

Otros Protocolos

Tratamiento sintomático de síntomas frecuentes en Pediatría

R. GARCÍA MOZO*, A. ALONSO ALVAREZ**

* Centro de Salud de Lugones. ** Centro de Salud de Colunga. Asturias

INTRODUCCIÓN

Cuando desde una consulta de atención primaria o un servicio de urgencias pediátricas atendemos a un niño afecto de un proceso agudo, nuestro principal objetivo es llegar en lo posible a un diagnóstico etiológico y pautar un tratamiento específico utilizando nuestros conocimientos y experiencia personal, los medios diagnósticos a nuestro alcance y la medicina basada en la evidencia. Quizás tan importante como llegar a un diagnóstico concreto lo es descartar la patología grave que pueda comprometer la salud o la vida del niño.

Sin embargo, en muchas ocasiones, este objetivo no es el mismo que se nos demanda desde el entorno familiar del niño. El aumento creciente de las consultas en los Centros de Salud y en los servicios de urgencias hospitalarios no está en relación con la mejoría global de la salud de la población infantil que atendemos no con la disminución de la incidencia de los procesos infecciosos bacterianos severos.

Parece más bien, que lo que se nos demanda son soluciones para los síntomas derivados de procesos generalmente no graves, pero que dificultan la asistencia del niño al colegio y provocan trastornos laborales a sus padres.

Esta actitud se deriva de numerosos factores propios de la sociedad actual, entre los que se encuentra la actividad laboral de ambos progenitores, y un planteamiento ante las enfermedades habituales de la infancia como algo anormal

y no previsto. En ocasiones se asimila el concepto de consulta urgente al deseo de resolución inmediata del problema. Debemos hacer notar que esta actitud está en parte favorecida por las autoridades sanitarias cuando se confunde accesibilidad con calidad en la atención médica. Conceptos como el de observación, reposo, convalecencia y cuidados familiares están en desuso.

La actitud a tomar ante esta demanda creciente puede oscilar por parte de los profesionales desde la más estricta, evitando el uso de toda medicación sintomática cuyo uso no este científicamente fundamentado, a una más complaciente. Buscar el punto concreto es una decisión individual que tomamos cada día. No debemos olvidar entre otros factores nuestra responsabilidad en el control de los recursos sanitarios y el creciente problema del gasto farmacéutico para nuestro sistema sanitario publico cuyo futuro y financiación esta hoy en boca de todos.

Exponemos a continuación las opciones terapéuticas para los síntomas más frecuentes en la consulta diaria, independientemente de sus etiologías y de los tratamientos específicos para estas. Nos centraremos en los más habituales que enumeramos a continuación:

- Fiebre.
- Tos.
- Secreciones de vías respiratorias.

Correspondencia: Rafael García Mozo. Calle del Cuadrante Nº 52, 3, Urbanización la Pomarada. 33394 Cabueñes, Gijón
Correo electrónico: rafael.garciam@sespa.princast.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

- Vómitos.
- Diarrea aguda.
- Miscelánea.

FIEBRE

La fiebre es tal vez el síntoma que más angustia provoca en las familias y el principal motivo de consulta en las urgencias pediátricas (el segundo en atención primaria, después de la tos). Es frecuente que ante su presencia se acuda inmediatamente al centro de salud o a urgencias sin tomar medidas para su control.

Modificar el concepto social de fiebre como sinónimo de urgencia requiere una importante labor de educación sanitaria por parte de los profesionales.

La presencia de fiebre en un niño no implica infección bacteriana severa, ni su ausencia la descarta. Dada la habitual inmediatez entre la aparición de la fiebre y la consulta es muy posible que no encontremos una causa para la misma en la primera visita, por lo que para la valoración de un niño con fiebre debe utilizarse además de una exploración física rigurosos criterios y protocolos consensuados y basados en la evidencia, como la escala de valoración de Yale o los criterios de Rochester.

Dejando aparte el diagnóstico etiológico nos centraremos en el manejo sintomático de la fiebre. En primer lugar debemos insistir a las familias en que la fiebre debe ser termometrada, y aclarar los conceptos de fiebre, febrícula y temperatura normal. Fiebre es una temperatura rectal mayor de 38°, siendo esta medición la que mejor se relaciona con la temperatura central.

