

mayo 2015



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 14 Nº60

CONTENIDO

EDITORIAL

Historia de la Gastroenterología Infantil

TEMA 1

Gastroenteritis Aguda: Énfasis en el manejo

TEMA 2

Cultura e Idiosincrasia de Haití

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada

Dra. Marcela Godoy Peña

Dr. Francisco Prado Atlagic

SECRETARIA

Yini Esbeile Luna

SERVICIO DE PEDIATRÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

Santa Rosa 1234 - SANTIAGO

FONOFAX: 2556 6792



■ www.saval.cl **SAVAL**

Revista de circulación exclusiva para personal médico



Lukanex®

MONTELUKAST / SAVAL

Todas las presentaciones
para **RESPIRAR MEJOR**



Lukanex® (Montelukast)

- Lukanex® Comp. Recubiertos 10mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 5mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 4mg x 40
- Lukanex® Sobres con Granulado 4mg x 40



GARANTÍA
IN VIMA

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl
y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL

• EDITORIAL •

HISTORIA DE LA GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL

Dr. Francisco Barrera Q.
Servicio Pediatría. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Corrían los años 1960. Época de importantes cambios en el mundo y también en Chile, el movimiento hippie, intentos de cambios sociales y políticos profundos en muchos países de América Latina, la Reforma agraria en nuestro país, fomentó a la educación como elemento de superación de la pobreza, importante mejoría de los índices de salud de la población y también en lo artístico el surgimiento de la denominada “Nueva ola” como otra expresión de cambio.

En el ámbito médico y hospitalario, por aquellos años en nuestro hospital Manuel Arriarán, hacía poco tiempo el Dr. Julio Meneghello Rivera partía a asumir la jefatura de servicio de Pediatría (ganada por concurso) en el Hospital Roberto del Río, siendo reemplazado por el Dr. José Bauzá Frau. En el hospital Manuel Arriarán empezaban a desarrollarse las diversas especialidades pediátricas, entre ellas la Gastroenterología Infantil, que al igual que en los hospitales Roberto del Río (Osvaldo Danús Vásquez), Luis Calvo Mackenna (José Zacarías Sarah) y San Juan de Dios (Eric Saelzer Weisser) contaba con algunos especialistas precursores e impulsores de dicho desarrollo. En el Hospital Arriarán estaban los Drs. Fernando Donoso y Morelia Vallejos. En esa época de fines de la década de 1960, los médicos que se dedicaban a esta especialidad se habían formado gracias a su propio esfuerzo y dedicación. Incluso en E.E.U.U. y Canadá habían muy pocos lugares donde acudir a conocer alguna técnica o a sub especializarse. La contribución del Hospital Arriarán en el surgimiento de la Gastroenterología Infantil en

Chile fue importante. En esos tiempos de profundos cambios, aún recuerdo haber visto a Fernando Donoso, paseándose por los extensos jardines del hospital con una gran radio a pila, escuchando los discursos revolucionarios de aquella época de Fidel Castro y Ernesto Che Guevara, muy convencido que era el camino a recorrer para América Latina.

Ambos gastroenterólogos preocupados por la incipiente especialidad, en la cual predominaban las parasitosis, las consecuencias de la desnutrición en el tubo digestivo, la enfermedad celíaca y la hemorragia digestiva. Junto a ello la insuficiencia hepática ocasionada fundamentalmente por el virus A de la hepatitis. Pronto se agregarían el Dr. Oscar Brunser Tesarschu en la investigación de los profundos cambios histopatológicos del epitelio intestinal en el niño desnutrido, cuyos estudios lograrían reconocimiento internacional y el Dr. Carlos Pérez Baladrón académico de la Universidad de Chile, en las parasitosis.

La Dra. Morelia Vallejos, cuya condición de dama inspiraba profundo respeto, aunque y a pesar de ello, su belleza y sus encantadores ojos color canela eran motivo de profunda admiración, sobresalía profesionalmente por su tremendo compromiso con el trabajo. Destacaba en ella su interés por el incipiente estudio de la hemorragia digestiva, con un procedimiento simple pero de gran utilidad para la época. La vi efectuar en muchas oportunidades el “test del cordel”, para investigar hemorragia digestiva

alta. Si la pitilla blanca salía impregnada de sangre, confirmaba el diagnóstico, pero al mismo tiempo se aprovechaba la muestra obtenida para el estudio de la giardiasis, patología de alta prevalencia en aquella época. En los países desarrollados ya estaban en auge los nuevos criterios de ED Palmer en E.E.U.U., con sus estudios endoscópicos (inicialmente en adultos por allá por 1957), muy resistidos en su tiempo y que hoy nadie pone en duda.

