

Abril 2009



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 8 Nº 36

CONTENIDO

EDITORIAL

Relación equipo médico y familia del paciente pediátrico

TEMA

Del chavalonco al IVX y screening geno metabólico en pediatría

PREGUNTA AL ESPECIALISTA

El pediatra como prevencionista

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada
Dra. Cristina Casado Forascepi
Dra. Marcela Godoy Peña

SECRETARIA

Angelina Díaz Poblete

SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
CAMPUS CENTRO UNIVERSIDAD DE CHILE
Santa Rosa 1234 - SANTIAGO
FONOFAX: 556 6792



www.savall.cl

IPSON[®]
Ibuprofeno Saval

IPSON-D[®]

Ibuprofeno - Pseudoefedrina Saval



**Amplio
manejo
del paciente febril**

• EDITORIAL •

RELACIÓN EQUIPO MÉDICO Y FAMILIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Dra. Inés Araneda A.

Pediatra Hospital Exequiel González Cortés. Diplomada en Bioética Clínica

Es conocida la importancia de una buena relación médico paciente para el éxito de una intervención en salud de cualquier índole.

Para los pediatras esta relación es diferente que para los médicos de adultos, por lo especial de la interacción con la “familia” de nuestros pacientes.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Definida, como el encuentro entre dos personas, el paciente y el médico, con el objetivo de diagnosticar y recuperar la salud del enfermo. Esta relación tiene algunas particularidades en los distintos ámbitos del quehacer pediátrico, ya sea en consulta, clínica, ambiente hospitalario o institucional, aunque en todas estas circunstancias por un lado está el paciente con su familia, y por otro el profesional médico con su equipo de trabajo.

De esta forma tenemos una muy especial relación médico paciente, que analizaremos, con el fin de describir especialmente las dificultades que ella presenta.

RELACIÓN EQUIPO MÉDICO-FAMILIA DEL PACIENTE

Es una forma de relación que se da en la totalidad de los casos pediátricos, ya sea en consulta, clínica u hospital, y en aquellos en los cuales hay un adulto poco competente para tomar sus propias decisiones.

Esta interacción entre médico y paciente ha tenido grandes cambios con lo clásicamente conocido, dado por el cambio observado desde una medicina paternalista a una contractual,

factores epidemiológicos de la patología pediátrica, avances técnicos y especialización de los médicos.

Actualmente, el médico es apoyado y en gran medida reemplazado por otros profesionales y sus actos médicos se ejercen en instituciones, con equipos y tecnología que hacen más impersonal la relación de un médico individual con el paciente.

Múltiples factores concurren en esta nueva forma de relación médico paciente, pero lo característico del acto médico es la interacción de un profesional licenciado para otorgar servicios médicos y un paciente que requiere de ellos. Poner de acuerdo a ambas partes, en un camino de diálogo y ayuda mutua es mucho más difícil, que en una relación de uno es a uno.

Esta relación como cualquier otra no está exenta de problemas, por ambas partes y en la medida de poder darnos cuenta de ellos, podemos corregirlos con el propósito de un mejor resultado.

PROBLEMAS DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud, es un grupo de personas, médicos o colaboradores responsables de la salud de un paciente sea adulto o niño.

Su constitución es muy diversa de acuerdo a los fines de cada equipo, siendo variables en número de personas, profesiones, especialidades y rango académico.

Cada vez más nos toca ver la presencia de médicos en formación o estudiantes de medicina en práctica, interactuando en primera línea con los familiares de los pacientes y

realizando acciones médicas terapéuticas o diagnósticas de acuerdo a su escasa experiencia o a lo encargado por sus tutores.

La tecnología nos sorprende día a día, y crea confusión por falsas expectativas en los familiares de los pacientes. Además puede ocasionar frustración en los médicos por no poder acceder a ella, aún cuando muchas veces se dispone del personal capacitado para su uso. Muchas veces el mismo especialista que maneja sofisticados equipos en una clínica privada se ve limitado en sus posibilidades en un hospital público. Así mismo se crea el problema de ¿A quién ofrecer su uso, y hasta dónde llegar en cada paciente.?

Paralelamente la tecnología tiene un alto costo, que nos pone dilemas de ¿Cómo distribuir los recursos habitualmente limitados?, ¿Cómo ser justos en esta distribución?, y ¿Quién será el favorecido con aquellas medidas nuevas o extraordinarias? y ¿Por cuánto tiempo?. A veces debe decidirse además ¿Quién no será beneficiado por esta tecnología?.

Las jerarquías de los equipos están claramente delimitadas en aquellas prestaciones médicas menos complejas en el ámbito ambulatorio, y en el cual el equipo está conformado por uno o dos profesionales involucrados. Están guiados por protocolos bastantes claros y probados. Existe en ellos un médico tratante que es el interlocutor lógico y visible para las consultas, preguntas o discusiones en las decisiones de salud de su paciente.

Por otra parte, existen los grandes equipos de trabajo, encargados de patologías de alta complejidad, que deben hacer uso de tecnología de última generación, no disponible para todos los pacientes que se podrían beneficiar con

ella. Los criterios que usamos para decidir en cada caso, son absolutamente individuales y subjetivos, de acuerdo a la experiencia y valores personales de los médicos que conforman los equipos. No siempre se recurre a los Comités de Ética o consultivos en dichas decisiones. Se presenta el dilema de como proceder para que esta sea una decisión más objetiva, universal, uniforme y similar en los distintos centros.

Podríamos pensar que se debería dictar alguna normativa general a nivel central, para preservar o fomentar el principio de justicia y equidad, como debiera corresponder a una medicina moderna y profundamente humanitaria.

La información médica, es otro problema en estos grandes equipos, en los cuales se crea confusión de parte de las familias, acerca de quien es el responsable de su paciente. Se cambian médicos tratantes de acuerdo a los turnos, la concurrencia de alumnos de medicina en sus internados o médicos becarios en formación de la especialidad, que no siempre manejan con expedición el trato y la comunicación. La información médica requiere ser veraz, completa, sin autocomplacencia, sin titubeos y continua en el tiempo.

No se debe permitir que los equipos muestren diferencias de opinión frente a los pacientes, ello crea desconcierto. Las opiniones deben consensuarse en grupo, y debatidas previa y privadamente cuando sean divergentes.