En caso de febrícula de corta duración (temperaturas axilares inferiores a 38° o rectales inferiores a 38,5°) no es imprescindible iniciar tratamiento con antitérmicos. Puede ser suficiente la utilización de medidas físicas, como la retirada de abrigo, y la aplicación de paños húmedos en la frente, axilas e ingles o el baño con agua tibia. No deben utilizarse en ningún caso las fricciones con alcohol. En caso de antecedentes de convulsiones febriles sí estaría justificada la utilización precoz de medicación antitérmica.

Ante la presencia de fiebre real, mayor a las temperaturas citadas anteriormente, debemos aconsejar las dosis adecuadas y en la frecuencia correspondiente de un único antitérmico. La utilización alterna de dos antitérmicos, tan extendida, no tiene ningún fundamento científico.

El antitérmico de elección inicial es el *paracetamol* a dosis de 10 a 15 mg/kg/dosis por vía oral, cada 4-6 horas, o de 20 mg/kg/dosis vía rectal en caso de intolerancia oral. Debemos recordar que el paracetamol tiene efecto analgésico y antipirético pero no antiinflamatorio. Podría utilizarse una dosis inicial oral de 25 mg/kg sin superar los 90 mg/kg/día.

El *ácido acetilsalicílico* ha sido un antitérmico de amplio uso durante mucho tiempo por parte de los pediatras, a dosis de 10 mg/kg/dosis, cada 6 horas. Su relación con el Síndrome de Reye en el contexto de determinadas infecciones víricas ha llevado a que deje de aconsejarse de forma general su uso como antipirético en la infancia, aunque conserva otras indicaciones.

El *ibuprofeno* es un excelente antitérmico con efecto analgésico y antiinflamatorio, que en nuestro medio está desplazando progresivamente al paracetamol en los niños mayores de tres meses. Su dosificación es de 5-10 mg/kg/dosis, cada 6 a 8 horas, por vía oral.

La *dipirona magnésica* se puede utilizar para casos de fiebre elevada que no responden a otras medidas por vía oral, rectal o intravenosa en dosis de 10 a 20 mg/kg/dosis cada 6 a 8 horas.

TOS

La tos, como mencionamos previamente, es el primer motivo de consulta en atención primaria. No es éste un síntoma que produzca tanta preocupación como incomodidad al niño y su familia, y en este aspecto se centra muchas veces su demanda y no en la gravedad de su causa.

La tos es un mecanismo de defensa útil para el mantenimiento de la limpieza de las vías respiratorias, que en muchas ocasiones es preferible respetar. Puede clasificarse según sus características en seca, productiva, metálica, perruna o estridulosa, emetizante y paroxística entre otras.

Ante un niño con tos no productiva e irritativa nuestra primera actitud debe ser una correcta exploración y anamnesis para llegar en lo posible a un diagnóstico y un tratamiento etiológico. Descartada siempre una infección bacteriana de vías altas o un proceso de vías bajas (asma, bronquiolitis, neumonía u otros, en cuyo caso no se deberá usar nunca medicación antitusiva) puede ser que se nos solicite un tratamiento sintomático para la tos.

En primer lugar, debemos insistir en la normalidad de la tos y en su evolución espontánea a la resolución, así como en

las medidas de administración de líquidos, humedad ambiental, lavado de secreciones nasales y tratamiento postural durante el sueño. Debemos informar a la familia de que la utilización de antitusígenos no está relacionada con una disminución en la duración del cuadro ni con una prevención de su posible evolución hacia vías bajas. Una reciente revisión Cochrane, muy interesante, así lo confirma, no detectando diferencias significativas entre la utilización de placebo, dextrometorfano o codeína. Si no obstante decidimos prescribir un antitusígeno, los más utilizados son los siguientes:

- *Codeína*: antitusígeno de acción central con efectos secundarios posibles de depresión del sistema nervioso central, disminución del movimiento ciliar e insuficiencia respiratoria, estreñimiento, náuseas y vómitos. No debe usarse en menores de un año. La dosis es de 0,5-1,5 mg/kg/día, cada 8 horas. Puede usarse por vía oral o rectal.
- *Dextrometorfano*: también de acción central, pero sin tantos efectos secundarios como la codeína. Contraindicado en menores de dos años. Dosis de 1 mg/kg/día, cada 6 horas.
- *Cloperastina*: Acción mixta central y periférica. Mismos efectos secundarios posibles, pero en menor grado. Dosis 1,5-3 mg/kg/dosis, cada 6 horas.
- *Levodropropizina*: De acción periférica, sin depresión del SNC, pero sí efectos secundarios gastrointestinales. Dosis de 1-3 mg/kg/día, cada 8 horas.

