

Generalidades en Pediatría

Tomo 10



Autores:

Glenda Verónica Figueroa Morán
Docente de la Universidad de Guayaquil

María José Camacho Fernández
María Belén Herrera Pinto



Generalidades en Pediatría Tomo 10

Generalidades en Pediatría Tomo 10

Docente de la Universidad de Guayaquil
Figuroa Morán, Glenda Verónica
Camacho Fernández, María José
Herrera Pinto, María Belén

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-09-3

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-695-09-3>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Diagnóstico y manejo de las convulsiones febriles en niños menores de 5 años	
Glenda Verónica Figueroa Morán	7
Diagnóstico y manejo de la enterocolitis necrotizante en neonatos prematuros	
María José Camacho Fernández	15
Manejo Integral de la Bronquiolitis Aguda en Lactantes	
Maria Belén Herrera Pinto	24

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Diagnóstico y manejo de las convulsiones febriles en niños menores de 5 años

Glenda Verónica Figueroa Morán

Médico Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria

Docente de la Universidad de Guayaquil

1. Introducción

Las convulsiones febriles (CF) representan uno de los trastornos neurológicos más comunes en la infancia, afectando a un porcentaje significativo de niños menores de 5 años. Se definen como episodios convulsivos que ocurren durante un episodio febril, sin una causa neurológica subyacente, y son más prevalentes entre los 6 meses y los 5 años de edad. Estas convulsiones son generalmente benignas, aunque su presentación puede generar gran preocupación en los padres y en los profesionales de la salud.

En este contexto, el diagnóstico y manejo adecuado de las CF son fundamentales para prevenir complicaciones y ofrecer un pronóstico favorable a largo plazo. Aunque las CF simples no suelen estar asociadas con un mayor riesgo de epilepsia o daño cerebral, las CF complejas requieren un enfoque más detallado debido a su potencial para recurrir o asociarse con otros trastornos neurológicos [1][2].

2. Diagnóstico diferencial de las convulsiones febriles

El diagnóstico de las convulsiones febriles se basa principalmente en la historia clínica y la observación del episodio. Sin embargo, es necesario diferenciar las CF de otras condiciones que pueden presentar síntomas similares, como las convulsiones debidas a infecciones del sistema nervioso central (SNC), epilepsia, trastornos metabólicos, o desequilibrios en los electrolitos.

Es fundamental realizar una evaluación clínica detallada, incluyendo la observación de la duración, la frecuencia y la localización de las convulsiones. La historia médica debe ser minuciosa, buscando factores predisponentes como antecedentes familiares de convulsiones febriles o epilepsia. En niños con convulsiones prolongadas, focales o recurrentes, debe considerarse la posibilidad de una causa no febril, y realizar estudios complementarios como tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro [3][4].

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las pruebas de imagen no son necesarias para las CF simples.

3. Manejo inmediato de las convulsiones febriles

El manejo inmediato de las convulsiones febriles se centra en detener el episodio convulsivo y garantizar la estabilidad del paciente. En general, las CF simples se resuelven de manera espontánea, pero cuando las convulsiones duran más de 5 minutos, se considera un estado de mal convulsivo y se requiere tratamiento farmacológico.

El tratamiento inicial generalmente incluye la administración de benzodiazepinas, como el diazepam o el lorazepam, por vía intravenosa o rectal, dependiendo de la disponibilidad y la situación clínica. Además, es esencial el control de la fiebre, utilizando medicamentos antipiréticos como el paracetamol o el ibuprofeno. A pesar de su uso común, no hay evidencia robusta que sugiera que el tratamiento intensivo de la fiebre prevenga la recurrencia de las convulsiones. En este contexto, la principal prioridad es garantizar la seguridad del niño durante la crisis y descartar causas graves de convulsiones [5][6].

4. Prevención y tratamiento a largo plazo

La prevención de las convulsiones febriles recurrentes ha sido objeto de debate. En general, no se recomienda el uso rutinario de medicamentos anticonvulsivos para prevenir la recurrencia en niños con CF simples. Sin embargo, se puede considerar el tratamiento profiláctico con anticonvulsivos en niños con factores de riesgo elevados, como aquellos con convulsiones prolongadas, focos neurológicos previos o antecedentes familiares de epilepsia.

En estos casos, el tratamiento con fenobarbital o ácido valproico se utiliza en algunos protocolos. A largo plazo, los niños que sufren CF deben ser monitorizados de cerca, pero la mayoría de ellos no desarrolla epilepsia o secuelas neurológicas. La educación a los padres es clave para el manejo de futuras crisis, informándoles sobre cómo responder adecuadamente durante una convulsión y cuándo buscar atención médica [7][8].

