Revistas

Tratamiento de la faringitis estreptocócica para la prevención de la fiebre reumática
Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. A scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Academy of Pediatrics.
Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al.
Circulation. 2009;119:1541-51.

Brote de fiebre faringoconjuntival entre los usuarios de una piscina pública en Guipúzcoa
A swimming pool-related outbreak of pharyngoconjunctival fever in children due to adenovirus type 4, Gipuzkoa, Spain, 2008.
Artieda J, Piñeiro L, González MC, Muñoz MJ, Basterrechea M, Iturzaeta A, et al.
Euro Surveill. 2009;14(8):pii=19125. Disponible en www.eurosurveillance. org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19125

Cardiología y Pediatría copan las primeras elecciones de los MIR 2009
Jano. Disponible en www.jano.es.
20 de abril de 2009.

Prevención del raquitismo y la deficiencia de vitamina D en lactantes, niños y adolescentes
Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics.
Wagner CL, Greer FR.
Pediatrics (Ed. esp.).2008;66:321-31.

Otras fuentes

Los pediatras de Atención Primaria aconsejan protección contra el abuso de la exposición solar
Madrid, 28 de mayo de 2009.
Nota de prensa. AEPap & SEPEAP.
Disponible en www.aepap.org/pdf/nota_fotoproteccion.pdf

Revistas

Tratamiento de la faringitis estreptocócica para la prevención de la fiebre reumática

Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. A scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Academy of Pediatrics.

Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. *Circulation. 2009;119:1541-51.*

Este documento actualiza las recomendaciones previas de 1995. En los países en desarrollo la fiebre reumática (FR) y la cardiopatía reumática afecta actualmente a unos 20 millones de personas, y es una de las principales causas de muerte en las primeras cinco décadas de la vida. Sin embargo, en las zonas desarrolladas del planeta la incidencia ha caído drásticamente, hasta ser una entidad realmente excepcional; las recomendaciones de este informe están basadas en la situación actual de estos países con muy baja incidencia de FR, y globalmente no introduce cambios significativos respecto a las guías y recomendaciones habituales hasta ahora.

La prevención primaria de la FR exige el reconocimiento (diagnóstico) de la infección faríngea por el estreptococo del grupo A (EGA) y su tratamiento adecuado. Las infecciones cutáneas por EGA no parecen ser capaces de producir FR.

La faringitis aguda (FA) puede ser causada por una multiplicidad de agentes, virus la mayoría de ellos. El diagnóstico basado en los datos clínicos y epidemiológicos carece de suficiente especificidad. Las sospechas clínicas de FA por EGA deben ser confirmadas mediante un cultivo faríngeo *(estándar oro)* o una prueba de detección rápida de antígenos. Un resultado positivo de esta última prueba permite establecer el diagnóstico, pero uno negativo precisa confirmación mediante cultivo.

Respecto al tratamiento, de primera elección: penicilina V (2-3 dosis/día, 10 días), amoxicilina (40-50 mg/kg en 1 dosis, máximo de 1 g/día, 10 días), o penicilina G benzatina IM (1 dosis). En

individuos alérgicos a la penicilina, recomienda: cefalexina, cefadroxilo, clindamicina, azitromicina (12 mg/kg/día, 1 dosis) o claritromicina (10 días en todos los casos, salvo para la azitromicina que son 5 días).

Aborda otras situaciones, como los fallos del tratamiento y el problema de los portadores del EGA. También dedica un espacio importante a la prevención de las recurrencias de FR mediante la profilaxis con antimicrobianos.

Brote de fiebre faringoconjuntival entre los usuarios de una piscina pública en Guipúzcoa

A swimming pool-related outbreak of pharyngoconjunctival fever in children due to adenovirus type 4, Gipuzkoa, Spain, 2008.

Artieda J, Piñeiro L, González MC, Muñoz MJ, Basterrechea M, Iturzaeta A, et al.

