

Enfermedades más frecuentes en los niños

María Amparo López

Servicio de Pediatría. Hospital 9 de Octubre, Valencia. Profesora del Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad CEU Cardenal Herrera

El conocimiento de las enfermedades más frecuentes en los niños por parte no solo de los pediatras, sino también del resto de los profesionales de la salud, como puede ser el caso del farmacéutico, es de suma importancia. El farmacéutico debe conocer estas enfermedades tanto para su abordaje clínico como para el inicio de su tratamiento en la práctica diaria, dentro, por ejemplo, de una actividad de atención farmacéutica: solo así podrá ofrecer consejo desde la oficina de farmacia.

En ocasiones, la familia puede consultar por un problema de salud que requiere diagnóstico médico, pero que además cursa con algún síntoma para el que existe alguna especialidad farmacéutica publicitaria que puede ayudar al bienestar del paciente. Es muy importante conocer qué tipos de enfermedades puede padecer el niño, y es preciso hacer especial hincapié en la importancia de un

diagnóstico médico, ya que una aparente mejoría sintomática podría ocultar un problema más grave.

Este capítulo abordará la definición de aquellas enfermedades que con mayor frecuencia puede encontrarse el profesional sanitario en el ámbito de la pediatría, de modo que pueda actuar con certeza en su consejo sanitario al paciente y sus padres y, si fuera necesario, remitirlo al médico en caso de que se sospeche que, detrás de la sintomatología, se esconde una enfermedad más grave.

Enfermedades del aparato respiratorio Faringoamigdalitis

Se trata de una enfermedad infecciosa adquirida por contagio a través del aire (al toser o estornudar) o por contacto directo. En la mayoría de los casos son víricas (rinovirus, ade-

©SADEUGRA/STOCKPHOTO



módulo 2 Patologías

- 7 Enfermedades más frecuentes en los niños
- 8 Tratamiento de las patologías gastrointestinales. Diarrea, estreñimiento y vómito
- 9 Tratamiento de las enfermedades respiratorias en el niño. Asma, tos y procesos infecciosos
- 10 Trastornos dermatológicos en el niño (dermatitis atópica, verrugas plantares). Formulación magistral en pediatría
- 11 Trastornos psiquiátricos en niños (depresión, TDAH...)
- 12 Alergias e intolerancias a alimentos (intolerancia a la lactosa, celiaquía...)

novirus...): el 90-95% de las faringoamigdalitis en menores de 3 años se deben a un virus, mientras que en los mayores de 5 años este porcentaje se sitúa en el 50-70%, y un 15-20% están causadas por bacterias (estreptococo beta-hemolítico grupo A, *Streptococcus pyogenes*...).

La faringoamigdalitis vírica suele ser de comienzo gradual, con fiebre moderada, dolor de garganta, microadenopatías palpables no dolorosas en el cuello y poca afectación del estado general. Suele haber mucosidad nasal, tos y enrojecimiento ocular. Al examinar la garganta, se observa un enrojecimiento difuso en el que pueden aparecer secreciones fibrinoides (placas) y vesiculosas.

La faringoamigdalitis bacteriana, en cambio, suele ser de comienzo brusco, con fiebre elevada (pudiendo superar los 39 °C), adenopatías cervicales de gran tamaño y dolorosas, y mayor afectación del estado general. Pueden acompañarse de cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal. Al explorar la faringe, se observa que está muy enrojecida, a veces con petequias en el paladar blando (pequeños hematomas puntiformes) y amígdalas hipertróficas con exudados purulentos (placas blanquecinas). El diagnóstico de la enfermedad se realiza valorando los síntomas clínicos y la exploración de la garganta.

El diagnóstico definitivo se hace mediante el cultivo de exudado faríngeo y un test de detección rápida del estreptococo, lo que permitirá orientar la causa de la infección. Aun así, no siempre será preciso recurrir estas pruebas, pues la edad del niño y los síntomas asociados pueden orientar suficientemente el diagnóstico hacia la causa viral o bacteriana. El tratamiento en las infecciones víricas será sintomático (antitérmicos/antiinflamatorios), mientras que en las bacterianas será necesaria la administración de antibióticos.