Tal vez la primera partida que impacta profundamente en el desarrollo de la especialidad en nuestro hospital fue la de Fernando Donoso en 1973, quien finalmente se radica en Canadá logrando desarrollar con mucha energía y éxito un Centro de Gastroenterología Infantil. Mucho más tarde, tuve la oportunidad de recibir a uno de sus hijos (a quien conocí a los cinco años de edad), ya estudiante de medicina, en la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico San Borja Arriarán para avanzar en sus estudios de medicina. La partida del Dr. Donoso fue una importante pérdida para nuestro hospital Arriarán. Antes de ello y por allá por 1968, aún siendo jefe de la especialidad el Dr. Fernando Donoso, un joven y entusiasta becado de Pediatría y Gastroenterología, se interesa por sus trabajos de manometría de esófago en el Dpto. de Gastroenterología del Hospital Clínico José Joaquín Aguirre.

Ya a cargo de la especialidad, la Dra. Vallejos se preocupa de incorporar nuevos interesados en la Gastroenterología Infantil. Destacando nuevamente el Dr. Julio Espinoza Madariaga, la Dra. Sonia San Martín y un poco más tarde la Dra. Maureen Rossell Goebbels.

El Dr. Espinoza le tenía un inmenso cariño a

nuestro hospital. Su padre había sido anatomopatólogo durante muchos años, destacando entre varios otros un interesante trabajo para la época, efectuado en conjunto con el Dr. Patricio Barraza Ruiz, relativo a la Colelitiasis en el niño, entidad clínica poco conocida en esos tiempos, al menos en países subdesarrollados. En esa época era costumbre que los médicos vivieran cerca de su lugar de trabajo. El padre del Dr. Julio Espinoza vivía muy cerca del hospital Arriarán, en Santa Isabel, así que muchas veces se iba caminando a su cercano hospital y en más de alguna oportunidad acompañado por su hijo, quien se entretenía junto a su hermano en los juegos infantiles del hermoso parque del hospital. Muchas veces se encontró con una auxiliar (Anita Melgarejo) que llevaba niños del hospital al parque (años después sería la auxiliar del Policlínico de Gastroenterología). En el vecindario (al frente de su casa) vivía otro gran personaje nacional, líder del movimiento obrero, conocido y muy respetado en el ambiente laboral (Clotario Blest Riffo) y del cual uno de los consultorios de Maipú lleva su nombre. El Dr. Julio Espinoza destacaría por su brillante inteligencia, agudo juicio clínico y la incorporación de los más modernos conceptos en la especialidad. En diciembre de 1969, junto al Dr. Osvaldo Danús crean la Rama de Gastroenterología pediátrica, correspondiendo al Dr. Danús la presidencia y al Dr. Espinoza ser el secretario de Rama. Inicialmente contó con 15 miembros, en época en que el Presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría era el Dr. Fernando Mönckeberg Barros.

Posteriormente continuaría su interesante trabajo en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los

Alimentos (INTA) junto a Fernando Mönckeberg B. Nunca ha perdido el contacto con el servicio de Pediatría del Hospital Arriarán, asistiendo periódicamente a visitas clínicas, desarrollo de líneas de investigación y ejercer actividades docentes y académicas. De hecho, ha continuado una brillante carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La Dra. Sonia San Martín, también muy admirada por su belleza y sus promisorias condiciones profesionales, logró una Beca Presidencia de la República por allá por 1977, para estudiar Endoscopía Infantil en Japón y desarrollarla en nuestro medio nacional. Interesante y promisoriosa posibilidad para nuestro hospital. Aún recuerdo cuando me solicitó que le facilitara algunas publicaciones relacionadas con endoscopía en la infancia, las que le entregué con el mayor agrado. Sin embargo, el amor es más fuerte, en el grupo de profesionales que iba a Japón se encontró con un colega proveniente de México, de tal modo que se olvidó de su retorno a nuestro país, del desarrollo de la endoscopía en nuestro hospital y los compromisos relacionados con dicha beca. Comprensible situación sentimental, que muchos no lograron entender o tendrían alguna secreta esperanza.

Junto a ello, un joven becado de pediatría manifestaba genuino interés por la Gastroenterología. Como se usaba en aquella época, se incorporaba un rato en las mañanas a

las actividades del grupo de especialistas. El Dr. Sergio Cereza O'Brien, se interesó particularmente en las enfermedades hepáticas, desarrollando la especialidad fundamentalmente en centros privados, aunque antes de retirarse de nuestro hospital reinició la tarea de interesar profesionales, quienes tendrían un tremendo desafío para el desarrollo de la especialidad, particularmente la Endoscopía digestiva alta y baja.

Más adelante, en 1982, el Dr. Julio Espinoza M., junto a la Dra. Magdalena Araya Q., tendrían un importante rol en la creación y desarrollo del Programa de Formación en la Sub Especialidad de Gastroenterología Pediátrica, manteniendo un estrecho vínculo con su querido hospital.