Euro Surveill. 2009;14(8):pii=19125. Disponible en www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19125

La fiebre faringoconjuntival puede ser causada por picornavirus y adenovirus. De estos últimos se conocen 6 especies y al menos 51 tipos distintos. El único reservorio conocido es el hombre y con frecuencia las infecciones son asintomáticas. Las infecciones por adenovirus pueden causar enfermedad en el tracto respiratorio superior e inferior, ojos, tracto gastrointestinal y cistitis. El período de incubación es de 2 a 14 días, y la transmisión puede ocurrir por contacto persona a persona, secreciones respiratorias, virus aerolizados y en fómites, y por vía fecal-oral.

Los brotes de fiebre faringoconjuntival por adenovirus se conocen desde hace varias décadas pero son muy infrecuentes. En este informe se describe un brote ocurrido en una localidad de Guipúzcoa entre usuarios de una piscina municipal.

Se detectaron 59 casos en menores de 15 años en un período de 2 meses entre junio y agosto de 2008. En el 43% de los casos se trataba de un cuadro con fiebre, faringitis y conjuntivitis, el 29% tuvo fiebre y faringitis, y el 28% de los casos se presentó como una conjuntivitis exclusivamente. Todos los pacientes se recobraron con tratamiento sintomático y no se registró ninguna hospitalización.

El diagnóstico se llevó a cabo mediante la recogida de exudado faríngeo en medio de cultivo viral y determinación de la PCR para adenovirus. También se llevaron a cabo labores de comprobación del agua de las piscinas, aunque no se usaron métodos microbiológicos.

El 73% de los casos se consideraron casos primarios y el resto contactos directos de estos.

Finalmente se especula con la posibilidad de que hubieran podido ocurrir fallos en el control de los procedimientos de desinfección de las aguas relacionados con fallos repetidos en el suministro de energía eléctrica ocurridos en las fechas previas al brote.

Los brotes relacionados con las piscinas son realmente infrecuentes y entre los agentes implicados se incluyen adenovirus, norovirus, echovirus y virus de la hepatitis A. Los adenovirus son microorganismos bastantes resistentes a los agentes químicos y físicos.

Los datos presentados refuerzan la necesidad del mayor nivel de rigor en los procesos de control de las infecciones en entornos como las piscinas públicas.

Cardiología y Pediatría copan las primeras elecciones de los MIR 2009

Jano. Disponible en www.jano.es. 20 de abril de 2009.

El pasado 6 de abril comenzó la asignación de plazas para la formación especializada de los MIR 2008 en el Ministerio de Sanidad y Consumo con el objetivo de cubrir las 6.797 plazas de formación sanitaria especializada que este año ofertaba el sistema de residencia en función de las necesidades de cada comunidad autónoma.

Las especialidades de Cardiología y Pediatría han sido las más demandadas por los licenciados de Medicina que superaron el pasado mes de enero el examen selectivo de Médicos Internos Residentes (MIR) 2008-2009. No en vano, hasta un 38% de los alumnos que obtuvieron las mejores notas ha elegido una de estas dos especialidades para cumplir su período de residencia.

La Cardiología vuelve a ser la más solicitada un año más después de que 20 residentes de este 'top cien' hayan decidido formarse en esta especialidad y, de hecho, los dos primeros, uno licenciado en la Universidad Autónoma de Madrid y el otro en la Universidad de Navarra, se formarán como cardiólogos en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. En el caso de la Pediatría, por su parte, puede haber influido el hecho de que se considere como una de las especialidades médicas con más déficit de profesionales en la actualidad.

Tras las citadas especialidades se sitúa Dermatología con 13 peticiones entre las 100 plazas adjudicadas, entre ellas las del quinto y sexto con mejor posición tras el examen. Muy lejos quedan Medicina interna (6 plazas adjudicadas) y, con 5 cada una, Oftalmología y Neurología.

