidas y transparentes se rompen fácilmente dejando una área erosiva y húmeda.

Celulitis. Es una infección de la piel que afecta tejido celular subcutáneo más profundo que la erisipela. El inicio es repentino, con bordes pronunciados y crece rápidamente en las primeras 24 horas. La apariencia de la piel es tensa, brillante, "estirada", con dolor o sensibilidad y calor en el área. La Fiebre y otros signos de infección pueden estar presentes: escalofrío, sudoración, fatiga, mialgias y

malestar general. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, sin embargo, cuando se presenta a nivel facial, peri-orbitaria u orbitaria, constituye una emergencia y deberá referirse de inmediato.

#### **IV. Diagnóstico Clínico.**

La identificación requiere atención cuidadosa a los detalles de la historia clínica y el examen físico.

#### **V. Manejo terapéutico**

- Médico:

Antibióticoterapia / Impétigo.

- Neomicina + Bacitracina (Crema) 2 -3 veces al día en el área afectada.
- La limpieza y descostrado con agua limpia y jabón suave está indicado en caso de lesiones impetiginizadas.

Antibióticoterapia / Celulitis.

- Dicloxacilina 25 – 50 mg/kg/día, dividido en 3 a 4 dosis, por un período de 7 a 10 días es el tratamiento de elección. En caso de alergia a la penicilina puede usarse: Eritromicina 40 mg/kg/día dividido en 3 a 4 dosis por igual tiempo de tratamiento. El cual puede prolongarse dependiendo de la severidad de las lesiones.
- Manejo de la fiebre y dolor. Se recomienda Acetaminofén a 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas por necesidad. Dosis máxima diaria de 90 mg/kg/día. Repetir no antes de 4 horas. El Ibuprofeno: 5-10 mg/kg/dosis cada 6 – 8 horas puede utilizarse para controlar el dolor, siempre que no haya evidencia de complicaciones renales. Dosis máxima diaria de 40 mg/kg/día. Recomendados por 3 días. Repetir según necesidad no antes de 6 horas.

## **VI. Educación en salud:**

- Baño diario.
- Corte y limpieza de uñas
- Recomendaciones a los padres sobre consultar nuevamente si no desaparecen las lesiones o el aparecimiento de signos sistémicos de infección.

## **VII. Criterios:**

### 1. De Seguimiento.

- Se debe controlar a las 48 horas para evaluar signos de infección sistémica y respuesta al tratamiento.

### 2. De riesgo:

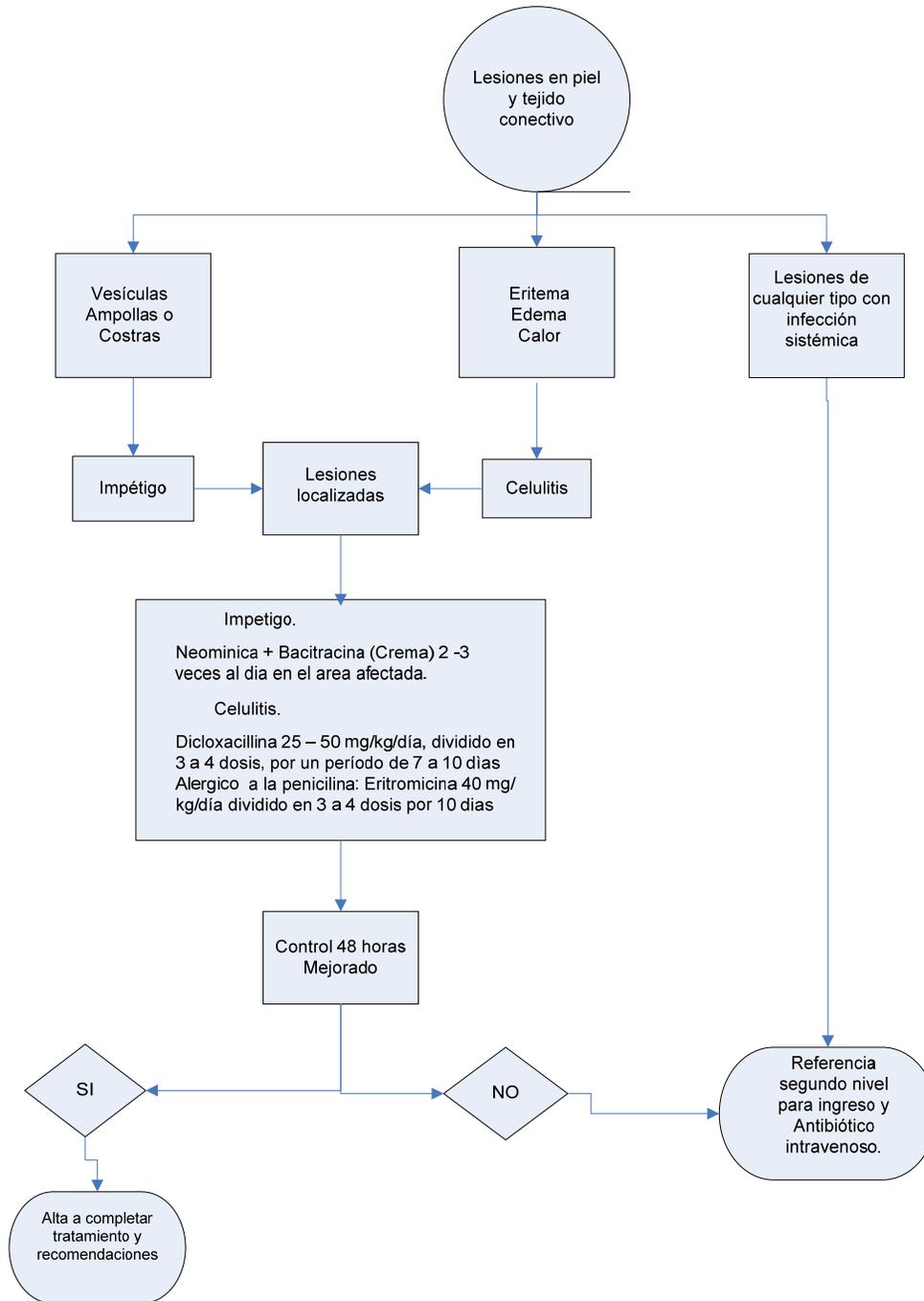
- Inmunosupresión.
- La diseminación de la infección a otras partes del cuerpo.
- Sospecha de infección sistémica (sepsis, meningitis, linfangitis)
- Insuficiencia renal (Glomerulonefritis posestreptocócica).
- Puede ocurrir daño permanente en la piel y cicatrización.

### 3. De Referencia.

- Signos de infección sistémica, aspecto tóxico.
- Fiebre > 38.5 °C.
- Celulitis facial, peri orbitaria u orbitaria
- Presencia de factores de riesgo, complicaciones o enfermedades coexistentes.
- Evidencia de lesiones necrozantes, crepitantes o abscesos que necesiten terapia intravenosa.

- Afectación ósea o articular (Artritis séptica u osteomielitis).
- Intolerancia a la vía oral.
- Neonatos o niños menores de un año de edad.

### VIII. Flujograma de Atención



## **IV. GASTROENTEROLOGIA**

12. Trichuriasis
13. Ascariasis
14. Amibiasis
15. Giardiasis

## **13. TRICHURIASIS: CIE-10: B79**

### **I. Definición**

Es una infestación intestinal causada por el nemátodo *Trichuris trichiura*, que comúnmente se encuentra en la tierra y vegetales contaminados. A la enfermedad también se le denomina Tricocefalosis.

### **II. Epidemiología**

Esta enfermedad afecta al ser humano y tiene una amplia distribución geográfica, con predominio en las zonas cálidas y húmedas de los países tropicales. Posee una alta prevalencia mundial, ya que ocupa el tercer lugar dentro de los geohelminintos.

Los síntomas francos se encuentran en proporción al número de parásitos y es especialmente grave en niños desnutridos.

### **III. Manifestaciones Clínicas:**

Las infestaciones leves pasan inadvertidas o asintomáticas.

En infestaciones severas se observan más de 30 huevos por miligramo de materias fecales, producen:

- Dolor Abdominal
- Colitis
- Cuadro disentérico con abundante moco y sangre.
- Tenesmo
- Prolapso rectal, sobre todo en niños desnutridos.

### **IV. Métodos Diagnósticos.**

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y preferentemente confirmarse con un examen general de heces en el que se observa la presencia de huevos de *Trichuris trichiura* en las heces.

## **V. Manejo Terapéutico:**

Mebendazol: dosis en niños mayores de 2 años 100mg.c/12h x 3 días, en niños menores de 2 años 50mg c/ 12h x 3 días, vía oral, o

Albendazol: dosis en niños mayores de 2 años 400 mg dosis única, en niños menores de 2 años 200 mg dosis única.

## **VI. Educación en Salud**

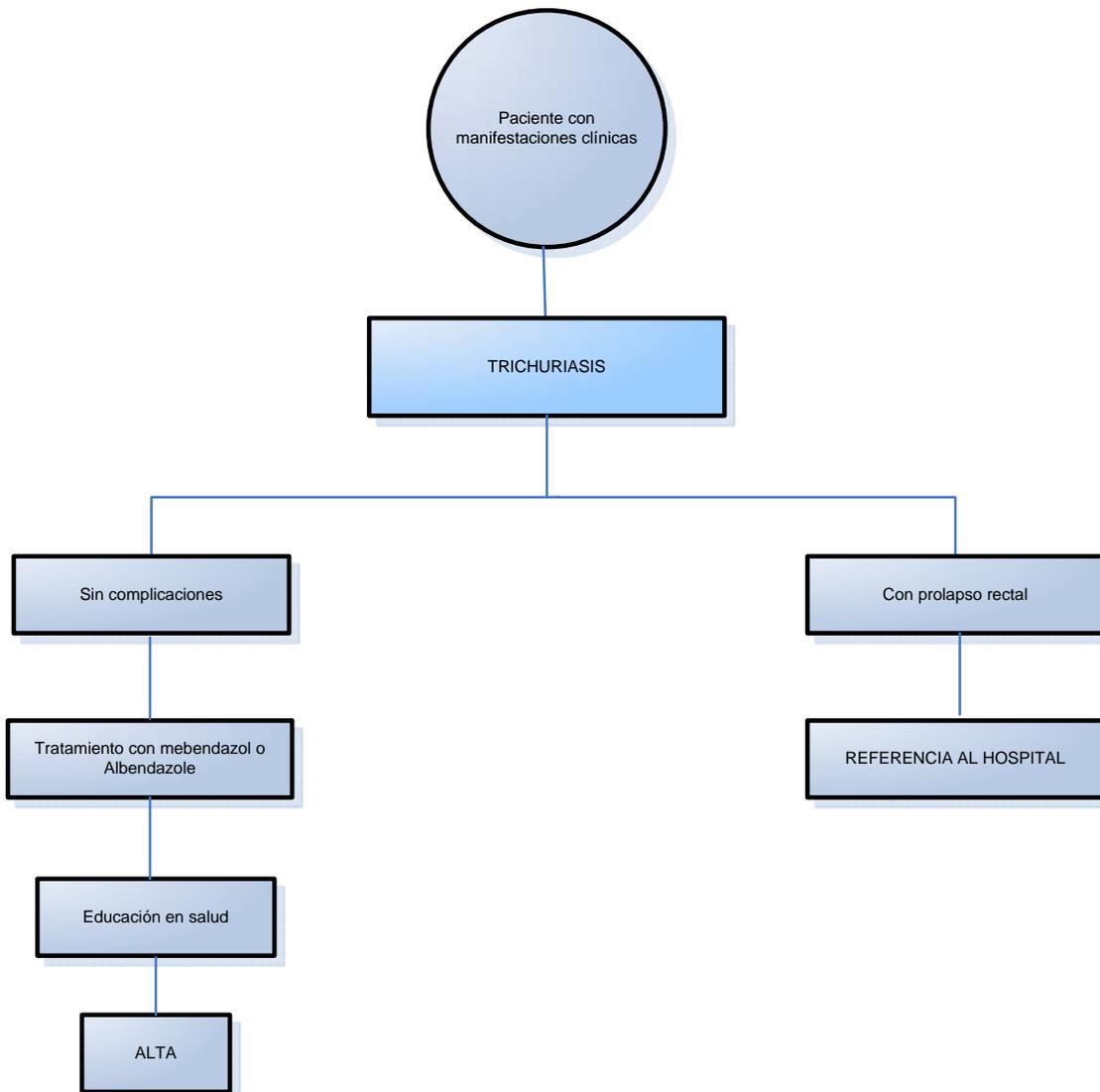
- Higiene personal: Fomentar el lavado vigoroso de manos, antes de la preparación de alimentos, posterior al uso del sanitario y al cambio de pañales; mantener las uñas cortas.
- Ingesta de agua hervida, filtrada, tratada adecuadamente o con hipoclorito de sodio (Puriagua).
- Eliminación correcta de aguas residuales y deposición adecuada de excretas.
- Desinfección de frutas y verduras, si es posible desinfección con solución yodada.
- Chequeo y control de la persona que manipula los alimentos.

## **VII. Criterios**

### **De Referencia**

Cuadros que presenten prolapso rectal.

## VIII. Flujograma de Atención



## **14. ASCARIASIS: CIE-10. B77**

### **I. Definición de la Enfermedad**

Ascariasis es la infestación intestinal por helmintos más común en el ser humano, causada por el nematodo intestinal *Áscaris lumbricoides*.

### **II. Epidemiología**

Enfermedad adquirida por la ingestión de huevos de *Áscaris lumbricoides* encontrados en la tierra y vegetales contaminados. Se encuentra ampliamente distribuido en el mundo, coincidiendo la mayor prevalencia geográfica con las áreas de desnutrición.

Las infestaciones por helmintos causan mayor morbilidad en las poblaciones de menor edad que en adultos. Los estudios sugieren que los niños infestados por helmintos presentan deterioro en su desarrollo físico, inmunológico, intelectual y cognitivo.

La ascariasis es endémica en América Central.

### **III. Manifestaciones Clínicas**

Esta enfermedad puede tener un curso asintomático; sin embargo, suele afectar un amplio grupo de pacientes observándose manifestaciones de diversos sistemas y órganos:

- Dolor abdominal difuso, como síntoma más frecuente.
- Distensión abdominal.
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- La gravedad de la enfermedad es proporcional al número de parásitos, pueden aparecer cuadros obstructivos a partir de infestaciones masivas.
- Entre las complicaciones graves figura la obstrucción intestinal, del conducto pancreático, colédoco o apéndice.

#### **IV. Métodos Diagnósticos**

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y preferentemente confirmarse con un examen general de heces que evidencie la presencia de huevos en las heces, o se observe la expulsión de gusanos adultos por el ano, la boca o la nariz.

#### **V. Manejo Terapéutico**

- IX. Mebendazol: dosis en niños mayores de 2 años 100mg.c/12h x 3 días, en niños menores de 2 años 50mg c/ 12h x 3días, vía oral, o
- X. Albendazol: dosis en niños mayores de 2 años 400 mg dosis única, en niños menores de 2 años 200 mg dosis única.