Difícil tarea, el desarrollo de las especialidades pediátricas en general y de la Gastroenterología en particular. Sobre todo en los momentos preliminares en que se instalarían profundos cambios en la atención en salud en nuestro país, destacando el auge de las clínicas privadas y el lamentable deterioro de los hospitales públicos, constituyendo una importante deuda social aún no saldada.

Con toda seguridad, esta senda será continuada por nuevos integrantes de este valioso grupo humano, con nuevos desafíos y oportunidades. Ojalá y que duda cabe, tengan el alto grado de compromiso demostrado por sus predecesores.

• TEMA 1 •

GASTROENTERITIS AGUDA: ÉNFASIS EN EL MANEJO

Dr. Jaime Valderas J.
Servicio Pediatría. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La Gastroenteritis Aguda (nombre determinado por la OMS para el antes denominado Síndrome diarreico agudo) es definido como una alteración en la absorción de agua, nutrientes y electrolitos, que determina un aumento del contenido líquido de las deposiciones y el consiguiente aumento de volumen y generalmente de su frecuencia, por sobre el hábito intestinal habitual del niño. De un punto de vista cuantitativo se puede definir como la presencia de tres o más deposiciones de consistencia disminuida (disgregadas, semi líquidas o líquidas) en 24 horas. Otros autores han definido la diarrea como un volumen de deposiciones mayor a 10 g/kg/día, definición utilizada para fines de investigación.

Causa importante de morbi-mortalidad en la edad pediátrica, especialmente en menores de 5 años. Se estima que en el mundo, anualmente, provoca 120 millones de consultas ambulatorias y 9 millones de hospitalizaciones, de los cuales 2 a 2.5 millones de niños mueren por diarrea y sus complicaciones, correspondiendo aún a la tercera causa de muerte en menores de 4 años en el mundo.

En nuestro país gracias a una importante mejora en las condiciones sanitarias en las últimas décadas, la consulta y atención oportuna y la hidratación oral, la frecuencia y gravedad de este cuadro ha disminuido ostensiblemente.

GASTROENTERITIS AGUDA

Cuadro clínico caracterizado por tener una

duración de menos de 14 días; la mayoría de los casos se resuelven en 5 a 7 días, 60% lo hace antes de los 5 días. La mayoría de los cuadros de diarrea aguda responden a una etiología viral, siendo rotavirus el más frecuente, seguido por otros entero patógenos virales y posteriormente las bacterias y parásitos (tabla 1).

Tabla 1: Frecuencia relativa de enteropatógenos asociados a GEA en niños (*)

Patógeno	Frecuencia relativa (%)
Virus	
Rotavirus	30 - 40
Astrovirus	11 - 16
Calicivirus	8
Adenovirus entéricos	6 - 10
Bacterias	
<i>E. coli</i>	
(EP, ET, EA, EI y Productor de toxina shiga)	
<i>Shigella</i>	
<i>Campylobacter</i>	
<i>Salmonella</i>	
<i>Yersinia</i>	
<i>V. cholerae</i>	
<i>Aeromonas</i>	
<i>Clostridium difficile</i>	
Parásitos	
hasta 5	
Cryptosporidium	
Giardia lamblia	
Entamoeba histolytica	
Infecciones mixtas	
15 - 20	

(*)Fuente: Datos obtenidos de bibliografía del tema

EVALUACIÓN

Anamnesis: El objetivo es cuantificar objetiva (pérdida de peso) o subjetivamente las pérdidas de líquidos por deposiciones, vómitos y pérdidas insensibles (fiebre); consultar por características de deposiciones, especialmente

presencia de elementos patológicos (sangre, pus, mucosidades). Indagar por presencia de síntomas neurológicos como alteración de conciencia, irritabilidad y convulsiones, que pudieran traducir una alteración hidroelectrolítica. Muy importante determinar respuesta a hidratación oral, especialmente presencia de vómitos en esta etapa y tratamientos recibidos previo a la consulta.

Examen físico: Debe ser completo, siendo el objetivo principal determinar grado de deshidratación, incluido signos directos o indirectos de shock (tabla 2). Signología abdominal, importante en el diagnóstico diferencial y signología neurológica.

Laboratorio: En los casos de ausencia de deshidratación o deshidratación leve no es necesario estudios de laboratorio, salvo estudio etiológico. En cuadros más severos o ante la presencia de deshidratación moderada a severa es necesario evaluar estado hidroelectrolítico y

ácido base, función renal y repercusión sistémica de la infección. En relación a estudio etiológico, considerar estudio de etiología viral disponible y sólo en situaciones especiales, el coprocultivo, como por ejemplo enfermedad de más de 7 días de evolución, deposiciones enterocólicas (presencia de mucus, pus y/o sangre en deposiciones), pacientes con factores de riesgo como neonatos, inmundeficientes, antecedentes de viajes recientes o sospecha de diarrea secundaria a contaminación de alimentos.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en 7 principios básicos:

- 1.- Uso de soluciones de hidratación oral (SHO) para la rehidratación.
- 2.- Tratamiento con SHO debe establecerse rápida y precozmente.
- 3.- Pronta realimentación, sin restricciones, de acuerdo a la edad del paciente.