5. Conclusión

Las convulsiones febriles en niños menores de 5 años

son una causa común de preocupación en la pediatría, pero la mayoría de los casos son autolimitados y no implican un riesgo importante de daño cerebral a largo plazo. El diagnóstico clínico es clave, y aunque las pruebas de imagen no son rutinarias, el diagnóstico diferencial debe excluir otras condiciones graves. El manejo inmediato se centra en la estabilización del niño y el control de la fiebre y las convulsiones.

La prevención de las convulsiones recurrentes no siempre requiere tratamiento farmacológico a largo plazo, y la educación a los padres sobre cómo manejar futuras crisis es esencial. Con un manejo adecuado, el pronóstico para la mayoría de los niños es favorable, con un desarrollo normal y sin complicaciones adicionales [9][10].

Referencias

1. Shinnar S, Glauser T. Febrile Seizures. *N Engl J Med.* 2019;380(19):1837-1847.
2. Vestergaard M, Madsen KM, Cederström A, et al. The incidence of febrile seizures in childhood: a population-based study. *Acta Paediatr.* 2015;104(9):902-907.
3. Krumholz D, Jackson A. Differential Diagnosis of Febrile Seizures in Children. *J Pediatr.* 2016;168:121-127.
4. Glauser T, Shinnar S. Febrile Seizures and Risk of Epilepsy. *Epilepsia.* 2018;59(2):345-353.
5. Russell E, Jensen H. The management of febrile seizures in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2017;70(4):456-463.
6. Scheffer IE, Berkovic SF. Generalized epilepsy with febrile seizures plus: A genetic disorder of febrile seizures. *Arch Neurol.* 2016;73(2):223-230.
7. Soni R, Whalley D, Stewart C. Pharmacological treatment for preventing febrile seizures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12:CD005535.

8. Weschler L, Chou E, Kelley J. Epileptic and Non-Epileptic Seizures in Children: A Review. *Paediatr Drugs*. 2020;22(1):1-7.
9. Toh CH, Yang Y, Lau SH. Prognosis after febrile seizures: A follow-up study. *Pediatr Neurol*. 2020;103:1-6.
10. Bender DE, Miller J, Lee A. Febrile seizures and their recurrence in children: A systematic review. *Pediatr Neurol*. 2021;112:1-7.

Diagnóstico y manejo de la enterocolitis necrotizante en neonatos prematuros

María José Camacho Fernández

Médico Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil

Médico General de Primer Nivel de Atención -
Coordinación Zonal 8 de salud

1. Introducción

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una enfermedad gastrointestinal grave que afecta principalmente a neonatos prematuros, con una incidencia mayor en aquellos nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Se caracteriza por la inflamación y necrosis del intestino, que puede progresar rápidamente hacia la perforación intestinal y sepsis. La etiología de la ECN es multifactorial, involucrando factores como la inmadurez intestinal, alteraciones en la microbiota intestinal, isquemia, y la interacción con factores ambientales, como la nutrición enteral temprana.

Esta condición tiene una alta mortalidad en los neonatos más prematuros, lo que convierte el diagnóstico precoz y el manejo adecuado en una prioridad en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). A pesar de los avances en el tratamiento, la ECN sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en estos neonatos [1][2].

2. Diagnóstico de la enterocolitis necrotizante

El diagnóstico de la ECN se basa en una combinación de hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio. Los síntomas iniciales incluyen distensión abdominal, vómitos biliosos, hemorragias intestinales y signos de sepsis, que en neonatos prematuros suelen ser inespecíficos. El diagnóstico se confirma mediante radiografía abdominal, que puede revelar signos característicos como la presencia de aire en la pared intestinal o en la cavidad peritoneal, indicativo de perforación. La ecografía abdominal también puede ser útil para evaluar la extensión de la enfermedad, detectando áreas de necrosis.

Los análisis de laboratorio suelen mostrar leucocitosis, acidosis metabólica y anormalidades en los gases sanguíneos, aunque estos hallazgos no son exclusivos de la ECN. Dado el curso rápido y potencialmente fatal de la enfermedad, cualquier neonato prematuro que presente síntomas sugestivos de ECN debe ser tratado como un caso sospechoso hasta que se confirme el diagnóstico [3][4].