©L. HOSTETTLER/STOCKPHOTO



Otitis

Las otitis se clasifican según la afectación de las diferentes zonas del oído: el oído externo (oreja, conducto auditivo y tímpano); el oído medio (cadena de huesecillos y trompa de Eustaquio, conducto que comunica la faringe con el oído medio), y el oído interno. Por lo tanto, tendremos los siguientes tipos:

- **Otitis externa.** Más frecuente en menores de 5 años. Suelen ser bacterianas (*S. aureus*, y otros estreptococos), se contagian a través del agua de baño y de piscinas. Cursan con dolor intenso e inflamación del conducto auditivo externo, con exudado hemorrágico o purulento.
- **Otitis media.** Más frecuente en niños menores de 6 años con antecedentes de catarro de vías respiratorias altas (la infección se ha extendido desde la faringe al oído medio a través de la trompa de Eustaquio). Estos pacientes presentan fiebre elevada, irritabilidad, rechazo de la alimentación (sobre todo en lactantes), otalgia intensa, hipoacusia (sobre todo en preescolares), otorrea, vómitos y diarrea. En la exploración, se observa dolor a la presión en la parte anterior de la oreja e inflamación de los

ganglios retroauriculares, acompañados de secreción purulenta si existe perforación timpánica. El diagnóstico debe ser confirmado por el médico mediante la exploración del oído con un otoscopio, visualizándose la inflamación y/o perforación de la membrana timpánica.

- **Otitis serosa.** Más frecuente en preescolares. Existen factores predisponentes: otitis media recurrente, hipertrofia adenoidea, disfunción de la trompa de Eustaquio, alergias... La sintomatología suele ser larvada con hipoacusia y, en la exploración con el otoscopio, el tímpano estará opaco, con presencia de vesículas, inmóvil, cóncavo y retraído. Las otitis serosas suelen ser de resolución espontánea.

Laringitis

Las laringitis suelen afectar a niños en edad preescolar y con mayor frecuencia a varones. La mayoría son de causa vírica (virus parainfluenza 1, 2 y 3; virus gripales A y B; adenovirus, y virus respiratorio sincitial [VRS]), y también de causa bacteriana (*Haemophilus influenzae* tipo B: de mayor afectación epiglótica). Se diferencian tres tipos:

- **Laringitis catarral banal.** Inflamación leve, disfonía, discreta tos crupal y fiebre que remite en pocos días.
- **Laringitis estenosante aguda o crup vírico.** Es la más frecuente. Consiste en una inflamación de la mucosa laríngea comprendida entre las cuerdas vocales y el origen de la tráquea, que cursa con tos «perruna» (seca y ronca), afonía y estridor inspiratorio. Empeora por la noche. El llanto y la agitación la agravan. Suele repetirse durante varios días, disminuyendo en intensidad hasta desaparecer. Casi siempre cursa sin fiebre.
- **Laringitis espasmódica, estridulosa o falso crup.** Causada por un espasmo de la glotis (contracción brusca del vestíbulo laríngeo), asociado a procesos infecciosos agudos de vías respiratorias superiores, de predominio invernal. Tiene un inicio brusco nocturno, con tos «perruna», estridor inspiratorio, disnea y sin fiebre. Suele remitir de forma rápida (una hora), pero puede recaer.

Tos ferina

Causada por *Bordetella pertussis* (altamente contagiosa). Afecta sobre todo a lactantes pendientes de completar la vacunación. Comienza con un periodo catarral de 1-2 semanas, seguido de 2 a 6 semanas con crisis de «tos quintosa», nocturna, que finalizará con «gallo inspiratorio» y vómito de mucosidad filante. Aparecerá edema palpebral, congestión, hemorragias subconjuntivales y ulceración a nivel del frenillo lingual (signo de Riga). La complicación más frecuente es la neumonía.

