



el estetoscopio

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CRÓNICOS

ACTUALIDAD:
**ENFERMEDADES
EMERGENTES**

PATRIMONIO:
**RECORDAMOS A
LA DRA. ELOISA
DÍAZ INSUNZA**



Síguenos en:



N.84 Año 14
Ene-Feb 2016

Línea
GOLD

NUTRICIÓN AVANZADA

No da lo mismo
lo que le das a tus hijos
procura entregarles
una nutrición adecuada



Aporte proteico adecuado
para cada etapa*



La leche materna es el mejor alimento para el bebé. Las fórmulas no sustituyen a la leche materna. Progress Gold no sustituye a la leche materna. Las fórmulas para lactantes deben ser usadas únicamente bajo indicación de un profesional de la salud. La buena nutrición de la madre es importante para poder establecer y mantener la alimentación al pecho. El uso parcial de biberones podría tener un efecto negativo sobre la lactancia materna, y resulta difícil iniciar posteriormente la alimentación infantil. La fórmula para la alimentación infantil debe ser preparada y usada según indican las instrucciones. Progress Gold es una bebida láctea en polvo para niños de 1 a 3 años. El uso innecesario o incorrecto de la fórmula para la alimentación infantil puede crear riesgos para la salud.

*Cantidades apropiadas según normativas RSA DS 977/96 y Codex 156/87

ASPENNUTRICH142

Para mayor información visite nuestro sitio web www.nutricioncontigo.cl
Fono atención al consumidor: Desde teléfonos fijos 800 260 799 y desde celulares +56 (02) 2944 7479

aspennutrition
LABS



Magazine de la Sociedad
Chilena de Pediatría
N°84 / Año 14 / Ene-Feb 2016

Director Dr. Luis Felipe González F.

Editora Dra. Jimena Maluenda P.

Comité Editorial
Dr. Hernán Sepúlveda R.
Dr. Humberto Soriano B.
Dra. Sofía Aros A.
Dr. Francisco Moraga M.
Sr. Jaime Escobar A.

Contacto Teléfonos: (56-2) 2237 15 98
(56-2) 2237 97 57
Fax: (56-2) 2238 00 46
secretaria@sochipe.info
www.sochipe.cl

Ventas Sra. Xenia Briones G.
+569 9 190 6412 / xbriones@sochipe.cl

Producción Beactive Comunicaciones



Las opiniones publicadas en El Estetoscopio son responsabilidad de quien las emite y no representan necesariamente la opinión de la Sociedad Chilena de Pediatría.

Editorial
Indicaciones para los padres estas vacaciones **04**

Central
Consideraciones éticas en la atención médica de pacientes crónicos **06**

Actualidad
Enfermedades Emergentes **13**

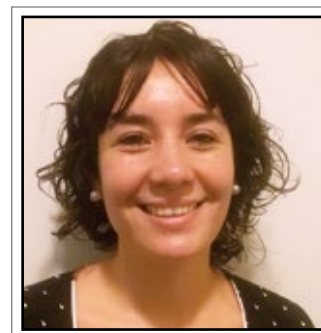
De Interés
-Monitorización de sedoanalgesia
-Manejo y prevención del delirio en pacientes de UCIP **16**

Breves
Información de interés **20**

Patrimonio
Eloísa Díaz Insunza: Primera mujer médico de América del Sur **24**

Tecnología y Profesión
Software y enlaces de utilidad para pediatras **28**

Humor
Hablando de niños **30**



FE DE ERRATAS

En la página 22 de nuestra edición 83, se publicó erróneamente una fotografía de la autora del texto, la Kíga Jocelyn González S. La presente fotografía es la que correspondía publicar.



INDICACIONES PARA LOS PADRES ESTAS VACACIONES

El verano es tiempo de un merecido descanso y abre muchas posibilidades de entretenimiento, crecimiento y desarrollo para niños y jóvenes. Sin embargo, es también un tiempo de alto riesgo de accidentes, que son la primera causa de enfermedad y muerte en niños chilenos de 1 a 21 años. Las muertes por trauma son 11 veces más frecuentes en hijos de madres con menor educación (Holstey, Rev. Med. Chile 1998). Al educar, podemos salvar vidas.