#### **VI. Educación en Salud**

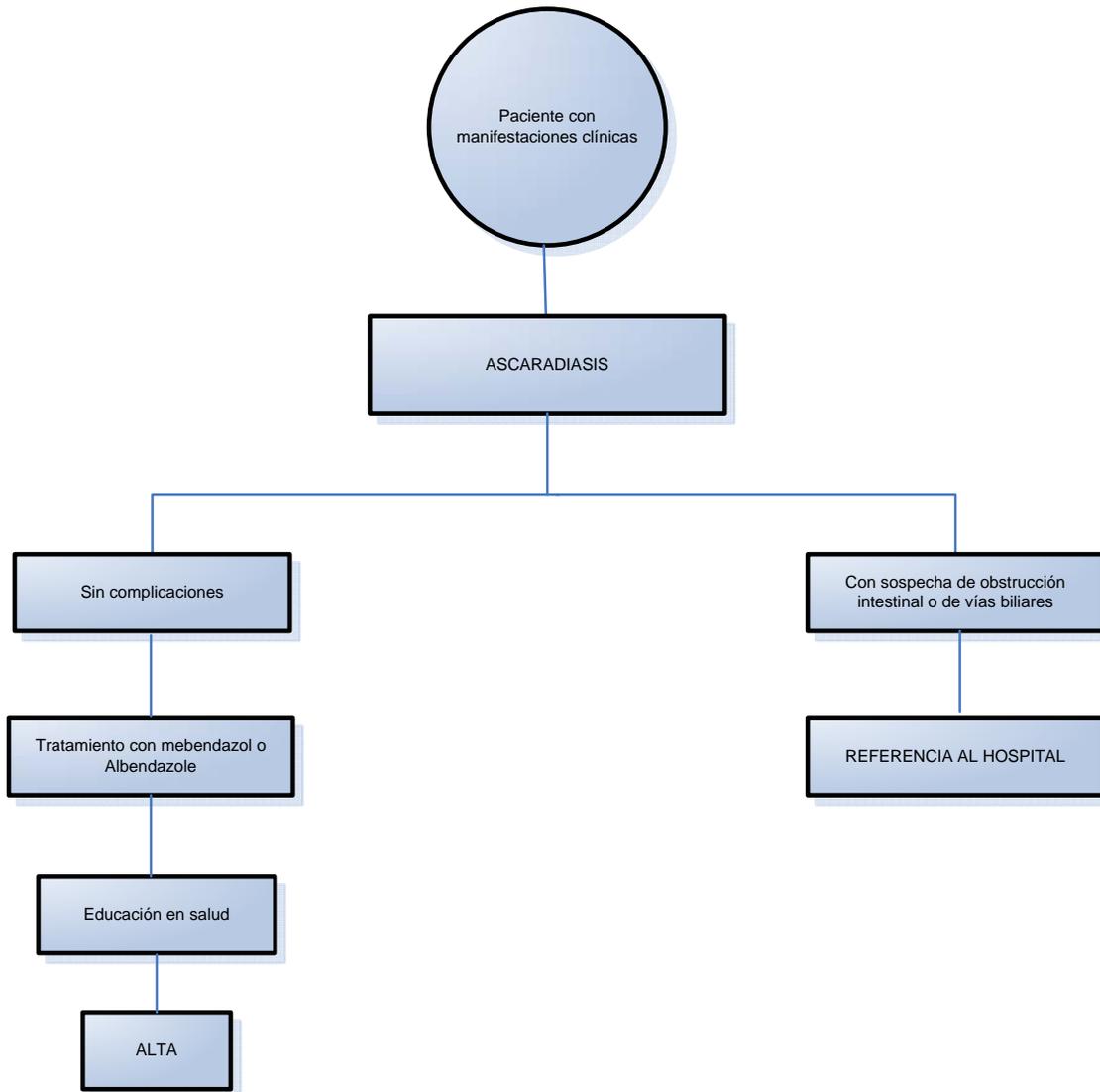
- Higiene personal: Fomentar el lavado vigoroso de manos, antes de la preparación de alimentos, posterior al uso del sanitario y al cambio de pañales; mantener las uñas cortas.
- Ingesta de agua hervida, filtrada, tratada adecuadamente o con hipoclorito de sodio (Puriagua).
- Eliminación correcta de aguas residuales y deposición adecuada de excretas.
- Desinfección de frutas y verduras, si es posible desinfección con solución yodada.
- Chequeo y control de la persona que manipula los alimentos.

#### **VII. Criterios**

##### **De Referencia:**

Ante presencia de complicaciones, tales como: sospecha de obstrucción intestinal o vías biliares.

## VIII. Flujograma de Atención



## 15. AMIBIASIS INTESTINAL CIE-10 A 06.9

### I. Definición de la Enfermedad

Es una enfermedad intestinal o extraintestinal causada por la Entamoeba histolytica. La infección puede producir cuadros sintomáticos y asintomáticos, es decir portadores sanos.

### II. Epidemiología

Las infecciones por Entamoeba histolytica son transmitidas persona a persona por la vía ano-mano-boca y por ingesta de alimentos o consumo de agua contaminados.

Es de distribución universal, a nivel mundial alrededor de 480 millones de personas sufren de amibiasis.

### III. Manifestaciones Clínicas

- La infestación amibiana intestinal no invasiva, es usualmente asintomática y al paciente con esta condición se le denomina portador sano.
- La amibiasis intestinal es sintomática cuando invade la pared del intestino; los trofozoitos invasores causan disentería aguda caracterizada por:
  - Diarrea muco-sanguinolenta.
  - Fiebre; en menos del 50% de pacientes con amibiasis invasiva.
  - Escalofríos, cólicos, pujo y tenesmo.

En los cuadros leves puede haber molestias intestinales inespecíficas acompañadas de diarrea con sangre y moco, que alterna con períodos de estreñimiento.

### IV. Métodos Diagnósticos

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y preferentemente confirmarse con un examen general de heces frescas, en el cual puede detectarse quistes y/o trofozoitos amibianos (con inclusiones sanguinolentas); el estudio de un mínimo de

tres muestras seriadas aumenta la probabilidad de descubrir el microorganismo, desde 50% en una sola muestra hasta de 85% con tres muestras.

## **V. Manejo Terapéutico**

- Tratamiento al portador sano o presencia de quistes en el examen general de heces: Furoato de diloxanida: dosis 20mg/kg/día, c/8h x 10 días, vía oral, máx. 1.5gr/día
- Tratamiento Amibiasis o con presencia de trofozoitos en el examen general de heces: Metronidazol: dosis 30-50mg/kg/día (Máx. 1gr por dosis) c/ 8h.x 10 días, vía oral,

Posterior a la administración de medicamentos para amibiasis invasiva o con presencia de trofozoitos en el examen general de heces se debe continuar con diloxanida, a igual dosis que en el tratamiento del portador sano.

## **VI. Educación en Salud**

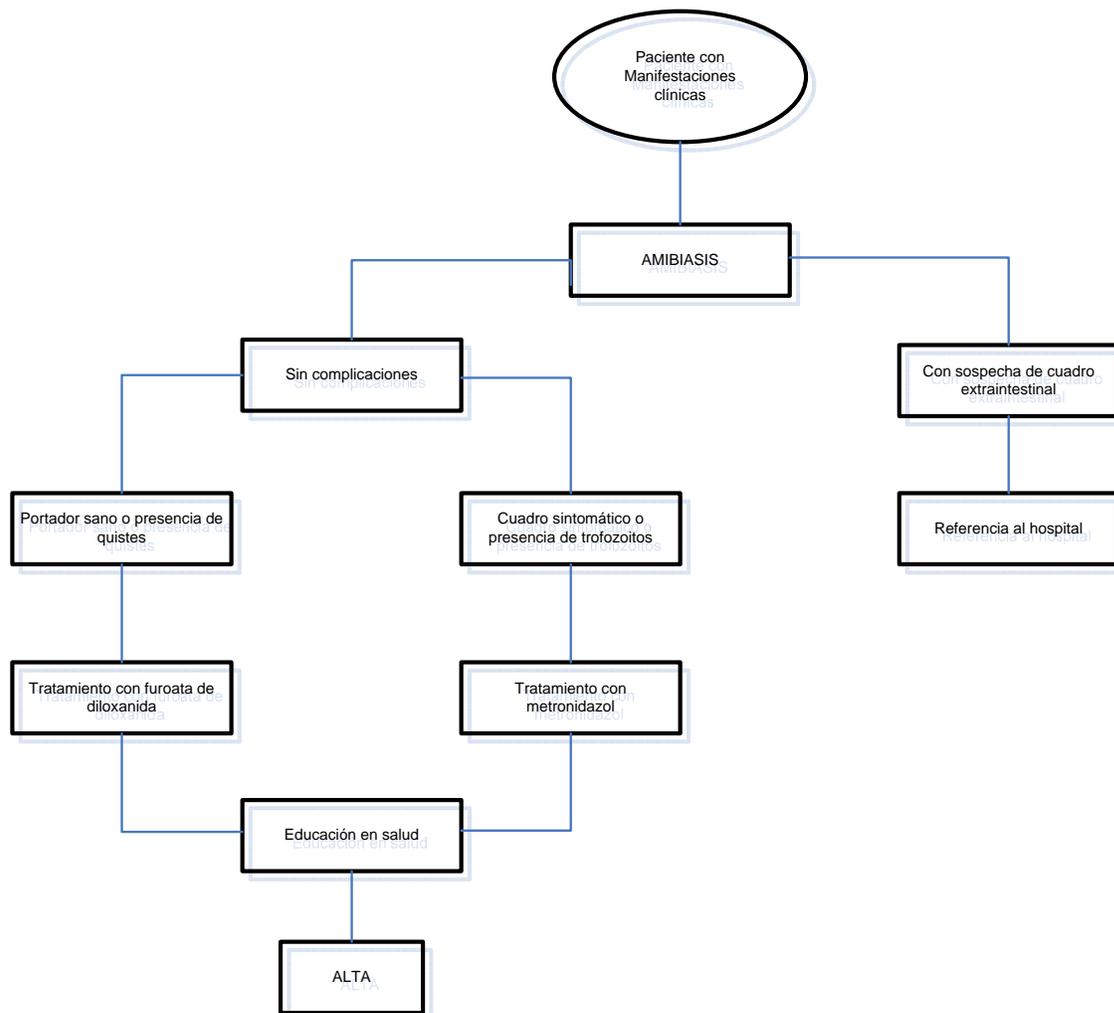
- Higiene personal: Fomentar el lavado vigoroso de manos, antes de la preparación de alimentos, posterior al uso del sanitario y al cambio de pañales; mantener las uñas cortas.
- Ingesta de agua hervida, filtrada, tratada adecuadamente o con hipoclorito de sodio (Puriagua).
- Eliminación correcta de aguas residuales y deposición adecuada de excretas.
- Desinfección de frutas y verduras, si es posible desinfección con solución yodada.
- Chequeo y control de la persona que manipula los alimentos.

## VII. Criterios

### De Referencia:

- Ante presencia de complicaciones.

## VIII. Flujoograma de Atención



## **16. GIARDIASIS CIE-10 A 07.1**

### **I. Definición de la Enfermedad**

Es la infestación de partes altas del intestino delgado (duodeno, yeyuno), por el protozoo flagelado *Giardia lamblia*, también puede afectar vías biliares. La infestación por este parásito produce cuadros sintomáticos y/o portadores sanos.

### **II. Epidemiología**

Las infestaciones por *Giardia lamblia*, son transmitidas de persona a persona por contaminación fecal de los alimentos, de fuentes de agua o de las manos. Poseen una distribución universal y es considerada como la infestación intestinal por protozoos más frecuente en la población mundial.

La población más afectada habitualmente es la pediátrica, la cual sufre estas infestaciones por tiempo prolongado y de forma severa, con consecuencias negativas para su crecimiento, desarrollo e incluso aprendizaje.

### **III. Manifestaciones Clínicas**

La infestación por *Giardia lamblia* tiene varias formas clínicas de presentación:

- Asintomática.
- Síndrome diarreico, que inicialmente puede ser agudo, hacerse persistente o llegar a la cronicidad.
- Dolor abdominal tipo cólico.
- Febrícula, irritabilidad.
- Distensión abdominal.
- Síndrome dispéptico.
- Trastornos de la absorción de grasas (esteatorrea).

### **IV. Métodos Diagnósticos**

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y preferentemente confirmarse con un examen general de heces. En el 85% de los pacientes se

detectan quistes o trofozoitos de Giardia, si se examinan tres muestras de heces seriadas.

## **V. Manejo Terapéutico**

Metronidazol: dosis 15mg/kg/día, c/8h x 7 días, vía oral.

## **VI. Educación en Salud**

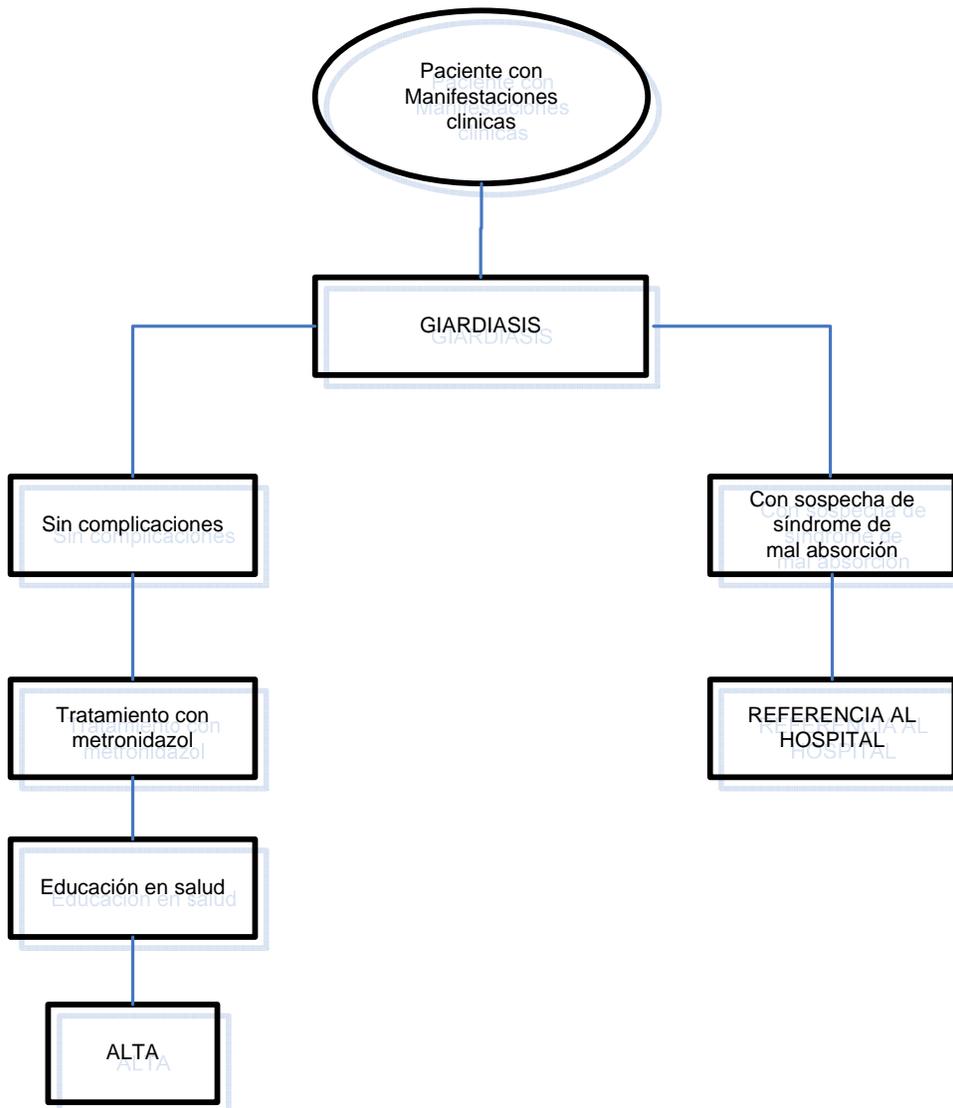
- Higiene personal: Fomentar el lavado vigoroso de manos, antes de la preparación de alimentos, posterior al uso del sanitario y al cambio de pañales; mantener las uñas cortas.
- Ingesta de agua hervida, filtrada, tratada adecuadamente o con hipoclorito de sodio (Puriagua).
- Eliminación correcta de aguas residuales y deposición adecuada de excretas.
- Desinfección de frutas y verduras, si es posible desinfección con solución yodada.
- Chequeo y control de la persona que manipula los alimentos.

## **VII. Criterios**

### **De referencia:**

Ante la presencia de complicaciones tales como Síndrome de malabsorción.

## VIII. Flujograma de Atención



## **V. INFECTOLOGIA**

16. Varicela
17. Rubéola
18. Hepatitis A
19. IVU
20. Vulvovaginitis

## **17. VARICELA CIE-BO1.9.**

### **I. Definición**

Se considera una enfermedad, o una expresión clínica producida por la infección del virus varicela –zoster. La varicela expresa la primo infección y el zoster representa las recurrencias.

### **II. Epidemiología**

La distribución del virus es mundial, es una enfermedad muy contagiosa, la mayoría de personas en países desarrollados se infectan en la infancia (90%).

La principal fuente de infección son las lesiones varicelosas.

### **III. Manifestaciones clínicas**

El periodo prodrómico suele durar 2-3 días, se caracteriza por: fiebre de leve a moderada intensidad, malestar general, y faringitis seguida de un exantema generalizado. Cada elemento del exantema pasa por las fases: macula, pápula, vesícula, costra, siguiendo un curso independiente de las demás.

El exantema inicia en el tórax, extendiéndose al resto del cuerpo incluyendo el cuero cabelludo, suele ser muy pruriginoso, lo que provoca lesiones de rascado que pueden sobre infectarse por bacterias.

Por lo general las manifestaciones sistémicas son leves o inexistentes. Puede haber afectación en la mucosa oral y genital caracterizada por pequeñas úlceras.

Las complicaciones pueden ser:

- Afectación del sistema nervioso central
- Neumonías
- Presencia de hemorragias
- Síndrome de Reye
- Artritis poli articulares

#### **IV. Método Diagnóstico**

El diagnóstico es eminentemente clínico.