Tabla 2

Evaluación Clínica del Estado de Hidratación (www.who.int/child-adolescent-health/new_publications/child_health/who.cdr)			
Síntomas	Leve	Moderada	Severa
Conciencia	Alerta	Normal; decaído; irritable	Letárgico
Sed	Bebe normal	Bebe ávidamente	Bebe con dificultad
Pulsos	Normal	Normal	Filiforme
Respiración	Normal	Leve polipnea	Taquipnea
Ojos	Normal	Conjuntivas secas	Ojos hundidos
Lágrimas	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Mucosas	Húmedas	Algo secas	Secas
Signo Pliegue*	Ausente	Más de 2 seg.	Muy prolongado
Llene capilar	Normal	Normal	Más de 2 segundos
Extremidades	Tibias	Frías	Frías, reticuladas
Diuresis	Normal	Disminuida	Oligoanuria
Pérdida peso Lactantes Preesc. - Escolar	5 - 10% 3 - 6%	10 - 15% 6 - 9%	Más 15% Más 9%

*Se recomienda evaluar signo del pliegue en región pectoral

- 4.- Mantener lactancia materna.
- 5.- Los niños que reciben fórmula láctea, no deben recibir fórmulas diluidas. Las fórmulas especiales habitualmente no son necesarias.
- 6.- Las SHO se deben administrar mientras se mantenga la diarrea.
- 7.- Los estudios de laboratorio y medicaciones antidiarreicos habitualmente no son necesarios.

Soluciones de Hidratación Oral

Es la medida más eficaz para evitar las complicaciones y mortalidad por gastroenteritis aguda. Se le atribuye una importancia similar a la aparición de los antibióticos, siendo considerado el avance médico más importante del siglo XX, dado el impacto que ha producido en disminuir la Mortalidad Infantil por causa de la deshidratación. Los primeros estudios informados y publicados corresponden al Dr. Julio Meneghello Rivera et al., en 1958, Chile, Hospital Manuel Arriarán, incluso con la creación de una solución de hidratación llamada Silidrol.

Hacia el año 1968 se demostró que en un simple principio fisiológico de co-transporte de solutos a través del epitelio intestinal podían compensar las pérdidas masivas de agua y electrolitos en el cólera, siendo ésta diarrea principalmente de

naturaleza secretoria; durante los siguientes años muchos ensayos clínicos confirmaron este hecho, por lo cual fueron fuertemente promovidas por la OMS y el UNICEF para tratar y prevenir la deshidratación por diarrea de diferentes etiologías en todos los grupos etarios. (tabla 3)

Bases Fisiopatológicas para el uso de SHO

El intestino es capaz de secretar y absorber agua y electrólitos; el primero de estos procesos se realiza en las criptas intestinales y el segundo en las células epiteliales maduras. Gran parte del agua absorbida cruza el epitelio intestinal entre las células siguiendo el gradiente osmótico generado por el transporte transcelular de nutrientes y electrólitos. Los electrólitos son transportados en forma transcelular y paracelular, el primero puede ser activo o pasivo y el segundo es siempre pasivo o difusional en respuesta a gradientes electroquímicos. El ion más importante para “arrastrar” agua y nutrientes en la absorción es el sodio. Los tres mecanismos de absorción de sodio son:

- 1.- Absorción neutra de NaCl, ocurre en el intestino delgado principalmente en el íleon. Está mediado por 2 mecanismos: uno intercambia Na⁺/H⁺ (intercambio de cationes) y el otro intercambia Cl⁻/HCO₃⁻ (intercambio de iones).