Acá recordamos algunos datos:

1. Los accidentes más frecuentes en niños son las caídas, quemaduras, atoramientos por sustancias sólidas, intoxicaciones y asfixia por inmersión.
2. Los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años (OMS Oct, 2015).
3. Chile tiene la menor tasa anual de accidentes de tráfico en Sudamérica, 12 por 100 mil habitantes, o 6 personas diarias, lo que es casi la mitad que la de Brasil o Bolivia. Sin embargo, tenemos mucho que mejorar si miramos a países desarrollados, como Suecia o Inglaterra, donde hay cuatro veces menos muertes que en Chile. Además, tenemos la más alta tasa de muerte peatonal de los países de la OCDE. ¿Qué indicaciones dar? 1) Cinturón y sillas apropiadas para todos, aunque viajen en el asiento de atrás. 2) Proteja a sus hijos: si bebe o consume marihuana... ¡No maneje! 3) Recordar a los jóvenes: siempre caminar alerta. ¡Peatones sin celular ni sustancias!

En verano, el mar y la piscina ofrecen la oportunidad de socializar, adquirir coordinación, resistencia cardiovascular, fuerza y elasticidad. La indicación de protección solar es conocida: No sol en niños menores de 6 meses. Evitar el sol entre las 10 am y 4 pm, usar sombreros de ala ancha, poleras de manga larga o ropa de agua anti luz UV. Bloqueador sobre factor 15, con micropigmentos o pantalla, aplicado cada 2 horas. Lentes con protección UV. Menos conocido y más peligroso es que la inmersión es la segunda causa de muerte en niños (Weiss, Pediatrics 2010). Según la Academia Americana de Pediatría, la única medida segura con niños pequeños es la supervisión constante, “donde mis manos te toquen y mis ojos te vean”. Las piscinas deben tener cerco de 1,2 metros en sus cuatro costados y, lo más importante, una puerta que cierre con pestillo sola. Evitar que los niños corran alrededor de piscinas y los clavados, sobre todo en un lugar que no conocen. Las piscinas portátiles o inflables, aunque contengan poca agua, pueden ser letales para niños pequeños. Las chaquetas salvavidas en botes son tan importantes y obligatorias como el uso de cinturón de seguridad en los autos. Los niños que nadan antes de los 4 años se ahogan menos pero siempre necesitan supervisión de un adulto cuando están en el agua. En el mar, aunque el joven nade bien, siempre acompañado. Cuando un niño se encuentra inconsciente en el agua, aunque haya pasado un tiempo prolongado, realizar resucitación cardiopulmonar en la que todo padre debiese estar entrenado. Esto es particularmente cierto en aguas frías, en las que el reflejo de inmersión da un grado de protección.

Nuestro país tiene un lujo de cerros y montañas espectaculares donde el trekking es siempre una actividad cercana, fácil de realizar en familia y que tiene muchos beneficios. Pero, esta actividad también requiere de cuidados como prevenir la deshidratación y el golpe de calor. Los accidentes serios o fatales a menudo ocurren en senderos desconocidos en los que se ingresa sin guía. También, se debe calcular muy bien el tiempo de caminata para no desplazarse sin luz por senderos en cerros y montañas. La ropa y equipo adecuado, como zapatos anti deslizantes, bastón, sombrero y abundante agua, son esenciales.

El ciclismo, skateboard, patinaje, las cabalgatas y el motociclismo tienen un requisito en común, además de ser buenos ejercicios al aire libre: ¡el uso de casco!, que puede salvar la vida del joven que los realice. Este elemento de seguridad es imprescindible y son muchos los accidentes fatales ocurridos por no llevarlo. Para que el consejo médico mejore la probabilidad de ser seguido, ayuda que se acompañe de campañas publicitarias masivas y repetidas en el tiempo.