#### **V. Manejo Terapéutico:**

El manejo de la varicela incluye:

- Acetaminofén 10 a 15 mg/Kg/dosis cada 4 o 6 horas, para el manejo de la fiebre, debe evitarse el uso de salicilatos.
- Antihistamínicos: Clorfeniramina 3.5 mg/Kg/día repartido en 3 dosis durante 5 días para el manejo de prurito.
- Ante la presencia de infecciones sobreagregadas considerar el uso de antibióticos.

#### **VI. Educación en salud:**

- VI. Limitar el contacto del paciente enfermo con susceptibles para evitar su contagio.
- VII. Recomendar el lavado de manos y recorte de uñas para evitar excoりaciones de las lesiones por rascado.

#### **VII. Criterios**

##### **De riesgo:**

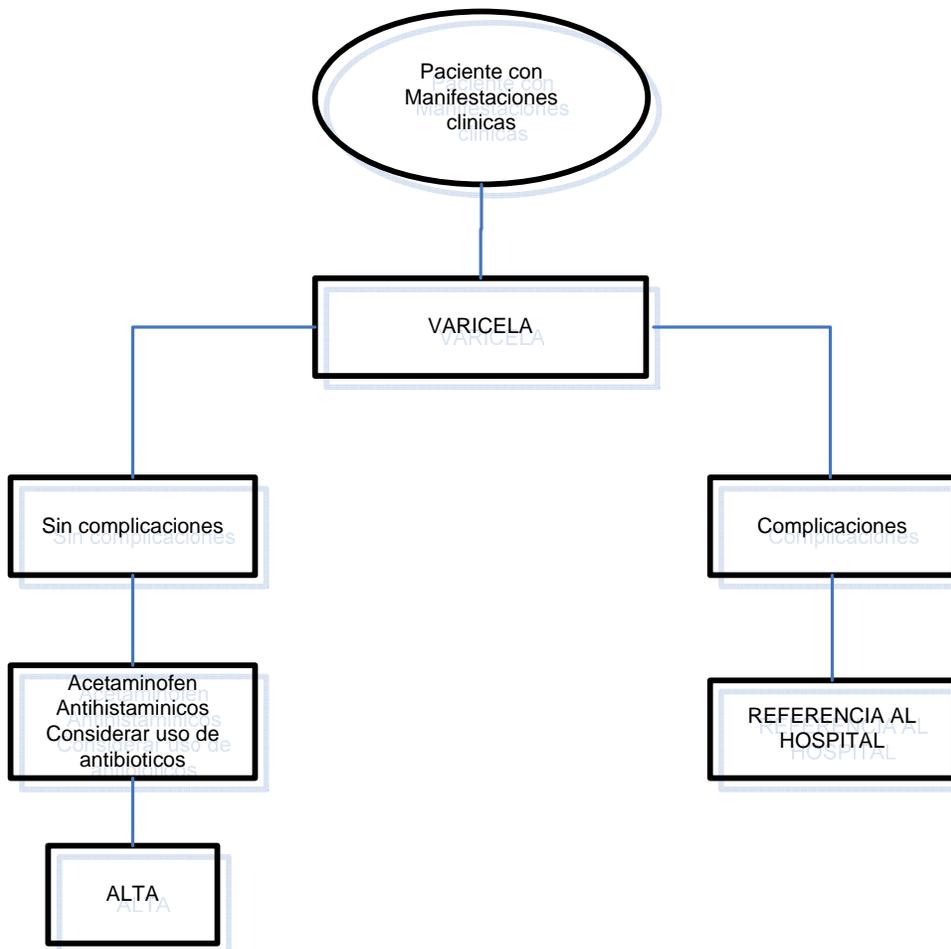
Pacientes inmunocomprometidos, o con enfermedades crónicas.

##### **De Referencia:**

Complicaciones

Inmunodeficiencias o enfermedades crónicas.

## VIII. Flujograma de Atención



## **18. RUBEOLA CIE-10 B.06**

### **I. Definición**

Es una enfermedad viral infectocontagiosa frecuente en la niñez, caracterizada por síntomas leves como: febrícula, exantema eritematoso y maculopapular, crecimiento de ganglios linfáticos suboccipitales, retroauriculares y cervicales posteriores.

### **II. Epidemiología**

Tiene una distribución mundial, endémica en grandes ciudades, el ser humano es el único reservorio natural, se propaga por secreciones orales, y por vía transplacentaria, anteriormente el grupo infectado estaba entre los 5 a 14 años, actualmente la mayoría de casos ocurre entre adolescentes y adultos jóvenes.

Los anticuerpos maternos protegen durante los primeros 6 meses, afecta a ambos sexos por igual.

El momento de mayor infección coincide con el inicio del exantema pero el riesgo abarca 1 semana antes hasta una semana después de la erupción.

La proporción de casos subclínicos puede llegar a ser de un 20-50% de casos.

### **III. Manifestaciones Clínicas**

La enfermedad presenta tres periodos:

- El periodo de incubación: es de 14 a 21 días.
- El periodo prodrómico: duración entre 2 a 5 días, con sintomatología leve, en ocasiones este periodo puede semejar un cuadro catarral, febrícula, malestar general, cefalea, anorexia, conjuntivitis, coriza, odinofagia, tos, adenopatías, y exantema.
- El periodo exantemático: con una duración aproximada de tres días, y que se caracteriza por la aparición del exantema maculopapular, este inicia en cara y luego se extiende a cuello, brazos, tronco, y miembros inferiores en dirección centrifuga, su evolución es tan rápida que puede estar apareciendo en el tronco

y desapareciendo en la cara, puede haber prurito leve usualmente no hay descamación.

- Las adenopatías son el signo más característico, el crecimiento de los ganglios inicia 7 días antes de la aparición del exantema; son generalizadas pero más notorias las sub-occipitales, retro-auriculares y cervicales. El mayor tamaño de las adenopatías se observan en los dos primeros días del exantema, para disminuir posteriormente y permanecer palpables 7 días o más después del exantema.

#### **IV. Métodos Diagnósticos:**

El diagnóstico es clínico.

La OMS considera caso sospechoso: paciente de cualquier edad con exantema maculo-papular, febrícula, adenopatías retro-auriculares y/o sub-occipitales, puede acompañarse de artralgia /artritis.

#### **V. Tratamiento**

El manejo de la varicela incluye:

- Acetaminofén 10 a 15 mg/Kg/dosis cada 4 o 6 horas, para el manejo de la fiebre, debe evitarse el uso de salicilatos.
- Antihistamínicos: Clorfeniramina 3.5 mg/Kg/día repartido en 3 dosis durante 5 días para el manejo de prurito.
- Ante la presencia de infecciones sobre-agregadas considerar el uso de antibióticos.

#### **VI. Educación en salud:**

Explicar a los padres la naturaleza viral y benigna de la evolución de la enfermedad, y que la infección durante el embarazo ocasiona riesgo de malformaciones congénitas del feto, motivo por el cual se debe evitar el contacto de pacientes que padezcan la enfermedad con mujeres en edad fértil.

Debe vigilarse el cumplimiento del esquema de vacunación.

## VII. Criterios

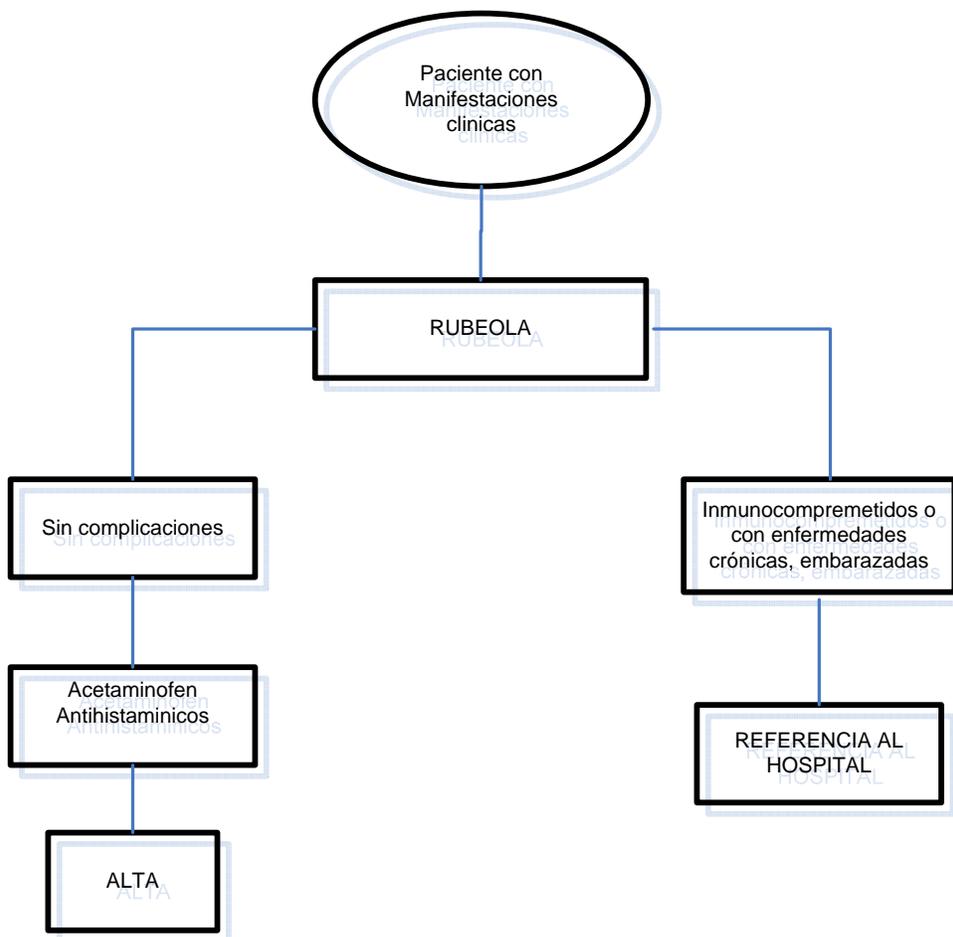
### De Riesgo:

Pacientes inmuno-comprometidos, o con enfermedades crónicas, embarazadas y mujeres en edad fértil.

### De Referencia:

Inmunodeficiencias o enfermedades crónicas.

## VIII. Flujograma de Atención



## 9. HEPATITIS AGUDA TIPO A CIE-10 B.15

### I. Definición

Inflamación hepática aguda, secundaria a la infección por el virus de la hepatitis A.

### II. Epidemiología

El virus de la hepatitis A es la causa mas frecuente de hepatitis viral.

La distribución del virus es mundial, pero es más frecuente en países en vías de desarrollo, en los cuales la prevalencia es alta. La mayoría de infecciones en menores de 5 años son asintomáticas o producen manifestaciones leves inespecíficas.

La transmisión de virus se hace de persona a persona y se propaga por vía fecal-oral, el periodo de incubación es de 4 semanas con un intervalo de 15-50 días, el virus puede transmitirse dos semanas antes que aparezca la ictericia y hasta dos semanas después de la aparición franca de los síntomas clínicos.

### III. Manifestaciones clínicas

En la mayoría de niños la infección por el virus de hepatitis A pasa clínicamente inadvertida. El signo que más sugiere el diagnóstico es la ictericia, pero la presentación anictérica representa el 80% en lactantes y 50% en escolares. Antes de iniciarse la ictericia es frecuente que aparezca coluria y heces hipo-cólicas.

En las formas ictéricas se describen clásicamente tres fases:

- Prei-ctérica: nauseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre menor de 39 ° C. Al examen físico se encuentra hepatomegalia usualmente dolorosa a la palpación.
- Ictérica: dura usualmente 2 – 3 semanas, pero puede persistir hasta 6 semanas. El 15% de pacientes presentan esplenomegalia, la presencia de ascitis o edema periférico sugiere una forma severa de hepatitis. En esta fase se incrementan las transaminasas en cifras de 10 -100 veces los valores normales.

- Convalescencia: los hallazgos físicos desaparecen, se resuelve la ictericia, y las transaminasas se normalizan, esta etapa dura entre 6 y 12 semanas.

La mayoría de pacientes se recuperan totalmente, pero existe un 0.1% de complicación a hepatitis fulminante. Después de superar la infección no persiste viremia y/o excreción fecal del virus, tampoco existe riesgo de enfermedad hepática crónica.

#### **IV. Métodos Diagnóstico**

En la mayoría de los casos el diagnóstico es eminentemente clínico.

#### **V. Manejo Terapéutico:**

El paciente con Hepatitis A debe manejarse de acuerdo a la sintomatología que se presente, recomendando:

- Ingesta abundante de líquidos.
- Dieta balanceada evitando restricciones dietéticas.
- Actividad física limitada.

Los medicamentos “hepatoprotectores” no han mostrado ser de beneficio en el tratamiento de esta enfermedad. Los esteroides están contraindicados, al igual que el tratamiento con antiretrovirales.

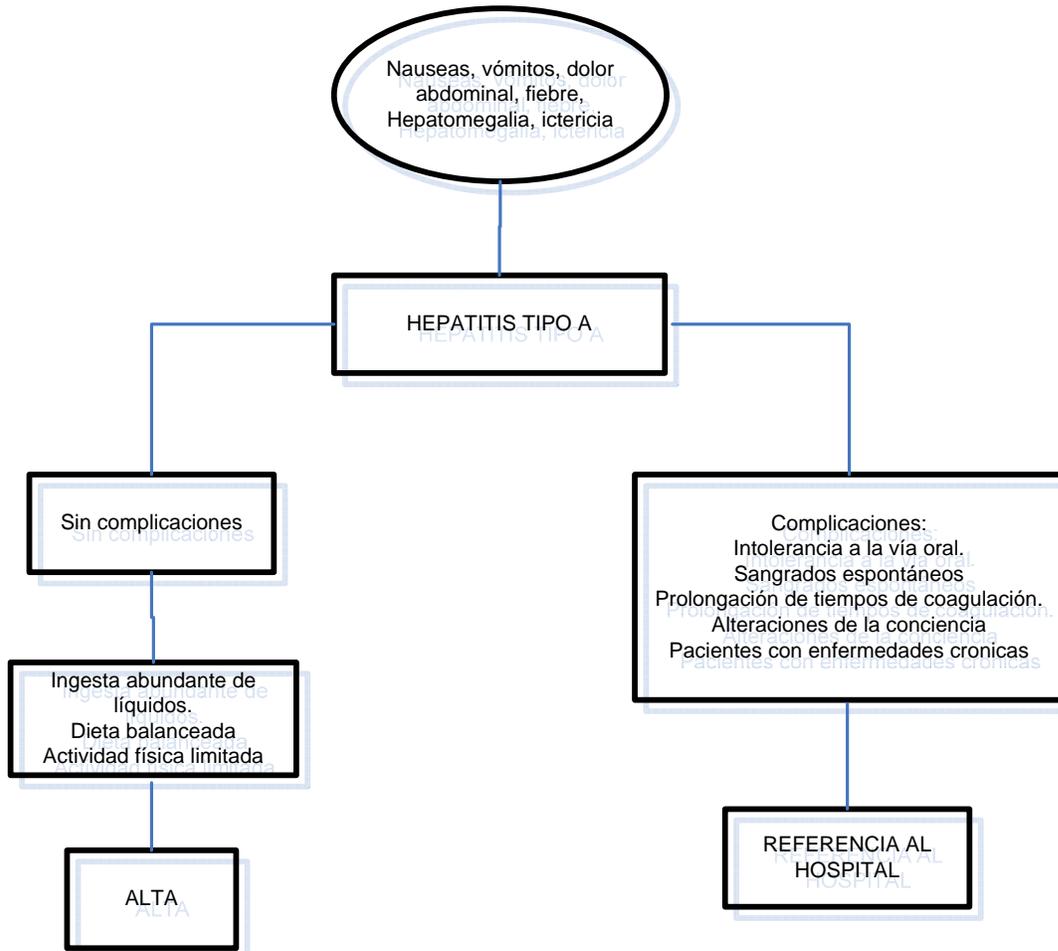
#### **VI. Educación en salud:**

Es importante prevenir el contagio, por lo cual debe evitarse el contacto con el paciente infectado. Además deben promoverse los hábitos higiénicos como el adecuado lavado de manos, de frutas y verduras, buena disposición de las excretas y de los desechos sólidos, para evitar la propagación de la enfermedad.

#### **VII. Criterios De referencia:**

Intolerancia a la vía oral, sangrados espontáneos, prolongación de tiempos de coagulación, alteraciones de la conciencia, pacientes con enfermedades crónicas.

## VIII. Flujoograma de Atención



## 20. INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU) CIE 10: N39.0

### I. Definición

Es la existencia de bacterias en el tracto urinario, acompañado de manifestaciones clínicas.

