

Síguenos en:  <https://www.facebook.com/Zonahospitalaria/>

 <https://twitter.com/ZHospitalaria>

www.zonahospitalaria.com añoIV mayojunio2019 n°21

SUMARIO

- 2 Pacientes con Baja visión
- 3 Oxigenación hiperbárica, un tratamiento de primera elección para la cistitis rádica
- 4 Intervención para la prevención de caídas
- 6 La sedestación en los niños
- 8  Est n los niños bien protegidos del sol?
- 10 Prevención de picaduras en viajes al trópico
- 11 Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol...  Son protectores de estómago?
- 12 Atención de las crisis epilépticas en urgencias
- 13 Uso de las nuevas tecnologías en deshabitación tabáquica
- 14 Características del virus de inmunodeficiencia humana
- 15 Enfermedad de Horton, algo más que una cefalea en ancianos
- 16 La puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones



Feliz verano

Pacientes de Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis

Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

DMAE, glaucoma, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, miopía magna, y otras, provocan pérdida de visión.

Son patologías con afección visual, conllevan además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, etc...

Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia. Estos pacientes no mejoran con la graduación en gafa, ni con acertados tratamientos médicos, farmacológicos o quirúrgicos, Se consideran pacientes de Baja Visión, aquellos cuya Agudeza Visual en el mejor de los ojos es menor o igual al 30% o su Campo Visual inferior a 20°.

¿Cómo ven las personas con Baja Visión?

En función del motivo causante, la percepción puede ser borrosa, parcheada, reducida al centro de la visión o a la periferia, etc... Habrá quien sea capaz de leer y reconocer caras, pero no moverse con autonomía. Otros podrán caminar sin ayuda, pero no podrán leer carteles o reconocer caras.

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

Después de que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento farmacológico y/o quirúrgico adecuado, ir a un centro especializado en Baja Visión.

YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

¿Cómo procede el especialista en Baja Visión?

El equipo de especialistas le realizará una

serie de pruebas. Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso según sus necesidades y limitaciones visuales, ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y programas para mejorar las habilidades de su vida diaria con el fin de obtener la máxima autonomía personal.

¿Qué son las Ayudas Visuales?

En función del resto visual del paciente y de su patología se prescribirán diferentes tipos de Ayudas. En el caso por ejemplo de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), es una degeneración de los tejidos que ocupan la retina central, responsable de la visión del color y de los detalles de nuestra línea de mirada. No suele afectar a la periferia de la misma, con lo cual los objetos grandes no dejan de verse. Sin embargo, los objetos pequeños del centro de la mirada quedan parcialmente o totalmente ocultos a la vista. Una vez definida con precisión la graduación y los datos de calidad visual del paciente, le prescribiremos una o varias ayudas ópticas específicas, cuya misión es la de aumentar o agrandar el tamaño de los detalles. De esta forma podrán ser vistos con el resto visual periférico que aún conservan. Existe una enorme cantidad de opciones que con diferentes niveles de dificultad hay que entrenar para poder extraer de cada una de ellas el máximo rendimiento.

En **YANGUAS ÓPTICOS BAJA VISIÓN** le vamos a calcular el aumento necesario y la distancia de trabajo para cada ayuda, desde una simple lupa hasta una ayuda electrónica.

En el caso de afecciones con pérdida de campo periférico, cobra especial atención la rehabilitación en orientación y movilidad y controlar la luz que entra en retina. Con lo cual cobran especial importancia los **filtros selectivos**.

Para estos pacientes, existe una innovadora ayuda de Baja Visión, Retiplus, se trata de una gafa inteligente de realidad aumentada muy aconsejable para orientación y movilidad. Yanguas Ópticos somos centro optométrico autorizado para su prescripción.

Los filtros selectivos, favorecen el contraste tan disminuido en los pacientes con Baja Visión, reducen el deslumbramiento y favorecen la adaptación del paso de luz a oscuridad tan molesta para la visión de cualquier paciente.

Cuando el deslumbramiento afecta lateralmente, podemos evitarlo con monturas que llevan filtros laterales, evitando la entrada de luz...

En **YANGUAS ÓPTICOS** le personalizamos el filtro selectivo que el paciente necesita, bien por deslumbramiento de luz artificial como para luz exterior.

El filtro selectivo reduce la luz que provoca malestar visual, el paciente manifiesta mayor confort visual, máxima protección UV, máximo contraste, máxima transmitancia (pasa la luz beneficiosa para la visión y no la que molesta) y prevención.

Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos) para obtener los resultados de una buena terapia.

La clave está en hacer entender al paciente que debe iniciar una nueva etapa de vida mediante el uso y entrenamiento de las ayudas para rehabilitar el resto de visión que aún le queda, por disminuida que sea.

Desde **YANGUAS ÓPTICOS** aconsejamos que estar bien informado es el primer paso para prevenir.

El 80% de las cegueras son evitables con una detección precoz, si se identifican de una manera temprana. Esto permite una intervención de la enfermedad, por parte del oftalmólogo.



Oxigenación hiperbárica, un tratamiento de primera elección para la cistitis rádica

OXIEN

Rehabilitación Hiperbárica

Tras pocas sesiones de oxigenoterapia hiperbárica, mejora la calidad de vida del paciente.

La **radioterapia** se utiliza actualmente en el **tratamiento de diferentes tipos de cáncer** que afectan la **zona pélvica**. Pese a la individualización de la dosis de radioterapia y el acotamiento de la zona, siguen existiendo efectos colaterales sobre los tejidos sanos.

¿Qué es la cistitis rádica?

La **cistitis actínica** secundaria a radioterapia pélvica ocurre en **2-8% de los pacientes**. Se produce un daño en los tejidos provocado por distintas causas, como la deficiencia de oxígeno o la obstrucción de vasos sanguíneos. Esta situación puede presentarse desde semanas hasta varios años después de la radiación.

Estos fenómenos provocan el **síndrome miccional irritativo**, caracterizado por urgencia, dolor al orinar y disminución del flujo urinario, y la **aparición de hematuria** (sangre en la orina). La persistencia de estas alteraciones son las responsables de los **efectos de la radioterapia a largo plazo**.

Tratamientos habituales y poco eficaces

Se han descrito **múltiples tratamientos** con resultados variables, **habitualmente frustrantes**. Entre estas opciones terapéuticas se encuentran el tratamiento intravesical con ácido hialurónico endovesical, aluminio endovesical o formolización vesical; tratamientos sistémicos a base de estrógenos conjugados o Pentosan polisulfato, entre otros; y medidas físicas, como la embolización de arterias ilíacas internas, distensión con balón Helmstein o cistectomía. **Ninguno de ellos consigue detener o revertir el daño tisular** secundario a la radioterapia, por lo que sus **resultados** suelen ser **transitorios y la recidiva es la regla**.

La oxigenación hiperbárica, alternativa eficaz

Por su parte, la **oxigenoterapia hiperbárica** se ha demostrado **científicamente exitosa en el tratamiento de las lesiones provocadas por la radioterapia**. La hiperoxigenación favorece la angiogénesis (creación de vasos sanguíneos), la proliferación de fibroblastos, el aumento del metabolismo aeróbico y produce

una vasoconstricción secundaria que lleva a reducción del edema crónico. A través de estos mecanismos **se favorece la reparación de los tejidos**. Aumenta 8 a 9 veces la densidad vascular de tejidos irradiados y se mantiene en el tiempo.

