

CLIPPING DIGITAL 70

Cliente: SOCHIPE
Período: 10-11 enero

FECHA: MIÉRCOLES 11 DE ENERO / MEDIO: GOBIERNO DE CHILE

Usuarios del sistema de salud quieren más calidez en el trato e información que se entienda a la hora de ser atendidos por los médicos
04 de enero de 2012



Con los resultados del estudio la Superintendencia de Salud elaboró una encuesta que permitirá medir en todos los prestadores del país cómo es percibida la calidad y la satisfacción en la atención de salud por parte de los usuarios.

Conocer las dimensiones y atributos que son más importantes para los pacientes que día a día recurren a los diversos centros de salud, y que permiten incrementar la calidad percibida y satisfacción en ellos, fue el objetivo del estudio cualitativo **“Qué Elementos de la Atención de Salud son, desde la Perspectiva del Usuario, los que más Contribuyen a que se Sienta Satisfecho”** que elaboró el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud y cuyos resultados fueron presentados hoy por el Ministro de Salud, Jaime Mañalich, junto al Superintendente del ramo, Luis Romero.

En la oportunidad, el Superintendente de Salud, Luis Romero, señaló que “nuestra preocupación por la calidad y seguridad por los pacientes va más allá de los procesos,

queremos que exista, a su vez, calidad de trato, es decir, que las personas sientan que reciben un buen trato cuando están en un centro de salud. Es en este sentido, que hemos hecho el estudio para ver cuáles son las situaciones que más importan a los usuarios cuando concurren a los recintos asistenciales”.

Dentro de las conclusiones que arrojó esta investigación, en la que participaron beneficiarios del sistema de salud y profesionales del área, se destaca que los pacientes quieren un personal cálido y humano, sobre todo en la relación que entablan con el médico, ya que perciben una atención de salud deshumanizada, principalmente, en hospitales públicos y en los servicios de urgencias de algunas clínicas. Sienten que pierden el valor como “ser humano” y su dignidad, entre otros.

Asimismo, los usuarios quieren que la información sea entregada en “términos NO médicos”, es decir, las personas quieren entender lo que les dice el profesional; contar con el apoyo físico y psicológico y que haya rapidez en la atención.

Otro de los resultados es que cuando un usuario se enfrenta a una situación de hospitalización se siente en un estado de vulnerabilidad, inseguridad y miedo frente a lo desconocido. Los pacientes perciben que en diversas oportunidades el personal se preocupa más de lo clínico, olvidándose de lo que siente la persona. Contribuyen a estas sensaciones, de acuerdo a la investigación, la desinformación que provoca el lenguaje técnico, que lo asocian directamente a los médicos referidos como los “diostores”, lo cual genera una percepción de alejamiento, inseguridad y, nuevamente, vulnerabilidad porque no entienden lo que le explican.

Por su parte, es altamente valorado por los pacientes el trato de algunos médicos, en especial los médicos jóvenes y pediatras, quienes han abierto un canal de comunicación y que lo informan con un lenguaje claro, directo e informal, reconociendo los usuarios, en este caso, un sólido sentimiento de seguridad y confianza.

El estudio también indica que hay lugares que son altamente significativos para los usuarios y que marcan la satisfacción en una hospitalización como son: la Administración del hospital o clínica (admisión, informaciones y facturación), sala de espera en urgencia, servicio de urgencia, la hospitalización en la sala y el pabellón.

Otro tema importante que se destaca en esta investigación es que la satisfacción de los usuarios durante la hospitalización se percibe que está en “dos manos”: médicos y auxiliares de enfermería. Respecto del primero, lo que más le importa al paciente es la calidez humana y la preocupación que muestra por él; sobre los auxiliares, particularmente, en los hospitales públicos se evidencian dos ideas: los entrevistados consideran que se debe construir una relación estrecha para conseguir sus objetivos, es decir, relación “amistosa = mejor trato” y, la segunda idea, es que se debe ser un buen paciente para que el trato que reciban sea positivo. Mientras que en el privado, se reconoce que son eficientes, sin embargo, falta calidez y humanidad en la atención.

Encuesta

Con los resultados obtenidos en este estudio la Superintendencia de Salud elaboró una encuesta que permitirá medir en todos los prestadores del país, tanto públicos como privados, cómo es percibida la calidad y la satisfacción en la atención de salud por parte de los usuarios. Para ello, se realizará un plan piloto durante el primer semestre de este año y, luego se masificará la encuesta para incorporar a la totalidad de los hospitales, clínicas y centros de salud.