### II. Epidemiología

Hay mayor prevalencia en las niñas que en los niños. En niños menores de 1 año 3 % y en las niñas es del 7%, en tanto que en niños mayores de 1 año es el 2 % y en niñas alcanza el 8%.

La Escherichia coli, es el organismo más frecuente en la primera infección provocando mas del 80% de los casos. Klebsiella species, es el segundo microorganismo encontrado y es visto en menores de 1 año de edad. Proteus species, puede ser mas frecuente en varones.

### III. Manifestaciones Clínicas

En los neonatos: ictericia, manifestaciones de sepsis, vómitos y fiebre.

En lactantes y preescolares: diarrea, vómitos, fiebre, olor fuerte a orina, dolor abdominal o en flancos, nuevo inicio de incontinencia urinaria, además disuria y urgencia urinaria (en preescolares).

Escolares: vómitos, fiebre, olor fuerte a orina, dolor abdominal o en flancos, nuevo inicio de incontinencia urinaria, disuria, urgencia urinaria y frecuencia urinaria.

### IV. Métodos Diagnóstico

Diagnóstico de presunción de infección del tracto urinario: Examen general de orina o una prueba rápida anormal con sintomatología clínica sugestiva mientras se reporta el urocultivo.

Un examen general de orina que presente leucocituria de más de 10 leucocitos/campo, presencia de nitritos y proteinuria, con o sin hematíes en el sedimento urinario, es sugestivo de infección de vías urinarias.

La presencia de leucocitos en orina también se puede presentar en pacientes febriles, con trauma genital, vulvitis o vulvo-vaginitis y dermatitis del pañal. En estos pacientes debe documentarse la infección urinaria a través del urocultivo.

Diagnostico definitivo de infección del tracto urinario: se hace con urocultivo positivo en niños con perfil clínico sugestivo.

Se recomienda la obtención de una muestra limpia a mitad del chorro previa limpieza de los genitales con agua y jabón. La muestra con bolsa recolectora, también debe realizarse con limpieza de genitales y con un tiempo de colección menor de 30 minutos. Si la muestra no es procesada prontamente, debería ser refrigerada para prevenir el crecimiento de microorganismos a temperatura ambiente

#### **V. Manejo Terapéutico de la infección del tracto urinario:**

- Tratamiento ambulatorio:
  1. Líquidos abundantes.
  2. Antitérmicos: medios físicos o acetaminofén 10 mg/Kg./dosis c/4-6 horas  
Máximo 5 dosis en 24 horas.
  3. Antimicrobianos:

##### Para uso oral:

- Amoxicilina, 40-60 mg/kg/ día en 3 dosis, por 10 días.
- TMP/SMX (En mayores de 6 meses), 10 mg/Kg/día en base a TMP repartido en 2 dosis por 10 días.

#### **VI. Criterios**

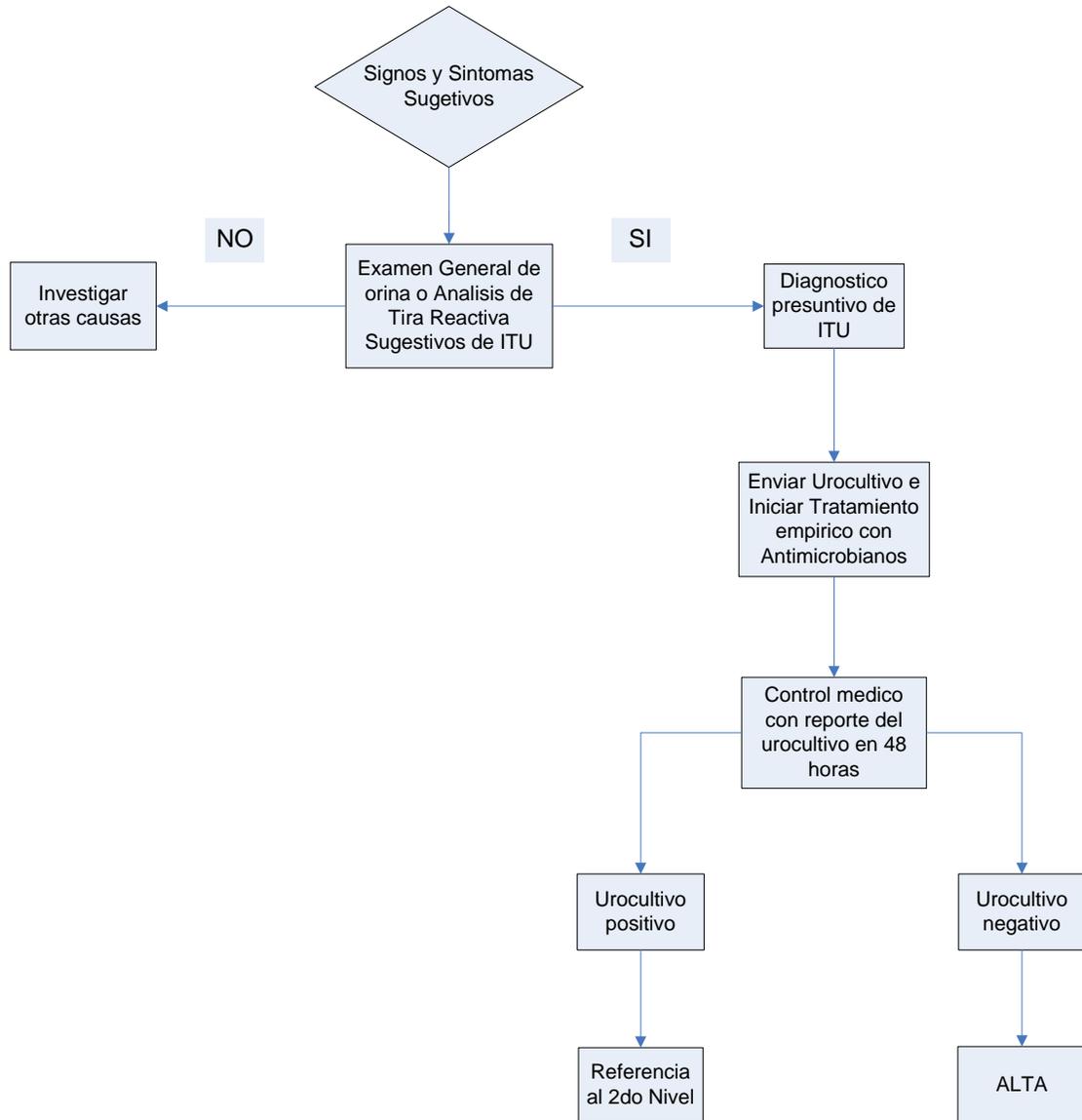
##### **De seguimiento:**

Control medico después de 72 horas para reevaluar la respuesta clínica al tratamiento con antibiótico. (El reporte de urocultivo puede hacer variar la terapéutica).

**De referencia:**

- A. Paciente que ameriten ingreso hospitalario:
  - 1. Pacientes que requieran antibióticos intravenosos debido a enfermedad Severa o falta de respuesta a la antibióticoterapia oral.
  - 2. Pacientes menores de 3 meses.
- B. Paciente con infección del tracto urinario comprobada con urocultivo positivo para estudio.
- C. Falta de respuesta a tratamiento antibiótico a las 72 horas de iniciado.

## VII. FLUJOGRAMA DE ATENCION



## 21. VULVOVAGINITIS (CIE 10- N76.0)

### I. Definición.

Es la inflamación de los tejidos de la vulva y de la vagina, que puede estar acompañada o no de secreción vaginal.

### II. Epidemiología

La epidemiología y presentación de vulvovaginitis en niñas difiere si se presenta en la infancia o en la adolescencia. En la infancia, la infección inicia en la vulva con invasión secundaria a la vagina; en las adolescentes la infección es predominantemente vaginal y se produce particularmente después de contacto sexual<sup>1</sup>.

Es una afección muy frecuente, constituyendo el 25% de las consultas en Ginecología pediátrica (1).

### III. Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: prurito, secreción (color, cantidad, olor, consistencia, y duración), disuria, y enrojecimiento ocasionado por inadecuada higiene perineal.

Las vulvovaginitis se clasifican en inespecíficas y específicas, según los factores etiológicos involucrados.

**Vulvovaginitis inespecíficas:** son aquellas en las que se encuentra una flora bacteriana generalmente mixta, constituida por gérmenes habituales de la vagina.

La etiología de las vulvovaginitis inespecíficas es entre otras causas:

- Higiene inadecuada, contacto con agentes irritantes: jabones perfumados, papel higiénico, ropas sintéticas o ajustadas, obesidad, etc.
- Cuerpo extraño, traumatismos

Este tipo de presentación representa el 60-70% de las vulvovaginitis en la etapa prepuberal, el resto corresponde a las vulvovaginitis específicas.

**Vulvovaginitis específicas:** son aquéllas en las que se detecta un germen, generalmente único, que **no** forma parte de la flora endógena habitual de la vagina.

Son generalmente debidas a la transmisión de microorganismos respiratorios, entéricos y de transmisión sexual, como: Bacterias, parásitos y hongos.

#### **IV. Método Diagnóstico**

El diagnóstico se debe basar en la interpretación de los hallazgos clínicos.

El examen físico es muy importante y debe realizarse estando presente la enfermera, la madre, el padre, o ambos.

En niñas, el periné e introito vaginal pueden ser inspeccionados estando la niña en posición supina o en posición de rodilla-pecho (posición de rana).

Los labios pueden ser retraídos suavemente para poder visualizar la vagina.

Alguna anormalidad del himen puede explorarse si se sospecha abuso sexual.

En el caso de una adolescente con actividad sexual, se debe realizar un examen pélvico completo.

Cuando se presenta sangrado o secreción con mal olor debe sospecharse la presencia de cuerpo extraño. En este caso el examen debe realizarse en un centro de mayor complejidad de atención.

Debe investigarse asimismo: eritema vulvar o vulvoanal, flujo vaginal (observando y describiendo las características), lesiones agregadas (úlceras, pápulas, pústulas, condilomas)

#### **V. Manejo Terapéutico**

##### 1) Medidas generales:

- Uso de ropa interior de algodón holgada
- Lavado de genitales con jabones neutros.
- Técnica de limpieza perineal desde vulva hasta ano y nunca de ano a vulva para evitar arrastre de gérmenes de la zona anal a la vulvar.
- No compartir toallas ni ropa interior.

- Evitar el baño de inmersión y el empleo de esponjas.
- Higiene apropiada incluyendo lavado de manos

## 2) Medidas locales

Para la inflamación y el prurito, colocar cremas locales de acuerdo a la sospecha clínica:

Ante la presencia de lesiones micóticas, tratar con: Clotrimazol al 1% + Hidrocortisona al 1% mezclados, aplicándose dos veces al día por 5 a 7 días.

## 3) Tratamiento con antibióticos

Ante la presencia de de flujo purulento y/o fétido, tratar con Amoxicilina: 80 mg/ kg/día, c/ 12hrs. por 10 días. Si no cede Dicloxacilina 25 a 50 mg / kg peso / día dividido en 3 dosis por 7 a 10 días. Si no responde al tratamiento referir al 2do nivel.

## **VI. Educación en Salud.**

- Lavado de manos después de ir al baño.
- Después de defecar hacer aseo anal de vulva hacia ano y no viceversa.
- Lavado de manos, especialmente después de jugar con tierra o arena, para evitar irritación o contaminación bacteriana de la vulva.
- Evitar en lo posible uso de vestuario muy ajustado, ropa interior impermeable, y obesidad para evitar irritación vulvar.
- Educar a la niña en cuanto a prevenir la posibilidad la introducción de cuerpo extraño intravaginal.
- No dejar a las niñas solas ni en compañía de personas desconocidas para evitar cualquier posible abuso sexual.

## **VII. Criterios**

### **De Referencia:**

Se deberá referir al segundo nivel de atención de acuerdo a las siguientes situaciones:

- Paciente que no responde al tratamiento habitual.
- Paciente que necesita estudio de laboratorio o gabinete.
- Paciente con cuadro de evolución crónica.
- Sospecha de cuerpo extraño vaginal.
- Cuando se sospecha abuso sexual

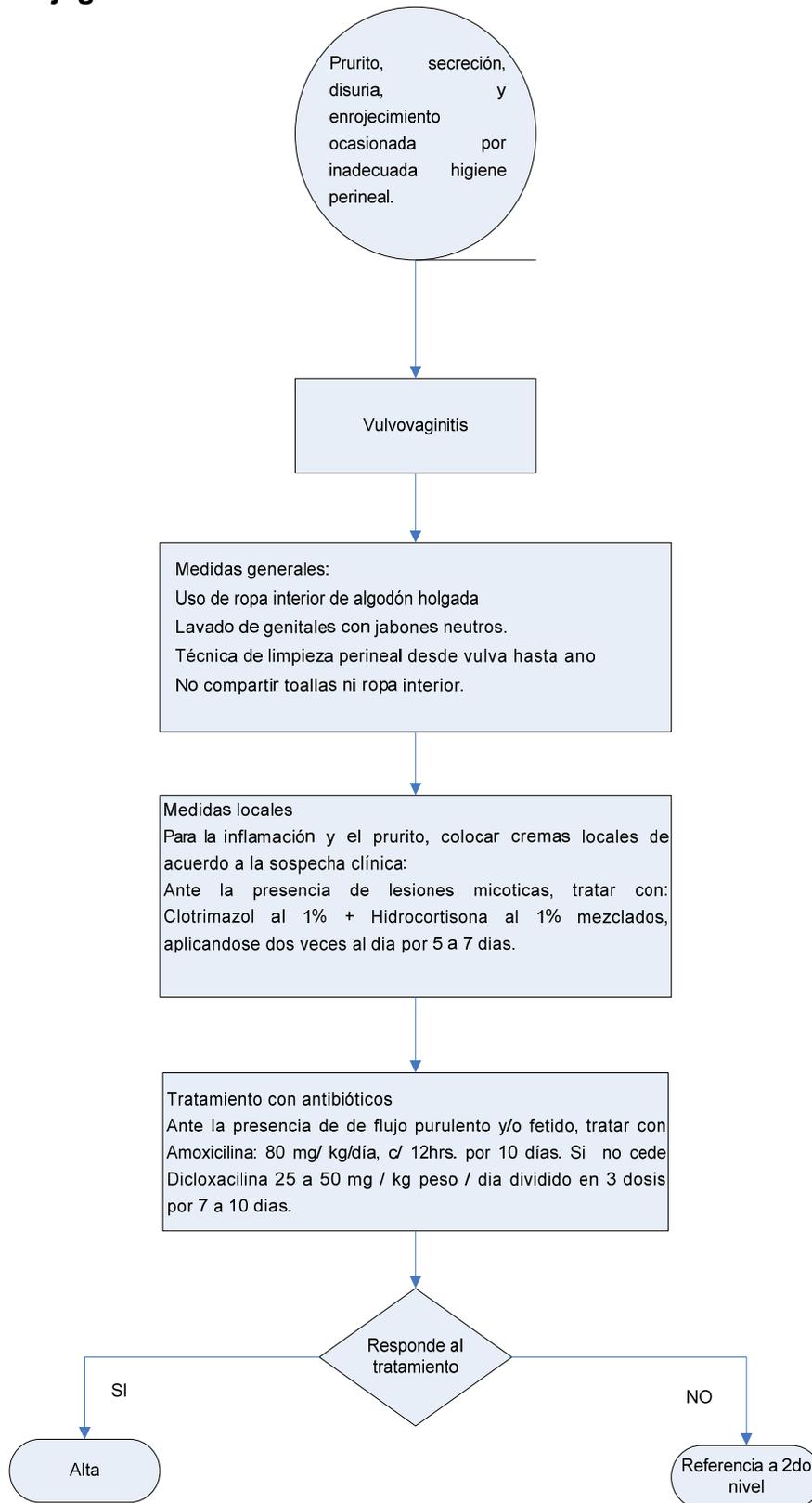
### **De seguimiento:**

Control postratamiento a las 72 horas para determinar cura clínica, bacteriológica, o parasitaria.

### **De Riesgo:**

- I. La proliferación de microorganismos que no forman parte de la flora vaginal.
- II. Anomalías congénitas anales y/o vaginales.
- III. Hábitos exploratorios y masturbatorios propios de la edad.(2)
- IV. Pobre higiene después de orinar y defecar, favoreciendo la contaminación de la vulva.
- V. Inadecuado lavado de manos, especialmente después de jugar con tierra o arena, pudiendo agregar irritación o contaminación bacteriana de la vulva.
- VI. Vestuario muy ajustado, ropa interior impermeable, y obesidad puede contribuir a irritación vulvar.
- VII. Cuerpo extraño vaginal
- VIII. Abuso sexual.
- IX. Explicar a los padres que la enfermedad es de tipo banal y que no le va a producir esterilidad o cáncer.