El verano también es un tiempo en el que hay más accidentes domésticos. Las caídas y contusiones constituyen más del 80% de los accidentes de consulta ambulatoria, (García-Huidobro Rev Med Chile 2005). Hay que recordar a los padres que revisen que sus hogares sean “a prueba de niños”. Esto incluye cubrir enchufes, seguros para puertas, productos de limpieza y remedios fuera del alcance de los niños, cubrir bordes de veladores y muebles con cojinetes, tener las estanterías fijadas a la pared, usar barreras en escaleras y ventanas, y una actitud de vigilancia constante.

Para los adolescentes, el verano es un tiempo para profundizar amistades, expandir el círculo de amigos y crecer en relaciones personales. Las fiestas, reuniones y actividades de los adolescentes necesitan de padres firmes en sus convicciones: **tolerancia cero al alcohol, tabaco, marihuana y drogas**. Los hijos de padres con reglas claras consumen significativamente menos sustancias y, por tanto, son más sanos y sufren menos accidentes.

Dr. Humberto Soriano B.
Vicepresidente Sociedad Chilena de Pediatría





CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CRÓNICOS

Las presentes reflexiones son el fruto del trabajo del grupo de Bioética en Pediatría del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

¿Cuáles son los principales problemas éticos que surgen en la atención de pacientes pediátricos con patologías crónicas que afectan la calidad de vida?

La enfermedad en el niño significa en forma habitual un episodio normal e inevitable. Las primeras aproximaciones son a través de la experiencia lúdica. Tanto es así que es frecuente observar que los niños jueguen “al doctor”, donde conviven por un lado con una imagen de cuidado y comprensión y, por otro lado, con una imagen de saber y autoridad, y con la agresión dolorosa de un pinchazo.

En la vivencia de estar enfermo pueden desencadenarse diversos mecanismos psicoafectivos, como el retorno a los cuidados corporales y la sensación de un cuerpo débil e imperfecto, así como el sentimiento de castigo, de culpabilidad, de sufrimiento e incluso de amenaza de muerte. La magnitud y forma de este vivenciar puede estar relacionado con la edad, el desarrollo moral del niño, las experiencias previas (incluyendo la mayor o menor contención que los padres han podido brindar y el resultado de la reconfiguración familiar), y las

características del episodio que se está viviendo.

Esta experiencia refuerza el vínculo de protección y dependencia con los padres, e incluso con el médico y el resto del equipo de salud.

En el caso de los niños portadores de enfermedades crónicas, la experiencia de enfermedad se prolonga en el tiempo, tiene repercusiones físicas, afectivas, del desarrollo y sociales en el niño y su familia, refuerza la imagen de un cuerpo defectuoso o amenazado, establece la realidad de un hijo/hermano enfermo y deja presente el riesgo de descompensaciones y pérdida.

En estas circunstancias se produce una desestructuración familiar, con etapas de abatimiento y desaliento así como de lucha contra la enfermedad, expresada tanto en rechazo o negación como en colaboración con el equipo médico. Es una verdadera crisis que requiere un nuevo nivel de equilibrio y de reorganización familiar.

La calidad de vida, mirada como una conjunción de condiciones de vida (salud, vivienda, educación, trabajo, etc.), sistema de valores

sobre los que se construye el vivir, búsqueda de satisfacer las propias necesidades y expectativas de bienestar en cierto contexto cultural, se desarrolla en forma singular para cada familia, en especial en el caso de que uno de sus integrantes sea portador de una enfermedad crónica. La pérdida parcial del proyecto de vida y la necesaria búsqueda de un nuevo sentido vital ante esta situación de cronicidad marcan la percepción de calidad de vida.

Dicho esto, los principales conflictos éticos que surgen en la atención de niños portadores de una enfermedad crónica y su familia se presentan cuando fallamos en el deber que nos une con ellos. Ante este tipo de falla, un error en el ejercicio médico, tenemos la obligación de prevenirlo, reconocerlo ante los afectados y repararlo. Nuestro deber está en informar y comunicarse amablemente con el paciente y sus familiares, en lograr desarrollar un empático proceso de consentimiento junto al paciente y su familia, incluyendo sus creencias y valores, tomando en consideración el rol del niño enfermo en el sistema familiar así como aceptando y acogiendo las reacciones

psicológicas del paciente y de los miembros de la familia. Nuestro deber también está en trabajar por la funcionalidad de los sistemas médicos, del médico tratante, considerando y luchando por los recursos para ayudar a la familia, por favorecer el soporte de las asociaciones de pacientes y en la necesidad de acompañar y evitar el desamparo así como considerar un enfoque multidisciplinario del equipo de salud para trabajar en lograr calidad y dignidad de vida para el paciente y su sistema familiar.