El Ministro de Salud, Jaime Mañalich, destacó que este estudio viene a complementar la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, “que busca nivelar y compensar las asimetrías evidentes que existen para una persona enferma cuando se aproxima a un médico, a una enfermera o a un centro de salud. Un foco muy importante en la implementación de esta ley es poder medir cómo valoran los pacientes, cómo se sienten frente a los sistemas de salud (...) En este contexto, la Superintendencia de Salud desarrolló una encuesta a los usuarios que nos permita establecerla como un mecanismo de evaluación constate, tanto para el sector público como privado (prestadores), de manera de tal de poder comparar y poder hacerle ver a la ciudadanía, por una parte, dónde lo van a tratar, lo van atender mejor y su experiencia va a ser mejor y, por otra parte, dar una señal muy potente a los propios servicios de salud respecto de cómo lo están haciendo y cómo están siendo valorados por el público que ellos reciben”.

Esta medición, a su vez, permitirá realizar un ranking de prestadores de salud “para que las personas puedan ver, no sólo los aspectos clínicos de los centros de salud, sino que también los resultados de las encuestas, los cuales se refieren a situaciones relacionadas con el trato que reciben los pacientes”, indicó el Superintendente de Salud, Luis Romero.

La encuesta considera los atributos que más valoran los usuarios para sentirse satisfechos. Las dimensiones que serán evaluadas incorporan aspectos generales del hospital o clínica tales como la alimentación, rapidez en la atención, disponibilidad de especialistas, entre otros; la limpieza, y, también, se evaluará al médico, la enfermera, los auxiliares de enfermería, personal administrativo y algunos aspectos de la atención en el servicio de urgencia (en caso de haber ingresado a hospitalizarse a través de este servicio).

Cada uno de estas dimensiones serán medidas con preguntas relacionadas con la calidez humana y preocupación; confianza y seguridad; apoyo, información, rapidez en la atención y otros elementos identificados en investigaciones anteriores.

CLIPPING DIGITAL 72

Cliente: **SOCHIPE**
Período: **14-16 enero**

FECHA: LUNES 16 DE ENERO / MEDIO: LA HORA

EX MINISTRO PIDE QUE LAS SUBVENCIONES DEJEN DE SER POR ASISTENCIA

Escuelas de lenguaje aumentaron un 39% en tres años



Subvención. Estos colegios reciben \$105.941 por alumno.

Algunos dicen que las construcciones responden a las necesidades de la población y otros lo atribuyen a las buenas subvenciones.

Por **Natalia Heusser H.**

Si en el 2008 habían 902 escuelas de lenguaje en Chile, la cifra en el 2011 llegó a 1.251, lo que representa un aumento del 38,6%.

En cuanto al número de matrículas, estas crecieron de 84.644 a 103.081 en tres años, con un incremento del 21,7%, según datos entregados a través de Transparencia del Ministerio de Educación.

¿A qué se debe este aumento?

Montserrat Jara, presidenta nacional del Colegio de Fonoaudiólogos de Chile, señaló a **La Hora** que este fenómeno se puede explicar como una respuesta a las necesidades que existen en algunos sectores. “Se abren estos centros educativos en pueblos donde antes no existían. Ahora hay más niños pesquisados. Además, puede estar sucediendo que los padres estén más informados”, dijo.

Argumenta que si el sostenedor cumple con plan educativo y el Mineduc lo aprueba, no deberían restringirse.

Uno de los datos relevantes en este asunto es que la subvención por alumno que asiste a este tipo de establecimientos alcanza los \$105.941, en

comparación a los \$36.406 que se cancelan en cualquier jardín infantil.

Al respecto, Jara señala que el subsidio es más alto porque los requerimientos son distintos. “Se necesitan mayores ingresos porque hay más profesionales competentes, más cobertura y la cantidad de niños que hay acá es mucho menor. Obviamente, puede ser que en algunos casos les llame más la atención formar

un centro educativo de estas características”.

Carla, quien prefirió mantener su identidad en reserva, es fonoaudióloga de una escuela de lenguaje, el profesional encargado de evaluar a los menores del establecimiento. Conoce de cerca el trabajo que se realiza, por eso señala que la subvención debería ser por matrícula y no por asistencia. “Si fuera por matrícula, sólo se debería super-

visar el diagnóstico que el fonoaudiólogo le haga al alumno. Por asistencia se presta para falsar los datos. Al igual que en otras escuelas municipales o subvencionadas, en algunos casos se pasan alumnos ausentes por presentes. Se entiende, porque invierno, por ejemplo, baja mucho el número de alumnos en sala y hay que seguir pagándole al personal”, dijo.

Sergio Bitar, ex ministro de Educación, coincide con ella.

“Ese problema es cierto. Comparto el criterio de que se pague la subvención por matrícula y no por asistencia. La subvención es mayor que lo normal y lo convierte en un atractivo para los sostenedores. A veces derivan a niños que no tienen necesidad de ir a una escuela especial”.

Comenta que durante su período como ministro (2003-2005) le correspondió tomar medidas que supervisarían los criterios para ingresar a las escuelas de lenguaje. “Eso significó la reducción del número de niños en las escuelas, no sólo por lo costoso de la subvención, sino porque está comprobado que los niños con dificultades menores se recuperan más rápido en un colegio normal”.