Así mismo debe resolverse con anterioridad si la forma de llegar a acuerdo en cada grupo será por unanimidad, por mayoría, con consulta a expertos y quien decidirá finalmente antes de darles a conocer estas opiniones a los padres.

El secreto profesional como podemos suponer es una condición bastante difícil de mantener, al estar involucrados un grupo de personas que tienen la información completa del caso, y no siempre con la conciencia que debe mantenerse la confidencialidad.

FAMILIA DEL PACIENTE

Los niños por definición no tienen discernimiento o son incompetentes, debido su edad, y maduración psicológica, lo que nos obliga a trabajar con sus representantes legales ya sean sus padres u otros, quienes representarán su autonomía.

De esta forma los interlocutores son un grupo de personas muy diversas: padres, abuelos, tutores, que opinan y desean influir en las decisiones de salud de ese paciente.

En el contexto legal, competencia se refiere a la capacidad de una persona de ejercer sus derechos jurídicos. Y del punto de vista de la ética clínica la competencia del paciente le permite ejercer su autonomía.

Existen algunos criterios de competencia que se deben evaluar en aquellas edades límites como: habilidad para comunicar decisiones, comprender la información recibida, apreciar la situación y sus consecuencias, manipular racionalmente la información.

Existe un problema emergente en la atención pediátrica, relacionado con aquellas familias conformadas por padres adolescentes menores de edad, que se enfrentan a problemas con sus hijos, y que podríamos llamarlos adolescentes emancipados, y por ende se podría considerar evaluar su competencia del punto de vista ético. Deben ser evaluados por psicólogos y/o psiquiatras en cuanto a su real competencia

para considerarlos como interlocutores válidos. Aunque no deben quedar fuera de la información entregada a la familia.

Recientemente se ha producido un cambio en la legislación sobre las edades en que los adolescentes son responsables de sus actos delictivos, y probablemente se debería considerar, también la modificación de las edades en las cuales puedan regir su propia autonomía o la de sus hijos pequeños.

Especial mención a la familia de algunos niños especiales por sus patologías crónicas cada vez más frecuentes en nuestra especialidad.

Ellos son niños con genopatías, discapacitados físicos o mentales. Niños institucionalizados con diversas necesidades de apoyo médico.

En este grupo tan especial de pacientes, nos encontramos con dos tipos de padres muy diferentes. Aquellos que han decidido que otros cuiden a sus hijos con incapacidad, y el grupo de padres que cuidan a sus hijos y los han puesto como la finalidad de su propia vida, sin lograr ver o asumir la realidad de su pronóstico.

Estos padres tienen puntos de vista muy distintos en cuanto a sus exigencias terapéuticas, aquellos que exigen todo esfuerzo terapéutico, y los que dejan las decisiones a terceras personas.

Unos u otros crean grandes dilemas éticos en sus cuidados, diagnóstico y tratamiento.

Debido al cambio producido en las patologías pediátricas, nos vemos sometidos cada vez más a la necesidad de tomar decisiones en relación a limitación de terapias, utilización de medidas extraordinarias, calidad de vida etc. Cualquiera sea el dilema, al cual nos enfrentamos, no debemos perder el objetivo final que siempre debe ser la “beneficencia” del paciente. La autonomía debe ser considerada y respetada

mientras no se contraponga al beneficio de nuestro paciente.

Del punto de vista del manejo de estos pacientes se produce una diversidad tan grande, como número de personas que trabajan en los distintos centros.

Se necesita con urgencia trabajar los temas de mayor ocurrencia, como son ingreso a las Unidades de cuidados intensivos, uso de ventiladores invasivos o no invasivos, cirugías cardíacas en pacientes con genopatía (no trisomía 21).

En que momento limitar el esfuerzo terapéutico en pacientes con problemas neuro-musculares progresivos y que apoyo les será otorgado. En el paciente terminal, cuando cambiar la orientación terapéutica hacia medidas paliativas, apoyo psicológico y atender las necesidades individuales de cada paciente.

Frente a estos dilemas debemos trabajar en conjunto para protocolizar las patologías más frecuentes y crear jurisprudencia sobre estos

casos, solicitar políticas ministeriales que apoyen con los recursos necesarios, y crear comités de análisis independientes de los equipos de trabajo. Con el fin que la justicia y la equidad en el manejo de estos pacientes sea uniforme en todos los centros al menos públicos de nuestro país, para que los padres y médicos sepan a que atenerse frente a estos casos cada vez más frecuentes en nuestra medicina.

Existen dificultades crecientes, dada la generación de falsas expectativas, recursos disponibles, presión social y de los medios de comunicación, para establecer límites éticos y razonables entre la prolongación de la sobrevida y la dignidad de la muerte. Mayor complejidad aún genera el poder reconocer quien representa adecuadamente la voluntad anticipada de un niño.

“Cada uno de vosotros, no puede limitarse a ser médico de órgano o de aparato, sino que debe hacerse cargo de toda la persona”.
Juan Pablo II. Insegnamenti V/3 pp 673-674, n 4.

Fuente: Guías de Práctica Clínica en Pediatría. VI edición 2008.

Referencias:

- Cuadernos del Programa Regional de Bioética Ops. Oms 1. Pág. 83-84.
- Boletín de la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Volumen 7 – Nº1 Año 1998. Pág. 14-16.
- Introducción a La Bioética. Miguel H. Kottoww. Ed. Universitaria. Pág. 138-140.
- Bioética y Antropología Médica. Fernando Lolas Stepke. Ed. Mediterráneo. Pág. 76-79 y 79-90.
- Bioética. Temas y Perspectivas. Ops. Publicación Científica Nº527. Pág. 87-93.

• TEMA •

DEL CHAVALONCO AL IVX Y SCREENING GENO METABÓLICO EN PEDIATRÍA

Dr. Francisco Barrera Q., Pediatra Complejo Hospitalario San Borja Arriarán
*“La ciencia, la caridad, la beneficencia, la higiene, los hospitales, los asilos, las maravillas
 y las barbaridades de nuestros mayores en materia de médicos y de medicina”.*
 Extraído de la portada de: Médicos de antaño. Benjamín Vicuña Mackenna. Primera edición 1877.