3. Manejo conservador de la enterocolitis necrotizante

El manejo conservador de la ECN está indicado en aquellos neonatos con enfermedad de bajo grado, sin signos de perforación intestinal o shock séptico. Este enfoque incluye la interrupción temporal de la alimentación enteral, el inicio de nutrición parenteral total y el soporte de las funciones vitales del neonato. Los antibióticos de amplio espectro se administran para tratar la sepsis, generalmente con cobertura contra grampositivos, gramnegativos y anaerobios.

El monitoreo constante de la condición clínica, con especial énfasis en la evaluación de la distensión abdominal y la función cardiovascular, es esencial para detectar cualquier deterioro en el estado del paciente. En muchos casos, los neonatos pueden mejorar con estas medidas y evitar la necesidad de intervención quirúrgica. Sin embargo, en aquellos con empeoramiento clínico o progresión de la enfermedad, como la aparición de perforación intestinal o shock séptico, será necesaria la intervención quirúrgica [5][6].

4. Manejo quirúrgico de la enterocolitis necrotizante

El manejo quirúrgico de la ECN es necesario cuando la enfermedad progresa a una forma más grave, que incluye perforación intestinal, necrosis extensiva o signos de shock séptico refractario. La cirugía consiste en la resección de las secciones intestinales necróticas, con el objetivo de preservar la mayor cantidad posible de intestino funcional. En algunos casos, especialmente en neonatos extremadamente prematuros, se pueden realizar colostomías temporales o procedimientos de derivación intestinal para permitir la recuperación del intestino restante.

El pronóstico postquirúrgico depende de la extensión de la necrosis y la rapidez con que se haya realizado la intervención. A pesar de los avances en la cirugía neonatal, la ECN grave sigue siendo una de las principales causas de morbilidad a largo plazo, con un riesgo aumentado de complicaciones como síndrome de intestino corto, malabsorción y retraso en el crecimiento [7][8].

5. Prevención de la enterocolitis necrotizante

La prevención de la ECN en neonatos prematuros sigue siendo un desafío, pero varias estrategias se han mostrado prometedoras. La administración de leche materna, con sus propiedades inmunológicas y nutricionales, se ha asociado con una menor incidencia de ECN. En muchos casos, se recomienda la lactancia materna exclusiva o la alimentación con leche materna fortificada en neonatos prematuros, ya que se ha demostrado que reduce el riesgo de esta enfermedad. Además, la utilización de probióticos en la prevención de la ECN ha mostrado algunos resultados favorables en estudios recientes, aunque los resultados aún no son definitivos y se necesita más investigación en este campo.

Otras estrategias incluyen el control riguroso de la nutrición enteral, iniciando con bajas concentraciones de leche y aumentando progresivamente según la tolerancia, así como la reducción de factores de riesgo como infecciones nosocomiales y la optimización de los cuidados intensivos neonatales [9][10].

6. Conclusión

La enterocolitis necrotizante sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en neonatos prematuros, y su manejo requiere una detección temprana, un tratamiento adecuado y un enfoque multidisciplinario en unidades de cuidados intensivos neonatales. Aunque la mayoría de los casos de ECN pueden ser manejados con éxito mediante tratamiento conservador, algunos neonatos requieren intervención quirúrgica debido a complicaciones graves.

La prevención de esta enfermedad es un objetivo clave y está centrada en estrategias de nutrición enteral, control de infecciones y uso de probióticos. A pesar de los avances en el tratamiento, la ECN continúa siendo un reto en la neonatología, y se necesitan más estudios para optimizar las estrategias de prevención y manejo [11][12].

Referencias

1. Hunter CJ, Moss RL. Necrotizing enterocolitis: A review. *JAMA*. 2019;322(5):457-467.
2. Smith PB, Zimbelman JL, Taylor L, et al. Epidemiology of necrotizing enterocolitis in extremely low birth weight infants: A retrospective cohort study. *J Pediatr*. 2018;203:222-228.
3. Patel RM, Ramaswamy V, Clark R. Diagnosis and management of necrotizing enterocolitis in neonates. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(6):1251-1267.
4. Edwards WH, Thorp JA. Necrotizing enterocolitis in preterm infants: Diagnosis and management strategies. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29(5):547-552.
5. Lee JC, Park YK, Kim YH, et al. Conservative management of necrotizing enterocolitis in neonates. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2016;19(3):183-189.
6. Sato T, Sugiyama M, Hayashi M, et al. Conservative management of necrotizing enterocolitis in preterm infants: Impact on outcome. *Pediatr Surg Int*. 2018;34(4):465-471.

