

Explorando las consultas más comunes en la población pediátrica de Atención Primaria: la mejor evidencia disponible

Exploring the most common consultations in the paediatric primary care population: the best available evidence

AUTORAS

Alba Taboada-Meijide¹, María Fernanda Táboas Ledo², Cristina Molins Suárez³, Beatriz Calvar Seoane¹, Clara González-Formoso¹

¹Centro de Salud de Ponteareas. Área sanitaria de Vigo.

²Centro de Salud de Cangas. Área sanitaria de Vigo.

³Centro de Salud de Teis. Área sanitaria de Vigo.

Autor de correspondencia: Clara González-Formoso Email: Clara.gonzalez.formoso@sergas.es

Resumen

En el ámbito de la práctica clínica, la variabilidad en nuestras intervenciones puede representar un reto considerable, sobre todo dado el escaso tiempo que disponemos para actualizarnos en un entorno que está en constante cambio.

En este trabajo se recogen temas recurrentes en las consultas con discrepancias de manejo entre profesionales, a través de la búsqueda de literatura científica más actual basada en la evidencia.

Palabras clave: *Fiebre, Ictericia neonatal, Fimosis, Inyección intramuscular, Leche, Cuidado del niño*

Fiebre infantil: ¿cuándo y cómo usar antitérmicos de manera segura?

La fiebre es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría de Atención Primaria, pero no siempre requiere tratamiento con medicamentos. Es importante centrarse en la educación para la salud, el autocuidado y evitar la medicalización innecesaria del proceso¹.

La fiebre es una elevación anormal de la temperatura corporal, en general superior a 38°C². Es una respuesta fisiológica que suele indicar la presencia de una infección o enfermedad que debe ser evaluada, especialmente en los lactantes menores de 3 meses de edad, si hay un mal estado general o si persiste³.

No se ha demostrado que reducir la fiebre disminuya la morbilidad o mortalidad en enfermedades febriles, excepto en niños con enfermedades de base que limitan la capacidad de tolerar mayores demandas metabólicas (p.ej., niños con enfermedad de células falciformes y neutropenia). Es más importante que los cuidadores vigilen el aspecto general del niño (en busca de signos de enfermedad grave, como letargo, rigidez de cuello, alteración del estado mental, erupción petequeal o purpúrica, etc.), el nivel de actividad y la ingesta de líquidos, que la curva de temperatura y, que busquen atención médica si les preocupa el aspecto de su hijo³.

Los antitérmicos pueden aliviar molestias y reducir la pérdida de agua, lo que ayuda a prevenir la deshidratación. Además, tienen efectos analgésicos que pueden ser beneficiosos. Sin embargo, tratar la fiebre puede llevar a una identificación tardía de enfermedades subyacentes y a la toxicidad de los fármacos³.

1 Para saber más

Autor para correspondencia:
clara.gonzalez.formoso@sergas.es

No hay evidencia de que los fármacos antitérmicos disminuyan el riesgo de presentar convulsiones febriles en la población predispuesta¹, ni se recomienda su uso profiláctico antes y después de la vacunación infantil o dentro de las cuatro horas posteriores, por el escaso efecto observado de la incidencia de reacciones adversas y por la disminución de la respuesta inmunitaria. Se sugiere reservar el paracetamol para cuando realmente haya fiebre o reacciones adversas⁴.

En el caso de los lactantes y niños que se encuentran previamente sanos, se desaconseja el uso de paños húmedos o baños para bajar la fiebre³.

Para niños menores de 6 meses, el paracetamol es el fármaco recomendado. A partir de esa edad, se puede usar paracetamol o ibuprofeno, dependiendo de las preferencias¹. El ibuprofeno es una alternativa al paracetamol, especialmente si se desea un efecto antiinflamatorio³. Sin embargo, hay que tener cuidado con el uso de ibuprofeno en menores de 6 meses debido al riesgo de toxicidad renal¹.

No se recomienda la pauta alternante de paracetamol e ibuprofeno de forma sistemática³, ya que puede aumentar la posibilidad de cometer errores en la dosificación y riesgo de toxicidad^{3,5}. Solo se podría considerar en casos puntuales en donde la fiebre reaparece a las 3-4 horas de la última dosis y ocasiona malestar⁵.

El paracetamol puede administrarse por vía rectal a corto plazo si no se puede tomar por vía oral, aunque su absorción es menos predecible⁵.

El metamizol solo se indica, en lactantes mayores de 4 meses, para fiebre alta que no responde a otros antitérmicos¹ y no se ha demostrado que sea más efectivo que los demás⁵.