SANCIONES

A diciembre del 2011, las observaciones más recurrentes hechas a las escuelas de lenguaje consistieron en: informes de especialistas incompletos (184), libros de clases incompletos (154), al momento de la visita no estaba tomada la asistencia después de la segunda hora de clases (127), faltan o no hay extintores (118) y registra presentes a alumnos ausentes (117).

Luego de estas observaciones, se levantan actas, dependiendo de la gravedad de la falta. Hay tres grados de actas. Está la A, B y C, donde la C es la más grave y puede derivar en un proceso administrativo, como una amonestación, multa, privación de subvenciones,

inhabilitación del sostenedor y revocación del reconocimiento oficial.

Del 2009 a la fecha se contabilizan 1.208 “actas C” y del 2010 al 2011 aumentaron en un 57,4% (de 301 a 474) la cantidad de estas actas.

En cuanto a las “actas B”, que son observaciones leves que tienen un plazo de diez días hábiles para ser resueltas, hubo 405 el año pasado, en comparación a las 218 del 2010 (aumentó un 34,5%).

“Registramos sólo a alumnos presentes”

La escuela especial Esperanza, de la comuna de El Bosque, fue uno de los establecimientos que no recibió sanción durante 2011.

Inés, profesora del lugar, indicó que existe mucha fiscalización del Mineduc y que “todos los ojos están puestos en ellos”.

Esperanza tienen capacidad para 150 alumnos, pero las matrículas no están completas. Cuentan con dos fonoaudiólogos y siete profesores.

“Somos cuidadosos en registrar sólo a los alumnos presentes”, dice Inés, quien agrega que tienen servicio de furgones escolares gratuitos para los niños.

Respecto a las malas prácticas que se dan en otros colegios, asegura que no está enterada del hecho y que “la mayoría de los sostenedores trabaja bien”.

Durante el 2010 ellos recibieron una multa de un millón 600 mil pesos por “discrepancia”, según indicó la profesora. “Un jueves llevamos de paseo a los niños y el día viernes muchos faltaron a clases. Justo ese día llegaron a fiscalizarnos y, aunque les explicamos que tuvimos una alta deserción por un paseo, no nos creyeron”.

Los atractivos de estas escuelas

Carla, fonoaudióloga de una escuela de lenguaje, señaló que entre los atractivos de este tipo de establecimientos están: los furgones escolares gratuitos, sostenedores que hacen talleres de música y yoga, entrega de colación y las becas de materiales. “Esto no está regulado, porque cada uno sabe lo que hace con la plata”.

“Algunas escuelas tienen jornada normal y toda la mañana mantienen a los niños en actividades, pero durante las tardes se convierten en guarderías para aliviarles la carga a los padres. Esto no significa que reciban doble subvención, pero es una práctica poco ética”, dijo.

10

escuelas

de lenguaje tiene el sostenedor con más establecimientos de este tipo.

CLIPPING DIGITAL 73

Cliente: SOCHIPE
Período: 19-20 enero

FECHA: JUEVES 19 DE ENERO / MEDIO: PADRES O.K.

ps psicología

El hijo mayor

¿Por qué es tan especial?

Ser el primer hijo no es nada fácil. Sobre sus hombros recaen muchas expectativas y responsabilidades, que no siempre puede ni debe cumplir. Aunque nunca es bueno etiquetarlo, existen algunos parámetros que permiten conocer y apoyar al hijo mayor.

Qué mejor ejemplo del estereotipo de hermano mayor que el cuento de Los Tres Chanchitos. Mientras sus hermanos jugaban y lo pasaban de maravilla, el hermano mayor -que era más serio y trabajador- se afanaba en construir una casa sólida para protegerse del Lobo, la misma que posteriormente serviría para guarecer a sus hermanos menores... Si bien existen algunos patrones que permiten identificar pautas comunes entre quienes ostentan el título de hermano mayor, lo cierto es que su personalidad, su forma de actuar y la manera en que se relaciona con sus hermanos y sus padres, dependerá de muchos factores. Esto es al menos lo que postulan algunos investigadores en la materia, como el reconocido psiquiatra y psicólogo infantil Marcel Rufo, autor del libro *Hermanos y hermanas: una relación de amor y de celos*.

"Los padres deben esforzarse por hacer que desaparezcan las ideas preconcebidas sobre las posiciones de los



hermanos dentro de la familia, según las cuales el mayor es serio y aplicado, el mediano está entre dos situaciones y el pequeño es frágil y sufre la persecución de los otros dos. No puede encasillarse a un niño en un papel sin entorpecer su desarrollo", afirma. Una visión compartida por la psicóloga María Elena Montt, quien recomienda tener en cuenta que "cada hijo es especial en sí mismo y desarrolla su propia personalidad y características de acuerdo al entorno que le proporcionen sus padres, además de las condiciones naturales que posea". Es por eso que, la mejor o peor disposición con que el hijo mayor afronte esta nueva condición de hermano dependerá especialmente de cómo sus padres lo preparen para esta realidad. Pese a estas variables, dada su condición de primer hijo, es posible identificar ciertos rasgos característicos.