Cuando Don Pedro de Valdivia vino a descubrir el “mal famado país de Chile”, trajo consigo clérigos, frailes, capellanes, alarifes, gallinas, una mujer, escribanos, cerdos, secretarios de carta. Sin embargo no le acompañó ni un solo médico, ni siquiera un sangrador. Omisión lógica para aquellos tiempos, en que los conquistadores sabían matar mejor que vivir. Sólo un compañero de Pizarro, Mansio Sierra Leguizama, falleció de enfermedad en la cama, los demás perecieron por la espada o la soga. Lo mismo pasaba con los indios, que aunque mayores en número, se encontraban en inferioridad de condiciones. Las expectativas de vida no superaba los 40 años.

Durante muchos años en España y sus colonias, el confesor estaba muchos antes que el médico de cabecera. Ello mismo hace poco probable que Don Pedro de Valdivia haya sido el fundador del Hospital del Socorro, hoy denominado San Juan de Dios. No, la época aquella era ajena a cosas de misericordia y humanidad. Es más probable que Doña Inés de Suárez, le hubiese insinuado a Don Pedro la necesidad de un primer hospital en Chile. Aunque, a decir de la época parece haber sido un particular avecindado en Chile, quien tuvo el meritorio acto.

La verdad es que la malagueña Doña Inés de Suárez fue el primer médico, la primera cirujano y posiblemente la primera pediatra de Santiago de Chile. ¿Será por ello que hay un médico potencial detrás de cada mujer en Chile, dispuesta a hacer sus propios diagnósticos e incluso tratamientos?

Menudo intercambio científico en la primera etapa de la conquista debe haber sido el que se produjo entre los indígenas y Doña Inés. Más de alguna junta médica en el Chile incipiente, debe haber surgido entre conquistadores e indígenas machis, quienes se ufanaban de poseer un importante herbolario terapéutico. Los aborígenes le entregaron a Doña Inés las primeras nociones de las bondades de la raspadura del palqui, el natri y sus hojas refrigerantes, aunque ignoraban (por ser las primeras importaciones no tradicionales) cualquier cosa relativa al cólera y la viruela. Tenían claras nociones de la sarna (pitra o alhué-pitu), la hernia o paguacha, la demencia o pual e incluso efectuaban sus juntas médicas o thavmun. Aún hoy solemos escuchar a más de algún colega, que sin conocer el origen del término, menciona una “paguacha” refiriéndose a un aumento de volumen abdominal.

Los machis, primeros médicos de la región, curaban con ritos bárbaros y supersticiosos, contorsiones diabólicas y mentiras, para expulsar del cuerpo afligido el mal o ivum. Llamaban chavalonco a todas las fiebres, por el sopor que producen en el paciente, vocablo derivado de chavo (modorra) y lonco (cabeza). Numerosa cantidad de hierbas permitían a los indígenas resolver las distintas dolencias, destacando entre ellas la corteza del avellano, la hierba llantén, la murta y el maqui como astringentes, las hojas y los cogollos del ral ral y del pelu como purgantes, el hinojo y el mileu como diuréticos (después se

agregaría el pelo de choclo). De acuerdo a los escritos del Padre Diego de Rosales, la reina de las hierbas medicinales en Chile correspondería al quinchamalí, nombre original de un famoso cacique de lo que hoy corresponde a la Región Metropolitana. Hasta hace pocos años, a los servicios de urgencia llegaban los niños intoxicados por chamico o miaya (cuyos signos correspondían a una potente acción parecida a la marihuana y también en otro de sus componentes a la cocaína), muy utilizado en la época colonial por ser un admirable narcótico consumido por los delincuentes que iban al patíbulo, para aliviar el dolor de la muerte.

Ya en 1577, Santiago alcanzaba a los mil habitantes y los primeros esfuerzos médicos de Doña Inés, fueron reemplazados por varios otros “facultativos”, entre quienes destaca el Licenciado Castro, el Bachiller Bazán, el licenciado Alonso del Castillo (tercer facultativo de la colonia), quien tiene el gran mérito de haber sugerido traer el agua de la quebrada de Tobalahua (hoy De Ramón) para la bebida y preparación de alimentos con menor riesgo sanitario. Aunque no ha sido catalogado de un acto meritorio, el Bachiller Bazán se hizo cargo de la muerte del segundo Gobernador de Chile, Don Francisco de Villagra a los 56 años de edad, hecho denostado por el flamante Procurador de la época, Don Alonso de Córdoba.

Pocos años después empiezan a integrarse, los denominados hoy en día, profesionales de colaboración médica, entre ellos inicialmente las matronas y los farmacéuticos. Algunos de ellos provenientes del Perú. Virreinato que en esos tiempos abastecía a sus países vecinos de profesionales con una sólida formación.

MIENTRAS TANTO, ¿QUÉ SUCEDÍA CON LA PEDIATRÍA?

En la cultura aborigen, terminado el parto en la conocida posición en cuclillas y en pleno monte, había especial preocupación por el examen clínico del recién nacido, buscando malformaciones y signos de debilitamiento precoz, causa de marginación social. La mentalidad guerrera predominaba claramente en los neonatólogos aborígenes.

El Padre D. Rosales señala en uno de sus capítulos (De la crianza de los hijos para que se hagan fuertes y diligentes) la preocupación de los indígenas para que sus niños crecieran fuertes y sanos, a través de la actividad física y una alimentación saludable, pobre en sal y en algunos casos recurriendo precozmente a la sangría. Ello permitía evitar la obesidad, denominando a los gordos de aquellos tiempos como mothilones. Notable y futurista visión de los mapuches, aunque la estatura no era su preocupación fundamental. Tampoco hay estudios disponibles que señalen que su dieta era carente en Zinc. Sí, tenían especial preocupación por su aspecto físico, especialmente desarrollo muscular, que los haría eficientes para sus guerras. Recurrían a la crianza a la intemperie, incitaban a los niños a desafiar obstáculos naturales y a marchar grandes distancias.

La limeña Isabel Bravo, que había sido declarada “hábil y suficiente” por el protomedicato de Lima, y que habría arribado a Valparaíso alrededor de 1560, habría sido la primera partera en la época colonial y su vivienda se ubicaba en la rivera del río Mapocho. Algunos años después se reconoce como “partera” a Elena Roldón.