## Flujograma de Atención



## **VI. ORTOPEDIA**

21. Displasia de la cadera
22. Genu Varo
23. Genu Valgo
24. Pie Plano

## 22. DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA (CIE-10-Q65)

### I. Definición.

La displasia evolutiva de la cadera incluye desde la luxación (dislocación franca), la subluxación (dislocación parcial) y la inestabilidad o luxabilidad (la cabeza entra y sale del acetábulo), hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular.

Estos hallazgos pueden, realmente, no estar presentes al nacer e ir apareciendo a lo largo del desarrollo, por lo que el término *evolutiva* tiene mayor exactitud que el de *congénita*: la displasia de cadera se puede producir intraútero, en la etapa perinatal o durante la lactancia o la infancia.

### II. Epidemiología.

La incidencia de caderas luxadas es de 1-1,5 por mil recién nacidos vivos, siendo mas frecuente la cadera luxable o inestable que es de un 10-15 por mil recién nacidos vivos. Si no se tratan es muy probable su evolución, en 12 meses, hacia una incapacidad, tan grave como fácil de evitar.

La displasia de la cadera está asociada a las siguientes situaciones:

1. Es mas frecuente en niñas (más del doble que en varones).
2. Es más frecuente en embarazos con presentación podálica (4.5 veces más).
3. Existen antecedentes familiares y puede asociarse a otras deformidades visibles.

La presencia de dos factores de riesgo reúne a más del 60% de los casos, lo que obliga a la práctica de ecografía de caderas hacia las seis semanas de vida. La cadera izquierda se afectada con una frecuencia tres veces superior que la derecha.

### III. Manifestaciones clínicas.

Maniobras de Ortolani en periodo neonatal .

La maniobra de Ortolani pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole nosotros las caderas y rodillas en un ángulo de 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2º y 3er dedo que apretarán el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2º y 3º presionando el trocánter hacia dentro, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce oiremos un “cloc” fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. La percepción de un chasquido, crepitación o clic es normal y no debe inducir a sospecha clínica de DEC.



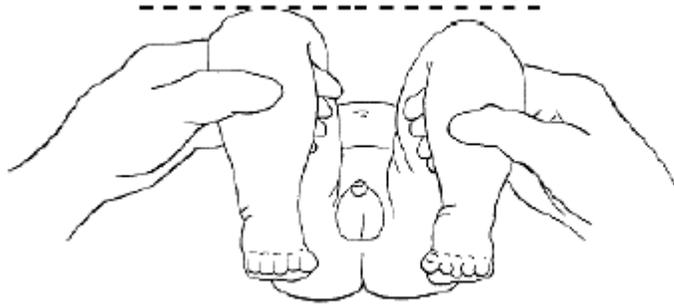
La prueba de Ortolani traduce cadera luxable o displásica.

Después del primer mes de vida la maniobra de Ortolani, ya no está indicada por bajar su sensibilidad y está plenamente contraindicada por su insensibilidad y el riesgo de producir necrosis aséptica de cabeza femoral.

#### CONTROLES SUBSECUENTES.

Se debe realizar en cada control del primer año de vida una exploración cuidadosa de las caderas (sobre todo mediante abducción forzada de muslos y observación de asimetrías) puede detectar signos indirectos de luxación.

Las asimetrías de pliegues, o la desviación de la vulva en las niñas, o la actitud asimétrica de los miembros (explorada en decúbito supino), o el acortamiento de un muslo (se exploran mejor en flexión).



#### **IV. Métodos diagnósticos.**

Un 50% de los casos de displasia de la cadera se diagnostican sólo por las maniobras de Ortolani durante el período neonatal.

En etapas posteriores, el diagnóstico se realiza con estudios de gabinete en el segundo nivel donde exista ultrasonografía o en el tercer nivel de atención.

#### **V. Manejo Terapéutico.**

Ante la positividad de la maniobra de Ortolani se referirá el paciente al hospital de segundo nivel lo más pronto posible.

La aplicación de doble o triple pañal no es recomendable, ya que nunca se ha podido demostrar su eficacia.

#### **VI. Educación para la salud.**

1. Proporcionar consejería a los padres ante la presencia de:
  - Historia familiar de displasia de la cadera y del sexo femenino
  - Presentación podálica.
2. Realizar maniobra de Ortolani en el periodo neonatal.
3. Examinar las caderas en cada control de niño sano.

## VII. Criterios

### Criterios de Referencia

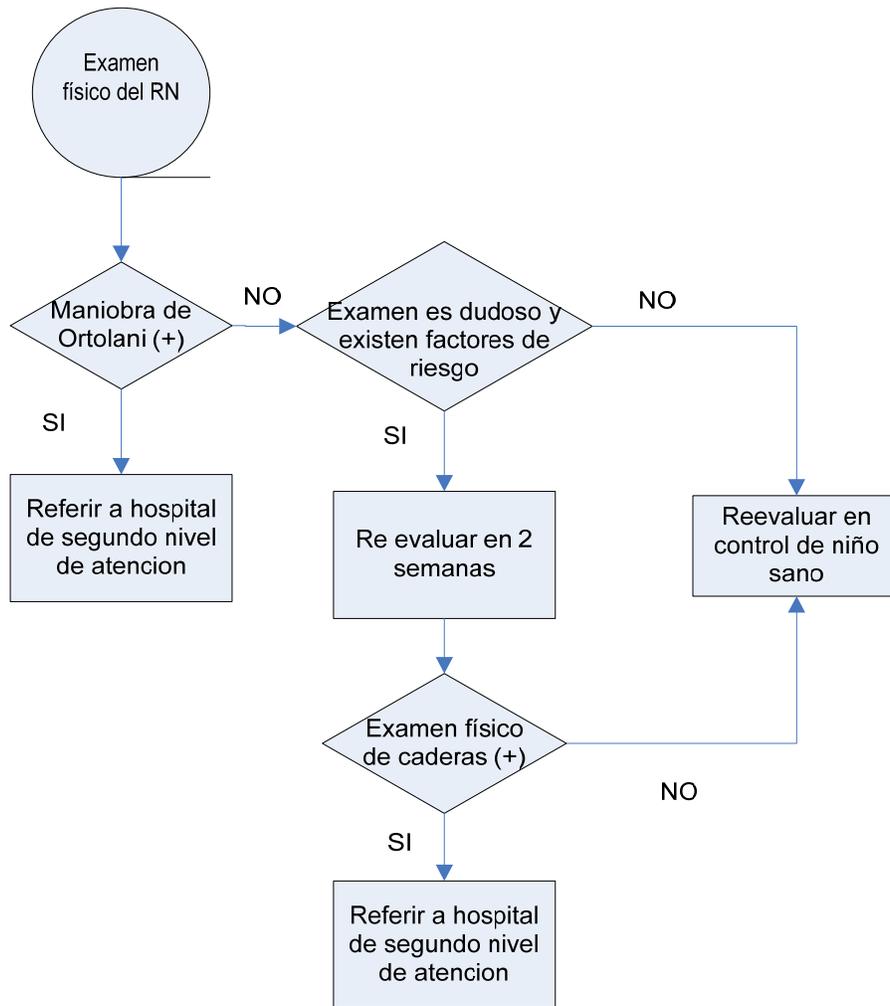
Ante cualquier sospecha clínica de displasia de la cadera, se deberá referir el paciente al ortopedista.

#### CRITERIOS DE RIESGO:

#### RECOMENDACIÓN:

Niña .....	Explorar las caderas en control de niño sano
Historia familiar y niño .....	Explorar las caderas en control de niño sano
Historia familiar y niña .....	Imagenología (opcional)
Presentación podálica y niño.....	Imagenología (opcional)
Presentación podálica y niña.....	Se recomienda imagenología

## VIII. Flujoograma de Atención



## 23. GENU VARO CIE-10 Q 66.3

### I. Definición.

Se trata de una incurvación de los miembros inferiores a convexidad externa y se encuentra su punto más extremo a nivel de las rodillas. Es importante saber que el niño, desde su nacimiento y hasta los 24 ó 30 meses aproximadamente presenta un genu varo que debe ser considerado como fisiológico. Se controla por la separación que existe entre ambos cóndilos femorales internos y cuya medida no debe sobrepasar los 6 cm (3 ó 4 dedos del examinador).

### II. Epidemiología:

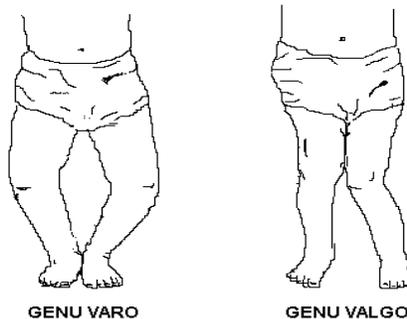
Esta deformidad tiende a irse rectificando en los primeros 2 años de vida. Se debe investigar antecedentes familiares, ingesta dietética y vitamínica, alergias a la leche, trauma o infecciones.

### III. Manifestaciones Clínicas:

- Arqueamiento de las rodillas.
- Marcha en rotación interna.
- Cansancio al caminar.

### IV. Método Diagnóstico.

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración minuciosa.



La evaluación radiológica no está indicada en el diagnóstico inicial del paciente con Genu varo.

#### **V. Manejo terapéutico.**

El genu varo fisiológico no merece ningún tratamiento. El Manejo es expectante, es decir observación, si no hay mejoría o si el problema persiste por encima de los 36 meses, tiene que ser referido a un centro de que cuente con Ortopeda Pediatra.

#### **VI. Educación en Salud**

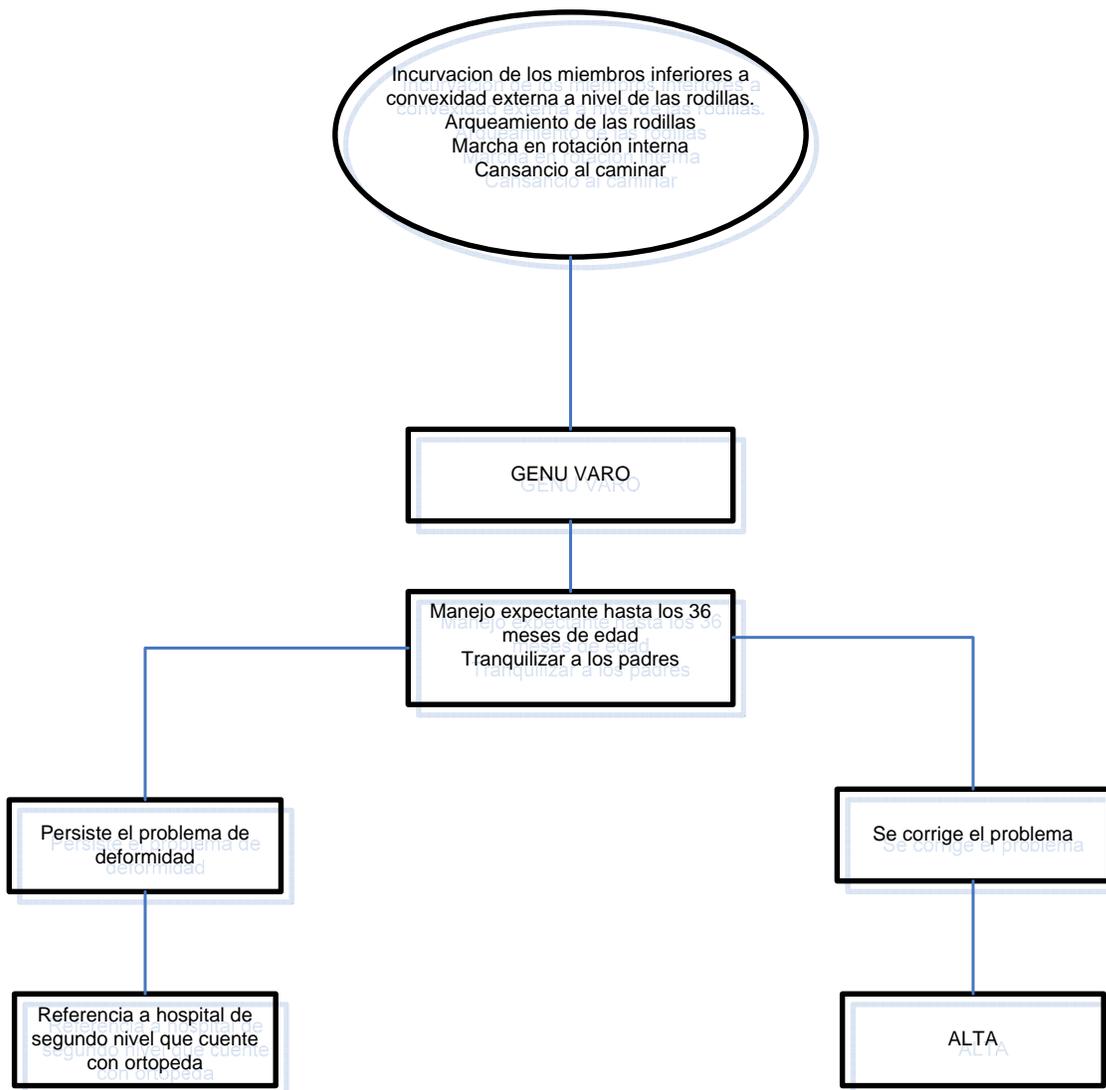
Tranquilizar a los padres, manifestándoles que la deformidad se irá corrigiendo con el tiempo

#### **VII. Criterios**

##### **Criterios de Referencia:**

Todo niño con Genu Varo persistente después de los 3 años de edad, debe referirse con ortopeda.

## VII. Flujograma de Atención



## 24. GENU VALGO CIE-10 Q 66.6

### I. Definición

El Genu Valgo es una deformidad ósea de los miembros inferiores, con rodillas juntas y talones separados.



### II. Epidemiología

Entre los 3 y los 7 años existe un genu valgo considerado como fisiológico, que no debe superar los 6 cm de separación intermaleolar en descarga del peso corporal (3 dedos del examinador). Esto obedece a la hiperaxitud articular que el niño presenta en el curso del desarrollo y a esa edad. Examinándolo en decúbito dorsal y colocando sus miembros inferiores extendidos, podrán ponerse en contacto los maléolos tibiales entre sí, sin ningún tipo de dificultad y sin que una rodilla se superponga a la otra. Esto demuestra que se está en presencia de un genu valgo articular, fisiológico y que no merece tratamiento alguno.

El Genu Valgo persistente es fisiológico y no patológico hasta los 7 años de edad.

Las causas del Genu Valgo pueden ser:

- Fisiológico (normal).
- Congénito (deficiencia del peroné).
- Contractura de la banda Iliotibial.
- Traumática.
- Infección.
- Artritis de Rodilla (reumatoide, hemofílica).
- Displasias Oseas

- Osteogénesis Imperfecta.
- Enfermedades Metabólicas.

### **III. Manifestaciones Clínicas:**

- Puede haber dolor en muslo y pantorrilla.
- Cansancio al caminar.
- Choque de las rodillas con separación de los talones

### **IV. Método Diagnóstico:**

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración minuciosa.

La evaluación radiológica no está indicada en el diagnóstico inicial del paciente con Genu Valgo.

### **V. Manejo Terapéutico**

Conservador, observar alineamiento de los ejes.