La utilización de tratamientos sintomáticos para la tos relacionada con el crup o la laringitis estridulosa, como los supositorios de relajantes musculares (Sulmetin papaverina®) debería desecharse por completo por su nulo efecto terapéutico y posibles efectos secundarios. Puede ser útil como es conocido la administración de una dosis única oral o nebulizada de corticoides (dexametasona o budesonida) y la nebulización de adrenalina.

SECRECIONES RESPIRATORIAS

La mucosidad en las vías respiratorias altas es inherente a los procesos infecciosos virales, que en la edad preescolar afectan a los niños un promedio de 5 veces cada invierno. Por tanto, es frecuente que nos encontremos consultas por la persistencia y la incomodidad causada por las secreciones en las vías altas.

Debemos diferenciar esta situación normal de aquellos procesos que sí nos puedan sugerir una patología crónica,

como la fibrosis quística o más frecuentemente los procesos alérgicos.

La evolución habitual de un catarro pasa por la rinorrea acuosa y congestión nasal inicial, hasta el goteo retrorrenal y el moco más espeso localizado en cavum con el paso de los días, que suele agudizar la tos nocturna y frecuentemente provoca vómitos.

No existe ninguna evidencia científica que relacione la consistencia o color de la mucosidad y su posible etiología viral o bacteriana. Sí parece, sin embargo, que la persistencia de más de 10 días de moco retrorrenal está en relación con la patología sinusal. Hay que recordar en este caso que los senos esfenoidales están neumatizados ya desde la primera infancia y los maxilares en ocasiones antes de los 5 años. También debemos tener presente la posible hipertrofia del tejido adenoideo y su sobre infección.

En caso de no sospechar una etiología bacteriana o un proceso de vías bajas, puede ser que valoremos la posibilidad de aportar algún remedio sintomático ante la demanda de la familia.

Si en el caso de los antitusígenos su utilidad es limitada, en el de los mucolíticos o expectorantes parece serlo aún menor, y nunca deben usarse en el contexto de un proceso asmático. La revisión que citábamos anteriormente, no obstante, hace hincapié en la ausencia de evidencia científica tanto sobre la eficacia como sobre la ineficacia de estos productos.

La mejor medida pasa por la administración de líquidos, preferentemente agua, la instilación de suero fisiológico o soluciones de agua marina y el vaciado de las fosas nasales espontáneamente o mediante aspiraciones.

Dentro de los mucolíticos más prescritos citamos los siguientes:

- *Acetilcisteína*: fluidifica las secreciones in vitro y parece tener efecto antioxidante a dosis de 100-200 mg cada 8 horas.
- *Ambroxol*: dosis 1-2 mg /kg/día, en dos o tres tomas.
- *Bromhexina*: dosis de 0,5 mg/kg/día, en dos o tres tomas.

Otros productos cuyo uso debería desecharse son las combinaciones de antihistamínicos y vasoconstrictores por vía oral, por su facilidad para espesar las secreciones y sus posibles efectos secundarios y riesgos de intoxicación, así como las teofilinas por vía oral, muy usadas anteriormente, con nulo efecto sobre el moco e importantes efectos secundarios, o los vasoconstrictores nasales tópicos por su efecto rebote.

Puede ser interesante la utilización de corticoides tópicos nasales asociados al tratamiento antibiótico ante una sinusitis o ante la sospecha de hipertrofia adenoidea como alternativa a la cirugía.

VÓMITOS

Los vómitos son un motivo de consulta muy frecuente en pediatría. Prácticamente cualquier proceso puede cursar con vómitos dentro de su sintomatología, desde los más banales hasta los graves.

Ante un niño que vomita debemos valorar, en primer lugar, su estado general y la posible deshidratación y alteración hidroelectrolítica. En segundo lugar debemos realizar una correcta exploración y anamnesis que nos lleven en lo posible a un diagnóstico etiológico. Existen numerosos protocolos de estudio que clasifican las posibles causas graves según la edad del niño y su carácter quirúrgico, infeccioso, metabólico o congénito. Citamos la excelente revisión dentro de los protocolos de la web de la AEP.