Graves problemas de abastecimiento de agua causaban estragos en la población. La pésima costumbre de usar agua del río Mapocho para bebida y preparación de alimentos, se acompañaba de brotes frecuentes de diarrea y enfermedades transmisibles infecciosas epidémicas (cólera, sarampión, tuberculosis, sífilis, tos convulsiva). Muchos años debieron transcurrir para convencer a los santiaguinos de las bondades del uso de las aguas de Tobalaba y la quebrada de Ramón. De hecho fue recomendado en 1547 y no fue bien aprovechado por la población hasta 200 años después.

Al pésimo saneamiento básico se agregaba la vivienda, antihigiénica, mal ventilada, con escasa iluminación y alto grado de hacinamiento humano y convivencia con otros animales.

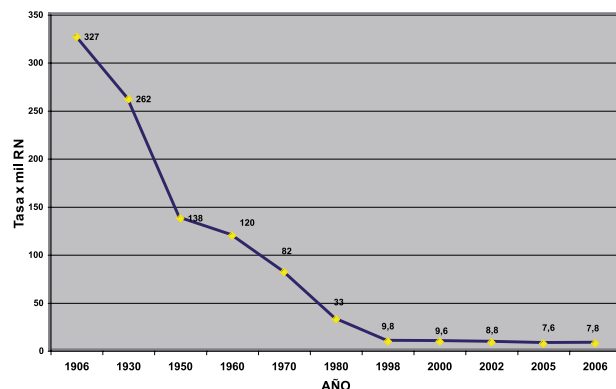
Como ha sucedido muchas veces en el transcurso de la humanidad, los niños han permitido el enriquecimiento ilícito de muchos. Existía el cargo de “Defensor de Menores”, desempeñado por favoritos del gobierno de turno, quienes en muchas oportunidades aducían la protección de menores para hacer fortuna.

Durante la colonia, escasa preocupación por la salud infantil era la tónica. No sólo en Chile sino en la mayoría de los países de América Latina. Ello a pesar que en Europa ya surgían los hospitales infantiles, el primero de ellos en Francia (Hospital Infant Jesús). Así, a fines de la colonia, la tasa de mortalidad infantil informada en Chile era de 330 por mil RN vivos (ver gráfico). Sin embargo, con el transcurso del último siglo, dicha tasa se redujo en forma extraordinaria, llegando a constituir junto con Cuba y Costa Rica, las tasas más bajas de América Latina.

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La información disponible señala una disminución sostenida de la tasa de Mortalidad Infantil en Chile, de 330 niños menores de un año por mil RN vivos en 1906 a menos de 8 por mil RN vivos el año 2006, lo que corresponde a un descenso de 98 % en la centuria analizada. Al observar la mortalidad infantil, el análisis destaca que a nivel mundial, Japón (con 3,5 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos) continúa siendo el país que en el mundo presenta mejores condiciones respecto al número de muertes de recién nacidos evitadas. En América Latina, este indicador favorece a Cuba cuya cifra informada para el año 2008 alcanza a 4,7 fallecidos por mil RN vivos, explicado por afecciones perinatales, anomalías congénitas e infecciones. La situación mas alta de mortalidad infantil en el mundo se presentan en Sierra Leona, África con 200 por mil. En América Latina los niños de Haití son los que al nacer se encuentran en la situación más desfavorable (59,1 por mil), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (CHILE 1906-2006)



Trascendentales cambios se han observado en el desarrollo de la Pediatría, desde que

inicialmente, al menos en Chile, los grandes temas pediátricos, particularmente en lo académico se circunscribían a no más allá de tres o cuatro enfermedades. Notables avances se han observado en importantes temas: disminución de la mortalidad infantil, desaparición de enfermedades infectocontagiosas como viruela, poliomielitis, difteria, sarampión. El último caso de poliomielitis por virus salvaje en América se observó en 1990 en la sierra de Perú. Lo mismo ha podido observarse en desnutrición, aunque en Chile, la ley del péndulo se ha ido realmente al otro extremo.

En la naciente Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se hacían esfuerzos por motivar a los estudiantes de medicina en el aprendizaje de las enfermedades de la infancia. Se solicitó al Profesor Jaime Tocornal Grez exponer algunas enfermedades de niños, fundamentalmente Difteria, Asma y Epilepsia. En 1890, se encargó al Dr. Roberto del Río Soto Aguilar, recientemente llegado de Europa, la primera Cátedra de Enfermedades de Niños. A sus clases dictadas en el Hospital San Vicente de Paul y que tenían el carácter de asistencia voluntarias, no llegaban más de 5 alumnos. Ello revelaba el escaso interés que despertaba la pediatría en aquellos tiempos, a pesar que la mortalidad infantil estimada superaba los 360 por mil recién nacidos vivos.

Iniciada la Pediatría por interés primordial de los Drs. Tocornal Grez y del Río Soto Aguilar, poco a poco, incluso a pesar de los internistas, fue ganando un merecido espacio dentro de las especialidades y particularmente de la investigación científica. Esta, impulsada en sus inicios por el Profesor Alfredo Commentz Loeffler,

llegó posteriormente a ser reconocida en América Latina, especialmente por sus logros en Salud Pública y la investigación clínica liderada por los Drs. Julio Meneghello Rivera en deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas y Fernando Monckeberg Barros en desnutrición.

El 16 de Enero de 1901, surge el “Hospital de Niños de la Calle Matucana”. Diez años después se funda un segundo hospital destinado a la población del sector Sur de Santiago. Por iniciativa de la Junta Central de Beneficencia se acordó dar el nombre de Hospital Dr. Roberto del Río Soto Aguilar al primer hospital de niños del país y Manuel Arriarán Barros al construido en el Área Sur, que había comenzado tímidamente a funcionar por allá por 1913. Ambos próceres junto con el Dr. Emilio Commentz Loeffler fueron grandes impulsores de la salud del niño en nuestro país. Los mismos terrenos permitieron, con el empuje del Dr. César Izzo Parodi, crear el primer Servicio de Urgencia Infantil de Sudamérica, cuyo funcionamiento se inicia el 2 de enero de 1942. Puede agregarse a Heinrich Finkelstein, destacado pediatra alemán, quien en sus diez años en Chile impulsó y marcó las características del desarrollo de la pediatría en Chile. Aún quedan improntas de su rígido carácter y disciplina.