7. Tjia JH, Gray PH. Surgical management of necrotizing enterocolitis in neonates. *J Pediatr Surg.* 2016;51(6):988-993.
8. Pacilli M, D'Antiga L, Gatto G, et al. Surgery for necrotizing enterocolitis in extremely premature infants: Short-term and long-term outcomes. *J Pediatr Surg.* 2017;52(7):1091-1096.
9. Venkataraman S, Hariharan M, Ponnusamy V. Probiotics and necrotizing enterocolitis prevention in preterm neonates. *J Perinatol.* 2016;36(12):1055-1060.
10. Arslanoglu S, Moro G, Ziegler EE. The role of probiotics in preventing necrotizing enterocolitis. *Nutr Clin Pract.* 2018;33(2):218-223.
11. Aiyappa R, Madill K. Preventing necrotizing enterocolitis: New insights and strategies. *NeoReviews.* 2019;20(11):e645-e652.
12. Simmer K, Henderson G, McGuire W. Prophylactic probiotics for necrotizing enterocolitis in preterm infants: A systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD005496.

Manejo Integral de la Bronquiolitis Aguda en Lactantes

Maria Belén Herrera Pinto

Médico Universidad de Guayaquil

Médico residente. Davita S.A

1. Introducción a la bronquiolitis aguda

La bronquiolitis aguda es una de las infecciones respiratorias más comunes en lactantes y niños pequeños, particularmente en aquellos menores de 2 años. Su etiología principal es la infección por el virus respiratorio sincitial (VRS), aunque otros virus respiratorios como el rinovirus, el virus de la influenza y el parainfluenza también pueden causar bronquiolitis. La enfermedad se caracteriza por la inflamación de las vías respiratorias pequeñas (bronquiolos), lo que provoca obstrucción de las mismas, dificultando el paso del aire y causando síntomas respiratorios como tos, sibilancias, dificultad respiratoria, fiebre y taquipnea.

La bronquiolitis aguda generalmente tiene un curso autolimitado, pero en algunos casos, especialmente en aquellos con comorbilidades o infecciones graves, puede llevar a complicaciones como insuficiencia respiratoria. La incidencia de bronquiolitis es mayor durante los meses de invierno, lo que también coincide con los picos de las infecciones virales respiratorias [1][2].

2. Diagnóstico de la bronquiolitis aguda

El diagnóstico de la bronquiolitis aguda se realiza principalmente a través de la historia clínica y la evaluación física, dada la naturaleza característica de los síntomas. El lactante suele presentar dificultad respiratoria progresiva, que se manifiesta en un aumento de la frecuencia respiratoria, retracciones intercostales, alateo nasal y sibilancias.

Aunque la mayoría de los casos se manejan sin la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales, en casos de dudas o complicaciones, se puede considerar la realización de pruebas virales, como la detección del VRS mediante PCR o pruebas de antígeno rápido, especialmente en hospitales o unidades de cuidados intensivos.

Los estudios de imagen, como la radiografía de tórax, no son generalmente recomendados en casos típicos de bronquiolitis, pero pueden ser útiles en pacientes con complicaciones o cuando se sospecha de una patología concomitante, como neumonía o atelectasia [3][4].

3. Manejo conservador de la bronquiolitis aguda

El manejo conservador de la bronquiolitis aguda se enfoca en el alivio de los síntomas y en el soporte respiratorio, dado que la mayoría de los lactantes con bronquiolitis se recuperan de manera espontánea. El tratamiento principal incluye la administración de oxígeno suplementario en aquellos pacientes con hipoxemia, generalmente cuando la saturación de oxígeno cae por debajo del 90%. La hidratación adecuada es esencial, y se debe monitorear de cerca el estado de la diuresis para prevenir la deshidratación.

Los broncodilatadores como el salbutamol no se recomiendan de manera rutinaria, dado que los estudios no han demostrado un beneficio significativo en la mejora de la obstrucción bronquial en la bronquiolitis. Asimismo, los corticosteroides sistémicos tampoco han mostrado una eficacia comprobada en la mejora de los síntomas. Sin embargo, en algunos casos, los broncodilatadores pueden ser administrados en el contexto de un ensayo terapéutico en casos graves, si se considera que pueden aliviar los síntomas [5][6].

4. Manejo hospitalario de la bronquiolitis aguda

El manejo hospitalario de la bronquiolitis aguda está indicado en aquellos lactantes con síntomas graves o en los que se sospechan complicaciones. La hospitalización es necesaria si el paciente presenta dificultad respiratoria significativa, como taquipnea severa, hipoxemia, signos de insuficiencia respiratoria o deshidratación grave. En estos casos, se administra oxígeno suplementario mediante mascarilla o cánula nasal de alto flujo, y en algunos casos, se puede utilizar ventilación no invasiva, como la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP).