Bronquitis aguda

Proceso inflamatorio de todo el árbol traqueobronquial, que presenta congestión y edema de mucosa con hipersecreción de causa viral, bacteriana o por agentes fisicoquímicos. Presencia de obstrucción nasal, rino-

rrhea y tos (seca, irritante y dolorosa), seguido de sibilancias espiratorias, con espiración prolongada. Fiebre y vómitos alimentarios.

Neumonía

En la infancia, el 75-90% suelen ser víricas (VRS menores de 3 años, adenovirus, virus influenzae...). El resto serán bacterianas (neumococos en preescolares y escolares, *Mycoplasma* en escolares...). Para establecer su diagnóstico, deben valorarse los síntomas clínicos: fiebre elevada de varios días de evolución, respiración superficial, tos y dolor costal; acompañados de sintomatología general, como cefalea, mialgias, odinofagia, etc. Si se sospecha que el paciente tiene neumonía, recomendamos acudir al pediatra para valorar la ventilación pulmonar mediante auscultación con fonendoscopio (disminución del murmullo vesicular, aumento de las vibraciones vocales, etc.) y completar el estudio mediante una radiografía de tórax para confirmación diagnóstica.

Enfermedades del aparato digestivo

Dolor abdominal

Es el síntoma de consulta médica más frecuente en niños y adolescentes. En la evaluación, será fundamental valorar la impresión del enfermo y averiguar si los síntomas son recientes (agudos) o recidivantes (crónicos):

- **Dolor abdominal agudo.** Puede deberse a enfermedades extraabdominales (neumonía en niños de 2 a 5 años, faringitis estreptocócica, otitis...) o abdominales, y su causa más frecuente es la gastroenteritis aguda. Un dolor insidioso, persistente, que aumenta de forma progresiva y está localizado en la parte inferior derecha del abdomen suele ser una apendicitis aguda (mayores de 6-7 años). En los adolescentes, los dolores de la ovulación y los quistes de ovario

suelen ser la causa más frecuente. Para el diagnóstico, debe realizarse una exhaustiva exploración física y valorar los síntomas clínicos. Si el dolor no cede y aumenta en intensidad, igual que el mal estado general (que puede acompañarse de vómitos, estreñimiento y disminución del ruido intestinal), el paciente debe ser remitido al médico para descartar un cuadro de abdomen agudo, que se confirmará mediante exploraciones complementarias (analíticas sanguíneas, ecografías, tomografía computarizada, etc.).

- **Dolor abdominal crónico.** El 10-15% de los niños de 5 a 15 años lo padecen. Suele ser un dolor que recidiva a lo largo de 3 meses, o tres o más episodios de dolor que impiden las actividades diarias. El paciente suele presentar también alteraciones del ritmo intestinal (estreñimiento, diarrea, síndrome del intestino irritable) o dispepsia (vómitos, saciedad precoz, dolor epigástrico...). También pueden influir factores psicosociales. Un considerable porcentaje de estos pacientes padece intolerancia a la lactosa, por lo que con su retirada de la dieta experimentarán una notable mejoría.

Diarrea aguda-gastroenteritis

Se trata de una enfermedad que afecta a la mucosa del tubo digestivo de forma funcional y/o estructural. Los factores etiológicos más frecuentes suelen ser infecciosos enterales, incluyendo microorganismos bacterianos (*Escherichia coli*, *Salmonella* y *Campylobacter jejuni* son los más frecuentes en España), víricos (rotavirus y adenovirus) y parasitarios (*Giardia lamblia* y *Cryptosporidium*). Pueden asociarse otros factores: infecciones respiratorias, urinarias, intraabdominales (adenitis mesentérica), trasgresiones dietéticas, factores tóxicos (antibióticos, laxantes...) y procesos inflamatorios in-

testinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...).

Los síntomas son: afectación del estado general por la deshidratación; pérdida de peso; ojos hundidos; lengua seca y saburral, y, en el caso de diarreas infecciosas, fiebre. El diagnóstico suele ser sintomático (número de deposiciones, consistencia, sangre en heces...), aunque debe confirmarse en los exámenes de laboratorio (cultivos, frotis, serología...).