Un terremoto llamado hermano

Evidentemente, no es lo mismo nacer cuando una familia está recién comenzando, con muy poca experiencia en el cuidado de los hijos, que llegar cuando los padres ya han pasado por toda esta travesía y se han "relajado" un poco en su tarea. Es un hecho que el primer hijo acapara por mucho tiempo (para un bebé dos o tres años son toda una vida), la exclusividad del amor y la atención de sus padres, y en algunos también de sus abuelos u otros familiares, sobre todo si se trata del primer niño dentro de este grupo. Lo más probable es que todos los mimos y obsequios fueran sólo para él, condición que lo vuelve un verdadero hijo único.

Eso hasta que llega el nuevo pequeño, el que -a sus ojos- le usurpa todos los privilegios que tenía hasta entonces. Un verdadero terremoto en su vida; que tuvo que aceptar a la fuerza, porque nadie le permitió escoger ese nuevo escenario compartido (tampoco debe hacerse, porque es una decisión de los padres, recalcan los especialistas). "Ningún niño piensa que tiene mucha suerte por compartir sus juguetes o su habitación con un hermano. Eso lo creen los padres, es una visión idílica, nacida en la mente de los adultos", advierte Marcel Rufo.

Según este psiquiatra, ante la llegada del nuevo personaje al seno familiar, hay una pregunta que inquieta a todos los primogénitos: "Si mis padres quieren otro hijo, ¿no será porque yo no soy el hijo que ellos soñaban?". Un cuestionamiento que muchos pequeños se responden por sí mismos cuando perciben que el hermano menor concentra toda la atención y cariño que antes estaba destinado sólo para él.



Algunos especialistas afirman que los hermanos mayores son más obedientes y atentos, como una forma inconsciente de complacer a sus padres, con el objetivo de no perder su atención y afecto.

ps psicología

El ex-regalón

Para los padres, el primer hijo representa siempre un desafío, pues a través suyo se someten constantemente a prueba: con él experimentan por primera vez la paternidad y se enfrentan a una serie de decisiones, desde cómo hacerlo dormir o alimentarlo, hasta qué forma de colegio será el más adecuado o de qué forma decidirán los permisos, cuando sea mayor. Mediante estas experiencias van aprendiendo a resolver situaciones

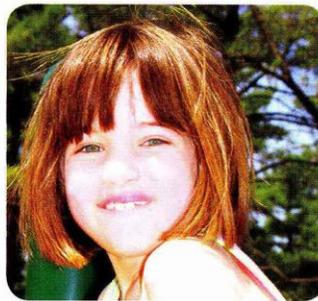
conflictivas, a establecer límites y a trazar las líneas que serán la base de su crianza.

Por este conjunto de responsabilidades que recae sobre el primogénito, por lo general, los padres le exigen bastante, esperan mucho de él e idealizan su futuro, proyectándose a través del niño. Como resultado, el hijo suele tener un alto nivel de autoexigencia. Por lo mismo, puede ser más ansioso y con una

mayor tendencia a la frustración ante el fracaso. Según María Elena Montt, además tiende a ser más conservador, egoísta y egocéntrico que el resto de sus hermanos, pues todo se ha organizado siempre en función de él.

También puede ser más autoritario, ya que su condición de mayor le facilita ejercer este rol. Es él quien decide qué se hace, qué programa de televisión se ve o qué privilegios quiere tener.

Las reacciones de celos y agresividad (muy normales y comprensibles), pueden curarse simplemente con ternura, pues lo que necesita el niño es ser tranquilizado sobre el amor que sus padres sienten por él.



¿Cómo actuar con el hijo mayor?

- ❖ Permitirle expresar sus sentimientos, tratando de comprender su rabia y dolor.
- ❖ Brindarle espacios para que se comporte como un niño de su edad, no mayor.
- ❖ No situarlo en la posición de 'segundo padre', porque sentirá una responsabilidad abrumadora.
- ❖ Los más pequeños de la casa suelen mirar al mayor como el ídolo, pero no es recomendable abusar de ello y colocar al hermano mayor siempre como ejemplo.
- ❖ Evitar las comparaciones o hablar excesivamente de los logros de uno de los hermanos.
- ❖ Dedicarle con frecuencia un tiempo de atención exclusiva (jugar o salir sólo con él), de esta forma le hará saber que es igualmente importante que sus hermanos menores.
- ❖ Muéstrelle las ventajas de ser mayor y hágalo participar, si es que quiere, en las tareas del cuidado del nuevo hermano.

Tan pequeño como su hermano

Cuando llega el nuevo hermano, el primer hijo puede experimentar sentimientos muy desagradables, entre ellos, celos y rabia. El grado o intensidad dependerán de la diferencia de edad y de género. Si hay mucha diferencia de años, es probable que el mayor asuma un rol protector frente al menor, lo que podría implicar un costo socio-emocional importante, en el sentido de postergación de su papel de hijo.