### **VI. Educación en Salud :**

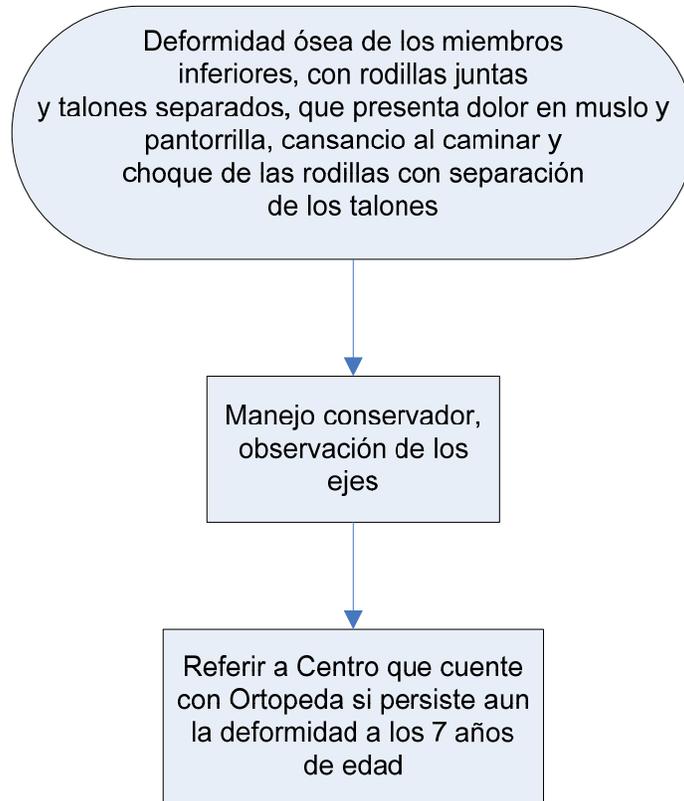
Debe tranquilizarse a los padres sin dejar de reconocer que la deformidad existe pero explicándoles que con el tiempo se irá corrigiendo

### **VII. Criterios**

Criterios de Referencia:

- Persistencia de Genu Valgo en niños mayores de 7 años de edad

## VIII. Flujograma de Atención



## 25. PIE PLANO Q 66.5

### I. Definición.-

Se entiende por pie plano postural la deformidad caracterizada por una disminución del arco longitudinal del pie, secundaria a una laxitud ligamentaria. Se puede considerar que este tipo de pie es fisiológico, es decir, normal hasta los 4 años de edad, debido a la hiperlaxitud de los ligamentos articulares en esta época de la vida, y a la persistencia de una almohadilla de grasa en la bóveda plantar del pie, que nos da la apariencia de un falso pie plano. Es asintomático y mejora espontáneamente.

Se debe diferenciar de otras variedades de pie plano, como el Pie Convexo o en mecedora, escafoides accesorio o prominente, alteraciones neuromusculares, traumáticas y sobrepeso.

### II. Epidemiología.-

De carácter congénito.

### III. Manifestaciones Clínicas:

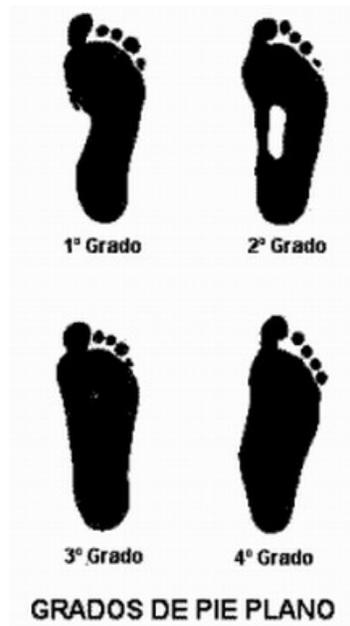
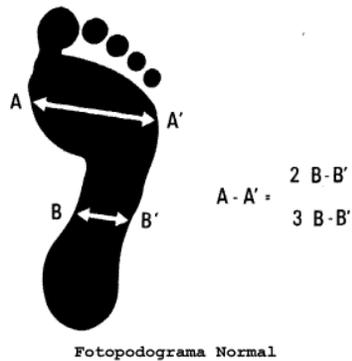
- Pérdida del arco longitudinal del pie
- Generalmente es asintomático, pero puede haber dolor en pie y piernas en niños mayores y adolescentes.

### IV. Método Diagnóstico:

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración minuciosa. La evaluación radiológica no está indicada en el diagnóstico inicial del paciente con pie plano. Todo pie aparentemente plano que se excava cuando el niño se pone de puntillas o al hacer la flexión dorsal del dedo gordo, va a ser un pie en principio no problemático, aunque se trate de un Pie Plano.



## Huella Plantar



### V. Manejo Terapéutico.

Hasta los cuatro años todo es normal y nada se debe hacer, salvo un zapato adecuado (calzado rígido, pero bajo, no ortopédico).

Manejo conservador, observación de Formación del Arco Plantar. Después de los 4 años si no se corrige, se debe referir a Ortopeda.

### VI. Educación en Salud :

Es necesario explicar a los padres que es una condición normal (fisiológico) y que no es necesario ningún tratamiento específico. Sin embargo se pueden dar las siguientes recomendaciones:

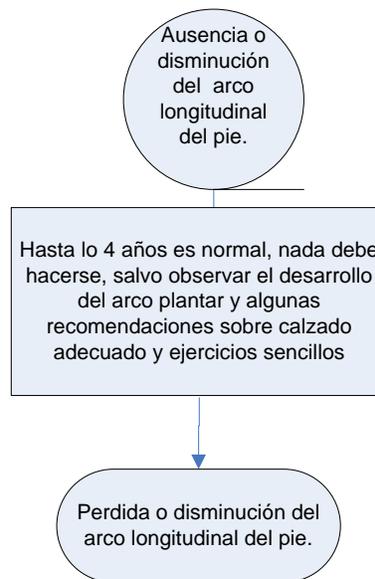
- Controlar el peso de los niños, evitando el sobrepeso.
- Realizar ejercicios sencillos (Puntillas, Talones, recoger cosas con los dedos de los pies).
- Caminar por terrenos naturales como arena o césped.

## VII. Criterios

### De Referencia:

- No formación del arco plantar después de los 4 años de edad al ortopeda.

## VIII. Flujograma de Atencion



^^

## **VII. CIRUGIA**

- 25. Fimosis
- 26. Testículo no descendido
- 27. Hidrocele
- 28. Hernia Inguinal
- 29. Hernia Umbilical
- 30. Escroto Agudo

## 26. FIMOSIS CIE-10: N47

### I. Definición

Es la incapacidad de retraer el prepucio sobre el glande del pene ya que se tiene la presencia de un orificio estrecho que crea dificultad al orinar.

### II. Epidemiología

Se considera que el 95 % de los varones son fimóticos al nacer. La mayoría de los recién nacidos tienen una fimosis fisiológica o imposibilidad de retraer completamente el prepucio. Durante los primeros 3 a 4 años de vida diversos factores como el crecimiento del cuerpo del pene, la acumulación de bridas epiteliales, las erecciones intermitentes del pene, así como la masturbación en la edad puberal, propician eventualmente la separación del prepucio y el glande.

### III. Manifestaciones Clínicas

Se considera que una fimosis es fisiológica cuando no existe evidencia de fibrosis que evite la retracción del prepucio. El 90% de los pacientes fimóticos van a retraer su prepucio espontáneamente en los primeros 4 años de vida.

La fimosis fisiológica se puede subdividir en:

Tipo I: leve retracción sin que se vea el glande.

Tipo II: exposición del meato uretral con retracción ligeramente mayor del prepucio.

Tipo III (intermedio): con exposición del glande hasta la parte media de él.

Tipo IV: exposición del glande hasta la corona y

Tipo V: con exposición fácil de todo el glande con inclusión del surco balano-prepucial.

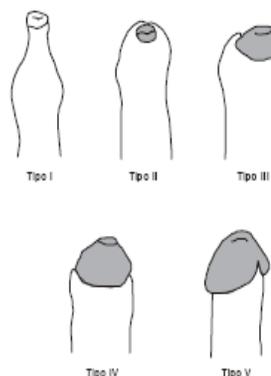


FIG. Tipos de prepucio, según la clasificación de Najjar y otros.

#### **IV. Manejo Terapéutico**

El tratamiento de esta patología independientemente del grado

**NO SE RECOMIENDAN LOS MASAJES O RETRACCIONES FORZOSAS.**

Se puede valorar la aplicación de Hidrocortisona tópica al 1% 2 veces al día por 1-2 meses acompañada de retracciones suaves en niños mayores de 3 años; antes de evaluar el procedimiento quirúrgico.

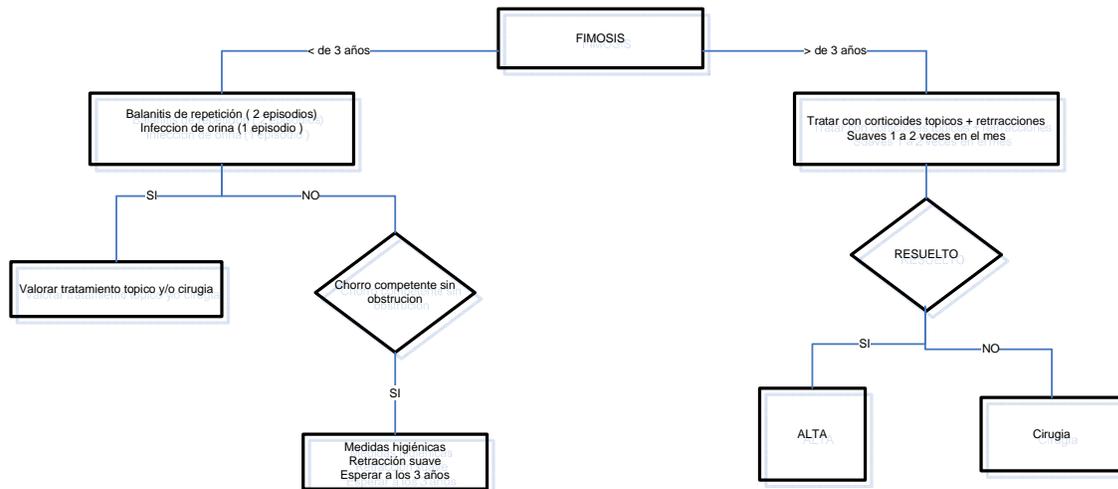
#### **V. Educación en salud**

La principal recomendación en el manejo de la fimosis en los niños es tener paciencia, ya que la mayoría de los niños presentaran una retracción espontánea alrededor de los 3-4 años de edad

#### **VI. Criterios de Referencia**

Debe de referirse al Cirujano pediatra todo niño con historia de IVU ( 1 episodio), balanopostitis ( 2 episodios) y eventos de para fimosis. Es decir aquellos niños que se considere que la fimosis puede ser causa de estas patologías.

## VII. Flujograma de Atención.



## 27. TESTÍCULO NO DESCENDIDO CIE-10 Q53

### I. Definición.

Es la falta de descenso testicular, tanto unilateral como bilateral, de forma que el testículo se encuentra fuera del escroto. El término incluye cualquier localización de este a lo largo de su recorrido normal, tanto abdominal como inguinal, y también las ubicaciones anómalas o ectopias, en las que el testículo queda retenido, con diferentes localizaciones: perineal, femoral, escrotal contra lateral.

Es importante también, distinguir entre los testículos criptorquídicos (que no descendieron) y los testículos retractiles, definidos como los testículos que completaron su proceso de descenso, pero permanecen en una posición anómala como consecuencia de un reflejo cremastérico hiperactivo.

La criptorquidia bilateral se asocia con más frecuencia a problemas generales de tipo genético y endocrinológico.

### II. Epidemiología.

Carácter congénito, se observa en el 3 al 4 % de los nacidos a término y en más del 30 % de los prematuros.

En el 80 % de los casos, el testículo no descendido se encuentra en el conducto inguinal, sólo el 5% corresponde a ausencia real de la gónada.

Dos tercios de los testículos criptorquídicos corresponden a casos de presentación unilateral, y el teste afectado es el derecho (70 %), que es el último en descender.

En los nacidos a término, el descenso del testículo se puede completar en los primeros seis meses de vida, si no ha bajado por entonces, en la mayoría de los casos quedará sin descender. En los prematuros, puede abarcar más allá del primer semestre de vida.

### **III. Manifestaciones Clínicas.**

Ausencia de testículo en bolsa escrotal.

Bolsa escrotal atrófica.

### **IV. Método Diagnóstico**

El diagnóstico es clínico mediante la exploración testicular. Se recomienda revisar los testículos a los 15 días, 6 meses, 12 meses y 2 años de edad. Observar el aspecto de los genitales del niño, la resistencia al descenso, las molestias ante la maniobra, si el testículo permanece en el escroto y la simetría del escroto. Se debe percibir el tamaño y consistencia de los testículos y también si hay resistencia al descenso hacia la bolsa.

### **V. Manejo Terapéutico**

Expectante hasta los seis meses de edad.

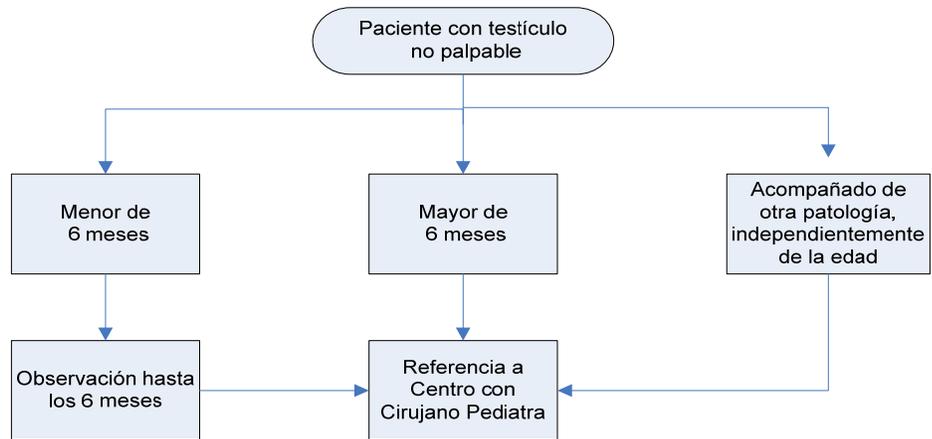
### **VI. Criterios**

#### **De Referencia:**

- Se recomienda el envío de los niños con criptorquidia al cirujano pediatra a partir de los 6 meses y siempre antes del primer año de edad.
- Referir a la mayor brevedad, si se acompaña de otras patologías como hernia o una anomalía genitourinaria y/o sistemática o una posición anómala del testículo.

## VII. Flujograma de Atención.

---



## 28. Hidrocele CIE-10 – N43

### I. Definición:

Acumulación de líquido peritoneal en el escroto, debido a persistencia del conducto del peritoneo vaginal.

### II. Epidemiología:

Es de carácter congénito.

### III. Manifestaciones Clínicas:

Tumoración blanda en la región escrotal, renitente e indolora generalmente unilateral, pero puede ser bilateral.

### IV. Diagnóstico:

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración física, donde la presencia de masa blanda, en cuyo caso la renitencia a la palpación y transiluminación brindan el diagnóstico.

### V. Manejo Terapéutico

El manejo es conservador, ya que la mayoría de hidroceles congénitos desaparecen en forma espontánea con la obliteración del conducto peritoneovaginal, que generalmente sucede antes del año de edad.

Se debe de controlar periódicamente al paciente (cada tres meses).

Se opera solo si:

- Persiste después del primer año de vida.
- Hidrocele a tensión.

## VI. Educación en Salud:

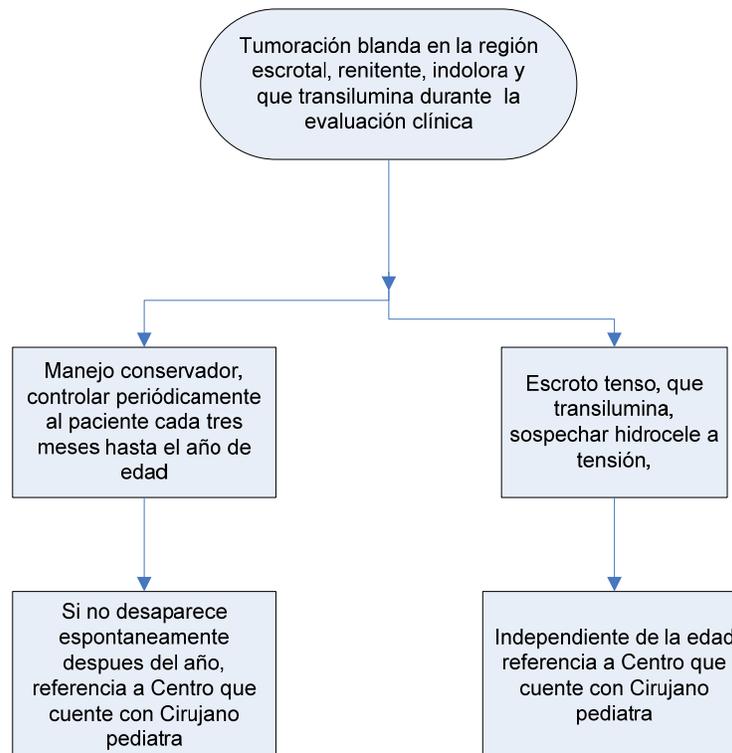
1. Explicar a los padres lo benigno del cuadro para evitarles ansiedad y temor.
2. Evitar las etno-prácticas tales como: llevarlos al sobador, calentar los testículos y otros.

## VI. Criterios

### De Referencia:

- Si no ha desaparecido al año, referencia a un centro que cuente con Cirujano pediatra o antes del año si se considera que es un hidrocele a tensión.