Las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse son deshidratación aguda (más frecuente), intolerancias secundarias (lactosa, proteínas de la leche de vaca, gluten), malnutrición y síndrome postenteritis (persistencia de las lesiones del intestino delgado durante más de 2 semanas).

Otras enfermedades infecciosas: enfermedades exantemáticas

Varicela

Causada por el virus de la varicelazóster en edad preescolar y escolar. Altamente contagiosa por vía aérea. El periodo de contagio comienza 48 horas antes de la aparición del exantema, hasta que todas las lesiones hayan formado costra. Cursa con fiebre, anorexia, cefalea y adenopatías palpables. El exantema suele comenzar en la cara y el cuero cabelludo, extendiéndose al tronco y desarrollándose en brotes. Las primeras lesiones son máculas rojizas, que evolucionan a vesículas pustulosas y costras. Actualmente se recomienda la vacunación sistemática a toda la población infantil entre los 12-18 meses y 4-6 años. Las complicaciones más frecuentes son: sobreinfección bacteriana por rascado de las lesiones, encefalitis y neumonía (en niños mayores).

Escarlatina

Está causada por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A. Su máxima

incidencia es entre los 5-10 años. Se transmite por vía aérea. El periodo de incubación es de 2 a 4 días, apareciendo faringoamigdalitis con lengua saburral, petequias en paladar y fiebre elevada. El exantema es micropapuloso «en carne de gallina» y difuso; aparece inicialmente en el cuello, para luego extenderse hacia el tronco y las extremidades; es de coloración rojo intenso y palidece a la presión, y su intensidad aumenta en los pliegues, respetando el triángulo nasolabial (excepto las mejillas). El exantema se descama sobre todo en las manos. Se acompaña de lengua «aframbuesada». Las complicaciones más frecuentes y graves son la glomerulonefritis y la fiebre reumática.

Exantema súbito, roséola infantil (o 6.ª enfermedad)

Causado por herpesvirus 6. Aparece en lactantes de 6-15 meses. El periodo de incubación es de 5 a 15 días. Cursa con fiebre elevada y faringitis, desapareciendo bruscamente y apareciendo un exantema máculo-papuloso, no confluyente en tronco, que no descama y con adenopatías cervicales palpables.

Megaloeritema, síndrome de la bofetada (o 5.ª enfermedad)

Causado por el parvovirus humano B19. Aparece entre los 5-15 años. De transmisión aérea y máximo grado de contagio entre los 6-15 días posteriores a la infección. El exantema acompañado de prurito evoluciona en tres fases:

- Primera fase. Eritema lívido en mejillas («doble bofetada»).
- Segunda fase. Exantema máculo-papuloso en región glútea y extremidades, que se irá aclarando por su parte central.
- Tercera fase. Recidivas con el ejercicio, exposición solar, calor, etc. Los pacientes suelen estar afebriles.

Las complicaciones del megaloeritema son: crisis aplásicas graves, artritis y miocarditis.

Sarampión

Causado por el virus ARN *Paramyxoviridae*: género *Morbillivirus*. Muy contagioso. Se transmite por vía aérea. El periodo de incubación es de 12-15 días. Cursa con fiebre bajamoderada, conjuntivitis, rinitis y tos seca. En la mucosa bucal aparecen las manchas de Koplik (opuestas a los molares inferiores). El exantema es máculo-papuloso, de inicio en la cara y el cuello, y distribuyéndose de modo descendente. Se caracteriza por descamación furfurácea y prurito ligero. La fiebre es cada vez más alta, y aparecen linfadenopatías generalizadas. Complicaciones: otitis media, neumonía, encefalitis y panencefalitis esclerosante subaguda. Es una enfermedad de vacunación obligatoria, con una primera dosis a los 15 meses y dosis de recuerdo entre los 3-6 años.