Así, para una atención médica óptima de un paciente con enfermedad crónica, se requiere comunicación efectiva, obtención de consentimiento o asentimiento, evitar introducir creencias propias en la toma de decisiones, aceptar y validar las reacciones emocionales del paciente y su familia. También se requiere trabajar en la funcionalidad de los sistemas médicos, considerar los recursos para ayudar a la familia, incluir o sugerir las asociaciones de pacientes, realizar enfoque multidisciplinario, y siempre tener en cuenta la necesidad de acompañar y evitar el desamparo. De este modo, nuestro trabajo



Dr. José Manuel Caballero M. Intensivista Pediátrico U. de Chile. Docente Departamento Bioética y Humanidades Médicas. Facultad de Medicina, Universidad de Chile



está enfocado a lograr calidad y dignidad de vida para el paciente y su sistema familiar.

¿Cuándo se plantea la posibilidad de limitación de esfuerzo terapéutico? ¿Qué importancia tiene la percepción/opinión de los padres en esto?

La relación clínica en pediatría se establece entre un niño enfermo y su familia que solicitan ayuda y un equipo médico que está en condiciones y disposición para ayudar.

En esta situación de mayor gravedad, hay una interrupción del crecer, jugar y desarrollarse propia del niño, así como una sensación de insuficiencia en los cuidados, de incertidumbre y angustia ante el sufrimiento de su hijo y la potencial separación por parte de los padres.

Hay una solicitud de ayuda pero no hay renuncia a acompañar, proteger y decidir ante las situaciones de conflicto. Se debe establecer una fuerte relación clínica, basada en la confianza, la veracidad, el respeto, la empatía, el acompañamiento y la responsabilidad.

Cuando el niño enfermo está en situación crítica, y hay riesgo de muerte, se requiere ayuda inmediata, rápida y precisa, poniendo todas las capacidades y el esfuerzo disponibles. Esto incluye soporte vital avanzado. La tecnología al servicio de salvar la vida de un niño. Significa dar tiempo para que ese niño gravemente enfermo revierta su situación mientras son reemplazadas algunas de sus funciones vitales.

Es un escenario de problemas complejos, en el límite que amenaza la vida, de gran riesgo emocional, con dependencia extrema de otros y donde se refuerza la necesidad de confianza, veracidad, compañía y valentía.

En estas circunstancias, algún evento puede llamar nuestra atención y generar interrogantes que nos obligan a realizar una completa reevaluación de la situación del niño enfermo y considerar los elementos éticos de no dañar, de aliviar el dolor, de no abandonar, de aliviar el sufrimiento, de proporcionalidad



en los tratamientos y de acompañamiento para plantear una adecuación en las estrategias terapéuticas hasta ese momento empleadas.

Actualmente se habla de adecuación y no de limitación precisamente para dar relevancia a un proceso de deliberación, de búsqueda en conjunto con la familia del niño para encontrar una mejor decisión para él.

Como es de suponer, la percepción y opinión de los padres es

fundamental para llegar a una decisión adecuada y prudente para esta situación y este momento singular. Es indispensable considerar la entrega de información veraz y entendible, escuchar a los padres, darles tiempo para que entiendan, darles espacio para que pregunten, dialogar, identificar y explicitar los valores involucrados y respetar la esperanza. Buscar en conjunto, consensuar lo que se hará, ser prudentes y tomar una decisión sabiendo que en otras circuns-

tancias las decisiones pueden cambiar. Es un proceso complejo, que enfrenta inicialmente a los padres y al equipo médico, y donde es necesario desplegar con generosidad las mejores herramientas de diálogo y contención para avanzar en la construcción de caminos comunes.