## VII. Flujograma de Atención



## 29. Hernia Inguinal CIE-10 K 40- K46

### I. Definición de la Enfermedad:

Protrusión de un saco delimitado por peritoneo a través del conducto inguinal, que puede contener tejidos o vísceras.

### II. Epidemiología:

El 80% de las hernias inguinales en los niños, casi sin excepción se trata de hernia indirecta congénitas, mas frecuentes en niños que en niñas, en una proporción de 9 a 1, debido al descenso embriológico de los testículos, y con mayor frecuencia (60% de los casos) se presenta en el lado derecho.

### III. Manifestaciones Clínicas:

- Tumoración blanda en la región inguinal, que aumenta de tamaño con los esfuerzos y disminuye o desaparece con la inactividad del niño.
- Generalmente puede presentar dolor en el área.
- En los niños, si la tumoración llega hasta escroto, se convierte en una hernia inguino escrotal.

Muchas veces es posible palpar el contenido del saco herniario (ciego, ileon, sigmoide, ovario).

### IV. Diagnóstico:

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración física, donde la presencia del abultamiento blando, cuyo contenido puede ser reducido o reintroducido con una palpación suave, sellan el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial incluye hidrocele, en cuyo caso la renitencia a la palpación y transiluminación son de valiosa ayuda.

## V. Manejo Terapéutico

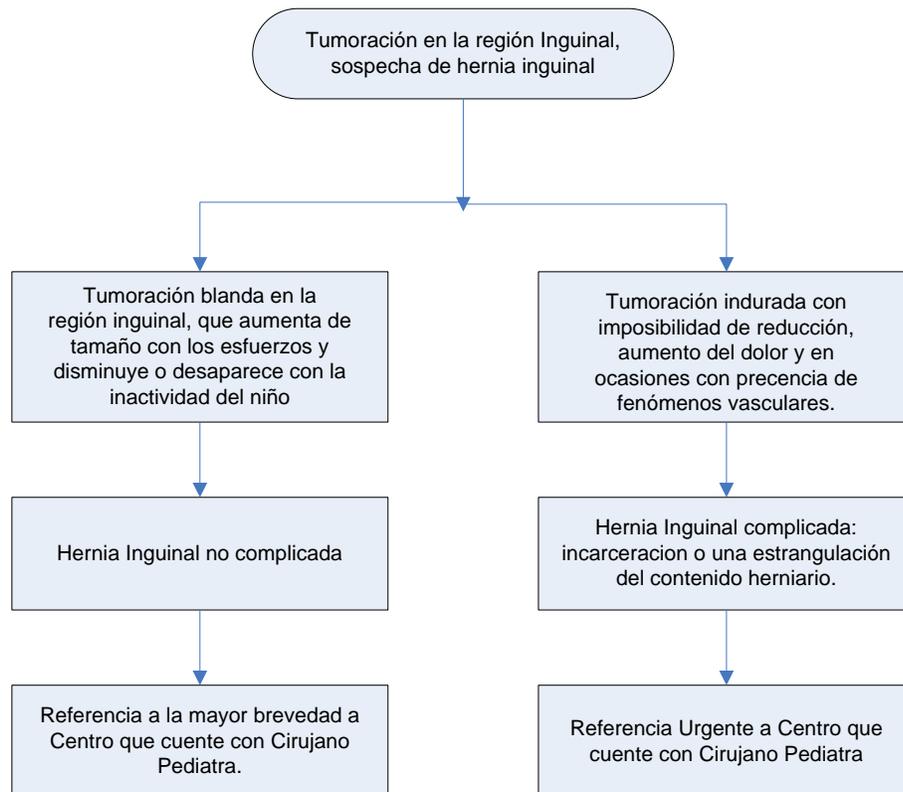
- El manejo es quirúrgico, por lo que el paciente debe ser referido tan pronto es diagnosticada.

## VI. Criterios

### De Referencia:

- Referencia inmediata al realizar el diagnóstico, a hospital de 2do nivel de atención.
- Referencia de Urgencia: sospecha de incarceration (no se reduce), Estrangulación (cambios vasculares) o sospecha de presencia del ovario en el saco herniario.

## VII. Flujograma de Atención



## **30. Hernia Umbilical CIE- 10 K-42**

### **I. Definición de la Enfermedad:**

Protrusión o salida del contenido abdominal a través del anillo umbilical no obliterado en la vida embrionaria.

En el desarrollo embrionario normalmente hay herniación del contenido intestinal por la zona del ombligo. Después de cicatrizar el ombligo hay una fusión de la pared abdominal cicatrizando piel, aponeurosis y peritoneo. En esta zona potencialmente débil aparecen el saco herniario posteriormente.

### **II. Epidemiología:**

El 96% de las hernias con diámetros menores de 0.5 cm a los tres meses de edad, involucionan en forma espontánea, al contrario, ninguna de las de diámetro mayor de 1.5 cm rara vez involucionan espontáneamente.

### **III. Manifestaciones Clínicas:**

Protrusión umbilical bajo la piel que sobresale con frecuencia cuando el niño está erguido, llora o hace un esfuerzo. Dependiendo de la gravedad de la hernia, el área del defecto puede variar desde menos de uno a más de cinco centímetros de diámetro.

### **IV. Diagnóstico:**

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración física, donde evidenciamos una protrusión umbilical.

## **V. Manejo Terapéutico**

Expectante hasta los 4 años de edad. Si no ha desaparecido, es recomendable realizar la corrección quirúrgica.

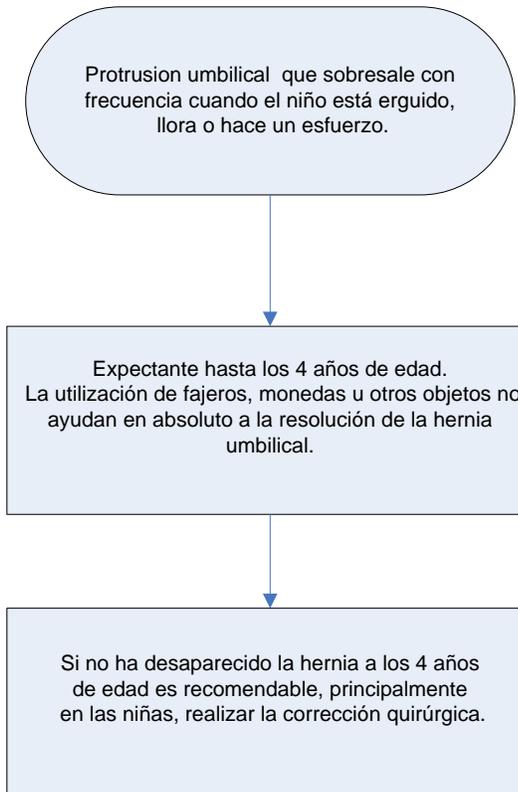
## **VI. Educación en salud**

- Explicar a los padres lo benigno del cuadro para evitarles ansiedad y temor.
- Evitar las etno-prácticas tales como: La utilización de fajeros, monedas u otros objetos no ayudan en absoluto a la resolución de la hernia umbilical.

## **VII. Criterios**

De Referencia: Todo niño(a) mayor de 4 años que persista la presencia de hernia umbilical debe ser referido al hospital de 2do nivel de atención.

## VIII. Flujograma de Atencion



## **31. Escroto Agudo CIE- 10 N-492**

### **I. Definición**

Situación clínica de urgencia caracterizada por la aparición gradual o súbita de dolor intenso y, en ocasiones, acompañada de signos inflamatorios en el escroto o en su contenido, para lo cual se debe realizar un diagnóstico diferencial y tratamiento rápidos a fin de conservar la viabilidad del testículo afectado.

### **II. Epidemiología**

La etiología es variada, las más frecuentes son: la torsión testicular (45%), la torsión de los apéndices testiculares, sobre todo la torsión de la hidátide de Morgagni (35%) y la orquiepididimitis (15%).

### **III. Manifestaciones Clínicas**

Es importante saber como se ha iniciado el dolor y cual ha sido su evolución:

- Inicio brusco acompañado de algunos vómitos suele ser propio de la torsión testicular,
- Palpación del testículo es dolorosa
- Testículo esta agrandado, retraído y fijo
- Irradiación del dolor a la fosa iliaca o a la zona lumbar
- Engrosamiento del cordón espermático
- Piel del escroto puede estar edematosa y enrojecida, lo que dificulta la exploración testicular.
- El 50% de los casos ocurre durante el sueño.
- Reflejo cremastérico esta ausente, (reflejo cutáneo que aparece al rozar la cara supero-interna del muslo, produciendo elevación del testículo homo lateral o la contracción de la pared abdominal).

- Es necesario preguntar siempre sobre la posibilidad de que haya existido un traumatismo.

#### **IV. Diagnostico**

El diagnóstico es eminentemente clínico.

#### **V. Tratamiento**

El manejo dependerá de la patología, pero el diagnóstico no siempre es fácil, ya que la tumefacción y el propio dolor impiden poder realizar el diagnóstico exacto, en estos casos de duda diagnóstica, el manejo es exploración testicular inmediata por el riesgo de la necrosis testicular, la cual empieza a ser irreversible pasadas las 6 primeras horas. Por lo que cualquier paciente con escroto agudo debe ser evaluado urgentemente por un Cirujano Pediatra.

#### **VI. Criterios de Referencia**

Referir urgentemente a todos los pacientes a quienes se les sospeche escroto agudo.

#### **VII. Flujoograma**

En general todos los pacientes deben ser referidos al hospital.

## **VIII. NEUROLOGIA**

### **31. Convulsiones Febriles**

## **32. CONVULSIONES FEBRILES CIE 10: R.56.**

### **I. Definición:**

Crisis convulsivas asociadas a fiebre, en ausencia de infección del sistema nervioso central y ausencia de desequilibrio hidro-electrolítico, que ocurren en niños entre los 6 meses y los 5 años, con una edad promedio entre 18 y 20 meses.

### **II. Epidemiología:**

- La prevalencia varía entre el 3 a 8%.
- Incidencia en el sexo masculino, con rangos que varían de 4:1.
- Actualmente no hay diferencias en la incidencia en relación a raza.
- Causas más frecuentes de convulsiones febriles:
  - a- Virales, infecciones de vías respiratorias, Roséola, virus de la influenza tipo "A", gastroenteritis.
  - b- Bacterianas: otitis media.
  - c- Inmunizaciones: SPR, DPT. (Consultar PAI)

Los factores de riesgo de recurrencia de una convulsión febril Incluyen:

1. Inicio antes de los 18 meses de edad.
2. Convulsiones febriles con temperatura de 38° C y menor de 40° C.
3. Duración de la fiebre menor de 1 hora antes de la convulsión.
4. Historia familiar de convulsiones febriles.

Entre los niños que tienen todos estos factores de riesgo, el 76% tendrán recurrencia de convulsiones febriles, comparado con un 4% de recurrencias en los pacientes sin factores de riesgo.

### III. Manifestaciones clínicas

- Las convulsiones febriles generalmente ocurren en las primeras 24 horas del episodio febril y en el 25% de los casos son la primera manifestación de la enfermedad febril.
- La mayoría de los niños presenta en el momento de la convulsión temperaturas entre 38° y 41° C.
- Se caracterizan por ser tónicas, clónicas, atónicas o tónico-clónicas, de corta duración y rápida recuperación del estado de conciencia.
- Se presenta en edades entre seis meses y cinco años.
- Duración menor de 15 minutos, incluido el período post-ictal.

#### **Clasificación de las convulsiones febriles:**

- a- SIMPLES: caracterizadas por la presencia de crisis tónicas, clónicas, atónicas o tónico-clónicas generalizadas, que finalizan en un período inferior a 15 minutos incluido el periodo post-ictal, y no se repite en el mismo periodo febril.
- b- COMPLEJAS: son convulsiones febriles que pueden tener manifestaciones motoras focales, de una duración superior a los 15 minutos incluido el periodo post-ictal, o recurriendo varias veces en un mismo período febril, y por regla general se asocian a un alto riesgo de desarrollar con posterioridad una epilepsia.
- c- RECURRENTES: Más de una crisis en diferente episodio febril.

### IV. Método Diagnóstico

En este nivel de atención, el diagnóstico es eminentemente clínico.

## **V. Manejo Terapéutico**

### **SI EL PACIENTE CONVULSIONA EN EL ESTABLECIMIENTO TRATAR DE LA SIGUIENTE MANERA:**

#### **1. Estabilización de las funciones vitales (ABCs).**

- Vía aérea: Mantener en decúbito lateral (salvo si existe traumatismo previo).  
Aspirar secreciones.  
Colocar baja lengua para evitar traumatismo en la lengua.  
Mantener permeable las vías aéreas.
- Ventilación: Administrar O<sub>2</sub> 100% (si esta disponible).
- Circulación: Canalizar vía I.V. (Si es posible) con Dextrosa al 5%

#### **2. Si hace el Diagnóstico Clínico de Convulsión Febril Simple**

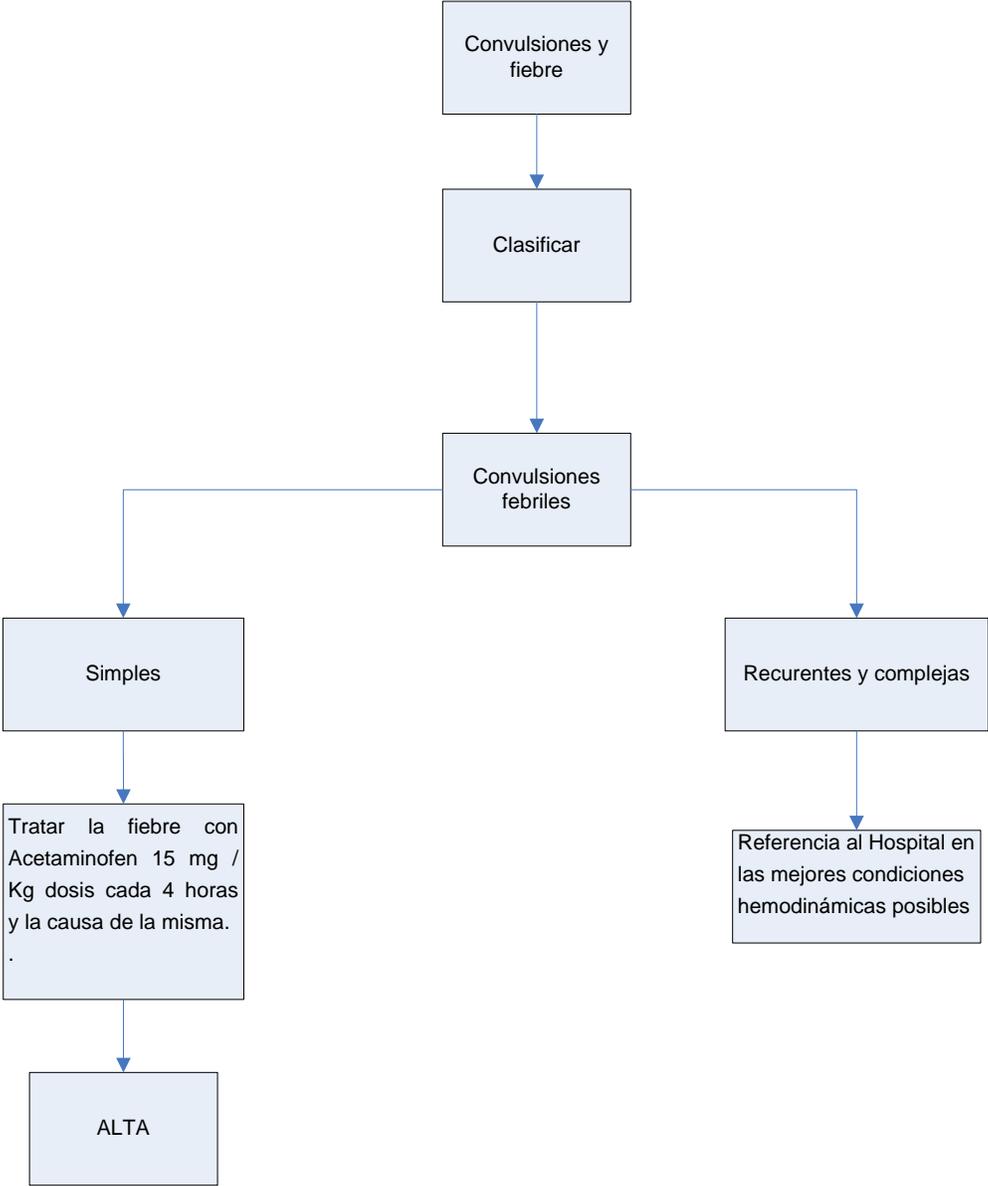
1.a) Sin riesgo de recurrencia: tratar la fiebre con Acetaminofén 15 mg / Kg dosis cada 4 horas y la causa de la misma.