Sin embargo, en la práctica diaria de la consulta de atención primaria lo más frecuente será la presencia de vómitos como síntoma acompañante de un proceso infeccioso del área ORL o una gastroenteritis muy posiblemente viral. En estos casos, a pesar de pautar el tratamiento específico para la enfermedad de base, los vómitos en muchas ocasiones condicionan nuevas consultas tanto en los centros de salud como en urgencias, así como la realización de estudios complementarios y numerosos ingresos derivados de la ansiedad familiar.

Salvo en los casos de gravedad de la enfermedad de base, signos evidentes de deshidratación o lactantes muy pequeños, la mayor parte de los niños con vómitos pueden enviarse en observación a su domicilio, insistiendo tras un periodo mínimo de reposo digestivo en la ingesta de líquidos azucarados o soluciones de rehidratación oral, en tomas inicialmente de 5-10 cc cada 5-10 minutos y progresivamente aumentando su volumen. Cuando se aprecie tolerancia se debe pasar a la dieta habitual del niño en pequeñas tomas sin forzarle. En caso de persistir los vómitos se debería iniciar de nuevo la tolerancia con líquidos tras una hora de reposo digestivo.

La medicación sintomática tiene poca utilidad en los vómitos derivados de un proceso agudo, que habitualmente será autolimitado. Los más utilizados son los siguientes:

- *Metoclopramida*: muy utilizada por vía parenteral y oral, tiene efectos secundarios extrapiramidales que apare-

cen a dosis terapéutica por lo que su uso debería restringirse. Su dosificación es de 0,5-2 mg/kg/día, cada 8 horas, con un máximo de 10 mg por dosis. La tetilpezazina tiene los mismos riesgos extrapiramidales, así como la cleboprida.

- *Ondasetron y otros antagonistas de la serotonina* deben reservarse para los vómitos inducidos por la quimioterapia.
- *Cisaprida*: procinético con efecto selectivo sobre el esfínter esofágico. Su uso se ha visto restringido por sus posibles efectos secundarios arritmogénicos. Actualmente sólo está indicada para el reflujo gastroesofágico confirmado a dosis de 0,2 mg/kg cada 8 horas.
- *Domperidona*: Antagonista dopaminérgico, sin tantos efectos secundarios como metoclopramida, se usa por vía oral o rectal. Dosis: 0,3 mg/kg/dosis. En principio, es el único justificado para el tratamiento sintomático de los vómitos en un proceso agudo no grave. No obstante, es frecuente que el vómito se produzca antes de la asimilación del principio activo por vía oral, con lo que aporta poco beneficio en la práctica.

DIARREA

La diarrea aguda se define como un aumento del número de deposiciones y una disminución de su consistencia de menos de 15 días de duración. Es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, asociada o no, a los vómitos. La etiología más frecuente es vírica, siendo los gérmenes implicados con mayor frecuencia rotavirus, adenovirus y enterovirus. La presencia de numerosas deposiciones líquidas sin moco, sangre ni pus y fiebre ausente o moderada sugiere esta etiología viral, no siendo necesario la realización sistemática de coprocultivos ni otros estudios.

Sin embargo a pesar de ello es muy frecuente la consulta reiterada por la persistencia de la diarrea, generalmente en niños sin signos aparentes de deshidratación, demandando un tratamiento sintomático para acortar su duración.

En primer lugar, debemos insistir en la necesidad de administrar precozmente fórmulas de rehidratación oral adecuadas, evitando el uso de formulas caseras (limonada alcalina) o bebidas comerciales. Existen en la actualidad numerosas formulas de rehidratación oral que cumplen las indicaciones de la ESPGAN con un aporte adecuado de sodio y glucosa y con preparados lo suficientemente atractivos para ser aceptados por todos los niños. Suele decirse

que un niño deshidratado nunca rechazara una fórmula de rehidratación oral.

Debe insistirse en la conveniencia de reintroducir precozmente la alimentación habitual, salvo los alimentos con altos contenidos en grasas y en azúcares simples, como algunos zumos envasados. Se aconseja aumentar el aporte de carbohidratos complejos en forma de almidones (arroz, patata) y cereales. No existe ninguna evidencia científica que justifique la retirada de la leche de la dieta ni la utilización sistemática de leches sin lactosa, salvo en los casos de intolerancia a la lactosa por déficit de disacaridasas con una excreción de cuerpos reductores en heces mayor del 0,5%. Esta situación es excepcional de forma primaria y de forma secundaria ocurre raras veces, en ocasiones en el contexto de una disbacteriosis secundaria al abuso de antibióticos.