¿Cómo se evalúa cuando un paciente pediátrico en edad escolar está en condiciones de dar su asentimiento o negarlo, aún cuando sea un planteamiento distinto al de sus padres o cui-





“Se puede considerar, desde la Bioética, el concepto de menor maduro como aquel que es capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias del tratamiento ofrecido y así ser considerados lo suficientemente competentes como para consentir o rechazar un tratamiento.”



dadores?

Se puede considerar, desde la Bioética, el concepto de menor maduro como aquel que es capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias del tratamiento ofrecido y así ser considerados lo suficientemente competentes como para consentir o rechazar un tratamiento.

Como estamos hablando de un proceso inserto dentro de la relación clínica establecida con el niño y su familia, es necesario informar en forma veraz y sencilla, considerar la edad y el desarrollo moral del paciente, evaluar sus competencias y considerar las experiencias previas y el contexto en que vive la actual circunstancia.

El profesor Diego Gracia señala que la madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje.

No es una situación fácil pero hay que recordar que el niño pone toda su confianza en nosotros.

¿Cómo se define “enseñamiento terapéutico”?

Se puede entender el concepto de “enseñamiento terapéutico” como lo que no deberíamos hacer, aquello que se funda en un imperativo tecnológico y no moral de la atención de una persona. Es uno de los primeros términos de un continuo que se han utilizado a lo largo del tiempo y que dan cuenta de la dificultad que se ha tenido para equilibrar la tecnología que puedo utilizar para ayudar a un paciente en situación crítica y la que debo utilizar en consideración de los valores de dicho paciente.

“Enseñamiento terapéutico” es un término en desuso, más propio de los medios de comunicación, que puede definirse como la aplicación a un paciente en situación crítica de tratamientos extraordinarios de los que no es posible esperar beneficio alguno para el paciente y que solo prolonga la vida biológica de éste.

Le siguió el concepto de “obstinación terapéutica”, definida como retrasar el advenimiento de la

muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos sobreañadidos.

Luego se ha hablado de “limitación del esfuerzo terapéutico”, como la aplicación de medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación clínica real del enfermo. Se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro. Como hemos comentado previamente, puede entenderse espontáneamente algún grado de abandono y de mayor sufrimiento para el paciente, posiblemente facilitado por la poca participación de la familia en la toma de decisiones.

Actualmente se habla de “adecuación del esfuerzo terapéutico” para dar relevancia por un lado a la proporcionalidad de los cuidados, es decir, tomando en cuenta la obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible y por otro lado, a la participación activa de la familia en la toma de decisiones.

En el caso de que padres o tutores no acepten aplicar limitación al esfuerzo terapéutico, ¿cómo se les transmite el concepto de ensañamiento terapéutico?

Es indispensable recordar, por un lado, que los padres buscan el bienestar de su hijo y, por otro lado, que hemos ido construyendo una relación clínica basada en la confianza y la verdad. Esta no debería ser una decisión unilateral sino más bien una decisión consensuada construida a través de un proceso de permanente diálogo y entendimiento.

Se debe comprender como un proceso de redefinición de las necesidades y de las estrategias de cuidado del paciente y no como una restricción de tratamiento. Mantiene nuestra energía vital para acompañar al paciente y su familia y busca adecuar los tratamientos a las necesidades del

paciente.

No dejar de mirar al niño enfermo y su familia desde sus distintas dimensiones y no colocar el imperativo tecnológico por sobre la persona. No dañar, no abandonar, más bien garantizar todas las medidas para su bienestar (analgesia, sedación, cuidados). Mantener activa comunicación y acompañamiento. Empatizar. Realizar proceso de deliberación y consensuar decisiones con los padres. Tomar decisiones prudentes y fundamentadas. Los padres tienen todo el derecho de definir y promover el contenido de beneficencia de sus hijos, pero no pueden actuar en perjuicio de ellos. El equipo médico debe cautelar que las decisiones de los padres no

dañen a los hijos.

¿Qué elementos comunicacionales debemos tener en cuenta a la hora de abordar estas delicadas materias con familiares?