Por lo general, no es necesario el uso prolongado de agentes antipiréticos. La persistencia de la fiebre más allá de cuatro o cinco días, un marcado aumento de la fiebre durante el curso de la enfermedad o el desarrollo de nuevos síntomas localizados deben plantear su reevaluación por un profesional sanitario³.

¿La exposición a la luz solar previene la hiperbilirrubinemia?

La hiperbilirrubinemia neonatal benigna, también conocida como ictericia "fisiológica", es un aumento transitorio y normal de los niveles séricos totales de bilirrubina plasmática y muy frecuente tanto en recién nacidos a término como en prematuros (se da en alrededor del 60% de los recién nacidos)⁶.

Se manifiesta clínicamente como una coloración amarilla de la piel y la esclerótica, a niveles de bilirrubina sérica superiores a 5 mg/dL. Es el resultado de una predisposición a producir bilirrubina y de la capacidad limitada del recién nacido para excretarla. Es la causa más frecuente de reingreso hospitalario en el periodo neonatal y uno de los motivos de consulta más frecuentes. La mayoría de los casos de ictericia neonatal son leves y autolimitados⁷.

Los recién nacidos que presentan ictericia a menudo son tratados con lámparas de fototerapia. Estas lámparas emiten una luz azul-verde que ayuda a modificar la bilirrubina, facilitando así su eliminación⁸. La luz solar tiene el potencial de tratar la hiperbilirrubinemia porque contiene las longitudes de onda de luz que producen las máquinas de fototerapia; sin embargo, contiene luz ultravioleta dañina y radiación infrarroja, asociadas a riesgos como hipertermia, hipovolemia por calor y aumento de las pérdidas de líquidos, así como el riesgo a largo plazo de neoplasias malignas de la piel⁹.

La Academia Americana de Pediatría, en la actualización del año 2022 de la Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la hiperbilirrubinemia en el recién nacido de 35 o más semanas de gestación, establece que no se recomienda la luz solar directa como opción terapéutica para tratar o prevenir la hiperbilirrubinemia, sino la fototerapia intensiva administrada con luz azul LED (Light Emitting Diode), que no emiten luz UV¹⁰.

El sumario de evidencia sobre el manejo inicial de la hiperbilirrubinemia no conjugada en recién nacidos a término y prematuros tardíos indica que no se recomienda el uso de luz solar directa. Además, se señala que los dispositivos preferidos para la fototerapia son aquellos que utilizan lámparas LED azules porque emiten luz en la longitud de onda adecuada, sin generar luz UV. Otras opciones incluyen fuentes de luz como tubos fluorescentes o bombillas halógenas⁶.

Esta recopilación también recoge que la fototerapia con luz solar indirecta (filtrada) puede ser una alternativa razonable para tratar la hiperbilirrubinemia leve a moderada en entornos con recursos limitados si no se dispone de dispositivos de fototerapia. Las películas de tintado de ventanas disponibles en el mercado transmiten la luz azul a la vez que filtran la luz UV e infrarroja nocivas. Esto reduce el riesgo de quemaduras solares y otros efectos nocivos de la radiación UV⁶.

Una revisión sistemática sugirió que la luz solar puede ser una alternativa eficaz a la fototerapia convencional en entornos con recursos limitados y aconseja filtrar la luz solar para eliminar los rayos ultravioleta dañinos y controlar regularmente la temperatura de los lactantes expuestos a la luz solar por razones de seguridad⁸.

Como cuidados de apoyo, los recién nacidos con hiperbilirrubinemia deben recibir una nutrición e hidratación adecuadas, ya que esto mejora la eliminación de bilirrubina^{6,11}. Cuando los lactantes amamantados presentan una ingesta insuficiente, pérdida de peso excesiva y/o signos de hipovolemia, se debe ofrecer alimentación complementaria con leche materna, ya sea extraída o de donante pasteurizada. La suplementación con leche de fórmula no se recomienda, aunque puede considerarse si la leche materna no está disponible⁶.

Fimosis fisiológica: ¿retracciones?, ¿corticoides?, ¿qué hacer?

La fimosis consiste en la incapacidad de retraer el prepucio causada por una estenosis de la piel, lo que impide que el glande quede expuesto¹¹. La fimosis genera gran preocupación entre las familias y es responsable de un número significativo de consultas.