En estos casos ocurre lo que se conoce como sobre adaptación; el niño trata de adoptar un rol de segundo papá o mamá -rol que a veces es fomentado por sus propios padres- olvidando que, a pesar de ser el mayor, sigue siendo niño, con todo lo bueno y malo que ello implica. No obstante, también es posible que asuman la conducta opuesta, o bien

traten de acaparar la atención a través de actitudes regresivas, como hacerse pipí cuando ya controlaban esfínteres, hablar como guaguas o querer tomar la leche en mamadera cuando ya lo hacían en taza. "Así, el primogénito de 3 ó 4 años prepara una estrategia para recuperar la atención de sus padres; volver a ser 'tan pequeño como el pequeño', a fin de que la lucha por el corazón de sus padres esté más igualada. Con el objetivo de adquirir las mismas armas de seducción, expresa sus celos mediante comportamientos regresivos y agresivos, se convierte en un ser inestable, nervioso, irritable e hiperactivo. En muchos casos, padecen trastornos somáticos, entre los cuales los más habituales son las perturbaciones del sueño", describe Marcel Rufo.



Nacer en tiempos modernos

Un recién nacido moderno nace generalmente cuando la madre ya no "da más", ya no hay tiempo ni mucha paciencia para la espera, todo cansa, nada alivia y casi no se duerme. Muchas de nosotras nos hemos visto en situación de pedir y rogar que nazca pronto.

Pero la realidad es que sí podemos dar más. El problema es que en esa espera estamos solas, aburridas, frente al televisor, comiendo mucho, ansiosas, cansadas y lo peor, solas. Las demás congéneres trabajan y existen pocos grupos de crianza o de mujeres en espera.

Si a esto agregamos la "industrialización de los partos" y que elegimos a un obstetra que puede estar apurado, se va de vacaciones, o no tiene inconvenientes en hacer "innecesarias" e inducir partos, terminamos recibiendo al recién nacido sin el baño de oxitocina, hormona del amor y de la vinculación, que produce un parto amable, respetado y "paz ciente". Hoy los recién nacidos, invitados a la fiesta de la modernidad, nacen y son separados del cuerpo de sus madres para cumplir con los requerimientos de la institución médica -medirlos, pesarlos, aspirarlos, cortarles tempranamente el cordón umbilical- necesidades que no son urgentes para el recién nacido. Hoy los bebés, son separados de sus madres

para que ellas descansen y son alimentados con suero glucosado. Todo lo contrario al acuerdo que han hecho hospitales y clínicas en Chile y el mundo con Unicef. Veamos algunos de esos acuerdos a los que hemos adscrito y que no cumplimos:

- 1 Tener una política escrita** que sea comunicada a todo el personal, en relación a la lactancia.
- 2 Capacitar al personal** en cómo implementarla.
- 3 Informar a las embarazadas** de los beneficios de la lactancia y cómo practicarla.
- 4 Ayudar a las madres** a iniciar la lactancia durante la primera media hora después del parto.
- 5 Mostrarles cómo amamantar** y mantener la lactancia si tienen que separarse de sus hijos.
- 6 Dar al recién nacido** sólo leche materna, excepto si médicamente se indica otra cosa.
- 7 Practicar habitación** conjunta madre-hijo las 24 horas.
- 8 Estimular la lactancia** a libre demanda.
- 9 No dar a los niños** chupetes o maderas.
- 10 Informar a las mamás** sobre dónde acudir para apoyo de la lactancia después del alta.

Educación para la felicidad



Leslie Power 9.337 6843 **Francisca Montedónico** 7.766 7327

Psicólogas Clínicas. www.espaciocrianza.cl
Atención profesional en salud mental infantil y orientación a padres en temas de crianza.

Si se respetasen estas simples indicaciones, si las mujeres y hombres en camino a ser padres saben de estas sugerencias y las instituciones médicas se hacen cargo de la ética de la salud, los niños tendrían un mejor comienzo. Simplemente, porque los recién nacidos de los tiempos modernos, nacen con las mismas necesidades de los bebés nacidos hace millones de millones de años: amor y cuerpo de mamá constante, amor y apoyo de papá presente. Los beneficios para la salud ya están demostrados por las neurociencias.

CLIPPING DIGITAL 74

Cliente: SOCHIPE
Período: 21-23 enero

FECHA: DOMINGO 22 DE ENERO / MEDIO: LAS ÚLTIMAS NOTICIAS



Fiebre fobia lleva a padres a desesperarse cuando la temperatura sube

• RENÉ VALENZUELA

Ojo con la fiebre por controlar fiebre

Dos décadas han transcurrido desde que Barton Schmitt, pediatra, hizo gala del término “fiebre-fobia” para categorizar los conceptos erróneos que tenían padres al tratar los casos de altas temperaturas en sus hijos. En Chile el término propiamente tal no hace mayor eco, pero sí las conductas de los progenitores al momento de tratar con un niño cuya temperatura está fuera de su rango normal.