La **oxigenoterapia hiperbárica** es un tratamiento no invasivo que consiste en la **administración de oxígeno al 100% a presión más elevada que la atmosférica**. Se trata de un **tratamiento altamente eficaz y seguro para la cistitis secundaria a radioterapia** pelviana y debería considerarse una **alternativa de primera elección**. Así lo demuestra la **mejoría en la calidad de vida** del elevado número de pacientes tratados cada año en hospitales españoles, como el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

¿Dónde puedo acceder a una cámara hiperbárica?

Oxien es el **centro sanitario** avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica y Sanidad Navarra, que cuenta con un **equipo de médicos y personal sanitario experto en medicina hiperbárica**.

Ha llegado la **Medicina Hiperbárica** a Navarra.

Se recomienda el tratamiento hiperbárico para las siguientes enfermedades:

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
- FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
- ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA
- MEDICINA DEPORTIVA
- ODONTOLOGÍA
- INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO

GRUPO
sannas

C/ Madres de la Plaza de Mayo, 16. 31013 Nueva Artica (Navarra)
T. 948 06 80 80



OXIEN

Medicina Hiperbárica

MEDICINA HIPERBÁRICA A TU ALCANCE

www.oxienhiperbarica.com

Llámenos y el personal médico especializado dará cobertura a su consulta.



Intervención para la prevención de caídas

M^a Carmen Deza Pérez. FEA Geriatría Hospital General de la Defensa, Zaragoza

Marta González Eizaguirre. FEA Geriatría Hospital San José. Teruel

Clara Bibian Getino. FEA Geriatría Hospital Barbastro. Huesca

Raquel Rodríguez Herrero. FEA Geriatría Hospital General de la Defensa, Zaragoza

Laura Anoro Abenoza. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza

Luis Mariano Domínguez Barcelona. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Picarral-Zalfonada. Zaragoza

Las caídas son una causa de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Al menos una vez al año, se caen aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de los mayores de 80 años. La mayoría de fracturas que se producen en el anciano son resultado de caídas. Sobre la más invalidante de ellas, la fractura de fémur proximal, se calculó una incidencia estimada en España en el año 2012 de 153,24 casos por cada 100.000 habitantes y año.

Con la finalidad de actuar sobre esta preocupación de salud pública, en el año 2014, se elaboró el "*Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*" dentro de las Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. El objetivo principal de este documento es detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población de mayor de 70 años. Y siendo el ámbito de actuación considerado la Atención Primaria, en coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios oportunos.

En aquella población valorada y detectada como de "*alto riesgo de caídas*", se reco-

mienda realizar una intervención multifactorial para la prevención de caídas, consistente en plan de actividad física, revisión de medicación y reducción de riesgos ambientales en el domicilio.

Ejercicio físico: Es probable que el ejercicio físico sea la intervención más eficaz en la prevención de caídas. Está demostrado que reduce el riesgo tanto en pacientes institucionalizados como en pacientes que viven en la comunidad. El programa de ejercicio que globalmente parece disminuir más el riesgo de caídas es el ejercicio multi-componente (resistencia cardiovascular, flexibilidad, fuerza y equilibrio). El ejercicio debe ser planificado por el equipo médico del paciente y adecuarlo a su capacidad física.

Revisión de medicación: El uso de fármacos es uno de los factores de riesgo de caídas más fácilmente modificables. La polifarmacia (uso de cinco o más fármacos) es un importante factor de riesgo de caídas, encontrándose presente en un 35-50% de la población mayor de nuestro medio. Los fármacos más habitualmente implicados en la denominada prescripción inadecuada son las benzodiacepinas. Su uso crónico en personas mayores, se ha relacionado con peores puntuaciones en escalas de valoración cognitiva, alteración de diversas funciones sensitivo-motoras y secundariamente inestabilidad postural relacionada con caídas y fracturas.

La mayor evidencia de la intervención sobre la revisión de medicación, corresponde a la

reducción y retirada de fármacos psicoactivos. Una herramienta útil para la detección de prescripción inadecuada son los criterios STOPP/START.

Dentro de los criterios STOPP, encontramos grupos de fármacos relacionados con el riesgo de caídas, son las benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación y los vasodilatadores.

Riesgos en el hogar: Varios estudios han demostrado la eficacia de la intervención sobre la modificación de los riesgos del hogar, sobre todo en pacientes con alto riesgo de caídas que ya han sufrido otras caídas y en aquellos con deterioro visual.

Recomendaciones para reducir los riesgos en el hogar

1. Suelos:

- Compruebe el estado del suelo en cada uno de los cuartos. Si cuando camina por un cuarto, tiene que caminar alrededor de muebles que dificultan el paso, pida a alguien que cambie los muebles de sitio de manera que no tenga obstáculos en su camino.
- Evite alfombras y felpudos en el suelo.
- Recoja las cosas que se encuentran en el suelo. Siempre mantenga el suelo libre de objetos.
- Evite caminar sobre cables o suelos en mal estado con baldosas sueltas o rotas, grietas...
- Evitar uso de abrillantadores, que hagan el suelo resbaladizo.

2. Iluminación.

- Compruebe la iluminación dentro de la casa. Es importante aprovechar la luz natural. Si no es posible es fundamental tener una buena iluminación eléctrica. Hay que evitar luces demasiado directas o deslumbrantes.
- Es aconsejable que se pongan interruptores a la entrada de las habitaciones y en sitios al alcance de las manos.

3. Escaleras y peldaños.

- Mantenga siempre las escaleras libres de objetos. Arregle los peldaños o escalones que estén sueltos o desnivelados. Revise también las barandillas.
- Es recomendable que haya pasamanos en los dos lados de las escaleras y a lo largo de toda la escalera.

4. Cocina.

- Compruebe la cocina y el área donde coma.
- Mueva los artículos de los estantes altos a los de más abajo. Mantenga las cosas que utiliza a menudo en los estantes o anaqueles bajos (como a la altura de la cintura).
- Si suele mojarse la superficie del suelo alre-

dedor del fregadero al lavar los platos, recuerde secar bien el suelo al terminar de fregarlos.

5. Dormitorios.

- Ponga una lámpara cerca de la cama adonde pueda llegar fácilmente para no tener que levantarse en la oscuridad.
- La altura de la cama debe ser adecuada para levantarse con facilidad. Como término medio la altura de la cama debe ser de unos 45 centímetros para permitir que las rodillas y las caderas se flexionen 90°. Ponga la cama a la altura más recomendada (calzando la cama si es baja, o cortando las patas si es demasiado alta).
- Ponga lo que necesite durante la noche al alcance de la mano desde la cama.

6. Pasillos.

- Ponga una luz para la noche de manera que pueda ver siempre por dónde camina si tiene que ir al cuarto de baño.
- Encienda la luz de manera que pueda ver por dónde camina cuando utilice los pasillos. Ponga una luz si el pasillo no la tiene.

7. Cuarto de baño.

- Coloque una esterilla de caucho antideslizante o tiras autoadhesivas en el suelo de la bañera o la ducha.
- Utilice agarraderas en la bañera o la ducha y al lado del inodoro y bidet. No se deben utilizar como asideros los toalleros ni los grifos.
- Pida en una ortopedia que le enseñen los distintos dispositivos de ayudas técnicas para el cuarto de baño. Intente adquirir los elementos que considere necesarios para facilitar el uso del cuarto de baño con seguridad.