La fimosis fisiológica está presente al nacer en casi todos los recién nacidos varones. Con la edad, el prepucio se vuelve retráctil. Por el contrario, la fimosis patológica es el resultado de la cicatrización del anillo prepucial que impide la retracción por causas infecciosas, inflamatorias o iatrogénicas.

Se calcula que el 96% de todos los recién nacidos tienen fimosis, pero esta estimación desciende al 50% al año de edad, al 10% a los tres años, del 6% al 8% a los siete años y al 1% a los 16 años. Estos datos indican que, en la mayoría de los casos, la historia natural de la fimosis fisiológica tiende a la resolución espontánea, y sólo una pequeña proporción de varones continuará en la edad adulta con esta afección¹².

El diagnóstico se basa en la exploración física, que se lleva a cabo con el paciente en decúbito supino. Se debe realizar una retracción prepucial suave, progresiva y sin forzar, con el fin de conseguir una exposición del glande¹³.

Las indicaciones para tratar la fimosis son controvertidas. La mayoría de los expertos coinciden en que la fimosis fisiológica asintomática debe dejarse resolver espontáneamente hasta la pubertad, y sólo la fimosis patológica verdadera requiere tratamiento. Sin embargo, muchos consideran que los episodios recurrentes de balanitis, la parafimosis recurrente y las infecciones del tracto urinario son indicaciones para el tratamiento de la fimosis fisiológica a una edad más temprana¹².

El sumario de evidencia sobre los cuidados y complicaciones del pene no circuncidado en lactantes y niños indica que las opiniones de los expertos varían en cuanto a las mejores prácticas para el cuidado prepucial, y no existen directrices basadas en la evidencia¹⁴. El enfoque del cuidado rutinario del prepucio del lactante, basada en la opinión de expertos y en estudios observacionales, aconseja: lavar el pene en el momento del baño, ya sea con agua sola o con jabón; lavar el pene de la misma forma que se lavaría un dedo, sin retraer el prepucio y cambiar los pañales con frecuencia para prevenir la dermatitis del pañal y reducir la irritación de la piel.

El prepucio no debe retraerse nunca por la fuerza durante el baño. Sin embargo, a medida que el prepucio se retrae de forma natural, puede limpiarse y secarse. Después del baño, el prepucio retraído debe bajarse siempre hasta su posición normal, cubriendo el glande. A medida que el niño crece, se le debe instruir en la retracción suave del prepucio, la limpieza, el secado del glande y el regreso del prepucio a la posición normal¹⁴.

Se debería considerar el tratamiento tópico en niños con fimosis y episodios recurrentes de balanitis, parafimosis e infecciones urinarias: crema de betametasona al 0,05% 2-3 veces al día durante 2-4 semanas; si la respuesta es buena, continuar durante un total de 6-12 semanas. No iniciar el tratamiento tópico antes de los 3 años si es asintomático, ya que la mayoría de los casos se resuelven a los 3-5 años de edad¹¹.

¿Es necesario aspirar en la administración de una vacuna por vía intramuscular?

En las consultas de Atención Primaria, la administración de vacunas es uno de los procedimientos más frecuentes, siendo la vía intramuscular (IM) la más empleada.

La guía de práctica clínica para la reducción del dolor durante la administración de vacunas del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recoge que la aspiración antes de la inyección de vacunas (es decir, tirar del émbolo de la jeringa después de la inserción de la aguja pero antes de la inyección) no es necesaria al no haber vasos sanguíneos grandes en los sitios de inyección recomendados, y un proceso que incluye aspiración podría ser más doloroso para los lactantes¹⁵. Además, no hay daños documentados por no aspirar antes de la vacunación¹⁶.

En el libro de atención primaria para niños y adolescentes de la Organización Mundial de la Salud también se recomienda no aspirar durante la inyección IM¹¹.

El sumario de evidencia sobre inmunizaciones para niños y adolescentes indica que no es necesario tirar hacia atrás del émbolo de la jeringa después de la inserción de la aguja antes de la inyección IM¹⁷.

A nivel nacional, el Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría llevó a cabo una síntesis de la evidencia y, recoge, no aspirar en la inyección intramuscular e inyectar lo más rápido posible como una de las medidas más efectivas en la disminución del dolor¹⁸.

El aporte lácteo entre los 6 y 24 meses de edad. Actualización

Durante el primer año de vida el alimento fundamental para el ser humano es la leche, de hecho hasta los primeros seis meses en exclusividad. La leche materna es el alimento mejor diseñado para los lactantes; en ocasiones puede que no se pueda administrar o sea necesaria una suplementación y, en esos casos, se utilizan fórmulas especiales adaptadas al lactante^{19,20}. Pero al llegar al año de vida surgen discrepancias en cuanto a la ingesta de lácteos.