Hace unos días, la doctora e investigadora científica, Esther Samper, sacó a flote nuevamente el tema desde su tribuna en los blogs de El País. Los postulados de esta especialista comentaban la exageración de la reacción de padres cuando los niños presentaban un “termómetro amenazador” marcando sobre los 37°C. El debate está abierto en cómo y cuándo tratar la fiebre.

Samper toca un dilema para discutir entre especialistas: establecer el bando en el que esta alza de temperatura juega. Se debe partir por lo básico, “la fiebre es una manifestación del organismo que está avisando que algo no está bien, es síntoma que indica una enfermedad y que se le debe observar”, puntualiza Sergio Salas, pediatra y jefe del Departamento de Pe-

diatría y Cirugía Infantil de Clínica Dávila.

¿Cuándo es fiebre?

“La temperatura se llama subfebril (febrícula) hasta 37,5°C axilar y 38°C rectal. Sobre esos valores es fiebre”, aclara Salas.

A desconocimiento general, el médico expone la posibilidad que la fiebre defienda un poco de los gérmenes que están ocasionando una enfermedad en un niño que suele ser sano. Los cuadros suben la temperatura y muchos tipos de los gérmenes sobre 37,5-38°C se desestabilizan y mueren, explica Salas.

Pero cuidado, “el concepto que la fiebre es buena por esta función no debe ser mal usado”, indica Douglas Mellado, pediatra y Jefe de la Unidad de Emergencia del Hospital Exequiel González Cortés.

Para evitar un cuadro febril intenso es indicado tratar la temperatura axilar desde 38°C para evitar su alza y adquirir calificativo de riesgo. Si pasa los 40°C aumenta más la posibilidad de una convulsión febril. Salas aconseja que al notar este cuadro y una vez hayan pasado 3 días con fiebre las personas acudan a la consulta de un especialista.

“Parece que tiene temperatura”

El pediatra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile,

Roberto Balassa, afirma que es constante la consulta, y hasta en las urgencias de centros hospitalarios, de padres alarmados por cuadros febriles en los pequeños. “La mayoría de las veces éstos son con justificación, los padres no están capacitados para decidir si la fiebre es de importancia o no”, cuenta.

En la casa, antipiréticos como paracetamol e ibuprofeno y paños tibios (ver recuadros), están entre las medidas al momento de percibir un alza de temperatura. Llamar al pediatra y pedir asesoramiento por esta vía es otro recurso usado por los padres, sin embargo, también existe el servicio Salud Responde (600 360 7777), la plataforma telefónica del Ministerio de Salud que cuenta en sus líneas con médicos y enfermeros durante las 24 horas para realizar consultas y tener guías en el caso que el niño necesite atención primaria o de urgencia.

Atención, debe tener presente que al detectar un cuadro de fiebre es obligación consultar rápidamente con el médico en el caso de menores de un año, sobre todo en bebés que no superan los 6 meses,

“pues sus defensas son más bajas y tienen un sistema inmune que reacciona más lento y posee una respuesta insuficiente frente a un cuadro infeccioso”, expone el doctor Salas.

Sacudirse de frío

“El 80% de las fiebres se acompañan de ‘tercianas’”, indica el pediatra Maldonado. El término propio es escalofrío, el cual es un indicio que la temperatura va a subir, el prólogo de los cuadros febriles. En estas circunstancias los papás suelen abrigar al niño si siente frío, pero si tomaran la temperatura notarían la presencia de fiebre. La recomendación es arropar con algo liviano (como una sábana) y controlar vía termómetro.

La temida convulsión

Uno de los mayores horrores en los padres es la posibilidad que una fiebre pudiera causar un cuadro convulsivo en los menores y un colateral daño cerebral. “En los niños de 6 meses a 4 años la fiebre puede causar convulsiones. Se llaman crisis febriles benignas. El grado de riesgo va con el aumento de temperatura”, explica el doctor Maldonado.

Pero el doctor Balassa aclara que “no hay daño general en la gran mayoría de las convulsiones. Para un padre ver una convulsión es espantoso, pero ver 1 ó 2 aisladas y de corta duración no dejan secuelas”. Una meningitis declarada podría ser causante de daño cerebral, pero no la fiebre por sí sola, aclaran los pediatras.

Los especialistas concuerdan y acentúan el ser cuidadoso y no menospreciar la fiebre por muy banal que parezca, así como tener presente la prioridad del doctor para consejos y pautas de acción. “Lamentablemente en Chile somos todos médicos cuando hay alguien enfermo”, reflexiona Balassa. **R**

Niños podrían crecer vulnerables

Carola Fernández, psicóloga clínica del Centro de Terapia Familiar Confamilia, aclara que a pesar que los niños no cuentan con las herramientas para cuidarse por sí solos, “los padres muchas veces no logran identificar las necesidades reales de sus hijos y responden más bien a ciertas inseguridades que les produce esta ‘fragilidad’ del niño, entregando más cuidados de los que son realmente necesarios”.