Tabla 3

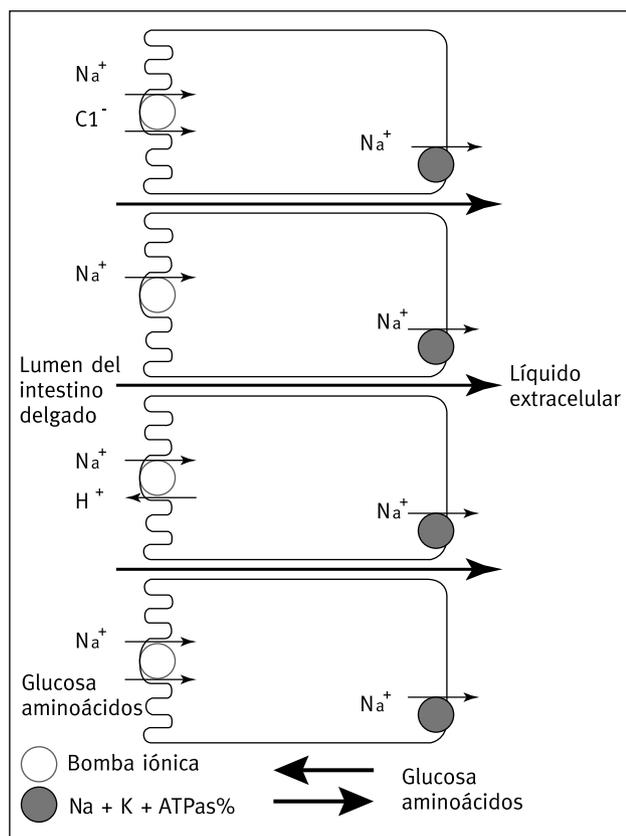
Composición de SHO y otras soluciones usadas frecuentemente (Adaptación)							
Solución	Na (mmol/l)	K (mmol/l)	Cl (mmol/l)	Citrato (mmol/l)	Glucosa (mmol/l)	Relación Glu./Na	Osmol.
Solución WHO	75	20	65	30	75	1	245
RehSal 60	60	20	50	30	111	1.85	270
*Pedialyte	45	20	35	30	138	3	250
RehSal 90	90	20	80	30	111	1.2	330
Coca-Cola	1.6	-	-	-	622	388	650
Jugo Manzana	0.4	44	45	-	666	1665	730
Bebidas deportivas	20	3.2	sin datos	-	333	16.65	280-360

*En otros países existe Pedialyte con 60 mEq de sodio por litro

2.- Absorción de sodio unido a solutos orgánicos, sucede en el intestino delgado y ocurre como co-transporte de sodio unido a glucosa o aminoácidos. El co-transporte sodio-glucosa se mantiene intacto durante los procesos diarreicos, siendo ésta la base fundamental para el uso de SRO en niños y adultos. Existe una proporción ideal Na/Glucosa que permite optimizar el funcionamiento de la bomba, recomendándose soluciones hipoosmolares con 60 mEq de sodio y 111 mOsm de glucosa por litro, para mantener una relación de estos componentes de 1.4 a 2.

3.- Absorción electrogénica de sodio, ingresa por canales selectivos a través de gradiente electroquímico, principalmente en íleon y ciego. (ver figura 1).

Figura 1



El uso de soluciones de hidratación enteral (oral o

nasogástrica) ha demostrado una mayor eficacia en comparación a la hidratación endovenosa, con estadías hospitalarias hasta 2 días más cortas y menos eventos adversos graves asociados, por lo que es la primera línea de manejo en cuadros leves y moderados. Cuando la rehidratación oral no es posible, la rehidratación enteral por vía nasogástrica es efectiva y presenta menos complicaciones que la rehidratación intravenosa. Dado la fisiología de la absorción intestinal se ha estudiado el efecto de otros componentes de las SHO como agua de arroz, aminoácidos (arginina), prebióticos, polifenoles fitobiológicos, gelatina o Zinc, los cuales no han demostrado beneficios mayores a los obtenidos con las SHO convencionales. La solución con 90 mEq./l de sodio sólo estaría indicada en la diarrea por Cólera.

Contraindicaciones al uso de SHO:

- Alteración del nivel de conciencia.
- Pérdidas fecales intensas mantenidas (> 10 ml/kg/h).
- Distensión abdominal con íleo paralítico.
- Deshidratación grave y/o Shock hipovolémico.
- Cuadro clínico potencialmente quirúrgico.

Precauciones con el uso de SHO:

- Por su contenido en glucosa debe utilizarse con precaución en pacientes diabéticos o con malabsorción de glucosa o galactosa.
- Por su contenido en iones debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia renal o con insuficiencia cardíaca.

Realimentación precoz de acuerdo con edad del paciente:

Esto se basa en los siguientes efectos beneficiosos:

1. Activo crecimiento y regeneración de la mucosa intestinal.
2. Estimula al enterocito en la regeneración de la microvellosidad y sus disacaridasas.
3. Disminuye el anormal sobre crecimiento bacteriano, propio de la gastroenteritis.
4. Estimula los procesos de absorción por sobre los de secreción intestinal.
5. Superar el catabolismo propio de la infección y el estado de desnutrición aguda.

Cabe destacar que estos principios son aplicables en su totalidad en caso de lactancia materna, la cual NO debe ser suspendida en ningún caso, incluso aunque se constate intolerancia secundaria a hidratos de carbono (lactosa), la cual en este contexto, es transitoria. La única contraindicación absoluta de la leche materna es la Galactosemia.

El manejo de la Gastroenteritis Aguda se basará en el grado de deshidratación del paciente:

Sin deshidratación: El objetivo será mantener este estado, lo que se puede lograr manteniendo aporte de SHO según las pérdidas que presente: 60-120 ml. de SHO, luego de cada deposición alterada en caso de lactantes y de 120-250 ml. en caso de prescolares (ó 10 ml/kg luego de cada deposición alterada).