En lo que respecta al centro hospitalario donde los nuevos residentes pasarán su período de formación, Madrid y Barcelona son las ciudades más demandadas en las primeras elecciones, teniendo en cuenta que ambas cuentan con varios hospitales de referencia. De hecho, casi la mitad (46) de los 100 primeros ejercerán su residencia en hospitales madrileños, incluyendo 8 de los 10 MIR con mejor calificación. Así, el Hospital Universitario de La Paz es el más demandado (11), seguido del Clínico San Carlos (8), Ramón y Cajal y Gregorio Marañón (7) y Doce de Octubre (6). En Barcelona, por su parte, el más solicitado ha sido el Hospital Vall d'Hebrón, que recibirá a 8 de los 100 mejores residentes, seguido del Clínic (4). Además de estos, Sevilla ha recibido 5 solicitudes gracias al Hospital Universitario Virgen del Rocío, mientras que el Hospital Universitario de la Fe de Valencia (4), el Miguel Servet de Zaragoza (2), el Son Dureta de Palma de Mallorca (2) y el Juan Canalejo de A Coruña (2) también han sido de los más seleccionados de entre los 100 primeros alumnos en elegir plaza.

El predominio de hospitales de Madrid entre las primeras solicitudes de los nuevos residentes se corresponde con el número de estudiantes procedentes de las distintas facultades de Medicina de la capital. Así, la Universidad Autónoma aporta a 1 de cada 5 (20) de los 100 primeros MIR, seguida de la Complutense, con 11, y la Universidad de Alcalá de Henares. Además de estas, la Universidad de Navarra cuenta con 11 ex alumnos entre los 100 primeros, seguida de la Universidad Central de Barcelona (8), Santiago de Compostela y Salamanca, con 4 cada una; y las de Valencia, Zaragoza, Las Palmas, Murcia y Castilla-La Mancha, todas ellas con 3 cada una.

Además, entre los 100 primeros alumnos en seleccionar su plaza también llama la atención la presencia de 2 alumnos procedentes de universidades extranjeras, uno procedente de una universidad de Italia (en el puesto 63) y otro de una de Colombia (en el puesto 80), mientras que en la convocatoria anterior, 2007-2008, la cifra de alumnos de centros extranjeros fue de 5, todos ellos de habla hispana que, por tanto, no tuvieron que realizar ninguna prueba de idioma previa al examen MIR.

Tras esta selección, los nuevos MIR deberán incorporarse al centro elegido entre el 19 y 20 de mayo, con independencia de la especialidad elegida.

Esta noticia puede leerse en www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/cardiologia/pediatria/copan/primeras/elecciones/mir/_f11+iditem-6280+idtabla-1

Prevención del raquitismo y la deficiencia de vitamina D en lactantes, niños y adolescentes

Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics.

Wagner CL, Greer FR.

Pediatrics (Ed. esp.).2008;66:321-31.

El presente informe oficial de la Academia Americana de Pediatría, sustituye a uno previo de 2003 que recomendaba la ingesta de 200 UI/día de vitamina D para todos los lactantes, niños y adolescentes. En el actual, recomiendan que dicho aporte ascienda a 400 UI/día. Hacen un repaso del metabolismo de la vitamina D y de las posibles implicaciones de su deficiencia en todas las edades.

Aparte del raquitismo clínico, como forma extrema de deficiencia de vitamina D, existen otras formas larvadas de insuficiencia vitamínica, manifestadas por mayor riesgo posterior de osteoporosis y de ciertas enfermedades autoinmunes como la diabetes tipo 1, lupus e incluso algunas neoplasias.

Aunque la síntesis cutánea mediada por la luz solar, a través de la radiación UVB, es la principal fuente tradicional de vitamina D, los cambios en las costumbres, junto con la necesidad de protección frente a los aspectos deletéreos bien conocidos de la exposición al sol, hacen insuficiente este mecanismo en muchos casos, sobre todo en los lactantes.

Aunque no hay acuerdo para los niveles en lactantes, en los adultos se ha definido la deficiencia cuando los niveles séricos de 25-OH-D son inferiores a 50 nmol/l.