Más que comunicacionales debemos tener en cuenta la asimetría de la relación entre los padres y el equipo médico en cuanto al contenido y experiencia de la materia a comunicar. Para el equipo puede ser la evolución lamentable de un niño con una afección crónica y para los padres, su hijo amado. La relación debe llevar a un encuentro entre personas, unas que necesitan ayuda, otras que están en disposición de ayudar, con un centro común, con una persona en común: un hijo enfermo en situación crítica.

Debemos fortalecer conductas que nos vuelvan cada vez más humanos. Tener un espacio privado y tranquilo para conversar, dar espacio al silencio, y dar espacio al diálogo como un modo de enfrentar en común problemas que emergen de “las dificultades de la vida”. Respetar las dudas, escuchar activamente y revisar una y otra vez esa singular biografía infantil. Respetar la confidencialidad. Volver a identificar y explicitar los valores involucrados y respetar la esperanza. Buscar en conjunto los posibles cursos de acción, consensuar lo que se hará, ser prudentes y tomar una decisión fundamentada, sabiendo que en otras circunstancias las decisiones pueden cambiar.^{ee}

“La relación debe llevar a un encuentro entre personas, unas que necesitan ayuda, otras que están en disposición de ayudar, con un centro común, con una persona en común: un hijo enfermo en situación crítica.”





ÚNICA VACUNA CONTRA
LA ENFERMEDAD
MENINGOCÓCICA (ACWY)
A PARTIR DE LOS
2 MESES

Novartis a la vanguardia en la prevención de enfermedad meningocócica

*Los ojos
de Mamá*



*La nariz
de Papá*

La Vacuna de Novartis

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

	EDAD DE PRIMOVACUNACIÓN	INMUNIZACIÓN PRIMARIA	DOSIS ENTRE LOS 12-24 MESES
LACTANTES Y NIÑOS	De 2 - 6 meses de edad	3 dosis (2, 4 y 6 meses) Intervalo mínimo 2 meses	1 dosis entre los 12 - 16 meses
	7 - 23 meses de edad (*)	1 dosis	1 dosis entre los 12 - 24
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS	≥ años 2 (**)(***)	1 dosis	

(*) En niños no vacunados de 7 a 23 meses de edad, Menveo debe ser administrado en dos dosis, cada una como dosis única de 0,5 ml, debiendo ser administrada la segunda dosis en el segundo año de vida y al menos dos meses después de la primera dosis. (**) Para niños entre 2 y 5 años de edad con elevado riesgo continuo de enfermedad meningocócica se puede administrar una segunda dosis 2 meses después de la primera dosis. (***) La aprobación en Chile otorgada por el ISP es hasta los 55 años de edad. La necesidad y momento para una dosis de refuerzo de Menveo aún no han sido determinados.

SITIO DE APLICACIÓN: Menores de 12 meses: región anterolateral del muslo. Niños de 12 meses a mayores: región deltoidea.



- ✓ Única vacuna contra la enfermedad meningocócica (ACWY) a partir de los 2 meses.¹
- ✓ Coadministración con otras vacunas.^{2,3}
- ✓ Buen perfil de seguridad.^{2,4-8}

REFERENCIAS

1. Prospecto. 2. Klein et al., *Pediatr Infect Dis J* 2012; 31: 64-71. 3. Arguedas et al., *Vaccine* 2010; 28: 7865-7872. 4. Halperin SA et al., *Vaccine* 2010; 28: 7865-7872. 5. Jackson LA et al., *CID* 2009; 49: e1-10. 6. Jackson LA et al., *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: 86-91. 7. Reisinger KS, *Clinical and Vaccine Immunology*, 2009, 16: 1810-1815. 8. Stamboulou D, et al. *Int J Infect Dis.* 2010, 14(10): e868-875.

RESUMEN DE PRODUCTO

Nombre genérico: Vacuna conjugada contra meningococo de los serogrupos A, C, W135 e Y. **Nombre comercial:** Menveo®.