8. Calzado y vestido.

- Evite utilizar zapatillas de chancla y andar descalzo. Es recomendable utilizar zapatillas cerradas que sujeten el tobillo y tengan suela de goma antideslizante.
- Tenga cuidado con las prendas de vestir demasiado largas, que puedan arrastrar, porque puede pisárselas. Es recomendable utilizar prendas de vestir que no arrastren por el suelo.

9. Animales domésticos.

- Asegúrese de que no estén sueltos alrededor de usted cuando camine por la casa.



Seguro de Automóvil

Sonia tiene que pasar la ITV,
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil,
en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

Así de fácil...



A.M.A. HUESCA
Zaragoza, 5; bajo
Tel. 974 22 33 54
huesca@amaseguros.com

A.M.A. TERUEL
Joaquín Arnau, 2; 1º
Tel. 978 61 72 10
teruel@amaseguros.com

A.M.A. ZARAGOZA
José María Lacarra de Miguel, 8; bajo
Tel. 976 22 37 38
zaragoza@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10  en nuestra APP





La sedestación en los niños

M^aMar Sancho García. Fisioterapeuta. Hospital Universitario Miguel Servet

Ana Carmen Valer Pelarda. Fisioterapeuta. Hospital Universitario Miguel Servet

Elsa Mallor López. Fisioterapeuta. Hospital Universitario Miguel Servet

La sedestación en los niños se desarrolla alrededor de los 6 meses, cuando el niño, colocado en dicha posición, comienza a desarrollar la sedestación independiente. En esta fase, los extensores de cadera ayudan a estabilizar la pelvis manteniéndola perpendicular al suelo, constituyendo la base para alcanzar la estabilidad dinámica en el tronco.

De esta forma, el niño utiliza los miembros inferiores para mantener la postura sentada y los miembros superiores quedan libres para manipular. Aparece la llamada "sedestación en anillo" o "ring sitting" (el niño está sentado con las piernas flexionadas, formando un anillo). Es en esta etapa cuando aparecen las reacciones de protección anteriores, laterales y posteriores y las reacciones de equilibrio se hacen presentes.

Aproximadamente a los 7-8 meses, el niño es capaz de hacer una sedestación con piernas extendidas (long sitting) con una mayor adducción y una menor rotación externa de caderas, y de combinar ambas: sedestación combinada (alternar una pierna en anillo y la otra extendida). Poco a poco va consiguiendo la sedestación lateral rotando cabeza y tronco hacia un lado y trasladando el peso del cuerpo

hacia ese lado. Esta sedestación en la que una pierna se encuentra en rotación externa y la otra en rotación interna le confiere una amplia base de soporte y podemos decir que es una posición de transición para pasar a la cuadrupedia.

En torno al 10º mes es cuando podemos decir, de forma general, que se alcanza la sedestación estable, ya que se ha adquirido un buen control de tronco y de pelvis, los brazos son libres para manipular objetos y el niño tiene capacidad para ir cambiando de un tipo de sedestación a otro: sedestación en anillo, con piernas extendidas, en posición de sastre, sedestación lateral o de sirena (muy importantes para conseguir el paso a cuadrupedia).

¿Qué es importante controlar cuando el niño está sentado?

Durante todo este tiempo es aconsejable valorar y observar la sedestación espontánea del niño. En muchos casos, adoptan una posición para sentarse desde cuadrupedia que se denomina sedestación en W (las piernas adoptan forma de W vistas desde arriba) que puede producir problemas musculoesqueléticos. Esta posición mantenida en el tiempo no es buena para el desarrollo de caderas y rodillas, especialmente en niños con patología. El mantenimiento de esta posición, junto con

una debilidad de glúteos mayores produce un efecto de torsión femoral que aumentan la patogenia de la anteversión femoral. Si los pies están mal orientados, favorecen además la torsión tibial (Sass 2003, L.Macias 2018). Los niños utilizan esta sedestación porque consiguen estabilizar su pelvis y tronco para tener los brazos libres para manipular, pero debemos evitar que la adopten de forma prolongada. Para ello, es importante que cambiemos su postura y la colocación de sus piernas utilizando otro tipo de sedestación, y en el caso de que esto no fuera posible o efectivo, podríamos utilizar dispositivos como la colocación de un pañal abductor con una densidad suficiente para que la pelvis quede elevada (en el caso de niños pequeños).

Pero, ¿qué ocurre cuando un niño no es capaz de conseguir una buena sedestación?

Muchos de los niños con los que nos encontramos son incapaces de realizar una sedestación activa o en el caso de que consigan hacerla, ésta no es correcta. Este es el caso de niños con enfermedades neuromusculares, con parálisis cerebral, con diferentes síndromes...

En estos casos, además de trabajar con dife-

rentes técnicas fisioterápicas las estructuras implicadas, debemos ser capaces de encontrar herramientas que les faciliten dicha tarea y que eviten posturas incorrectas que mantenidas en el tiempo produzcan patología músculo esquelética.

Debemos tener en cuenta que una buena postura sentado favorece la respiración, la deglución, la manipulación y evita deformidades músculo-esqueléticas (acortamientos, escoliosis...). Para conseguir una adecuada sedestación es básico estabilizar la pelvis y/o el tronco. Solo así conseguiremos mejorar la estabilidad de la cabeza, facilitar la orientación del campo visual, liberar las manos para la manipulación...

En el mercado existe una amplia variedad de adaptaciones para alinear la sedestación. La edad, el tipo de afectación, el estado musculoesquelético, las características propias de cada niño en concreto son factores a tener en cuenta para decidir cuál es el tipo de adaptación que más le va a beneficiar.

El asiento moldeado pélvico (asiento realizado con vendas de escayola) suele ser una alternativa al problema de la sedestación, ya que proporciona la alineación adecuada que

el niño necesita en los tres planos del espacio. Es una adaptación postural provisional para la sedestación que confecciona el fisioterapeuta, utilizando el cuerpo del niño como molde. Es muy útil porque nos permite trabajar durante la sesión e incluso en el domicilio del niño, ya que le proporciona la estabilidad que necesita para realizar otras actividades. Por sus características, el asiento moldeado pélvico proporciona una simetría pélvica y facilita el movimiento postural efectivo. Suelen ser bien aceptados por los niños y tienen la ventaja de al ser de un material barato poderse cambiar cada poco tiempo (6-8 meses) adaptándose al crecimiento del niño.

¿Qué niños serían candidatos para adaptaciones posturales en sedestación?

Aquellos que teniendo aproximadamente 10 meses no han conseguido una sedestación estable por diferentes motivos: por escaso control de cabeza y tronco (por hipo o hipertonía), porque tienen dificultades para realizar los ajustes posturales en sedestación, porque presentan asimetrías en el tono muscular que provocan cargas asimétricas, porque adop-

tan posturas patológicas que predisponen a deformidades (a displasias de cadera, por ejemplo) ...

Una vez que hemos detectado esa dificultad o imposibilidad para una correcta sedestación, es muy importante realizar una exhaustiva valoración del niño, biomecánica y funcional, en los tres planos del espacio, para identificar los factores que alteran la alineación en sedestación y decidir cuál es el tipo de adaptación o de asiento más adecuado para su estado. Emplearíamos un asiento activo si el niño tiene posibilidad de aprender ajustes posturales en sedestación, y uno pasivo si presenta una debilidad o hipotonía tan acusadas que no es capaz de mantener tronco y cabeza contra de la gravedad, no puede ser activo en las actividades de alcanzar y manipular, y tiene muchas posibilidades de desarrollar deformidades musculoesqueléticas.