En la mujer embarazada debe comenzar ya la prevención, pues el déficit materno se puede manifestar en el feto en forma de menor mineralización, hipoplasia de esmalte y otros. Citan varios trabajos que demuestran la correlación entre los niveles de 25-OH-D y los niveles de ingesta, necesitándose un aporte suplementario de 400 UI de vitamina D al día para mantener los niveles por encima de 50 nmol/l. Es preferible suplementar con D3 (colecalciferol) que con ergocalciferol o D2.

Los lactados artificialmente deberían también recibir 400 UI al día, bien garantizando una ingesta de leche suficientemente enriquecida, de un litro o superior, o bien con un preparado adecuado a parte.

Extienden estas recomendaciones a cualquier edad de la vida, comentando que el suplemento diario suficiente es equivalente al que se hacía históricamente de una cucharadita de aceite de hígado de bacalao al día.

Otras fuentes

Los pediatras de Atención Primaria aconsejan protección contra el abuso de la exposición solar

Madrid, 28 de mayo de 2009.
Nota de prensa. AEPap & SEPEAP.
Disponible en www.aepap.org/pdf/nota_fotoproteccion.pdf

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) advierten que el abuso de la exposición solar es un peligro potencial para producir quemaduras, fotosensibilidad y dermatitis a corto plazo, así como envejecimiento cutáneo, cataratas, alteración del sistema inmune y cáncer, a largo plazo.

Desde 1991 hasta el 2000, ha habido en España un incremento de la mortalidad por el melanoma de manera más intensa que en el resto de los países europeos: próximos al 2% anual en ambos sexos (3% en varones y 1,8% en mujeres). En la actualidad, los tipos de cáncer más frecuentes en la población española son los que afectan a la piel. Con la llegada del verano, la AEPap y la SEPEAP quieren recordar que está claramente demostrada su relación causal con la exposición a las radiaciones solares. "La aparición del cáncer de piel se relaciona con la exposición a los rayos solares durante largos períodos de tiempo y también con exposiciones intermitentes e intensas, que causan quemaduras, habitualmente durante actividades de ocio o durante las vacaciones en lugares soleados", explica la Dra. Susana Méndez, pediatra de la AEPap.

Tumores de la piel

Los tumores de la piel se suelen dividir en dos tipos: los melanomas y los llamados tumores no melanomatosos, constituidos por los carcinomas espinocelulares y los basocelulares. Según la Dra. Méndez, "de todos ellos, el melanoma es el más peligroso, ya que si no se trata adecuadamente su pronóstico es grave".

En España, el melanoma de piel está considerado uno de los tumores emergentes en la población de raza blanca. Se ha observado un incremento de la mortalidad de manera más intensa que en el resto de los países europeos, con un incremento de muertes entre los años 1991 y 2000 próximo al 2% anual en ambos sexos (3% en varones y 1,8% en mujeres). A nivel mundial, nuestro país ocupa el decimosexto lugar en orden de frecuencia tumoral en varones, y el décimo en las mujeres.

Por todo ello, "en este tipo de cáncer lo más importante es la prevención, evitando que los rayos solares dañen la piel, especialmente en el período de la infancia, ya que la mayor parte de la exposición solar de una vida se recibe durante los primeros 18 años", comenta la Dra. Méndez.

Efectos de las radiaciones ultravioleta

La radiación ultravioleta solar tiene una longitud de onda aproximada de 200-400 nm. Las longitudes intermedias (290-320 nm, conocidas como UVB) pueden causar quemaduras solares y contribuyen a las alteraciones a largo plazo, responsables del cáncer y del envejecimiento de la piel. Las longitudes de onda cortas (320-400 nm, conocidas como UVA) no producen quemaduras solares, pero sí muchas reacciones de fotosensibilidad y fotodermatosis. "Tanto los rayos UVA como los UVB contribuyen a la fototoxicidad a largo plazo y a la patogenia del cáncer de piel", apunta la pediatra.