Rubeola

Causada por el virus ARN *Togaviridae*: género *Rubivirus*. Se transmite por vía aérea. El periodo de incubación es de 14-21 días. Cursa con adenopatía dolorosa retroauricular, cervical posterior y petequias en el paladar. El exantema es máculo-papuloso, de inicio en la cara y extensión descendente de predominio en

©A. DIANA/ISTOCKPHOTO



CASO PRÁCTICO

Mujer que acude a la oficina de farmacia porque su hija de 2 años y 3 meses presenta fiebre de 38,5 °C de pocas horas de evolución, que comienza con decaimiento, regular estado general, aumento de la secreción mucosa y tos. Con el inicio del proceso febril, presenta deposiciones diarreicas acuosas (seis en las últimas 3 horas) de coloración verdosa, malolientes, sin aparición de moco o sangre en ellas. Además, presenta vómitos alimentarios aislados, rechazo de la alimentación y oliguria.

Aunque el farmacéutico aprecia posibles signos de deshidratación, aconseja derivar al médico para su diagnóstico y tratamiento, especialmente al tratarse de una niña tan pequeña.

Tiempo después, la mujer vuelve a acudir a la oficina de farmacia con las recetas y el informe del médico.

Antecedentes familiares y personales

Los padres explican que en la guardería han aparecido dos casos similares en los últimos días, uno de ellos diagnosticado de gastroenteritis por rotavirus. La niña ha recibido correctamente todas las vacunas obligatorias, a excepción de las no financiadas por el Sistema Nacional de Salud (rotavirus, varicela y neumococo).

Exploración física

Peso: 11,7 kg. Talla: 88 cm. Fiebre de 38,8 °C axilar. Regular estado general. Decaimiento. Orofaringe hiperémica. Moco abundante en *cavum* (orofaringe). Intensa palidez y sequedad cutáneo-mucosa. Ojos hundidos con ausencia de lágrimas y aparición de ojeras marcadas. Ligera sequedad labial con aparición de grietas. Lengua seca y saburral. Oliguria y orina concentrada. Ligero aumento del dolor abdominal, que cede con las deposiciones (dolor tipo cólico); aumento del ruido intestinal.

Evolución y tratamiento

Ante la aparición de sintomatología de gastroenteritis (deposiciones diarreicas numerosas acompañadas de vómitos) y signos de deshidratación (palidez y sequedad cutáneo-mucosa, ojos hundidos con ausencia de lágrimas...), se decide iniciar tratamiento sintomático, consistente en la administración de soluciones de rehidratación oral o sueros orales (adquiridas en la farmacia), para restituir la pérdida de sales y líquidos. Se indica que se le dé de beber pequeños sorbitos de suero oral cada 5 minutos (preferiblemente administrándolos mediante una jeringuilla de entre 5 y 10 ml de solución), para valorar su tolerancia oral.

El objetivo del tratamiento es prevenir la deshidratación, garantizando que el cuerpo tenga suficiente agua y líquidos. Se trata de mantener a la niña bien hidratada, de no forzar la alimentación y seguir una dieta astringente; no deben administrarse fármacos antidiarreicos, pues en estos casos son contraproducentes, pero sí pueden pautarse antitérmicos en casos que así lo requieran.

A las pocas horas de comenzar con la rehidratación, se observa mejoría del estado general, con disminución del número de deposiciones, desaparición de los vómitos, las ojeras y el hundimiento ocular, y aparición de lágrimas y saliva. También se observa una disminución progresiva de la fiebre.

Tras 9 horas de dieta únicamente con sueros orales, se inicia alimentación con dieta blanda astringente triturada, con buena tolerancia. La paciente evoluciona favorablemente sin requerir otras medidas terapéuticas.

Juicio diagnóstico

Gastroenterocolitis por rotavirus.

Características clínicas:

- Síntomas generales: fiebre, decaimiento, rinorrea y tos.
- Síntomas específicos: deposiciones diarreicas numerosas, vómitos, sequedad y palidez cutáneo-mucosa, lengua saburral, ausencia de lágrimas, dolor abdominal tipo cólico que cede con las deposiciones.
- Casos similares detectados en el entorno del paciente.
- Evolución favorable con dieta, soluciones de reposición hidroelectrolítica y antitérmicos.