¿QUÉ SE ESPERA DEL PEDIATRA HOY EN CHILE?

- ***Compromiso con la salud del niño, su familia, su entorno social y medioambiental.*** Hoy día tarea difícil, dada la preponderancia del mercado y su patología inherente en el comportamiento humano, caracterizada por crisis de identidad y pérdida de compromiso. Sin embargo, al recordar a nuestros antiguos maestros y su alto grado de compromiso, al igual que muchos ignorados

pediatras, pensamos como fueron capaces de enfrentar la titánica tarea de resolver la patología de la infancia de aquellos tiempos.

- **Restablecer el mayor grado de comunicación con el niño y su familia y la mejor relación médico/paciente.** En la actualidad, el médico se ha transformado en un mero “dispensador biotecnológico”, a veces impersonal, casi ausente. Las deficiencias observadas en la historia clínica, examen físico y la escasa comunicación establecida son el caldo de cultivo de los conflictos y demandas observadas hoy en la práctica clínica. Esta incomunicación se ha traducido en la reaparición de medicinas alternativas o sintérgicas, rama de la medicina que ha surgido con fuerza en nuestro país.

- **Compromiso con la clínica, la investigación y la medicina basada en la evidencia.** La destreza y el entrenamiento clínico es la única ventaja comparativa del desempeño médico en un país subdesarrollado. Los mayores errores diagnósticos se han originado en una mala historia clínica o examen físico poco exhaustivo. La investigación clínica, no necesariamente de alto costo, ha permitido superar paradigmas y verdades asumidas como tales, sin mayor base científica. La medicina basada en evidencias es nuestra mejor defensa frente a dificultades médico-legales. Sin embargo, en algunas oportunidades hemos asistido a la tiranía de las evidencias, olvidando que la medicina tiene mucho de arte e incluso que a veces la evidencia es enemiga de la prudencia. Los avances en técnicas diagnósticas de laboratorio e imágenes permiten una rápida precisión diagnóstica en muchas patologías. El contacto con laboratorios internacionales y Centros diagnósticos de alta

complejidad es rápida y expedita, aunque de alto costo. Tardíamente percibimos que la capacidad de absorber el costo de un buen diagnóstico es mayor de la que habíamos asumido. Se ha insistido mucho en el verdadero rol del médico, evitando asumir economías malentendidas.

- **Fomento del rol educativo y de prevención primaria (ver tema siguiente).** Hay interesantes iniciativas de educación grupal, con grupos objetivos, en instituciones públicas y privadas e incluso en consultas privadas. Ello cobra su máxima trascendencia en prevención del sobrepeso y obesidad y en patologías relacionadas con trastornos del ánimo y conductas de riesgo.

- **Contribuir al óptimo cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).** El Programa de vacunas en el Chile de hoy puede ser optimizado. Debe enfrentarse el tema de vacunas con criterio moderno, particularmente en vacunas emergentes (varicela, hepatitis, neumococo, rotavirus) ya disponibles en Chile, aceptando que aún es un tema sujeto a controversia. Debe agregarse programas especiales de vacunación para el paciente de riesgo (prematuros, inmunodeficiencias, oncológicos, fibrosis quística) y su entorno familiar y programas oportunos para el niño que viaja. En un futuro próximo es posible que se incluya virus sincicial respiratorio, Adenovirus y Meningococo grupo B. La varicela, la tos convulsiva y la neumonía, son causas importantes de muerte por enfermedad inmunoprevenible. En breve plazo, a las vacunas heptavalente conjugada (Prevenar) y 23 valente polisacárida (neumovax o neumo 23) se agregará la conjugada décimo

Valente (incluso 11 o 13 valente). Infanrix hexa (laboratorios GSK) vacuna disponible en Chile y Hexavac (laboratorios AP), pueden ser utilizadas en pacientes con riesgo de síndrome convulsivo o cuando la condición económica lo permite. Sus modificaciones en relación al PAI (DPT-Hib; Hb; Polio oral trivalente) incluyen pertussis acelular, polio a virus muerto. Estas nuevas vacunas disminuyen significativamente el riesgo de reacciones adversas (fiebre, irritabilidad, convulsiones). Con alguna frecuencia el pediatra asume que la familia no podrá asumir el costo de estas vacunas, sin embargo suele ser posible.

- Impulsar los **“procedimientos de Screening”**, ya sea búsqueda sistemática de displasia de caderas por radiología convencional y por ultrasonografía (que puede anticipar el diagnóstico y tratamiento con menos efectos adversos), hipotiroidismo, fenilketonuria, o, como ya hoy disponible en Chile **“Screening neonatal ampliado”**, examen que se efectúa en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) y que introduce capacidad diagnóstica en: medición de fenilalanina (PKU), perfil de aminoácidos y de acylcarnitinas por técnica de Espectrometría de Masa en Tandem; hormona tiroestimulante (TSH); biotinidasa (déficit de biotinidasa); 17 hidroxiprogesterona para pesquisa de hiperplasia suprarrenal congénita; galactosa total por técnica colorimétrica; galactosa 1 P-Uridintransferasa (galactosemia); tripsina inmunoreactiva por técnica fluorométrica (screening inicial para fibrosis quística). Sin embargo también está disponible el **Programa IVX (Geno Metabolic Screening)** para el recién nacido, a través del Laboratorio Chile y su contacto vía aérea diaria por courier a Pediatrix (EE.UU), examen que agrega entre otros estudios

al screening neonatal ampliado: deficiencia de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa, Enfermedad de Células Falciformes y otras Hemoglobinopatías y estudio complementario de deficiencia de Galactokinasa y Galactosa-4 Epimerasa. En caso de resultados positivos, consultores genéticos disponibles los 365 días del año se contactarán con el médico tratante. Lo anterior está permitiendo un diagnóstico cada vez más oportuno de este tipo de enfermedades, lo que ha contribuido a mejorar su pronóstico y disminuir significativamente el costo del tratamiento y sus secuelas. Persisten dificultades en la interpretación de los resultados, por la existencia de falsos positivos y portadores, por lo cual es indispensable contar con asesoría especializada. Debe intensificarse aún la pesquisa oportuna de otras enfermedades, tales como defectos ocultos de tubo neural, efectos adversos de alcohol y consumo de drogas, síndrome metabólico e incluso diabetes. En países de alta incidencia (Japón), se agrega screening para neuroblastoma e incluso búsqueda de defectos de tubo neural. De hecho, en fibrosis quística (enfermedad genética letal más frecuente en caucásicos, con una incidencia en Chile de 1 x 8000 RN vivos) en un estudio reciente en nuestro país, pudo demostrarse que el promedio de edad diagnóstica fue de 6 años 11 meses hasta el 2005 y desde el año 2006 bajó a 5 años 1 mes. Todavía se observan diagnósticos innecesariamente tardíos, lo que ensombrece el pronóstico. En los países desarrollados la edad diagnóstica es muy inferior, en base a Programas Nacionales de Detección Precoz altamente eficientes, ya disponibles en Chile, para grupos de mayor solvencia económica. Los estudios al respecto ya han demostrado las ventajas en la relación costo-beneficio. Hoy en día rara vez vemos