Un objetivo muy importante en la rehabilitación de niños con patología es obtener la máxima funcionalidad, promoviendo el control voluntario de la postura, y proporcionando al mismo tiempo la menor ayuda postural externa.

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

30 años asesorando a empresas vinculadas con la salud de las personas

liderazgo

planificación

gestión

estrategia

gota a gota
cumplimos
los objetivos

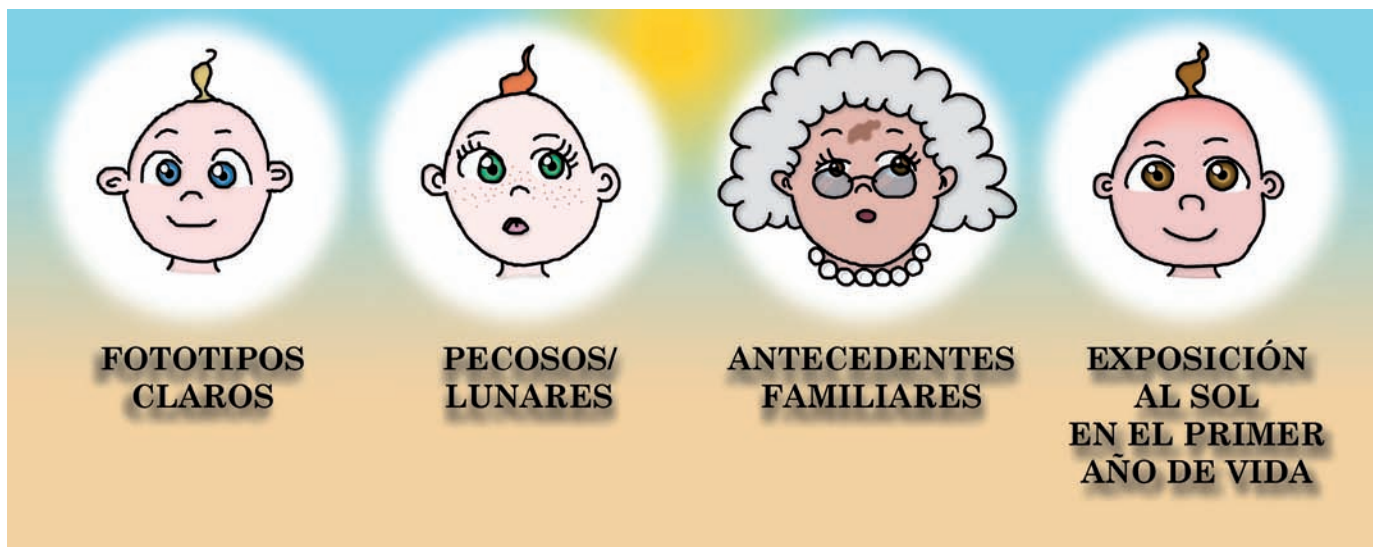
venta

calidad

acciones

marca

Alfredo Erroz (COMUNICACIÓN'86 IESE'05 ESIC'06) | M 695 480 160 | www.publisic.com
ZARAGOZA: Padre Consolación, 19 | **PAMPLONA:** Benjamín de Tudela, 35



Dibujos de Beatriz Borao y de Ignacio García

¿Están los niños bien protegidos del sol?

Dra. Mónica López Campos. Especialista en Pediatría

Beatriz Borao Pallas. Graduada en Medicina y MIR Pediatría

Paula Manero Montañes. Graduada en Enfermería y EIR Pediatría

Ignacio García Ascaso. Graduado en Enfermería

Dra. Carmen Puig García. Especialista en Pediatría y Coordinador del EAP

M^a Carmen Viñas Viamonte.

Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza

En las últimas décadas se ha detectado un aumento peligroso de casos de cáncer de piel. Las radiaciones solares, un cancerígeno más potente que el tabaco, son las responsables de más del 80% de los casos.

En España se diagnostican al año unos 5.000 casos de melanoma, el tipo de cáncer cutáneo con peor pronóstico, y aproximadamente 71.000 casos de cáncer no melanoma. Sin embargo, es el tumor más fácilmente prevenible y de buen pronóstico cuando se trata a tiempo. Las lesiones producidas durante la infancia y la adolescencia constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cutáneo en la etapa adulta. Se estima que los niños que han sufrido más de 3 quemaduras en la infancia tendrán 10 veces más riesgo de sufrir melanoma en la etapa adulta.

Entre un 50 y 80% del daño por la exposición solar que un individuo recibe durante toda la vida se realiza durante la infancia y la adolescencia, por ello es de vital importancia una protección adecuada.

Factores de riesgo

En la siguiente tabla vemos los distintos factores que aumentan el riesgo de efectos nocivos por la exposición solar. TABLA

Medidas de protección

Se denomina "Fotoprotección" a todas aquellas medidas adoptadas para proteger a la piel de la exposición solar tales como conductas de evitación solar, la protección con métodos barrera y el uso de fotoprotectores.

Debido a su especial sensibilidad a los efectos negativos de la exposición solar, los niños son uno de los grupos en los que se debe extremar los cuidados ante las radiaciones solares.

Los menores de 3 años no deben exponerse al sol. Especialmente importante es no exponer a los menores de 6 meses al sol, sin embargo, si no es posible su protección con sombra y ropa, se puede utilizar protector solar físico en zonas pequeñas expuestas.

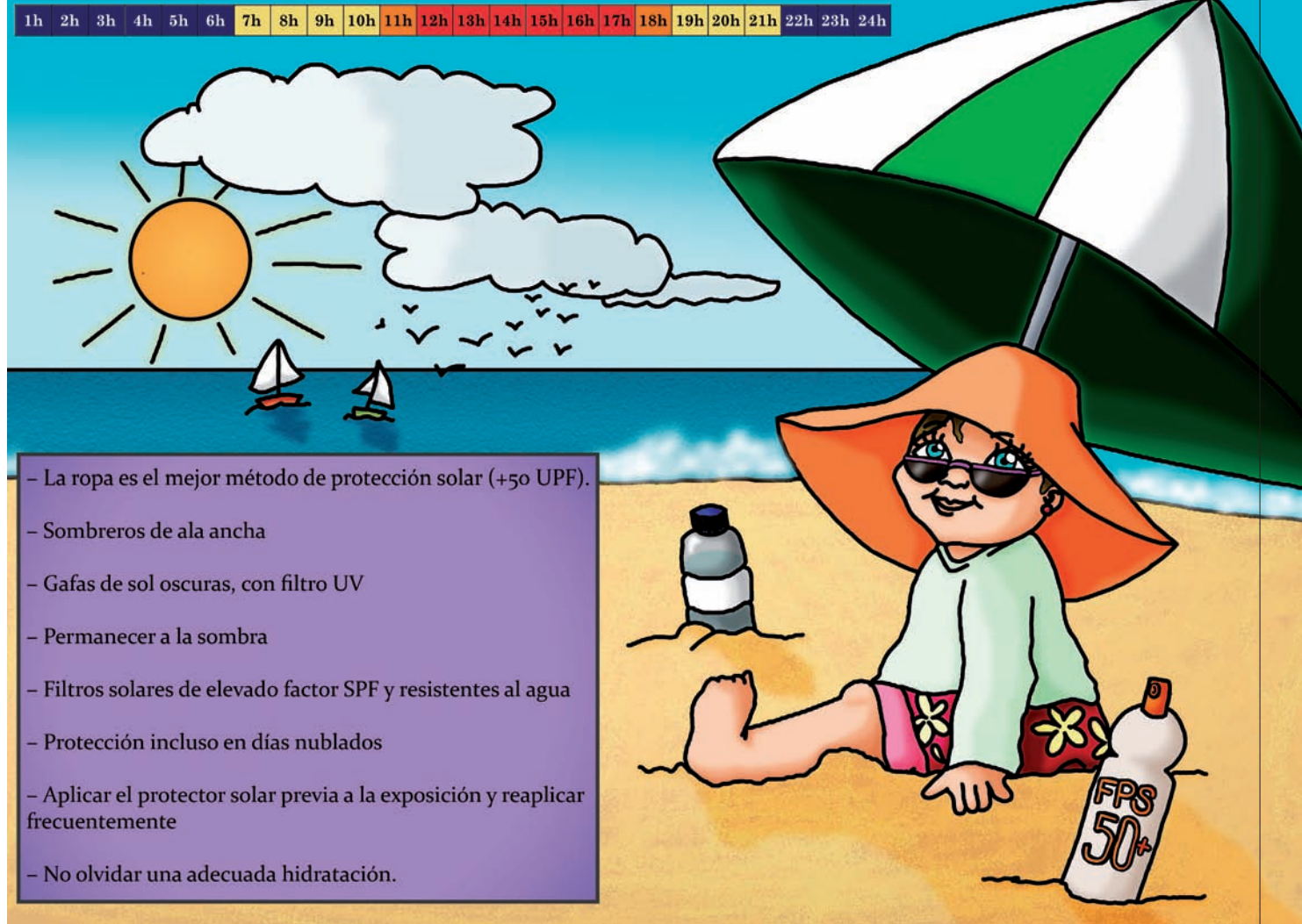
- La ropa es el mejor método de protección solar (+50 UPF).
- Sombreros de ala ancha
- Gafas de sol oscuras, con filtro UV
- Permanecer a la sombra