Por supuesto, debe mantenerse la lactancia materna en caso de estar siendo alimentado al pecho, asociando a ella la fórmula de rehidratación si las deposiciones son numerosas y abundantes. No existe ninguna justificación para utilizar formulas lácteas hipoconcentradas, que tan sólo favorecen un aporte insuficiente de nutrientes y calorías.

De forma general no es aconsejable la utilización de medicación sintomática para la diarrea.

- Los *antibióticos* no deben usarse de forma empírica sin un coprocultivo, aun en el caso de sospechar una infección bacteriana por las características de las heces, puesto que aunque pudieran estar indicados para *Campylobacter* (el más frecuente), *Yersinia* o *Shigela*, favorecerían el estado de portador si el germen es *Salmonella*.
- Los *inhibidores de la motilidad intestinal* (loperamida u otros opioides similares) están contraindicados, por su riesgo potencial de efectos secundarios en el sistema nervioso central y de favorecer la absorción del germen a la pared intestinal y una sepsis secundaria. Los modificadores de la secreción intestinal como el bismuto también tienen importantes efectos secundarios y no deben usarse.
- Los *absorbentes* como el caolín, la pectina (presente en algunas papillas comerciales para la diarrea) o la fibra vegetal mejoran el aspecto de las deposiciones y su consistencia, pero no la pérdida hídrica.
- Los *modificadores de la flora intestinal* (*Lactobacillus acidophilus* y similares) están actualmente muy en boga. Existen varias formas comerciales de los mismos como suplemento a la dieta, además de su presencia dudosamen-

te activa en algunos yogures. Parece ser que pueden suponer alguna muy discreta mejoría en las diarreas por rotavirus. En cualquier caso, no tienen efectos secundarios, por lo que no hay motivos para desaconsejar su uso.

- Los *inhibidores de la encefalinas* (rocecadotril) pueden tener un efecto beneficioso muy discreto en la duración de las diarreas víricas. No se aconseja su uso sistemático, entre otros motivos, por su precio, pero tampoco hay evidencias para desaconsejar su uso. La dosis es de 1 mg/kg/dosis, cada 8 horas y puede usarse en lactantes.

En cualquier caso, debemos insistir a las familias en la importancia de la hidratación adecuada con soluciones de rehidratación oral, la reintroducción precoz de la alimentación habitual e insistir en que la persistencia de la diarrea en períodos inferiores a dos semanas es totalmente normal.

MISCELÁNEA

Citamos a continuación algunos síntomas motivo de consulta frecuente y que pueden ser susceptibles de demandar un tratamiento sintomático.

Dolor abdominal

El dolor abdominal es un motivo de consulta enormemente frecuente en pediatría y cuyo estudio riguroso requeriría un protocolo propio. Lo citamos tan sólo para indicar que no se debe nunca utilizar medicación sintomática en un dolor abdominal, donde lo fundamental será siempre descartar una patología quirúrgica urgente.

Por otro lado, casi todo niño que acude a un hospital refiriendo dolor abdominal agudo es sometido a una radiografía simple de abdomen, en la cual suele ser frecuente la evidencia de heces en el marco cólico y ampolla rectal y en consecuencia se suele prescribir un enema de limpieza. Posiblemente esta práctica, no exenta de efectos secundarios, debería ser revisada.

No existe ninguna indicación científica para el uso de espasmolíticos intestinales (anticolinérgicos), ni de antiflatulentos o similares. El uso de medicación antiácida, antisecretora o de inhibidores de la bomba de protones no debe hacerse de forma sintomática sin un estudio diagnóstico adecuado.

Cólico del lactante

Citamos una muy interesante revisión Cochrane, que concluye la inutilidad de la utilización de tratamientos sin-

tomáticos como leches de soja, leches bajas en lactosa, antiespumantes (dimeticona), infusiones de hierbas, espasmolíticos y otros. Puede ser útil la prueba terapéutica en los casos severos con un hidrolizado de proteínas.