diagnósticos tardíos de luxación inveterada de caderas, cretinismo, idiocía fenil pirúvica, diarrea intratable, habiendo incluso desaparecido dichas denominaciones. Los diagnósticos de diabetes mellitus, fibrosis quística, síndrome de alcohol fetal, enfermedades metabólicas, peroxisomales, defectos de betaoxidación, son más oportunos, aumentando la sobrevivencia pero produciendo a la vez un incremento progresivo de pacientes con enfermedades crónicas, preocupando su calidad de vida y su consejo genético. Sin embargo no estamos poniendo el mismo énfasis en la pesquisa precoz de los trastornos del ánimo y conductas de riesgo, observando a veces que el intento de suicidio y las solicitudes de auxilio no fueron adecuadas y oportunamente valoradas.

• **Profundizar el rol del pediatra y especialista.** Importante rol cabe aquí a las instituciones universitarias. El médico pediatra debe tener claros criterios de derivación a especialista, con el mejor sistema de referencia y contra referencia. Es probable que además de los médicos pediatras generales especialistas en atención ambulatoria, se requiera **especialistas en atención cerrada** (clínica u hospital), con mayor entrenamiento en enfermedades agudas con falla multisistémica y descompensación de enfermedades crónicas, que complementen la labor de los intensivistas. Agrava dicha situación el enclaustramiento actual de las instituciones universitarias y su rápida expansión mundial en término de alumnos matriculados (de 28 millones en 1970 a 63 millones la primera década del 2000). En Chile, las escuelas de medicina se han triplicado. Mayor dificultad genera aún la falta de campos clínicos acreditados, marginación de docentes calificados y la mínima participación del sector productivo en su financiamiento. Se agrega a

ello el surgimiento de nuevos profesionales muy endeudados, lo que induce a postergar su perfeccionamiento o deteriora su calidad e incluso pone en riesgo la ética en su desempeño.

• **Telemedicina:** incorporar la biotecnología, la informática, las redes de Internet, las redes de comunicación e información y los nuevos métodos de aprendizaje, comunicación y resolución de problemas vía electrónica (video conferencia, video diagnóstico diferencial y terapéutico). Se ha hecho una sana costumbre en los centros privados más avanzados la entrega de resultados de imágenes y exámenes “on line”, lo que facilita la oportunidad diagnóstica y terapéutica local y por telemedicina. En el sistema público se ha efectuado una gran inversión con resultados aún incipientes. Con frecuencia creciente los padres de nuestros niños en control llegan con información obtenida a través de páginas web, lo que obliga al pediatra a mantenerse muy al día en el conocimiento. Sin embargo, esta información puede ser obtenida de fuentes inadecuadas o el procesamiento de ella por los padres podría ser sesgado, lo que induce a generar falsas expectativas terapéuticas y de pronóstico.

• **Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud.** La prevalencia de enfermedades crónicas ha aumentado fundamentalmente por la mayor sobrevivencia de niños con afección congénita o crónica lo que resulta en una concentración creciente de morbilidad y mortalidad asociada a este grupo de niños, los cuales absorben un alto porcentaje del gasto en salud. La OMS estima que para el año 2020 el 60 % del gasto en salud corresponderá a patología crónica. Se calcula que un 10 % de la población mundial

sufre de alguna discapacidad física o psíquica. En Chile se han realizado recientemente dos estudios que objetivan ésta realidad: el primer Estudio nacional de discapacidad (ENDISC-2004) realizado en el año 2004 por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Fondo Nacional de la Discapacidad (Fonadis), estima en un 12.9% la prevalencia en la población nacional (1 de cada 8 chilenos) y de éstos 5.7% o sea 1 de cada 31 personas discapacitadas corresponde a población menor de 15 años.

Otro estudio relacionado con la II encuesta de calidad de vida y salud realizada por el Ministerio de Salud y el INE en el año 2006 nos da por primera vez información acerca de la prevalencia de patología crónica en menores de 15 años. Estos resultados muestran que la mayor prevalencia corresponde a 15,7% para enfermedad respiratoria crónica, 8,9% problemas de visión, 7% problemas de piel por más de 6 meses, 5,6% prematurez 5,2% otro problema crónico, 4,6% trastorno de déficit atencional. Chile, junto a Costa Rica y Cuba, se sitúa entre los tres países con la esperanza de vida más alta de América Latina, de acuerdo con el primer estudio del Instituto Nacional de Estadísticas del Siglo XXI sobre mortalidad en el país.

De acuerdo a las primeras Tablas de Mortalidad del Siglo XXI, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística a partir del Censo 2002 y de los hechos vitales de nacimientos y defunciones de los años 2001 y 2002, la

esperanza de vida al nacer del periodo 2001-2002 es de 80,4 para las mujeres y de 74,4 años para los hombres. Es probable que para el año 2010 dicha cifra mejore aún en tres años más. La esperanza de vida más alta al nacer se sitúa en Coquimbo. Si bien no se observan brechas muy significativas a lo largo del país, según los indicadores demográficos prevalentes en los años 2001 y 2002, las expectativas de vida al nacer en las regiones de Coquimbo y Metropolitana alcanzan en promedio 78,43 y 77,86 años, respectivamente, siendo las más altas en todo el país.

En contraposición, las regiones de Antofagasta y de Magallanes figuran con la menor esperanza de vida al nacer, con 75,33 años y 75,73 años, respectivamente.