Deshidratación Leve - Moderada: Se debe considerar un período de rehidratación rápida de 2 a 4 horas con SHO para aportar un volumen de 50-100 ml./kg., observando tolerancia oral. Si hay rechazo o mala tolerancia debe considerarse la gastroclisis como alternativa y de persistir esta situación considerar hidratación intravenosa (IV) y hospitalización. Posteriormente se pasa a una etapa de mantención que es similar al manejo del niño no deshidratado.

Deshidratación Severa: Es considerada una urgencia y requiere de manejo agresivo con hidratación IV con el objetivo de estabilizar la condición hemodinámica del paciente (estado de conciencia, perfusión distal, diuresis, taquicardia) mediante la administración rápida (10-20 ml./kg. en 20-30 min.) de soluciones isotónicas (Solución fisiológica). Tener presente en estos casos el diagnóstico diferencial con cuadros graves como infecciones severas (sepsis), crisis celíaca, enfermedades metabólicas u otras.

Otros Tratamientos:

Probióticos: el uso precoz (24 a 48 horas de evolución del cuadro) de *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus reuteri* o *Sacharomyces boulardii*, por 5 a 6 días (250 mg cada 12 horas), reduce la duración de la diarrea en 1 a 2 días, lo que podría significar un menor riesgo de hospitalización o menor estadía en éste y menor riesgo de contagio o infección intrahospitalaria.

Simbióticos (combinación de prebióticos y probióticos): no existe evidencia suficiente hasta el momento que permita recomendar de forma segura el uso coadyuvante de simbióticos para el tratamiento de la Gastroenteritis Aguda.

Zinc: en poblaciones donde existe suplementación, se ha observado una disminución importante de la frecuencia de presentación de cuadros diarreicos. Si la Gastroenteritis se presenta en pacientes mayores de 6 meses, en que se sospeche déficit previo de este microelemento (desnutrición, prematurez, por ejemplo) se sugiere el uso de sulfato de Zinc oral por 10 a 14 días (10 mg al día). El uso en menores de 6 meses requiere de mayores estudios para demostrar su eficacia. Antieméticos - Antidiarreicos: no existe evidencia que avalen el uso de estos fármacos. Se asocian a efectos secundarios importantes neurológicos (antieméticos antagonistas dopaminérgicos) o gastrointestinales. El uso de ondansetron en

servicio de urgencia ha demostrado una leve disminución de los ingresos por hiperémesis asociada a Gastroenteritis Aguda. No hay evidencia que respalde el uso sistemático de vitamina A o loperamida dado que no cuentan con un perfil de seguridad adecuado. El resecadotriilo (inhibidor específico de la encefalinasa intestinal) y la esmectita (silicato natural con acción adsorbente de toxinas) han demostrado disminución de la duración de la diarrea y del gasto fecal, por lo que podría considerarse como coadyuvante en el manejo de este cuadro, aunque no han demostrado ser superiores al uso de soluciones de hidratación oral y probióticos, en comparación con placebo.

Bibliografía:

- 1.- Meneghello J., Rosselot J., Undurraga O., Aguiló C., Ferreiro M.: Experiencia técnica y administrativa en el funcionamiento de un centro de hidratación. Bol. Of San. Pan 1958; 14: 402.
- 2.- Meneghello J., Rosselot J., Aguiló C., Monckeberg F., Undurraga O., Aguiló C., Ferreiro M.: Infantile diarrhea and dehydration. Ambulatory treatment in a Hydration center. Advances in Ped. 1960; 11: 183.
- 3.- Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años. An. Pediatr (Barc.). 2014; 80 (supl 1): 1-4
- 4.- Caleb K. King, Roger Glass, Joseph S. Bresee, Christopher Duggan: Managing Acute Gastroenteritis Among Children. www.who.int/child-adolescent-health/new_publications/child_health/who.cdr
- 5.- Lucero Y., Mamani N., Cortés H., Peña A., Vergara R. y O’Ryan M.: Genotipos de rotavirus aislados de niños chilenos con gastroenteritis atendidos en dos hospitales públicos: variantes virales circulantes en un país con uso limitado de vacunas anti-rotavirus. Rev Chil Infect 2012; 29:142-148.
- 6.- Pfeiffer M., DuPont H., Ochoa T.: The patient presenting with acute dysentery - A systematic review. Journal of Infection 2012; 64: 374 - 386.
- 7.- De Oliveira C., Mara S., Pereira L., Nogueira M., Renaud L. et al.: Viral acute gastroenteritis: clinical and epidemiological features of co-infected patients. Braz J Infect Dis 2012; 16(3):267-272.
- 8.- Marek Lukacik, Ronald L. Thomas and Jacob V. Aranda: A Meta-analysis of the Effects of Oral Zinc in the Treatment of Acute and Persistent Diarrhea. Pediatrics 2008; 121; 326-336.