Otalgia

Éste es otro de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y en las consultas de atención primaria. Raramente un niño que refiere otalgia no tiene una patología, generalmente otitis media y menos frecuentemente otitis externa. El taponamiento por cerumen no provoca dolor, sino una sensación de hipoacusia aparente e incomodidad. Si el dolor es realmente importante debemos pensar en la posibilidad de la presencia de una otitis media oculta y evitar realizar un lavado a presión realizando una extracción instrumental del cerumen.

El dolor debe tratarse además de la patología infecciosa, en el caso de la otitis media aguda con ibuprofeno o paracetamol por vía oral. La instilación de gotas anestésicas con tetracaína o similares puede utilizarse en cortos períodos de tiempo y siempre que nos aseguremos de que no existe una perforación timpánica por el riesgo de toxicidad (en cuyo caso generalmente hay un alivio espontáneo de la sensación dolorosa).

El dolor asociado a la otitis externa puede beneficiarse además del tratamiento analgésico oral de la instilación de gotas de ciprofloxacino asociado a un corticoide para disminuir el edema y la inflamación del conducto.

Prurito

Es otro síntoma muy frecuente y que en ocasiones provoca gran incomodidad al niño, asociado a patologías dermatológicas como la dermatitis atópica o de contacto, enfermedades exantemáticas como la varicela, reacciones alérgicas y picaduras de insectos, sudaminas o incluso enfermedades sistémicas. Dejando aparte los tratamientos etiológicos si los precisan, como alivio sintomático del prurito pueden utilizarse antihistamínicos orales pero en ningún caso tópicos, por su fotosensibilidad y riesgo de eccema de contacto. Tampoco son aconsejables los anestésicos tópicos, como lidocaína o benzocaína, para su uso como antipruriginosos.

Lociones de amoníaco, alcanfor, mentol, talco o calamina pueden ser útiles en ocasiones. Los corticoides se usan como tratamiento específico de la dermatitis atópica y otras

dermopatías, de preferencia hidrocortisona o metilprednisolona. No deberían usarse como tratamiento sintomático.

CONCLUSIÓN

La demanda social actual de salud como ausencia total de sintomatología, incluyendo los trastornos habituales de la infancia concebidos como anormales, supone una creciente presión en las consultas de atención primaria y en los servicios de urgencias hospitalarios.

Posiblemente, la actitud más responsable profesionalmente y la más adecuada para el sistema público de salud sea la más restrictiva, evitando el uso de toda medicación cuya utilidad no este basada en la evidencia científica e insistiendo en una correcta educación sanitaria a la población. En cualquier caso, sobrellevar el día a día de una consulta de atención primaria no siempre permite ser tan riguroso.

En el ámbito de las urgencias hospitalarias pediátricas, de cara a favorecer un uso racional de los recursos, sí resulta más incuestionable que deberíamos limitar el uso de medicación sintomática no imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos JT, Contreras J. Fiebre sin foco. En: protocolos diagnósticos y terapéuticos de infectología (2001); disponible en www.aeped.es/protocolos/infectologia/index.
2. Buñuel JC. Tratamiento sintomático de la tos en niños con infección del tracto respiratorio superior. *Pediatría basada en la evidencia. Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6:469-473.
3. Arriola G, Rodríguez R, Gómez JA. Tos en Pediatría. *Acta Pediatr Esp* 2005; 63:48-54.
4. De la Torre M, Molina JC. Vómitos. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos de urgencias (2002); disponible en www.aeped.es/protocolos/urgencias/index
5. Ortiz R, Prados J, Ramírez S, Saez E. Manejo práctico de la gastroenteritis aguda en pediatría. Revisión. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000; II(7):65-81.
6. Colaboración Cochrane. Efectividad del tratamiento del cólico del lactante: revisión sistemática. Traducido por Sánchez I, Esparza MJ. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; III(9):85-89.
7. Claver E, Díaz B, Álvarez G, Jiménez L. Tratamiento farmacológico no antibiótico en las enfermedades ORL. En: Gómez JA, Jiménez L, Álvarez G (eds). *Patología aguda ORL en pediatría*. Madrid: GSK; 2004, pp. 637-646.
8. Pizarro G, González M, León MC, De Lucas R, Del Pozo J. *Dermatología Pediátrica*. En: Zafra MA, Calvo C, García ML, Baquero F, Arribas N, Jiménez J, Bueno M (eds). *Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría*. Madrid: Publies; 1996, pp. 689-699.