La psicóloga explica “cuando los padres se sobre-preocupan y constantemente tratan a su hijo como excesivamente vulnerable a las enfermedades, le transmitirán el mensaje a su hijo de que este es así, entonces los menores incorporarán estas impresiones a la imagen que tendrá de sí mismo a futuro, percibiéndose como débiles, enfermizos y que necesitan de cuidados excesivos, lo cual se reflejará en la elaboración de su

propia identidad”.

Fernández recalca que un padre muy ansioso o asustado no generará seguridad en su hijo, por el contrario dará la impresión de que se vio sobrepasado y que no está respondiendo adecuadamente. “Los padres deben estar tranquilos y ser capaces de transmitir a su hijo la sensación de que todo estará bien y que pueden contar con ellos, esto no sólo tranquilizará al niño frente a los síntomas que presenta sino que también fortalecerá el vínculo que tiene con sus padres”.



Aspirina no apta para niños



El medicamento mundialmente famoso de la cadena Bayer es usado para bajar la fiebre como para el dolor de cabeza, pero no se puede utilizar en los pequeños. “La aspirina no debe darse en niños menores de 10 años, porque se puede dar el síndrome de Reye con compromiso hepático y encefálico. Es poco frecuente, pero es muy grave y es provocado por la aspirina”, indica el doctor Balassa.

Por estos días, nuevamente los beneficios del consumo de una tableta al día se encuentran cuestionados debido a un estudio de St George’s University Of London. De acuerdo a la investigación, el consumo diario de este fármaco provocaría el aumento en un 30% la probabilidad de sangramientos internos.

Fin al mito: los paños húmedos no van en la frente

Mojar una toalla con agua helada y dejarla en la frente es uno de los procedimientos clásicos en caso de fiebre. Para aprender y no olvidar, en primer lugar, el agua debe ser tibia. “Al regular la temperatura se trata que el calor emerja por la piel. Cuando se usan paños fríos se baja el calor pero el organismo hace un efecto de rebote con más vasoconstricción (se contrae la sangre), y así la fiebre sube”, revela el doctor Maldonado.

“Tampoco mojar el paño con alcohol, pues este se absorbe en la piel y en la superficie de los niños se puede producir toxicidad”, advierte.

Segundo, los paños húmedos deben ser puestos donde pasen arterias importantes del organismo, así pueden ir rodeando el cuello, en la zonas axilares e inguinales donde pasan las carótidas y yugulares, así se enfría más rápidamente el organismo, recomienda el pediatra Salas.

Con agua helada nuevamente, y en casos de temperatura muy alta, es la práctica de introducir al niño en un baño de tina. Lo útil es que también la temperatura de esta sea tibia e ir añadiendo agua fría hasta que el niño soporte.

Los especialistas destacan que estas medidas ayudan a disminuir la temperatura, pero son complementarias al uso de fármacos.



Fundamental en el botiquín

Dentro de los medicamentos para tratar la fiebre se encuentran: paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco y dipirona, por vía oral como en supositorios. "Cada uno tiene una indicación y contraindicación dependiendo de la edad", concluye Maldonado. Pero existen limitantes, pues "no se debe dar ibuprofeno a niños menores de 6 meses. Sigue siendo el paracetamol la primera opción pues se puede ocupar desde recién nacido", agrega.

Un estudio realizado por profesionales del Hospital Infantil de Sydney (Australia), indicó que el ibuprofeno era el mejor medicamento para bajar la fiebre. Consultado al respecto, el doctor Salas comenta "el ibuprofeno es más adecuado para tratar la temperatura, tiene un efecto analgésico más potente

que el paracetamol y un efecto antiinflamatorio que este último no tiene. Pero, si tienes un niño asociado a un cuadro febril-digestivo, el abuso de antiinflamatorios pueden aumentar la gastritis y provocar vómito".

Por otra parte, el médico Balassa apunta que "ningún medicamento es inocuo usado en largo plazo, no se debe ocupar ninguno ocupado en largo plazo de forma indiscriminada en un par de días. Cada niño responde distinto".

¿Alternar medicamentos? Sólo se permite en situaciones donde no se presenta evolución favorable con el uso de alguno, siempre y cuando se mantengan las dosis correctas y el tiempo de espera adecuado a las indicaciones de cada especialista.

Si ha entrado en pánico al leer un 37 en un termómetro, no duda en recetar medicamentos para bajar la temperatura y es ferviente creyente del pañito frío en la frente, podría estar tratando un cuadro febril de modo equivocado.



FECHA: SÁBADO 21 DE ENERO / MEDIO: LA TERCERA

Sólo en cinco
semanas se
puede
determinar el
sexo de un bebé



Esperar hasta las 11 ó 20 semanas que normalmente se requieren para identificar el sexo del nuevo individuo quedará en el pasado. A través de un examen de sangre a la madre, investigaciones de la U. de Corea del Sur lograron estimar el sexo del bebé. Esto, tras el análisis a las variaciones que presentan dos enzimas en el plasma sanguíneo: DYS14 y GAPDH. El estudio se realizó con 403 mujeres y de los pronósticos, ninguno presentó error.