• TEMA 2 •

CULTURA E IDIOSINCRASIA DE HAITÍ

Sr. Adneu Desinord
Consulado, Embajada de Haití en Chile.

La creciente inmigración de distintos países de América a Chile ha constituido un interesante desafío de transculturalidad. Particularmente la inmigración de haitianos, con su idiosincrasia, creencias e idioma ha significado un mayor desafío aún, dado su dialecto (idioma creol), las precarias condiciones de sobrevivencia y algunos aspectos de salud propios de su origen.



I.- ASPECTOS DE CRIANZA

El rol de la madre:

En la sociedad haitiana, como en todas las sociedades patriarcales, la mujer se ve relegada forzosamente a ama de casa; es decir, tener a los hijos, mantener la casa, proveer la comida y asegurarse que el hogar funcione como lo manda el hombre de la casa. Trabajo ya de por sí agotador, que se ve incrementado por la realidad socio económica del desempleo. La madre muchas veces debe buscar trabajo fuera de la casa - aunque para hacerlo lo traiga a su casa- (lavado, planchado...) para completar los ingresos familiares.

Estando principalmente en casa, naturalmente le

cae también la tarea de educar a los hijos pero sin tener voz ni voto en la orientación de la educación; el padre decide cuando, a que escuela irá, por cuanto tiempo y hasta cuándo.

Es evidente que hablamos de las clases más desfavorecidas. Las mujeres educadas en Haití han ganado sus cartas credenciales, como profesionales competentes y exitosas, en casi todas las ramas de actividad de la sociedad haitiana. En este grupo, nos encontramos que las madres son las que mandan y el padre se limita a proveer los medios para el buen funcionamiento del hogar y a aplicar los castigos cuando la madre lo requiere.

El rol del padre:

El padre es la figura de autoridad en ambos ambientes. Totalmente autoritario, llega hasta la violencia física para que sea su ley la que impere: Sobre su mujer o sus hijos. Herencia tal vez de nuestro pasado colonial, el castigo físico es considerado como su derecho ya que tanto su mujer como sus hijos son SU propiedad. Nunca consideraría esta violencia como una prueba de su desamor, porque no es así. “El ama a su familia”.

Red familiar:

La red familiar en Haití sigue el concepto de familia/pueblo. No sólo abarca el núcleo familiar primario, sino también los círculos tradicionales de primero, segundo y tercer grado a los cuales se agregan los vecinos. En el pueblo o la ciudad, todo adulto tiene el derecho de “jalarte la oreja” si juzga que te portas mal y te reporta a tus padres.

II.- EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA MATERNA

De acuerdo al informe de PNUD (Informe sobre Desarrollo Humano 2010), Haití es un país con desarrollo humano muy bajo. La tasa de mortalidad infantil es decir, el riesgo de morir antes de cumplir los cinco años, es 86/1000. En otras palabras, Haití, aproximadamente uno de cada doce niños muere antes de cumplir cinco años.

La mortalidad materna sigue siendo una de las más altas del mundo, con 630 muertes por cada 100.000 partos. Sólo el 26% de las mujeres tienen un parto atendido por personal especializado, es por eso que en general, una mujer haitiana teme acceder a una cesárea a pesar de que sus médicos la exigen. El parto por cesárea en general resulta en la muerte de la madre.

Muchas mujeres del campo nunca asistieron a un control médico durante su embarazo, pero si acuden a femme sage (matronas) utilizando medicina tradicional.

III.- RELIGIÓN, CREENCIAS Y COSTUMBRES

La religión:

En Haití, el 80% de la población es católica romana; el 20% restante corresponde a una interesante mezcla de protestantes, metodistas, evangélicos, testigos de Jehová, etc. Sin embargo, se puede considerar que el vudú es la religión nacional, ya que la mayoría de los haitianos, aún cuando no lo practican, creen en él y padecen su influencia de una forma u otra.

El vudú es una religión animista

Importancia de la religión:

En Haití, la religión tiene una tremenda importancia para la sociedad ya que en general la

gran mayoría se utiliza en búsqueda de justicia y soluciones curativas. En término educacional, ella tiene el monopolio del sistema educacional en especial las instituciones católicas.

Una religión es un conjunto de creencias y prácticas que son comunes a un grupo social, para definir su comprensión del mundo. En la actualidad, hay muchas religiones en Haití, cada una con sus características particulares. A pesar de todas estas corrientes religiosas, siempre practicamos vudú. Música Vudú canta a los dioses y diosas que viajan con nosotros. Su reino se encuentra en nuestros ríos, los mares, los árboles, los bosques, las montañas, y en las profundidades de la tierra africana...