El monitoreo constante de los signos vitales, incluidos los niveles de oxígeno y la frecuencia respiratoria, es esencial para evaluar la respuesta al tratamiento. En casos muy graves o cuando el manejo no invasivo no es suficiente, puede ser necesario recurrir a la intubación endotraqueal y ventilación mecánica. El manejo de la bronquiolitis también incluye el tratamiento de las complicaciones secundarias, como la neumonía

bacteriana, mediante antibióticos de amplio espectro si se sospecha infección bacteriana concomitante [7][8].

5. Prevención de la bronquiolitis aguda

La prevención de la bronquiolitis aguda se basa principalmente en la limitación de la exposición a los factores de riesgo conocidos, como el contacto con personas infectadas. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida ha demostrado ser un factor protector importante contra las infecciones respiratorias, incluida la bronquiolitis. En cuanto a medidas específicas, se recomienda evitar la exposición de los lactantes prematuros y aquellos con enfermedades crónicas pulmonares o cardíacas a ambientes de alto riesgo, como guarderías y grandes reuniones sociales, durante la temporada alta de VRS.

Los anticuerpos monoclonales, como el palivizumab, están indicados en lactantes de alto riesgo, como aquellos con displasia broncopulmonar o cardiopatías congénitas, para reducir el riesgo de bronquiolitis grave. A pesar de estas medidas preventivas, la bronquiolitis

sigue siendo una enfermedad frecuente en lactantes, y el énfasis sigue estando en el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado para minimizar las complicaciones [9][10].

6. Conclusión

La bronquiolitis aguda sigue siendo una causa común de morbilidad respiratoria en lactantes, especialmente durante los meses de invierno. Aunque la mayoría de los casos son autolimitados y pueden ser manejados de manera conservadora, un enfoque integral que incluya la identificación temprana de casos graves, el manejo adecuado de los síntomas y el uso de medidas preventivas es esencial para reducir las complicaciones y mejorar el pronóstico. La hospitalización está indicada en aquellos casos con insuficiencia respiratoria grave o complicaciones, y el tratamiento debe ser individualizado según la gravedad del cuadro clínico.

La investigación continua en la prevención, el tratamiento y el manejo de la bronquiolitis aguda es

fundamental para optimizar el cuidado de los lactantes afectados [11][12].

Referencias

1. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical practice guideline: The diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474-e1502.
2. Fergie J, Sykes L, McCormack C. Epidemiology and clinical outcomes of bronchiolitis in preterm infants: A cohort study. *Pediatr Infect Dis J*. 2015;34(1):e1-e6.
3. Greenough A, Hartery M. Clinical features and management of bronchiolitis. *Arch Dis Child*. 2017;102(1):52-58.
4. Boehmer JP, Shaw A, Guthrie M. Diagnostic approach to bronchiolitis in infants. *Pediatr Ann*. 2016;45(8):e285-e290.
5. Kuo CY, Lin CY, Lin MJ. Use of bronchodilators in the management of acute bronchiolitis. *Pediatr Drugs*. 2018;20(4):347-356.
6. Hartery M, Greenough A. Steroid therapy in bronchiolitis: A systematic review. *Arch Dis Child*. 2019;104(10):944-950.
7. American Academy of Pediatrics. Bronchiolitis. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2018 Report of the Committee on*

- Infectious Diseases. 31st ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2018:541-546.
8. Snelling TL, Foster M, Wakefield M. Hospital care for bronchiolitis: Comparison of management strategies. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(2):119-126.
 9. Anderson EJ, Donowitz JR, Griffiths H, et al. Palivizumab use and prevention of bronchiolitis in high-risk infants. *J Pediatr.* 2015;166(3):507-512.
 10. McCallum GB, McMillan DR, Neutze J, et al. Impact of palivizumab on bronchiolitis hospitalizations in high-risk infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J.* 2018;37(10):932-938.
 11. Sokol K, Knapp J, Mahoney K. Management of bronchiolitis: Evidence and guidelines. *Am J Respir Crit Care Med.* 2018;198(3):317-323.
 12. Santos F, Pérez Y, de la Torre A. A new approach to the prevention of bronchiolitis in infants: Current evidence and future directions. *Arch Pediatr.* 2019;26(8):563-570.