Fórmula: Una dosis (0,5 ml de la vacuna reconstituida) contiene: 10 µg de Oligosacárido meningocócico grupo A conjugado con 16,7 a 33,0 µg de CRM197, 5 µg de Oligosacárido meningocócico grupo C conjugado con 7,1 a 12,5 µg de CRM197, 5 µg de Oligosacárido meningocócico grupo W-135 conjugado con 3,3 a 8,3 µg de CRM197 y 5 µg de Oligosacárido meningocócico grupo Y conjugado con 5,6 a 10 µg de CRM197. **Excipientes:** Sacarosa, cloruro de sodio, fosfato de potasio dihidrogenado, fosfato de sodio (compuesto por fosfato de sodio monohidratado dihidrogenado y fosfato sódico dihidratado hidrogenado) y agua para inyectable c.s.p. **Forma Farmacéutica:** Liofilizado y solución inyectable. **Indicaciones:** Menveo® es una vacuna indicada para la inmunización activa de niños (desde los 2 meses de edad), adolescentes y adultos hasta los 55 años, para prevenir la enfermedad meningocócica invasiva causada por los serogrupos A, C, W-135 e Y de la *Neisseria meningitidis*. El uso de esta vacuna debe realizarse conforme con las recomendaciones oficiales. **Posología / Dosificación Modo de administración:** Niños de 2 a 23 meses de edad: En lactantes que inician su vacunación desde 2 a 6 meses de edad, tres dosis de Menveo, cada una de 0,5 ml, deben ser administradas, con un intervalo de al menos 2 meses; la cuarta dosis debe ser administrada durante el segundo año de vida (12-16 meses). En niños no vacunados de 7 a 23 meses de edad, Menveo debe ser administrado en dos dosis, cada una como dosis única de 0,5 ml, debiendo ser administrada la segunda dosis en el segundo año de vida y al menos dos meses después de la primera dosis. En niños desde los 2 a 10 años de edad, Menveo debe ser administrado como dosis única (0,5 ml). Para niños entre 2 y 5 años de edad con elevado riesgo continuo de enfermedad meningocócica se puede administrar una segunda dosis 2 meses después de la primera dosis. En adolescentes y adultos (desde 11 años de edad), Menveo debe ser administrado como una dosis única. La necesidad y momento para una dosis de refuerzo de Menveo aún no han sido determinados. Cada dosis de Menveo® debe ser administrada como una sola inyección intramuscular de 0,5 ml, preferiblemente en la cara anterolateral del muslo en lactantes o en el músculo deltoides (parte superior del brazo) en niños, adolescentes y adultos. No debe ser administrado por vía intravascular, subcutánea ni intradérmica. Deben usarse sitios de inyección separados si se administrara más de una vacuna a la vez. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a cualquier componente de Menveo®, incluyendo el toxoide diftérico (CRM197) o una reacción potencialmente mortal después de la administración previa de una vacuna que contenía componentes similares. **Advertencias:** Antes de la inyección de cualquier vacuna, la persona responsable de la administración debe tomar todas las precauciones conocidas para la prevención de reacciones alérgicas o de cualquier otro tipo, incluyendo historia clínica detallada y estado de salud actual. Al igual que con todas las vacunas inyectables, siempre se debe tener disponible de inmediato el tratamiento y supervisión médica apropiada en el raro caso de presentarse un evento anafiláctico después de la administración de la vacuna. Menveo® no se debe administrar por vía intravenosa bajo ninguna circunstancia. Menveo® no protege contra enfermedades causadas por algún otro serogrupo de *N. meningitidis* no incluido en la vacuna. Al igual que sucede con cualquier vacuna, puede que no se produzca una respuesta inmunitaria protectora en todos los vacunados. No mezcle Menveo® o cualquiera de sus componentes con cualquier otra vacuna o diluyente en la misma jeringa o vial. **Precauciones:** En personas inmunocomprometidas, es posible que la vacuna no produzca una respuesta adecuada de anticuerpos protectores. Menveo® no ha sido evaluado en individuos comprometidos, incluyendo individuos con infección por VIH, deficiencias del complemento e individuos con asplenia funcional o anatómica. Estos pueden no lograr respuesta inmune a las vacunas meningocócicas