- Filtros solares de elevado factor SPF y resistentes al agua
- Protección incluso en días nublados
- Aplicar el protector solar previa a la exposición y reaplicar frecuentemente
- No olvidar una adecuada hidratación.

Factores de fotoprotección

Los fotoprotectores son sustancias que, aplicadas en la piel, evitan la penetración cutánea de la radiación UV y los posibles daños derivados de esta. Aunque no garantizan la prevención del cáncer de piel por sí solas si no lo asociamos a una disminución en la exposición solar. Estos deben proteger frente a la radiación UVB, causante de las quemaduras solares, y UVA determinantes del envejecimiento prematuro de la piel.

Los filtros solares pueden clasificarse en: físicos u inorgánicos, los cuales son impermeables a la luz solar y actúan reflejándola, y químicos u orgánicos, que absorben la radiación UV y pueden producir reacciones cutáneas. En los niños menores de un año son de elección los filtros físicos.



- La ropa es el mejor método de protección solar (+50 UPF).
- Sombreros de ala ancha
- Gafas de sol oscuras, con filtro UV
- Permanecer a la sombra
- Filtros solares de elevado factor SPF y resistentes al agua
- Protección incluso en días nublados
- Aplicar el protector solar previa a la exposición y reaplicar frecuentemente
- No olvidar una adecuada hidratación.

Se deben aplicar sobre la piel seca de manera generosa de 15 a 30 minutos antes de la exposición al sol y repetir cada dos horas o tras un baño duradero, aun si son resistentes al agua. Las partes del cuerpo más sensibles a esta exposición son la cara, cuello, escote u hombros, y sobre ellas se debe prestar especial atención en la aplicación. Es importante tener en cuenta que las radiaciones UV son capaces de atravesar las nubes, por lo que se deben aplicar a pesar de estar en un día nublado.

El factor de protección solar (FPS) indica el número de veces que el fotoprotector aumenta la capacidad defensiva de la piel frente al envejecimiento previo a la quemadura solar.

Conclusión

Los niños son la población más vulnerable a la radiación del sol. Por otro lado, desarrollan su actividad al aire libre en numerosas ocasiones, junto al desconocimiento del riesgo de dicha exposición al sol, lo que hace de ellos un grupo especialmente sensible.

La concienciación de los padres sobre la necesidad de proteger y crear hábitos adecuados ante la radiación solar continuándola en la edad adulta podría disminuir el riesgo de presentar un cáncer de piel en la vida de un individuo. Se estima que hasta un 80% de los casos de cáncer cutáneo podría evitarse mediante estas medidas preventivas.

A este fin han surgido una serie de campañas educativas destinadas a mejorar el conocimiento de niños y padres acerca de medidas

de fotoprotección, para lograr cambios en el comportamiento frente a la exposición solar.

Entre ellas, se encuentra la campaña anual Euromelanoma 2019, un proyecto dirigido por una red de dermatólogos europeos y destinado a promover la detección precoz y el tratamiento del cáncer de piel. Esta campaña cuenta con el "Día de Evaluación del Melanoma" en la que se realizan revisiones de piel gratuitas al público.

En nuestro ámbito el Gobierno de Aragón ha promovido la iniciativa "Sol Sano", dirigida a toda la comunidad escolar y sus familias, concretamente el curso 1º de Educación Primaria (6 años). Promueve actitudes y hábitos para el cuidado de la piel frente a los efectos de la radiación solar.



Para el Médico, Enfermera y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com



Prevención de picaduras en viajes al trópico

*Marta Domínguez García. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Arrabal
Blanca Puentes Felipe. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Actur Norte
Diego Pueyo Gascón. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Actur Norte
Daniel Ferrer Sorolla. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Calaceite
Ana Huertas Harguindey. MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1, CS La Jota
Inés Cortés Carbonel. MIR Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente AFyC Sector Zaragoza 1, CS Actur Oeste*

Los vectores son organismos vivos que transmiten patógenos, de una persona (o animal) infectada a otra, pudiendo ocasionar enfermedades graves en el ser humano.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades transmitidas por vectores constituyen enfermedades de gran relevancia socioeconómica a nivel mundial; siendo más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales, así como en lugares con problemas de acceso al agua potable y al saneamiento.

Cada año más de mil millones de personas se infectan y más de un millón de personas mueren debido a enfermedades transmitidas por vectores incluyendo malaria, dengue, zika, chikungunya, esquistosomiasis, leishmaniasis, enfermedad de chagas, fiebre amarilla, filariasis linfática y oncocercosis.

La más mortífera de todas ellas es el paludismo (o malaria), la cual causó a nivel global 445.000 muertes en 2016. En Aragón, en 2017, se notificaron 52 casos de paludismo importado (9 en la provincia de Huesca y 43 en la provincia de Zaragoza). No obstante, la enfermedad de este tipo con mayor crecimiento en el mundo es el dengue, cuya incidencia se ha multiplicado por 30 en los últimos 50 años. Dentro de este grupo se encuentran, así mismo, enfermedades que actualmente representan nuevos retos para

la salud pública, como el virus del zika y del chikungunya.

Los viajes internacionales a zonas de tropicales y subtropicales, que aumentan cada año, conllevan ciertos riesgos sanitarios que dependen tanto del viajero como del tipo de viaje que va a realizar.

Enfermedades transmitidas por mosquitos

Uno de los riesgos más importantes son estas enfermedades transmitidas por vectores, entre los que destacan los mosquitos, y frente a las que hay que protegerse. Actualmente contamos con quimioprofilaxis para prevención de algunas de estas enfermedades como el paludismo y la fiebre amarilla, pero no de otras como el dengue, el zika o el chikungunya; siendo primordial la correcta protección frente a las picaduras de sus vectores.