©H. WESTHUIZEN/ISTOCKPHOTO



el tronco, no confluyente. Se acompaña de prurito leve y febrícula. Las complicaciones más habituales son: poliartritis de pequeñas articulaciones de las manos, encefalitis y púrpura trombocitopénica. También es una enfermedad de vacunación obligatoria, con una primera dosis a los 15 meses y dosis de recuerdo entre los 3-6 años.

Exantema vírico manos-pies-boca

Enfermedad causada por el virus coxsackie A16. Se transmite por vía aérea. Es habitual en niños en edad preescolar. Cursa con exantema vesiculoso que afecta a la mucosa oral, manos, pies y área del pañal. Se acompaña de fiebre, linfadenopatías generalizadas y faringoamigdalitis.

Enfermedades neurológicas Convulsiones febriles

Son crisis convulsivas asociadas a fiebre de origen extracraneal (sin evidencia de infección o afectación del sistema nervioso central). Se producen en niños de 6 meses a 5 años, debido a la inmadurez cerebral aso-

ciada a la edad, y se deben a infecciones respiratorias de las vías superiores.

Es el problema neuropediátrico más frecuente, sobre todo en varones. Se producen tras un ascenso brusco de la temperatura corporal (más de 39 °C) durante el primer día de fiebre. Suelen clasificarse en dos tipos: como «convulsiones febriles simples o típicas», cuando son crisis generalizadas (con una duración de 1-3 minutos) y únicas; o como «convulsiones complejas o atípicas» cuando las convulsiones son de más de 10 minutos de duración, se repiten dentro del mismo proceso infeccioso y no son generalizadas (parciales o asimétricas). Estas últimas entrañan un riesgo de epilepsia posterior del 10%; en cambio, los pacientes que sufren crisis febriles simples o típicas tienen el mismo riesgo de padecer epilepsia que la población general. La mortalidad en este tipo de convulsiones es prácticamente nula, al igual que las secuelas neuropsicológicas.

Las recidivas son más frecuentes en los pacientes con antecedentes de

familiares de primer grado que hayan padecido convulsiones, y en aquellos que presentan convulsiones complejas o atípicas con temperatura baja en el momento de aparición de la crisis convulsiva, ya que las convulsiones provocarán un ascenso rápido de la temperatura corporal.

Enfermedades nefrológicas Infección de tracto urinario (ITU)

Es una enfermedad predominantemente de causa bacteriana. Pueden clasificarse en dos tipos: ITU de vías bajas o cistitis (inflamación de la vejiga urinaria), o ITU de vías altas o pielonefritis (proceso inflamatorio del riñón y uréter). Durante el periodo neonatal y el primer año de vida son más frecuentes en niños, mientras que a partir de los 3 años es más habitual en niñas. Las bacterias que con más frecuencia causan la infección son el *E. coli*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, así como los virus de la familia *Adenoviridae* (cistitis hemorrágica). El cuadro clínico en los menores de 1 año será de vómitos, diarrea, rechazo del alimento, ictericia, irritabilidad, llanto miccional, ocasionalmente hematuria macroscópica y fiebre. En cambio, en los mayores de 1 año la infección debutará con disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, enuresis, incontinencia, poliuria, hipertensión arterial, orina turbia o hematuria y dolor subcostal o suprapúbico. El diagnóstico debe basarse en las pruebas complementarias con examen de la orina en fresco (sedimento urinario: hematuria, leucocituria, nitritos: diagnóstico de sospecha) y urinocultivo (recuento de colonias tras siembra y cultivo en 48 horas: diagnóstico de certeza).

Enfermedades hematológicas Anemia ferropénica

Es la anemia más frecuente en la infancia, y suele ser de causa nutricio-

nal. Su máxima incidencia es entre los 6 meses-2 años y entre los 12-15 años. Su causa fundamental es la disminución de los aportes de hierro (prematuridad, déficit de absorción por aclorhidria, diarrea crónica, aporte insuficiente de hierro), aunque hay otros factores causantes, como aumento de los requerimientos (crecimiento, infecciones...) o pérdidas excesivas por hemorragias. La clínica se caracteriza por palidez cutánea reseñable en labios y conjuntivas, cansancio, decaimiento, taquicardia, anorexia (falta de apetito), alteración de tejidos epiteliales (estomatitis, uñas quebradizas, pelo seco...), irritabilidad y predisposición a las infecciones. El diagnóstico definitivo se obtendrá mediante la realización de pruebas complementarias (hemograma, ferritina, índice de saturación de transferrina, etc.).