1.b) Con riesgo de recurrencia: Referencia al Hospital en las mejores condiciones hemodinámicas posibles

## **VI. Criterios de Referencia**

- Estado general comprometido.
- Convulsión febril atípica, compleja, recurrente y status convulsivo.
- Duración superior a 20-30 minutos.
- Focalización neurológica.
- Repetición de la convulsión 2 ó más veces en el mismo proceso febril.
- Con indicación de punción lumbar o estudio hematológico.
- Ansiedad familiar.

**VII. Flujo de Atención**



## BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía. Guía de Conjuntivitis

- Universidad de Texas. Guías para el tratamiento y manejo de la conjuntivitis bacteriana en niños y adultos. Austin(TX): 2005, 1998-2007 National Guideline Clearinghouse.
- Guía prodigy Julio 2005. [www.prodigy.nhs](http://www.prodigy.nhs).
- Academia Americana de Oftalmología (AAO). Panel de enfermedades externas del ojo y cornea. San Francisco;2006.
- Fisterra Guías Clínicas 2004, consenso y revisión.
- Textbook of Pediatric Infectious Diseases Fifth Edition, Volumen 1, Chapter 68, Ocular Infectious Diseases, pg. 792.

### Bibliografía. Guía de Escabiosis.

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Current Pediatric Therapy. Gellis y Kagan's. edition 17, 2002.
- El Control de las Enfermedades Transmisibles, OPS-OMS , decimoctava edición.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens, 1a Edición 2001.

### Bibliografía: Pediculosis

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Current Pediatric Therapy. Gellis y Kagan's. edition 17, 2002.
- El Control de las Enfermedades Transmisibles, OPS-OMS , decimoctava edición.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens, 1a Edición 2001.

### Bibliografía. OMA

- Muñoz P, Ruiz-Canela Cáceres J. Manejo de la Otitis Media Aguda en la Infancia. Guía de Práctica Clínica Basada En La Evidencia Sociedad de Andalucía. 2001.
- National Guideline Clearinghouse. Use of antibiotics in paediatric care. Singapore Ministry of Health; 2002 Marzo.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age. March, 1999. Revision publication date: October 29, 2004. (Technical changes January 19, 2006)

- Martínez Bugarín R. Otitis Media Aguda infantil, Fistera Guías Clínicas Julio 04 2005; 5 (27).
- Basco Jr, MD. Revisiting the 2004 AOM Management Guidelines Grading System Acute Otitis Media. Available at: [http://www.utmb.edu/pedi\\_ed/AOM-Otitis/grading.htm](http://www.utmb.edu/pedi_ed/AOM-Otitis/grading.htm). Accessed June 27, 2006.

#### Bibliografía Trichuriasis.

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Guía Para la Practica clínica. Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004. Centro para el Desarrollo de la Fármacoepidemiología. Ciudad la Habana, Cuba.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens Pág. 16 – 17, 1ª.Edición 2001.

#### Bibliografía. Ascaridiasis

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Guía Para la Practica clínica. Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004.
- Centro para el Desarrollo de la Fármacoepidemiología. Ciudad la Habana Cuba.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens Pág. 16 - 17, 1ª.Edición 2001.
- Control de las Enfermedades Transmisibles.OPS-OMS Pàg 16-19. 18 ed.2005.
- Current Pediatric Therapy. Gellis y Kagan's. edition17, pág 169. 2002.

#### Bibliografía de Amibiasis

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Current Pediatric Therapy. Gellis y Kagan's. edition17, pág 169. 2002.
- Guía Para la Practica clínica.Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004. Centro para el Desarrollo de la Fármaco epidemiología. Ciudad la Habana Cuba.
- El Control de las Enfermedades Transmisibles, OPS-OMS pág. 3, decimoctava edición.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens Pág. 12-13, 1a Edición 2001.
- Guía Para la Practica clínica.Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004. Centro para el Desarrollo de la Fármaco epidemiología. Ciudad la Habana Cuba.

#### Bibliografía de Giardiasis

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Current Pediatric Therapy. Gellis y Kagan's. edition 17, pág 169. 2002.
- Guía Para la Practica clínica.Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004. Centro para el Desarrollo de la Fármaco epidemiología. Ciudad la Habana Cuba.
- El Control de las Enfermedades Transmisibles, OPS-OMS pág. 3, decimoctava edición.
- Infectología Práctica para el Pediatra. Dr. Xavier Sáenz-Llorens Pág. 12-13, 1a Edición 2001.
- Guía Para la Practica clínica.Parasitismo Intestinal, Boletín No 18,junio 2004. Centro para el Desarrollo de la Fármaco epidemiología. Ciudad la Habana Cuba.

#### Bibliografía de Migraña

- Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. BMJ 1994; 309: 765-9. [[Medline](#)]
- David B. Martcha. MD, William B. Young MD, Jak H.Rosenberg.et at, Evidence-Based Guidelines for migraine headache in the Primary Care Setting Pharmacological Management of acute attacks .Us Headache consortium. Published in Neurology 2000; 55: 754-763
- International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 Supply 7:1-96AAFP/ACP-ASIM release guidelines on the management and prevention of migraines. Am Fam Physician. 2003; 67(6):1392, 1395-7
- Víctor S, Ryan SW. Medicamentos para prevenir las cefaleas migrañosas en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

#### Bibliografía. IVU

- **UTI Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center:** Evidence-based care guideline for medical management of first urinary tract infection in children 12 years of age or less, <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/dept-div/health-policy/ev-based/uti.htm>, Guideline 7, pages 1-23, November, 2006.
- Loris, R. Carpena, J. Escribano y S. Málaga, Infeccion Urinaria, protocolos de nefrología es pañola. <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/14-infeccion-orina.pdf>

#### Bibliografía. Laringotraqueobronquitis

- Russell K, Wiebe N, Saenz A, et al. Glucocorticoids for croup. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. N°.: CD001955.
- Brown JC. The management of croup. British Medical Bulletin. 2002; **61**:189–202. doi: 10.1093/bmb/61.1.189.
- Arroba Basanta M.L. Laringitis aguda (Crup). Anales de pediatría, Monografía 2003;1(1):55-61

#### Bibliografía. Resfriado común

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Textbook of Pediatric Infectious Diseases, Feigin, Fifth edition, Vol1, pag 140-144, 2004 BMJ, Clinical Evidence 2006.
- Textbook of Pediatric Nelson, chapter 364, 17<sup>th</sup> edition, 2004.
- Prodigy quick reference guide, 2004
- Pratter MR. Cough and the common cold: ACCP evidence-based clinical practice

#### Bibliografía: FAA

- Clasificación Internacional Enfermedades (CIE-10)
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría, Junio 2001.
- Faringoamigdalitis Aguda, Scielo, Revista Panamericana
- The Harriet Lane Handbook 17th Edition 2006

#### Bibliografía. Blefaritis

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel
- Preferred Practice Patterns Committee. Blepharitis. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology (AAO); 2003. 17 p., Guías de Prodigy, Mayo 2006.
- Textbook of Pediatric Infectious Diseases Fifth Edition, Volumen 1, Chapter 68, Ocular Infectious Diseases, pg. 784)

#### Bibliografía. ASMA

- British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A National clinical Guideline. British Guideline on the management of Asthma. Revised edition November 2005.
- Pocket Guide for Asthma management and prevention in children.
- Merino, M et al. Guía práctica clínica sobre asma. Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2005.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based clinical practice guideline for medical management an acute exacerbation of asthma. September 3, 1998. Revision publication date: September 3, 2002.
- Guía de atención al asma en el primer nivel de atención. Programa Nacional de Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador 2005.

#### Bibliografía. Dermatitis del Pañal

- S. Humphrey, MD et al. Practical Management Strategies for Diaper Dermatitis. Posted 10/13/2006. Medscape.
- Agrawal, R MD et al. Diaper Dermatitis. Last Updated: June 28, 2006. eMedicine World Medical Library.
- Ballona C. R. DERMATITIS DEL ÁREA DEL PAÑAL. Dermatología Peruana 2003; 13 (2): 95 – 100. Sociedad Peruana de Dermatología. ISSN versión electrónica : 1609-7203.

#### Bibliografía de Impétigo

- Infections in Medicine® Medscape. Posted 11/24/2003.
- Morris A. Cellulitis and erysipelas. Skin disorders. BMJ Clinical Evidence. Web publication date: 01 Feb 2007 (based on May 2006 search).
- Shlomit Halachmi, MD, PhD, Private Practice Specializing in Dermatology, Somerville, MA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Medline Plus. 7/27/2006
- Michael S. Lehrer, M.D., Department of Dermatology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network 10/16/2006. Medline Plus.
- Cellulitis — acute management (not cellulitis caused by human or animal bite). Based on PRODIGY guidance issued in November 2005.
- Barclay, L MD Strategies for Diagnosis and Treatment of Impetigo CME/CE. Medscape. Release Date: April 3, 2007.

#### Bibliografía. Rinitis alérgica

- ARIA (2001). Management of allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin Immunol. 2001; 108: s147-336.

- Romero Sánchez, E, Martín Mateos, A et al. Rinitis. Guías Clínicas en Atención Primaria. Fisterra.com Atención Primaria en la Red. 2003; 3 (5).
- Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP et al. Diagnosis and management of rhinitis: Complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol. 1998 ; 81 :478-518.
- Morris P. Antibióticos para el exudado nasal persistente (rinosinusitis) en niños (Revisión Cochrane). Cochrane Library Plus, 2002, Número 2.
- BSACI. Rhinitis management guidelines. London: British Society for Allergy and Clinical Immunology ENT Sub-Committee. 2000.
- Guillen, D. MD, Feller, D. MD. Diagnosing Rhinitis: Allergic vrs. Nonallergic. University of Florida. Family Medicine. 2006; 1583 – 90.

#### Bibliografía. Sinusitis

- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10).
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Evidence Based Clinical Practice Guideline.
- Acute Bacterial Sinusitis in children 1 to 18 years of age, 04-27-01.
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría, Junio 2001.
- Sinusitis Aguda. The Harriet Lane Handbook 17th edition 2006.

#### Bibliografía. Vulvovaginitis

- Faye Kokotos, MD Children's Hospital at Montefiore Bronx, NY, **Vulvovaginitis, Pediatrics in Review** Vol.27 No.3 March 2006.
- María Eugenia Escobar, Mirta Gryngarten. Archivos Argentinos de Pediatría, Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis en niñas prepuberres 2000; 98(6):412.
- Pediatric and Adolescent Gynecology, ed 3. Boston, MA: Little, Brown and Company; 1990.

#### Bibliografía. Fimosis

- American Academy of Pediatrics , Task force on circumcision. Circumcision policy statement. Pediatrics. 1999; 103: 686-693.
- Bamonde, L. Bautista A. Fimosis guía clínica. 2001. Fisterra.com.
- Kayaba et al. Analysis of shape and retractibility on the prepuce of 603 Japanese boys. J Urol.1996; 56: 1813-1815.
- Morales, J.C y col. Fimosis: ¿Son necesarias la circuncisión o la dilatación forzosa?.Rev. Cubana de Pediatría. 2001; 73(4): 206-211.

#### Bibliografía. Testículo no descendido

- American Academy of Pediatrics. Section of Urology. Timing of Elective Surgery on the Genitalia of Male Children With Particular Reference to the Risks, Benefits, and Psychological Effects of Surgery and Anesthesia. Pediatrics 1996;97:590-4. ]
- American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Guidelines for referral to pediatric surgical specialists. Pediatrics. 2002; 110( 1 Pt 1):187-91
- Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. Pediatrics (Ed esp) 2002; 54 (1): 50-3
- American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Health Care (RE 9939). Pediatrics 2000; 105(3): 645-646
- **POCCIS D Urologie Infantile.P. Mollard**
- **Cambell de Urología VI edición.**

#### Bibliografía. Orzuelo

- American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel, Preferred Practice Patterns Committee. Blepharitis. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology (AAO); 2003. 17 p. [44 references]
- Guías de Prodigy, Mayo 2006.
- Textbook of Pediatric Infectious Diseases Fifth Edition, Volumen 1, Chapter 68, Ocular Infectious Diseases, pg. 784)

#### Bibliografía. Bronquiolitis

- Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Evidence based Clinical Practice Guideline for medical management of Bronchiolitis in infants less than 1 year of age presenting with a first time episode, December 6, 1996.
- Diagnosis and Management of Bronchiolitis Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Endorsed by the American Academy of Family Physicians, the American College of Chest Physicians, and the American Thoracic Society.
- PEDIATRICS (ISSN Numbers: Print, 0031-4005; Online, 1098-4275). 2006 . American Academy of Pediatrics.
- PAEDIATRIC SOCIETY OF NEW ZEALAND HEALTH OF OUR CHILDREN: WEALTH OF OUR NATION [www.paediatrics.org.nz](http://www.paediatrics.org.nz)
- Bronchiolitis in children, A National Clinical Guideline, Scottish Intercollegiate Guideline, Network, November 2006. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Uberos Fernández, José; Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria,
- Bibliografía. Displasia de cadera
- Sánchez Ruiz-Cabello, Javier. CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA; PrevInfad (Grupo de trabajo AEPap / PAPPS semFYC).

- Aronson DD, Goldberg MJ, Kling TF Jr, Roy DR. Developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 1994; 94 (2 Pt 1):201-8.
- Lehmann HP, Hinton R, Morello P, Santoli J. Committee on Quality Improvement,
- Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Normativa de práctica clínica: Detección precoz de la displasia del desarrollo de la cadera *Pediatrics* (Ed. esp.) 2000; 49:4270-9.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *CMAJ* 2001;164(12):1669-77
- Hinderaker T, Daltveit AK, Irgens LM, Uden A, Reikeras O. The impact of intra-uterine factors on neonatal hip instability. An analysis of 1.059.479 children in Norway. *Acta Orthop Scand* 1994; 65:239-42.
- Berman L, Klenerman L. Ultrasound screening for hip abnormalities: preliminary finding in 1001 neonates. *BMJ* 1986;293:719-722

#### Bibliografía. Genu Varo

- **Mihran Tachdjan. Pediatric Orthopaedics. 2ª Edición.**
- **Mihran Tachdjan. Pediatric Orthopaedics. Clinical Diagnosis.**
- **Valentin Malagón. Ortopedia y Traumatología. 2ª Edición.**

#### Bibliografía Hidrocele

- American Academy of Pediatrics. Section of Urology. Timing of Elective Surgery on the Genitalia of Male Children With Particular Reference to the Risks, Benefits, and Psychological Effects of Surgery and Anesthesia. *Pediatrics* 1996;97:590-4. ]
- American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Guidelines for referral to pediatric surgical specialists. *Pediatrics*. 2002; 110( 1 Pt 1):187-91
- Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. *Pediatrics* (Ed esp) 2002; 54 (1): 50-3
- **American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Health Care (RE 9939). Pediatrics 2000; POCCIS D Urologie Infantile.P. Mollard**
- **Cambell de Urología VI edición.**
- **Atlas conpediado de Peditria Medico Quirurgica. Andres Straffon**

#### Bibliografía HERNIA INGUINAL

- American Academy of Pediatrics. Section of Urology. Timing of Elective Surgery on the Genitalia of Male Children With Particular

Reference to the Risks, Benefits, and Psychological Effects of Surgery and Anesthesia. Pediatrics 1996;97:590-4. ]

- American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Guidelines for referral to pediatric surgical specialists. Pediatrics. 2002; 110( 1 Pt 1):187-91
- Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. Pediatrics (Ed esp) 2002; 54 (1): 50-3
- American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Health Care (RE 9939). Pediatrics 2000; POCCIS D Urologie Infantile.P. Mollard.
- Cambell de Urología VI edición.
- Atlas compediado de Pediatría Medico Quirúrgica. Andres Straffon
- POCCIS D Urologie Infantile.P. Mollard
- Cambell de Urología VI edición.

### **Bibliografía ESCROTO AGUDO**

- American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria for acute onset of scrotal pain (without trauma, without antecedent mass).
- Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline for the management of epididymo-orchitis.
- Baker LA, Sigman D, Mathews RI, Benson J, Docimo SG. An analysis of clinical outcomes using color doppler testicular ultrasound for testicular torsion. Pediatrics. 2000 Mar; 105(3 Pt 1):604-7.
- Bobé Armant F, Buil Arasanz ME, Bladé Creixentí J. Dolor escrotal agudo. FMC 2003; 10(8): 525-35.
- Galejs LE, Kass EJ. Diagnosis and treatment of the acute scrotum. Am Fam Physician. 1999 Feb 15;59(4)