La cantidad de radiación solar UVA y UVB que alcanza la superficie de la Tierra depende de la latitud, la altitud (mayor irradiación con la proximidad al Ecuador, y a alturas elevadas), la estación del año, la hora del día (mayor intensidad entre las 10:00 horas y las 16:00 horas), la nubosidad y la capa de ozono.

Factores de riesgo asociados al cáncer de piel

Según los expertos en Pediatría de AP, los factores de riesgo asociados al cáncer de piel son:

- Tipo de piel. Según la división de Fitzpatrick en 6 tipos, el fototipo define la tendencia, determinada genéticamente, que tiene la piel a la quemadura solar y la capacidad de adquirir bronceado tras la exposición a la radiación ultravioleta. Desde el tipo I, que no se broncea nunca y se quema siempre, al tipo IV, que se broncea siempre y jamás se quema. Los tipos V y VI, corresponden a las razas de piel oscura, prácticamente insensibles a los efectos peligrosos del sol. Por ello, los tipos I y II, presentan un mayor riesgo de presentar melanoma.
- Color de pelo y ojos. El pelo rubio, especialmente el pelirrojo, y el color de ojos claro, así como la tendencia a desarrollar efélides (pecas), se asocian a mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel.
- Nevus. El presentar numerosos lunares, por la predisposición gené-

tica, y secundario a la exposición intermitente durante la infancia.
- Antecedentes familiares de cáncer de piel.
- Exposición solar. El único factor de riesgo exógeno actualmente reconocido para el desarrollo de cáncer de piel en la población blanca.

Recomendaciones de AEPap-SEPEAP

- Evitar una exposición solar excesiva.
- Dar ejemplo a los niños con hábitos adecuados. Los menores de 18 años son los más susceptibles.
- Proteger la cabeza, el cuerpo y los ojos, con gorras, camisetas y gafas de sol.
- Durante el período estival, procurar estar a la sombra desde las 12:00 horas hasta las 17:00 horas.
- Aplicarse siempre crema con factor de protección solar 15 o más alto, extenderla 20 minutos antes de estar al sol, volver a aplicarla cada 2-3 horas, y después de sudar mucho o bañarse.
- Se deben tener en cuenta los factores de riesgo personales: edad, tipo de actividad, etc.
- Los lactantes menores de 6 meses no deben exponerse a la luz solar directa.
- No deberíamos sufrir quemaduras solares nunca.
- El bronceado con rayos UVA también puede lesionar la piel, debiendo evitarse cuando no exista una indicación médica.

Fotoprotección

Además, los pediatras del AP recomiendan dos tipos de medidas con respecto a la fotoprotección:

- Medidas físicas. Ropa que cubra la piel, sombreros de ala ancha, gafas de sol con filtro UV-A y UV-B.
- Fotoprotectores tópicos. Los fotoprotectores tópicos aplicados sobre la piel actúan absorbiendo y/o dispersando la radiación ultravioleta. La eficacia de los fotoprotectores frente a la radiación ultravioleta se mide principalmente con el Factor de Protección Solar (FPS). Este se define como la ratio de dosis de radiación ultravioleta requerida para producir una dosis mínima eritematosa en piel protegida (tras la aplicación de 2 mg/cm2 de fotoprotector) con respecto a la dosis requerida para producir una dosis mínima eritematosa en piel no protegida.

  Desde marzo del año 2006, la normativa europea prohíbe comercializar productos cosméticos sin un

nuevo símbolo, un tarrito con una tapa abierta y un número en el envase. Esa es la cifra que indica los meses tras la apertura del envase durante los que se puede utilizar el producto con una eficacia garantizada.

Se recomiendan dos opciones para clasificar el FPS de un producto. En una de las dos opciones los productos se dividen en: protección ligera (de factor 6 al 14); media (del 15 al 29); fuerte (del 30 al 59); y muy fuerte (más del 60, aunque en el envase figuraría 50+). La otra opción solo tiene tres categorías (de 6 a 14; de 15 a 29; y más de 30). Además, deben ser resistentes al agua, mantener su FPS tras dos inmersiones de 20 minutos.