Sin embargo, dentro de los países con alto IDH, Chile posee el triste récord de mayor índice de desigualdad o inequidad. El 10% de la población más rica del país se lleva el 47% de los ingresos. Tal vez la pregunta crucial hoy en día, en que se ha duplicado la esperanza de vida al nacer, no es ¿Cuánto se va a vivir?, sino ¿Cómo se va a vivir con estas nuevas expectativas?.

Importante rol le cabe al pediatra hoy día. Debemos asumir nuestra contribución para lograr años de vida saludable en el ser humano hasta los ochenta y más años e intentar al menos en salud infantil, contribuir a evitar tamaña brecha de inequidad.

Referencias:

1. Vicuña Mackenna B. Médicos de Antaño. Santiago de Chile. Editorial Francisco de Aguirre S. A. Primera edición 1877. Última edición 1974.
2. Artigas R. Origen y desarrollo de los Hospitales para Niños en Santiago. Ril editores. Santiago de Chile. 2001
3. Vargas N. Historia de la Pediatría Chilena: Crónica de una alegría. Santiago de Chile. Editorial Universitaria. 2002
4. González G. Meneghello, su equipo y su obra. Córdoba, Argentina. Editorial Graphic. 2003
5. Román O. La profesión médica, su evolución y cambio en el nuevo milenio. Santiago de Chile. 2007
6. Allende I. Inés del Alma Mía. Santiago de Chile. Editorial Sudamericana. 2006
7. Barrera F. Guías de Práctica Clínica en Pediatría. Santiago de Chile. Sexta edición. 2008

• PREGUNTA AL ESPECIALISTA •

EL PEDIATRA COMO PREVENCIÓNISTA

Dr. Carlos Madrid P.

Pediatra Complejo Hospitalario San Borja Arriarán

Durante la carrera de medicina, muchos de nosotros, nos entusiasamos con la medicina interna. Sin embargo, finalmente, fuimos seducidos y terminamos comprometiéndonos con la pediatría. Dentro de las múltiples razones que pueden existir para ello, una de las más tangibles y que con más fuerza experimentamos cuando trabajamos en consulta o en policlínicos de atención primaria, es la labor de prevención que podemos cumplir en pediatría, más que en cualquier otra especialidad médica.

Uno de los principales escenarios donde ejercemos la labor de prevenciónistas es en el control de niño sano; instancia que en función de rendimientos y estadísticas, ha sido entregada a otros profesionales; con el consecuente deterioro, pérdida y olvido de una de las funciones más básicas del médico pediatra.

Debemos recordar que en el primer control de niño sano es importante evaluar las condiciones de salud psicológica de la madre, especialmente en lo referido a depresión y trastornos del ánimo post parto; ello en consideración a la presencia de depresión post parto en un porcentaje de 10 a 20% de las puérperas.

Tengamos presente, además, la gran vulnerabilidad psicoemocional de la puérpera y nodriza, debido a la alta presión social y familiar y a las múltiples expectativas, no siempre satisfechas, que genera el nacimiento de un niño. En este contexto, hay que poner especial énfasis en la madre de edades extremas: en la muy joven, por las condiciones habitualmente difíciles en que

puede haber cursado su embarazo, con rechazo por parte de su pareja y familia y sentimientos ambivalentes de amor/odio respecto del recién nacido y en la muy añosa por el alto grado de ansiedad y temor en que posiblemente se ha desarrollado la gestación del niño.

Si bien ha habido una importante recuperación de la lactancia materna, siempre debemos verificar la técnica de amamantamiento, preguntar a la madre sobre su propia alimentación y considerar sus sentimientos respecto al niño, estableciendo el riesgo de que la madre pueda abandonar la lactancia materna, introduzca fórmulas de una manera inapropiada o que el niño tenga una alimentación inadecuada por caer en el error de defender a ultranza una postura o tomar el camino más fácil de no complicarse con explicaciones de los beneficios de mantener la lactancia materna. Mantener o recuperar la lactancia materna de un niño, es una de las labores preventivas más importantes que podemos ejercer como pediatras.

Establecer ¿Cómo y dónde duerme un recién nacido?, puede ser nuestra primera labor de prevención de accidentes, al evitar el riesgo de aplastamiento o de aspiración por una postura inadecuada al dormir (o dormir con los adultos). Ello cobra mayor relevancia en los estratos socioeconómicos más vulnerables, en los cuales el acondicionamiento físico y los hábitos y costumbres pueden aumentar el riesgo, referido ello, especialmente, a las características de la habitación, la cama, el nivel de hacinamiento y posibles conductas de riesgo, con relación a consumo de alcohol y drogas.

Repasar con la madre los cuidados básicos en la limpieza del cordón umbilical y la piel del niño (algo que por elemental para el equipo médico, podríamos caer en la tentación de obviar), puede resultar de una importancia vital, al evitar el riesgo de una posible infección dérmica. El pediatra debe insistir y en lo posible usar el efecto demostración para enseñar a la madre o cuidadora la adecuada técnica de cuidado y aseo umbilical.

Resulta imprescindible, comprobar que un niño (a cualquier edad) reciba una alimentación completa, incluidos suplementos de vitaminas y oligoelementos que requiera y que mejorarán su calidad de vida a futuro. Solemos recordar, las vitaminas y el hierro del lactante, sin embargo, olvidamos el Zinc en niños con factores de riesgo (particularmente prematuros) y el calcio en los niños mayores. En el caso que el niño o la familia haya optado por regímenes especiales relacionados con dietas macrobióticas o vegetarianas estrictas, respetar su decisión, advertirles de los riesgos potenciales y complementar su dieta con los nutrientes deficitarios.

Consistentemente con eso y junto al control de peso y talla inherente a todo control sano, debemos cuidar a cualquier edad la alimentación del niño, con el fin de prevenir las principales patologías crónicas del adulto: síndrome metabólico del niño y del adulto, obesidad, hipertensión arterial y diabetes. Recomendar ejercicios o deportes de acuerdo a la edad del niño o requerir la asesoría de especialistas en ese campo, es también una de las funciones del pediatra. Actualmente, estos son los temas donde más se está haciendo hincapié en que la prevención en la infancia resulta en una mejor calidad de vida en

el adulto. Evitar intervenciones tardías, de prevención secundaria o terciaria, de alto costo, bajo rendimiento y que además producen un importante daño en la autoestima del niño y adolescente.