Púrpura de Schönlein-Henoch

Es la vasculitis más frecuente en la edad pediátrica (4-15 años). Predomina en varones. Su causa principal es inmunitaria (inmunocomplejos circulantes de inmunoglobulina A [IgA] y depósito de IgA en los glomérulos renales), a la que le siguen las alergias alimentarias, tóxicas, medicamentosas y estreptocócicas. Cursa con púrpura o máculas que no desaparecen a la vitropresión, bilaterales y simétricas en zonas declives, que se desarrollan en brotes, acompaña-

das de dolores articulares, dolor abdominal tipo cólico y manifestaciones renales que condicionarán el pronóstico (oliguria, hematuria, anuria...). El diagnóstico es fundamentalmente clínico (púrpura, dolor abdominal y artralgias), aunque se apoyará en diagnósticos analíticos que deberán confirmar la no existencia de trombopenia (disminución del número de plaquetas) y el aumento de la IgA sérica. El reposo es fundamental para su tratamiento, así como los antiinflamatorios para aliviar el dolor y el malestar.

El conocimiento de las enfermedades de mayor prevalencia en pediatría por parte del personal sanitario que trabaja con el paciente (médicos, farmacéuticos, enfermería, etc.) permitirá que el asesoramiento sanitario a los familiares sea el adecuado para actuar de manera responsable y efectiva frente a la enfermedad.

Bibliografía

- Areses R. Diagnóstico por imagen en la infección del tracto urinario en pediatría. *An Esp Pediatr.* 2000; 52(5): 303-309.
- Ballinger S. Henoch-Schönlein púrpura. *Curr Opin Rheumatol.* 2003; 15: 591-594.
- Banatvala JE, Brown DWG. Rubella. *Lancet.* 2004; 363: 1.127-1.135.
- Brines-Solanes J, Hernández-Marco R. Neumonías agudas en la infancia. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría.* 9.ª ed. Madrid: Ergon, 2006; pp. 1.323 – 1.339.

- Clarós P, Cruz-Hernández M. Patología otorrinolaringológica. Otitis. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría.* 9.ª ed. Madrid: Ergon, 2006; pp. 1.266 – 1.276.
- Delgado-Rubio A, De Arístegui J. Diarrea Aguda. Gastroenteritis. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría.* 9.ª ed. Madrid: Ergon, 2006; pp. 1.125 – 1.133.
- González Gutiérrez-Solana L, Amigo Bello MC. Convulsiones febriles. *Rev Esp Pediatr.* 2005; 61: 72-80.
- Hoberman A. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. *N Engl J Med.* 2003; 18: 115.
- Lakhanpaul M, Atkinson M, Stephenson T. Community-acquired pneumonia in children: a clinical update. *Arch Dis Child Educ Pract.* 2004; 89: 29-34.
- Marineck B. Non traumatic abdominal emergencies. Acute abdominal pain: diagnostic strategies. *Eur Radiology.* 2002; 12: 136-150.
- Muñoz Villa A, Carrillo Herranz A. Anemias carenciales. En: Madero L, Muñoz Villa A. *Hematología y Oncología pediátricas.* 2.ª ed. Madrid: Ergon, 2005; p. 51.
- Nelson JSB, Stone MS. Update on selected viral exanthemas. *Curr Opin Pediatr.* 2000; 12: 359-364.
- Roberts KB, Akintemi OB. Epidemiología y presentación clínica de las infecciones de las vías urinarias en niños menores de dos años. *MTA-Pediatría* 2000; 21: 9-18.
- Scholer S, PiTuch K, Orr D. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. *Pediatrics.* 1996; 98: 680-685.
- Scott La, Seabury M. Viral exanthemas. *Review. Dermatol Online J.* 2003; 9: 4.