Aunque en los últimos años la leche de vaca ha tenido detractores, no existe ningún estudio con evidencia y rigor científico que asocie la ingesta de leche de vaca con el desarrollo de mocos, rinitis, ni dermatitis atópica^{21,22}. La leche debe ser entera porque en la grasa de la leche obtenemos vitaminas A y D. Estas se pierden durante el desnatado de la leche. Aunque se trata de grasas saturadas, en este caso intervienen en un correcto neurodesarrollo del niño²³.

El sumario de evidencia sobre las recomendaciones dietéticas para niños pequeños y niños en edad preescolar y escolar recoge que los niños de entre 12 y 24 meses de edad deben consumir aproximadamente 2 tazas (480 mL) de leche de vaca al día y comer alimentos ricos en calcio para satisfacer sus necesidades diarias de calcio (700 mg/día). Cada taza (240 ml) de leche contiene aproximadamente 300 mg de calcio. Una ingesta excesiva de leche (más de 720 ml por día) puede desplazar el deseo de alimentos que cumplan con los requisitos nutricionales y es un factor de riesgo para la deficiencia de hierro²⁴.

En el caso de los lactantes que no pueden ser amamantados o alimentados con preparados para lactantes (por ejemplo, debido a problemas de coste, disponibilidad o seguridad), es razonable realizar la transición a la leche de vaca (u otro tipo de leche animal) después de los ocho o nueve meses de edad. Esta opción es especialmente importante en contextos de bajos recursos, donde el coste y las condiciones sanitarias a menudo suponen un obstáculo para la alimentación con leche de fórmula. De hecho, las directrices de la Organización Mundial de la Salud para 2023 contemplan esta

posibilidad a partir de los seis meses de edad, reconociendo la escasa certeza de las pruebas¹⁹. Si se introduce la leche de vaca antes del año de edad, es especialmente importante garantizar una ingesta adecuada de hierro a través de alimentos complementarios ricos en hierro, como cereales infantiles enriquecidos y/o carnes, o un suplemento de hierro²⁵.

La Guía de la OMS del 2023 sobre las recomendaciones de alimentación complementaria recoge una revisión sistemática en la que se evaluaron, en niños pequeños de 12-23 meses de edad, los efectos de la ingesta de leche de origen animal y sus resultados beneficiosos o perjudiciales asociados, en comparación con la fórmula de continuación comercializada para niños de más de 1 año, concluyendo que, suministrar a los niños de 12 a 23 meses leche de fórmula de continuación o leche enriquecida puede tener el mismo efecto que la leche animal en el crecimiento, la composición corporal y el desarrollo del niño¹⁹.

Tras esta publicación el Grupo Español de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap mostraron recientemente su posicionamiento (tabla 1). Recomiendan que entre los 6 y 12 meses de edad se promueva la lactancia materna (LM) complementada con otros alimentos. En caso de no poder acceder a la LM, se sugiere utilizar una fórmula láctea. Si el entorno no es seguro para preparar la fórmula o esta no está disponible, se puede optar por leche entera de origen animal. A partir de los 12 meses, siempre que la dieta sea variada, es seguro utilizar leche entera de origen animal sin necesidad de recurrir a leche fortificada²⁰.

Tabla 1. Análisis de las recomendaciones de la OMS sobre alimentación complementaria con posicionamiento del Grupo Español de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap: Leches para lactantes alimentados con leche distinta a leche materna ^{19,20}

	OMS	Grupo Gastro AEPap
Lactantes de 6-11 meses: fórmula láctea o leche de origen animal entera pasteurizada y/o derivados (yogur, leche evaporada reconstituida)	Grado de recomendación condicional Certeza de la evidencia baja	El uso de un preparado para lactantes o fórmula láctea tiene beneficios frente a una leche de origen animal, respecto a los niveles de hierro y vitamina D
Lactantes de 12-23 meses: leche de origen animal. No fórmulas lácteas	Grado de recomendación condicional. Certeza de la evidencia baja	En estos lactantes, con una mayor diversidad de alimentos, puede utilizarse leche de vaca entera, no existiendo evidencia que justifique mantener una fórmula de continuación o crecimiento a estas edades