El mosquito *Anopheles* hembra (vector del paludismo) pica del anochecer al amanecer, mientras que el mosquito *Aedes* (vector del dengue, zika, chikungunya y fiebre amarilla) lo hace del amanecer al anochecer. Por tanto, la protección contra picaduras debe realizarse a lo largo de todo el día.

Una de las medidas de protección frente a picaduras es el uso de ropa apropiada. Se recomienda uso de prendas de fibra natural y colores suaves, así como disminuir las áreas de piel expuestas utilizando camisas de manga larga, pantalones largos, calzado cerrado y

sombreros. Meter los pantalones dentro de los calcetines también ayuda a reducir el riesgo. En la búsqueda de alojamiento para la estancia durante el viaje, importante la presencia de aire acondicionado, que reduce la probabilidad de picaduras de mosquito al disminuir la temperatura de la habitación. Y requisito indispensable es el uso de mosquitera durante el descanso nocturno, que pueden impregnarse de insecticida antes de acostarse. Es importante comprobar que oculte bien todo el espacio de la cama y que no queden insectos atrapados en el interior. Y, por último, los repelentes de insectos. Los más adecuados son los que están compuestos de N,N dietilmetatoluidina (DEET) en concentraciones de entre el 20 y el 50%. Puede aplicarse directamente a la piel expuesta o primero aplicase sobre las manos y extenderlo sobre la piel, lavando bien las palmas de las manos tras la aplicación. Se debe evitar el contacto con mucosas y no deben ser rociados directamente en la cara o aplicados sobre párpados o labios. En general, los repelentes deben utilizarse en estricta conformidad con las instrucciones del fabricante, sin sobrepasar la dosificación, especialmente en los niños pequeños. Si se va a aplicar crema solar, la recomendación es aplicar el protector solar en primer lugar, y pasados 20 minutos, aplicar el repelente.

Viajar enriquece el alma, pero hay que hacerlo de manera segura.

Omeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol... ¿Son protectores de estómago?

Francisco Javier Gómez Marcos. MIR MFyC CS La Jota

Elena Pellicena Lobera. MIR MFyC CS Actur Oeste

Marina Vera Colás. MIR MFyC CS Arrabal

Silvia Lorén Blas. MIR MFyC CS Arrabal



Es común llamar a los fármacos de la familia de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), que engloba fármacos tan conocidos como el omeprazol y el pantoprazol, protectores de estómago. Esta denominación, extendida por gran parte de la población, es errónea y conlleva una sobreutilización y una serie de efectos adversos secundarios a su uso.

No necesitan receta para ser dispensados en farmacia y muchas veces continúan en las recetas electrónicas como medicación crónica sin una clara indicación.

¿Son muy consumidos?

El consumo de inhibidores de la bomba de protones, en datos recogidos por el Ministerio de Sanidad, se ha cuadruplicado desde el año 2000. Son el grupo farmacológico más consumido en España por número de envases, por delante de los fármacos hipolipemiantes, aquellos que ayudan a controlar el colesterol y de los fármacos ansiolíticos, utilizados para el tratamiento de ansiedad, insomnio y otras afecciones mentales. España tiene un consumo mayor que países con mayor población como Francia e Italia.

¿Para qué son utilizados?

Las indicaciones terapéuticas de los IBP son principalmente las siguientes:

- Úlcera péptica.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Síndrome de Zollinger- Ellison.
- Erradicación de *Helicobacter Pylori*.

Además se utilizan para:

- Tratamiento de algunos pacientes con dispepsia funcional.
- Prevención de gastropatías secundarias a fármacos.

Existen una serie de recomendaciones (según edad o patologías previas o fármacos que se tengan pautados entre otras) que indican iniciar IBP en determinados pacientes a los que se pautan algunos fármacos como antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes o anticoagulantes. La polimedicación sin fármacos gastrolesivos, no es una indicación para el uso de IBP.

Para todas estas indicaciones, conviene comenzar tratando con omeprazol, por ser el fármaco mas costeefectivo.

¿Qué puede ocurrir si los uso cuando no están indicados?

Tanto si están indicados como si no, este grupo farmacológico no está exento de efectos adversos. Por ello, conviene minimizar los efectos secundarios haciendo un buen uso y prescripción.

Son fármacos que pueden interaccionar con otros medicamentos, aumentando o disminuyendo su efectividad. Por ejemplo, puede interaccionar con el clopidogrel, fármaco usado en diversas patologías vasculares. También afectan a los inhibidores de la proteasa, fármacos usados en el tratamiento del VIH, disminuyendo su efectividad. Así mismo, si se usan conjuntamente con metotrexato, un tratamiento para la artritis reumatoide, pueden interferir en su eliminación y producir más toxicidad³.

Están asociados a un aumento del riesgo de desarrollar diarreas por microorganismos como el *Clostridium Difficile*, *Salmonella typhi* y *Campylobacter Jejuni*, por mecanismos aún no conocidos. También pueden producir colitis microscópica, una alteración intestinal responsable de producir diarreas crónicas.

Se relaciona su uso con numerosos síndromes malabsortivos, produciendo reducciones de los niveles de vitamina B12, hierro y de magnesio, importantes para múltiples procesos fisiológicos.

Según diversos estudios el uso indebido de estos fármacos podría estar asociado a un aumento del número de caídas.

Puede relacionarse a diversas alteraciones en la mucosa de los órganos digestivos. Pueden estar asociados al cáncer de colon, al cáncer gástrico⁹ y a la producción de gastritis atrófica.

También pueden afectar a otros órganos no digestivos. Por ejemplo, se ha asociado a un aumento de la enfermedad renal, pudiendo causar también una nefritis intersticial aguda idiosincrásica¹⁰. Se puede producir un lupus inducido por fármacos. Además puede estar relacionada con un mayor riesgo de peritonitis bacteriana espontánea.

En los últimos estudios, y a falta de pruebas

concluyentes, se les relaciona con mayor riesgo para desarrollar demencia, neumonía, y a un aumento de la mortalidad. Conviene estudiar más estos datos ya que producen resultados de gravedad que deben ser revisados³.

Entonces, si estoy tomando IBP, ¿Cuándo debo de dejar de tomar estos medicamentos?

Ante todo, y como con todos medicamentos, se debe seguir una recomendación directa de su médico ante la retirada o continuación de toma de un fármaco. Este momento en el que se decide la retirada de un fármaco de la receta de un paciente se le denomina deprescripción. Lo lógico sería que el fármaco estuviera indicado correctamente y tanto paciente como médico coincidieran para su utilización, en la toma de decisiones compartidas, pero existen diversos momentos en los cuales hay que plantear una retirada:

- Si cesa la situación que motivó su prescripción (por curación, porque retirada de algún fármaco...).
- Ante la aparición de efectos adversos se debería de comunicar a su médico y decidir conjuntamente si se debe retirar y cómo retirarlo.
- Así mismo, en tratamientos crónicos y con esperanza de vida corta se podría aconsejar su retirada.
- La evidencia científica está continuamente evolucionando. Por ello, ante un cambio en la evidencia científica del fármaco puede hacer que un médico decida retirar la medicación.
- Otras veces, por errores, se pueden duplicar los fármacos para un mismo uso. Conviene saber bien la medicación que toma cada paciente para evitar duplicidades.

Desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria se recomienda revisar una vez al año la medicación del anciano, momento en el cual se puede detectar la toma indebida o la incorrecta indicación para estos fármacos.

Es necesario conocer por parte de los sanitarios y de los usuarios del Sistema Nacional de Salud las indicaciones terapéuticas de los fármacos que se toman, así como los posibles efectos adversos que se producen para poder tomar una decisión conjunta correcta y ajustada a cada tipo de situación.

Atención de las crisis epilépticas en urgencias

Carolina García Arguedas, José Antonio Crespo Burillo, Francisco Javier Mora Pueyo y José Ramón Millán García

Facultativos Especialistas de Área. Neurología. Hospital de Barbastro. Huesca.

Ante un primer episodio de sospecha de crisis epiléptica hay que tener en cuenta una serie de criterios para poder llegar a un diagnóstico y aplicar un tratamiento si es necesario.

El punto fundamental es una buena historia clínica con la descripción de los síntomas por testigos (ya que el paciente no suele recordar lo que le ha ocurrido).

1. ¿Se ha tratado de una verdadera crisis? No todos los episodios de pérdida de conciencia son crisis, y hay que hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades que además tienen manejo diferente: síncope, fenómenos paroxísticos no epilépticos.

2. Si existe algún antecedente personal que pueda orientar hacia origen epiléptico o no: existencia de crisis febriles en la infancia, traumas craneales, epilepsia diagnosticada en la familia.

3. Cualquier factor predisponente para tener crisis: presencia de fiebre, consumo de tóxicos (principalmente el alcohol), interacciones con fármacos, abandonos de tratamiento (que es la principal causa de crisis en pacientes epilépticos conocidos).

4. En paciente que se conoce que es epiléptico: edad de inicio, tipo de crisis habitual,

frecuencia de las crisis, tratamientos previos y respuesta al tratamiento.

Estabilizar al paciente

El manejo principal es estabilizar al paciente manteniendo la vía aérea, controlando las cifras tensionales, glucemia y temperatura.

Se debe hacer analítica básica para descartar causas que pueden favorecer como alteraciones iónicas, anemia.

También existe la opción de extraer niveles terapéuticos en el caso de que sea epiléptico y esté tomando fármaco detectable en sangre para valorar adherencia e incluso toxicidad.

En cuanto al manejo terapéutico se suele optar por primero tratar la causa desencadenante: si hay fiebre, antipiréticos. Si existe alteraciones en las cifras de glucemia: tanto hipoglucemia (que es la que más predispone a tener crisis) o hiperglucemia con los protocolos que aplique cada hospital.

Si no existe causa secundaria y se sospecha una debut epiléptico: para plantear iniciar tratamiento es aconsejable o bien consultar con Neurología de Guardia, en el caso de que se trate de un hospital con esa posibilidad, o bien derivar a consulta de Neurología de manera preferente.

Además si se diera el caso que el paciente presenta varios episodios de crisis epilépticas sin recuperación del nivel de conciencia entre ellas así como una crisis pero de más de cinco minutos de duración, se trata de un Status Epiléptico, que es una emergencia médica de pronóstico vital grave que hay que actuar de manera rápida y utilizando la vía intravenosa con fármacos antiepilépticos.

Una vez que lo has identificado se deben englobar en dos grupos distintos cuyo manejo varía:

- **Paciente epiléptico conocido:** se recomendaría una observación de unas doce horas si ha acudido al hospital o un acompañamiento familiar de al menos 24 horas en domicilio para valorar recurrencia de crisis.

- **Paciente con un primer episodio sugestivo de crisis:** habitualmente se realiza neuroimagen para descartar una causa secundaria y se deriva a consulta de Neurología para ampliar estudio si requiere y decidir si cumple criterios de tratamiento. La observación la misma indicada en contexto de epiléptico conocido.

En algunos casos se decidirá ingreso en función de los hallazgos en las pruebas realizadas o si hay criterio de riesgo de recurrencia para tratamiento.

Uso de las nuevas tecnologías en deshabituación tabáquica

Laura Anoro Abenoza. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Carmen Deza Pérez. FEA Geriatriá Hospital General de la Defensa. Zaragoza

El acceso a Internet tanto desde dispositivos fijos como móviles (teléfonos de última generación, tabletas, relojes inteligentes...etc.), ha abierto la puerta a nuevas posibilidades de formación en las diferentes áreas de salud y cobra cada día más valor como herramienta para los fumadores que desean abandonar este hábito, principalmente en jóvenes que prefieren estos medios frente a la consulta médica tradicional o fumadores de otras edades que buscan nuevos métodos de abandono.

Tanto el anonimato y el bajo coste para el usuario, como la posibilidad de acceso continuo en cualquier lugar y hora, son factores que se han mostrado efectivos a la hora de fomentar la deshabituación tabáquica. Revisiones recientes de la literatura médica en este sentido (Cochrane 2017), concluyen que intervenciones interactivas y personalizadas a través de Internet son más efectivas que la administración aislada de folletos de información. Aunque también se señala que para conocer los efectos de Internet sobre el mantenimiento de la abstinencia tabáquica son necesarios más estudios a largo plazo.

Por otro lado, entre las limitaciones de Internet destacaremos que en ocasiones la información es incompleta y que es difícil acceder a contenidos de calidad debido a la

enorme oferta, por eso recomendamos las siguientes guías online:

- ▶ Dejar de fumar es posible (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).
- ▶ Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Aplicaciones (APPS) de los teléfonos inteligentes

El avance de la tecnología y sus aplicaciones en materia de salud, han hecho de las tan extendidas APPS una herramienta muy accesible para el fumador activo que quiere dejarlo. Estas incluyen herramientas interactivas que apoyan al fumador activo durante todo el proceso de abandono, como son los mensajes diarios para fomentar la autoestima y el autocontrol, y permiten de forma general un estrecho seguimiento del proceso.

Muchas además son gratuitas y muy cómodas al evitar los desplazamientos a centros de deshabituación.

Por otro lado las principales limitaciones de las APPS son que pueden contener publicidad y que tenemos escasos datos en la actualidad sobre la calidad del contenido y su efectividad para dejar de fumar.

A continuación detallamos los requisitos que, a nuestro parecer, debe cumplir una APP para dejar de fumar:

- Debe tener capacidad para ayudar al usua-

rio a dejar de fumar de forma sencilla y con eficacia demostrable.

- Los contenidos deben estar basados en conocimientos de profesionales sanitarios especializados en deshabituación tabáquica.
- Tiene que apoyar, aconsejar, potenciar la motivación y fidelizar al usuario, preferiblemente mediante un feedback diario.
- Debe tener un diseño agradable, fácil e intuitivo para animar al fumador a mantener el proceso de deshabituación.

Algunos ejemplos de APPS bien valoradas por los usuarios, válidas para iOS y Android y que permiten conocer parámetros como el tiempo sin fumar, dinero ahorrado, mejoría del estado de salud y que además aportan estrategias para contribuir a la permanencia de la abstinencia son:

- **Respirapp:** Gratuita. Autor: Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Idioma español. Dispone de un perfil personalizado del fumador atendiendo a su consumo para proponer una estrategia individualizada. Además es posible contactar de forma directa con profesionales del consultorio de la AECC.
- **Kwit:** gratuita versión básica (versión Pro de pago). Autor: sociedad Kwit. Idiomas español e inglés. Tiene página web.
- **Smokefree:** gratuita versión básica (versión Pro de pago). Autor: David Crane y Greg Plumbly. Idiomas español, inglés, alemán, portugués.