CLIPPING DIGITAL 75

Cliente: SOCHIPE
Período: 24-25 enero

FECHA: MARTES 25 DE ENERO / MEDIO: LA SEGUNDA

Vacunación es la principal arma para prevenir el sarampión



La vacunación contra el sarampión es clave al año de edad.



Dra. Teresa Gómez, pediatra de Clínica Arauco Salud.

El sarampión es una enfermedad infecciosa muy seria causada por un virus paramixovirus del género Morbillivirus. Se caracteriza por típicas manchas en la piel de color rojo (exantema), fiebre y compromiso del estado general. Si se complica puede llegar a provocar inflamación en los pulmones y el cerebro, amenazando la vida del paciente.

Se trata de un patógeno de transmisión aérea altamente contagioso, el cual se propaga primordialmente a través del sistema respiratorio. El virus transita a través de las secreciones respiratorias y puede ser contagiado o transmitido de persona a persona vía gotitas que contienen partículas del virus, como las producidas por un paciente con tos. Una vez que la transmisión ocurre, el virus infecta las células epiteliales de su nuevo huésped y pueden replicarse en el tracto urinario, el sistema linfático, la conjuntiva, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central.

El sarampión usualmente dura entre cuatro y doce días, donde prácticamente no hay síntomas. Las personas infectadas pueden contagiar desde las primeras manifestaciones de la patología hasta los tres a cinco días después de la aparición del exantema (sarpullido cutáneo).

La doctora Teresa Gómez, pediatra de Clínica Arauco Salud, señala que en Chile esta enfermedad está prácticamente erradicada debido a

la amplia cobertura que tiene el Programa Nacional de Inmunización (PNI), que incluye su vacuna. Pese a ello, dice, cada cierto tiempo aparecen casos de pacientes que han sido contagiados en otros países.

Lo más importante que se puede hacer para proteger a los niños del sarampión es vacunarlos, siguiendo el calendario de vacunaciones sistemáticas del PNI. La vacuna que previene esta enfermedad es la tres vírica (sarampión, paperas y rubeola), que se administra a los 12 meses y se aplica un refuerzo en Primero Básico.

Síntomas comunes

La doctora Gómez explica que esta enfermedad se diagnostica por el cuadro clínico y la detección de anticuerpos en la sangre. "El primer síntoma suele ser la aparición de fiebre alta, por lo menos tres días. También hay tos, coriza (nariz moqueante) y conjuntivitis (ojos rojos). La fiebre puede alcanzar los 40° C. Las manchas de

Koplik que aparecen dentro de la boca son patognomónicas (su aparición diagnóstica la enfermedad) y desaparecen unas 24 horas después de presentarse", especifica.

El exantema que aparece tres o cuatro días después de comenzar la fiebre se reconoce por ser una erupción cutánea de color rojizo que desaparece al presionar con el dedo.

Es descrito como una erupción generalizada, máculopapular, que comienza dos a tres días después de la aparición de la fiebre y de la sintomatología catarral. Aparecen primero detrás de las orejas, pero luego se extiende a la frente, mejillas, cuello, pecho, espalda, extremidades superiores, abdomen y, por último, a las extremidades inferiores. Por ello se dice que el brote sigue una dirección de cabeza a pies, con discreto picor.

Al tercer día el brote palidece; al cuarto, se vuelve de color pardusco, ya no se borra con la presión y la piel tiende a descamarse. Finalmente, desaparece de manera gradual en el mismo orden en que apareció.

"La erupción y la fiebre desaparecen

durante el séptimo y décimo días. Los últimos rastros de las erupciones generalmente lo hacen a los catorce días, con descamación ostensible”, describe la doctora Gómez.

Complicaciones si no se trata a tiempo

No hay un tratamiento específico o terapia antiviral para el sarampión. De hecho, advierte la pediatra, “la mayor parte de los pacientes que no presentan complicaciones se recuperan con descanso y tratamiento de ayuda. A pesar de ello, algunos pacientes pueden desarrollar neumonía como una secuela del sarampión”.

Las complicaciones de esta enfermedad son relativamente comunes y van desde la habitual y poco grave diarrea a la neumonía, encefalitis (ambas producto de las bajas defensas del organismo) y ulceración córnea, la que puede derivar, incluso, en la abrasión córnea. La patología suele presentarse de forma más severa en los adultos, en los niños malnutridos y pacientes inmunodeprimidos.

En Chile, esta enfermedad está prácticamente erradicada, principalmente debido a la amplia cobertura que tiene el Programa Nacional de Inmunización (PNI), que incluye la vacuna tres vírica, que protege contra el sarampión, paperas y rubeola. Esta se administra a los 12 meses y se aplica un refuerzo en Primero Básico, señala la doctora Teresa Gómez, pediatra de Clínica Arauco Salud.