Para los practicantes del vudú, incluso la “rara” es un ritual que comienza el miércoles de Ceniza y termina en la víspera del Domingo de Pascua. El festival anual de noviembre Gede es la manera adecuada a la población haitiana de asociar la muerte con la vida. Incluso se podría decir que el sentimiento de la importancia de las relaciones con los muertos es un principio consagrado en el subconsciente y la conexión a los antepasados es una parte esencial de la fiesta de Gede. La celebración de este rito varía según la región y los orígenes de las familias de vudú en Haití.

Costumbres o hábitos generales de la vida diaria:

La tradición es una memoria y conciencia colectiva. Puede designar una práctica simbólica particular. En sociología, una tradición haitiana es una costumbre transmitida de generación en generación. En las tradiciones haitianas, la narración de cuentos de origen africano ocupa un lugar fundamental. Además, la música y los bailes

haitianos son a la vez un profundo clamor del pueblo hacia el mundo y la más alta expresión de la identidad nacional en la actualidad.

La música haitiana invita a soñar con otro mundo. Se invita a la reflexión sobre la vida socio-política, el amor, el sexo, la amistad... Las formas de cadencias musicales son variadas. Compás, el Trovador, los ritmos de raíz ritmo y rumba, jazz o rock... son la piedra angular de la música de la cultura de Haití. El merengue, es la música tradicional y danza típica de Haití. Evidentemente, es el resultado de la influencia africana, de una mezcla de ritmos complejos de la cultura vudú.

Las danzas tradicionales incitan al trabajo colectivo. Permiten que el haitiano acepte sus raíces, reconciliarse consigo mismo. Estas danzas son muy ricas con sus orígenes Latino africanos. Al final de cada año, algunas familias se organizan, por ejemplo, para realizar ceremonias rituales de danza "petro" para agradecer a los dioses para su beneficio durante todo el año.

IV.- SALUD HAITIANA

Sistema de salud haitiano:

El sistema de salud en Haití se conforma con el sector público, privado pagado, para público sin fines de lucro y el sector tradicional. El sector público representado por el ministerio de salud pública y de la población, y el sector privado se representa por profesionales que trabajan por cuenta propia o en clínica. El sector público sin fines de lucro comprende efectivos del ministerio de salud pública que están ejerciendo en los establecimientos gestionados por el sector privado, por ejemplo; organizaciones no gubernamentales u organizaciones concesionadas. Todas las operaciones del sistema están sujetas a la supervisión y coordinación del Ministerio

de Salud Pública de conformidad con el papel regulador de ella. Sin embargo, el ministerio no ha logrado asumir plenamente esta función. Los recursos de la cooperación internacional, son los objetivos sin fines de lucro por lo que algunas instalaciones privadas han adquirido mayor capacidad que el sector público. El sector privado, se concentra en las áreas metropolitanas donde la mayoría de los ejecutivos trabajan.

El sector público representa aproximadamente el 35,7% de la infraestructura de salud; el sector privado para público representa el 31,8% y el sector privado el 32,5%. Con un promedio de 5.9 médicos y enfermeras por cada 10000 habitantes y 6,5 trabajadores sanitarios por cada 10000 habitantes, Haití está lejos de la norma mínima de la OMS de 25 profesionales por cada 10000 habitantes. Se estima que un porcentaje de la población no tiene acceso a los servicios de salud. Casi el 80% de toda la población tiene acceso a la medicina tradicional.

En Haití la salud científica es lo último a recurrir cuando una persona está enferma especialmente para los que viven en campos, todo depende de su educación y de su creencia. Si la persona es evangélica, cuando está enferma, se acude a una iglesia en busca de solución Divina. Para aquellos que son de Vudú, van a consultar un Sacerdote de Vudú en busca de sus soluciones. Para las personas que fueron a consultar un sacerdote son aquellas que creen que alguien está detrás de su enfermedad o más bien es una enfermedad provocada por una persona o sus dioses.

Si la persona no es ni evangélica ni vudú, depende de su educación, al estar enferma va optar por una de estas opciones mencionadas anteriormente.

Trex[®]

AZITROMICINA / SAVAL

La **marca de Azitromicina** Líder en Chile*



*Reporte IMS Chile Abril 2015.

Presentaciones de TREX[®] disponibles en el mercado

- TREX[®] Envase con 15 ml de suspensión (200 mg / 5 ml)
- TREX[®] Envase con 30 ml de suspensión (200 mg / 5 ml)
- TREX[®] Suspensión Forte: envase con 20 ml de suspensión (400 mg / 5 ml)
- Nueva Presentación TREX[®] SUSPENSIÓN FORTE: Envase con 30 ml de suspensión (400 mg / 5 ml)



GARANTÍA
INVIMA

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL



Planta Farmacéutica SAVAL

Tecnología de Punta

Certificada según normas
Internacionales



GARANTÍA
INVIMA