Considerar mitos y costumbres de la sociedad donde uno vive, desechándolos o adaptándolos para que no resulten perjudiciales a los pacientes es también una de las formas en que podemos prevenir daño. Una cinta roja cocida o adherida con velcro a la ropa puede resultar mucho menos peligrosa que adherida con un alfiler de gancho. Recordar insistentemente que la aspirina o el paracetamol no debe usarse en los niños después del baño porque no impide que se resfríen, hará finalmente eco en los oídos de padres más jóvenes y menos influenciados por las generaciones antecesoras. Particularmente en los ambientes rurales y suburbanos desear costumbres potencialmente perjudiciales como la quebradura de empacho o el “santiguamiento”, dado que aparte de los riesgos que ella implica, puede postergar la oportunidad de la consulta.

En la medida en que el niño crece, comentar con los padres sus necesidades de descubrimiento del mundo y adelantarnos a ellas, mediante cartillas de prevención de accidentes, resulta siempre una conducta sana.

Antes de que el niño empiece a caminar, ¿Hemos desacreditado lo suficiente el uso del “andador”? Más de 8.000 accidentes anuales graves se registran en Estados Unidos relacionados con el andador, existiendo claras recomendaciones de evitar su uso por la Sociedad Chilena de Pediatría y la Sociedad de Traumatología y Ortopedia. ¿Sabemos si vive en una casa de uno o dos

pisos o donde existen múltiples desniveles? ¿Se han planteado los padres la necesidad de poner puertas al inicio y final de la escalera?, ¿Tienen muchos muebles de vidrio? ¿Elementos decorativos a baja altura? En nuestro país, los accidentes son la principal causa de muerte en los menores de cuarenta años. En USA, el TEC constituye la primera causa de ingreso a los servicios de urgencia y tratamiento intensivo y sabemos que las circunstancias más frecuentes en que se produce un TEC durante la infancia son las caídas y los accidentes automovilísticos. En este caso, conocer el entorno donde vive el niño nos puede permitir evitar un accidente que pudiera tener consecuencias fatales.

Cuando el niño ya es más grande... ¿Nos hemos dado el tiempo suficiente de conversar respecto de dónde se guardan medicamentos, elementos de limpieza o herramientas?. Un 7% de las consultas de urgencia corresponde a ingestiones e intoxicaciones y aproximadamente el 75% de las intoxicaciones se producen por ingestión.

¿Sabemos si existen animales en la casa? ¿Han discutido los padres el riesgo potencial que significa una mascota para un niño?.

Previo al inicio de fiestas de fin de año, es necesario siempre comentar los peligros que entraña el uso de fuegos artificiales, reconociendo que si bien su uso doméstico ha disminuido considerablemente, el uso institucional también incluye riesgos, que se han hecho evidentes en los años precedentes.

Si se tiene la confianza suficiente, asesorar respecto de cuidados que debe tenerse con el niño en vacaciones (¿Cuántas marcas de

protectores solares conocemos?, ¿Hemos recomendado clases de natación a nuestros pacientes escolares o de primeros auxilios a los padres de nuestros pacientes?, ¿Prescribimos algún antihistamínico permanente a nuestros pacientes alérgicos que irán a ambientes rurales?).

En el periodo de la adolescencia, resulta de primordial importancia como conducta de prevención de riesgos, proteger la autoestima del adolescente, considerar su opinión y ayudar a restablecer los vínculos afectivos con su familia que evitarán una potencial incomunicación del futuro adulto con sus padres y hermanos. Aunque no es fácil y existe la tendencia a considerar que no es tarea del pediatra, debe educarse respecto a la paternidad responsable, sexo seguro, uso del preservativo y entregar información respecto a la píldora del día después. Dicha información debe permitir la decisión personal en conciencia. Consideremos siempre, que dentro de la labor como médicos y pediatras, nuestros juicios y opiniones no deben interponerse nunca con el bienestar de los pacientes y que si ese fuera el caso, debemos tener la honestidad necesaria para referir al paciente a otro profesional.

Finalmente, acostumbrados a un programa nacional de inmunizaciones, solemos olvidar que existen vacunas extras a dicho programa y que es nuestro deber informar a los padres de su existencia y que cumplimos cabalmente con nuestra labor de prevención cuando evitamos que al menos uno de nuestros pacientes contraiga una enfermedad inmunoprevenible. Ello cobra el máximo interés cuando en un ambiente familiar existen pacientes de riesgo, portadores de enfermedades crónicas y niños con necesidades especiales de cuidado

(inmunodeficiencias congénitas y adquiridas, enfermedades oncológicas, autoinmunes, fibrosis quística, etc.). Muchas veces el pediatra reacciona tardíamente frente a estas situaciones que pudieron ser prevenidas.

Presentado de esta forma, podemos notar que el “simple control de niño sano” es más que una

instancia para medir y pesar al niño y comprobar cuanto ha crecido, si no que resulta en una de las mejores oportunidades para ejercer nuestra labor educativa y de prevención, y en donde mejor puede aplicarse lo que siempre nos recuerda el refrán popular “Es mejor prevenir que curar”.

Referencias:

1. Dworkin, Paul H. Pediatría. Serie médica nacional para el estudio independiente. 4 Edición. Editorial McGraw-Hill. 2002
2. Meneghello Rivera, Julio. Fanta Núñez, Enrique. Grau Martínez, Arturo. Blanco, Osvaldo. Pediatría práctica en diálogos. Editorial médica panamericana. 2002
3. Vargas Catalán, Nelson. Pediatría diaria para el bicentenario. 2007
4. Cassassas S; Roser. Campos S; M. Cecilia. Cuidados básicos del niño sano y del enfermo. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2002
5. Cerda, Mario. Paris, Enrique. Cuidados intensivos en pediatría. Editorial mediterráneo. 1996

En antibioterapia
respiratoria
de primera línea

Amoval[®] Clavinex[®]

Todo lo necesario

www.savall.cl 

ALTA ZINC[®]

ZINC / SAVAL



Pensando en Grande

Un micronutriente de ALTA importancia

- Monodroga
- Único con 30 ml, asegurando más días de tratamiento
- Único con 40 comprimidos, asegurando más días de tratamiento
- Mayor economía dosis a dosis



www.saval.cl