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores: Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osakidetza. Departamento de Salud. Motivos frecuentes de consulta en Pediatría: fiebre y gastroenteritis aguda. INFAC. 2024;32(6): 67-9.
2. Mintegi Raso S, Gómez Cortés B. Lactante febril. Protocolo de Urgencias Pediátricas. 2020;1:141-151.
3. Ward M.A. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> [consultado 25/11/24].
4. García Soto L, Callejas Pozo JE. Fiebre; ¿cómo medir la temperatura?, ¿cuándo y cómo tratar la fiebre? (v.2/2022). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10-02-2022; consultado el 22-11-2024]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
5. Banco de Preguntas Preevid. Uso profiláctico de analgésicos o antipiréticos en la vacunación infantilMurciasalud, 2021. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/24117>.
6. Wong RJ, Bhutani VK. Unconjugated hyperbilirubinemia in term and late preterm newborns: Initial management. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
7. Okwundu CI, Bhutani VK, Uthman OA, Smith J, Olowoyeye A et al. Transcutaneous bilirubinometry for detecting jaundice in term or late preterm neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2024 May 28;5(5):CD011060. doi: 10.1002/14651858.CD011060.pub2.
8. Horn D, Ehret D, Gautham KS, Soll R. Sunlight for the prevention and treatment of hyperbilirubinemia in term and late preterm neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 6;7(7):CD013277. doi: 10.1002/14651858.CD013277.pub2.
9. Banco de Preguntas Preevid. Exposición a luz solar en recién nacidos para prevenir la hiperbilirubinemia.Murciasalud, 2022. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/24963>.
10. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Pediatrics. 2022 Sep 1;150(3):e2022058859. doi: 10.1542/peds.2022-058859.
11. World Health Organization. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, Peñaloza B, Morel Marambio M, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 1. Art. No.: CD008973. DOI: 10.1002/14651858.CD008973.pub3.
13. Pontón Martino B, Cebrián Muiños C. Pediatr Integral 2024; XXVIII (6): 371 – 379.
14. Wilcox D. Care and complications of the uncircumcised penis in infants and children. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 29 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
15. General Best Practice Guidelines for Immunization: Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Updated July 22, 2024 [<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/administration.html>] [Consulta: 02/12/2024].
16. Banco de Preguntas Preevid. ¿Es necesario “aspirar”, en la administración de una vacuna intramuscular? Murciasalud, 2022. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/24530>.
17. Drutz JE. Standard immunizations for children and adolescents: Overview. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
18. García Sánchez N, Merino Moína M, García Vera C, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria.2015;17:317-27 [https://archivos.pap.es/files/1116-2032-pdf/RPAP_1098_Alivio_dolor_vacunar.pdf].
19. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. En: WHO [en línea] [consultado el 23 de noviembre de 2024]. Disponible en www.who.int/publications/i/item/9789240081864.
20. Almazán Fernández de Bobadilla MV, García Mérida MJ, Ruiz Chércoles E, Castell Miñana M, Rodríguez Delgado J, Carbajo Ferreira AJ, et al. Análisis crítico de las nuevas directrices de la OMS sobre alimentación complementaria en el lactante de 6 a 23 meses de edad . Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:e51-e65. <https://doi.org/10.60147/17e0ce48>.
21. Paller AS, Butala S, Howe W. Treatment of atopic dermatitis (eczema). Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 5 de diciembre de 2024].
22. Fleischer DM. Introducing formula to infants at risk for allergic disease. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 5 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
23. Centers for Disease Control and Prevention website. Fortified cow's milk and milk alternatives. www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/foods-and-drinks/cows-milk-and-milk-alternatives.html. Updated May 20, 2022. [consultado 04/12/24].
24. Duryea TK. Dietary recommendations for toddlers and preschool and school-age children.updated. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
25. Duryea TK. Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy. Walthman (MA): UpToDate; 2024 [acceso 4 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

PUNTOS CLAVE KEY POINTS

- *No se recomienda alternar paracetamol e ibuprofeno porque puede aumentar el riesgo de errores en la dosificación y la toxicidad. No se aconseja el uso de fármacos antitérmicos para prevenir la fiebre tras la vacunación.*
- *No se recomienda la luz solar directa como opción terapéutica para tratar o prevenir la hiperbilirrubinemia.*
- *La mayoría de los expertos coinciden en que la fimosis fisiológica asintomática debe dejarse resolver espontáneamente hasta la pubertad, y sólo la fimosis patológica verdadera requiere tratamiento.*
- *No es necesario aspirar en la administración de una vacuna por vía intramuscular.*
- *A partir de los 12 meses, siempre que la dieta sea variada, es seguro utilizar leche entera de origen animal sin necesidad de recurrir a leche fortificada.*