Características del virus de inmunodeficiencia humana

Luis Mariano Domínguez Barcelona. Médico Atención Primaria. Centro de Salud Picarral-Zalfonada. Zaragoza
Mª Carmen Deza Pérez. FEA Geriatria Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Laura Anoro Abenoza. FEA Neumología Hospital General de la Defensa. Zaragoza
Raquel Rodríguez Herrero. FEA Geriatria Hospital General de la Defensa. Zaragoza

En el 2017 en España, se notificaron 3381 nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con una incidencia de 8.8 casos por 100.000 habitantes, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología.

En ausencia de vacuna o tratamiento curativo, la prevención continúa siendo la única forma eficaz de luchar contra el VIH. Es necesario promover la cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos entre la población. Para ello, es primordial además de las medidas de prevención conocer información sobre la infección del VIH y sus mecanismos de transmisión de manera que puedan identificarse las situaciones y las conductas relacionadas con el riesgo de infección.

Características epidemiológicas del vih/sida

El VIH, es un retrovirus, que infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria, fundamentalmente celular. El SIDA es un trastorno clínico grave que representa la última etapa del VIH. Las infecciones que

acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

► **Modo de transmisión:** Se produce por contacto sexual sin protección. La presencia además de una infección de transmisión sexual (ITS), en particular de tipo ulceroso, facilita la transmisión del VIH. Otros modos de transmisión descritos son: por el contacto directo de la piel excoriada o las mucosas con líquidos corporales, como sangre, líquido cefalorraquídeo o semen; por el uso compartido de agujas, jeringas y otro material de inyección contaminado por el virus, entre usuarios de drogas intravenosas; por transfusión de sangre infectada o sus derivados. La mujer también puede transmitirle la infección a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Otro mecanismo descrito es la exposición ocupacional del personal sanitario a sangre infectada por accidentes con agujas u otros objetos, aunque la tasa de seroconversión es mucho más baja que para otros virus como el de la hepatitis B. Si bien es posible la presencia del virus en la saliva, lágrimas, orina y secreciones bronquiales, no se han notificado casos por el contacto con tales secreciones.

► **Periodo de incubación:** Suelen transcurrir de uno a tres meses desde la infección hasta

la aparición de anticuerpos detectables, y la media de tiempo entre la infección inicial y la aparición del SIDA, sin tratamiento, es de unos 10 años, pero es un periodo muy variable.

► **Periodo de transmisibilidad:** Se mantiene mientras persiste la infección en el individuo afecto, es decir, toda su vida. El riesgo de transmisión aumenta con la presencia de otras ITS. Aunque el tratamiento antirretroviral reduce la carga viral, la posibilidad de transmisión persiste.

Puntos clave

- El VIH actualmente se transmite principalmente por vía sexual y la transmisión entre hombres con prácticas sexuales de riesgo con otros hombres es la mayoritaria.
- Los casos originarios de otros países suponen una parte relevante pero su peso ha descendido en los últimos años.
- El diagnóstico del VIH, es en gran parte de los casos, tardío, en una fase avanzada. Es importante, que tanto la población como los profesionales sanitarios, sean conscientes de la importancia de diagnosticar la infección del VIH cuanto antes, sospecharla en cualquier persona con prácticas sexuales de riesgo, para obtener un beneficio tanto colectivo (disminuyendo la transmisión a otras personas), como individual.

Enfermedad de Horton, algo más que una cefalea en ancianos



Silvia Lorén Blas. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. 2º año, Centro de Salud Arrabal. Zaragoza
Elena Pellicena Lobera. MIR Medicina Familiar y Comunitaria 2º año, Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza
Inés Lasarte Sanz. MIR Medicina Familiar y Comunitaria 2º año, Centro de Salud Actur Oeste. Zaragoza
Isabel Sarmiento Benito. MIR Medicina Familiar y Comunitaria 2º año, Centro salud Actur Sur. Zaragoza

Mujer de 79 años que acude en varias ocasiones al servicio de urgencias, por cefalea intensa y continua temporal, de 2 meses de evolución, que no responde a tratamiento farmacológico y que se intensifica, con la masticación. Durante la última visita a urgencias, la paciente refiere episodios de visión doble, de segundos de duración.

Exploración física: No signos de alarma. VSG >100mm/h, dolor e ingurgitación trayecto arteria temporal.
 Se inició tratamiento corticoides sistémicos de forma empírica. (dosis: 1mg/kg/día).

Procedimiento diagnóstico

Para el diagnóstico se establece la presencia de al menos 3 de los siguientes criterios diagnósticos:
 >50 años, cefalea de reciente comienzo, alteraciones en arteria temporal, reactantes de fase aguda alterados (VSG>50mm/h, PCR>2,50mg/dl) y alteraciones en biopsia arterial.

Revisión

La arteritis de la temporal o enfermedad de Horton, de causa desconocida, es la forma más frecuente de vasculitis en edad avanzada y puede tener complicaciones muy severas, tanto oftalmológicas como sistémicas.

Con amplio e inespecífico espectro de signos y síntomas, constituye un reto diagnóstico, puesto que no hay pruebas de laboratorio específicas e incluso la anatomía patológica, puede no ser concluyente, por su evolución parcheada.

Se presenta como inflamación de arterias medianas y grandes, con gran afinidad por la oftálmica, que se puede manifestar como una pérdida visual uni o bilateral transitoria o permanente o diplopía, como cefalea temporal, hipersensibilidad de la zona, dolor o cansancio mandibular, dolor muscular, nódulos en arteria temporal y menos frecuentes, accidentes cerebro vasculares.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es suprimir la respuesta inflamatoria, pautando de forma

precoz corticoides sistémicos a dosis altas, hasta reducción de cifras de marcadores inflamatorios y dosis de mantenimiento a largo plazo.

Resumen

La arteritis de la temporal es una inflamación de causa desconocida, de mediano y gran vaso, responsable de disminución del calibre arterial, reducción del flujo y consecuente isquemia, más frecuente arteria oftálmica, pero capaz de aparecer en otros territorios.

El único aspecto de esta enfermedad que no es controvertido, es que constituye una verdadera emergencia oftalmológica, ya que la pérdida visual permanente, se presenta en hasta una quinta parte de los casos.

Incluso en pacientes con biopsias negativas, pero síntomas y pruebas de laboratorio típicas, deberá comenzarse el tratamiento, como si de una arteritis se tratase, ya que el inicio precoz de corticoides sistémicos, reduce significativamente la morbilidad de esta enfermedad.

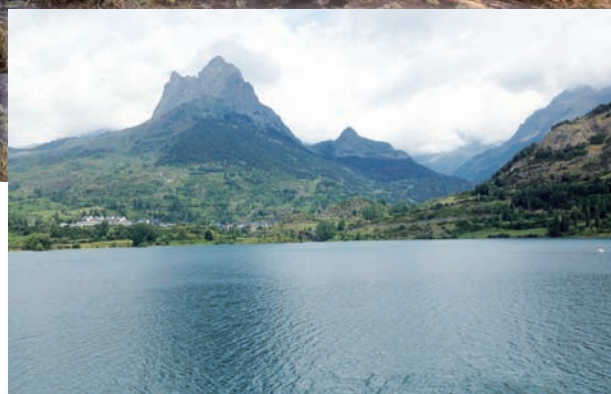
medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico



MERRELL®

BOREAL®

HH[®]
HellyHansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

www.lapuertaverdepanticosa.com