conjugadas de los grupos A, C, W-135 e Y. Como con otras vacunas, la aplicación de Menveo® debe ser postpuesta en individuos que sufren de enfermedad febril aguda. La presencia de una infección menor no es una contraindicación. Aparente en lactantes prematuros: se ha observado en algunos lactantes nacidos prematuramente, apnea luego de la vacunación. Se debe evaluar la condición médica individual del lactante, los beneficios potenciales y los posibles riesgos de la vacunación. Dado que las vacunas pueden desarrollar síncope, lo que puede resultar en una caída con daño, se recomienda una atenta observación por 15 minutos después de la administración. Después de la vacunación con Menveo, se ha reportado síncope, algunas veces asociado con movimientos tónico-clónicos y otra clase de manifestaciones tipo convulsivo. Cuando el síncope está asociado con movimientos tónico-clónicos, la actividad es usualmente pasajera y normalmente responde a la restauración de la perfusión cerebral, manteniendo una posición supina o de Trendelenburg. En la evaluación de reacciones adversas post-marketing de otra vacuna meningocócica cuadrivalente conjugada, ha habido evidencias que sugieren un riesgo aumentado de síndrome de Guillain-Barré después de la administración de Menveo. Los padres deben ser informados del programa de inmunización por esta vacuna. Se deben describir al padre o tutor las precauciones, como medidas antipépticas útiles para tratar las fiebres post-vacunación, y se debe enfatizar la necesidad de reportar cualquier evento adverso. Aparente en lactantes prematuros: se ha observado en algunos lactantes nacidos prematuramente, apnea luego de la vacunación. Se debe evaluar la condición médica individual del lactante, los beneficios potenciales y los posibles riesgos de la vacunación. **Interacciones:** En niños de 2 a 23 meses de edad vacunados en ensayos clínicos, Menveo® fue administrado concomitantemente con vacunas que contienen los siguientes antígenos: toxoide diftérico, pertussis acelular, toxoide tetánico, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), polio inactivada, hepatitis B, hepatitis A inactivada, antígenos capsulares de la vacuna neumocócica conjugada heptavalente, rotavirus pentavalente y virus de sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV). No se observó incremento en la reactividad o cambio en el perfil de seguridad de las vacunas de rutina. En lactantes que recibieron Menveo® de manera concomitante con DtaeP/PPV-Hib y PCV7 a los 2, 4 y 6 meses de edad y vacuna para la hepatitis B (VHB) administrado acorde a las recomendaciones de ACIP US (Comité Asesor de Prácticas en Inmunización de los Estados Unidos), no se observó evidencia de una menor respuesta de los anticuerpos a los antígenos de la tos ferina (GMC para la toxina de la tos ferina, hemaglutinina filamentososa, aglutinógeno fimbrial y pertactina), toxoide diftérico (niveles de anticuerpos $\geq 0,1$ UI/ml), toxoide tetánico (niveles de anticuerpos $\geq 0,1$ UI/ml), virus de la polio tipos 1, 2 y 3 (niveles de anticuerpos neutralizantes $\geq 1:8$ para cada virus), *Haemophilus influenzae* tipo b (anticuerpos anti PRP $\geq 0,15$ µg/ml) o hepatitis B (antígeno de superficie anti hepatitis B ≥ 10 mIU/ml) respecto a la respuesta de los lactantes en los que se administró DtaeP/PPV-Hib, PCV7 y vacuna para la hepatitis B (VHB), un mes después de recibir la serie de 3 dosis. Se cumplieron los criterios de no inferioridad para 6 de los 7 serotipos neumocócicos (4, 9, 14, 18, 19F, 23F) al mes posterior a la serie primaria de 3 dosis y no alcanzados en forma marginal para el serotipo 6B (niveles de anticuerpos $\geq 0,35$ mcg/ml). Sin embargo, un mes después de la cuarta dosis de PCV7 a los 12 meses de edad, se alcanzó la no inferioridad para todos los serotipos de PCV7. No hay evidencia de interferencia en la respuesta inmune a la MMR y vacunas de la varicela (entre niños inicialmente seronegativos) en términos de porcentajes de niños con anticuerpos anti-sarampión ≥ 255 mIU/ml, anti-paperas ≥ 10 unidades ELISA, anti-rubéola ≥ 10 UI/ml y anti-varicela ≥ 5 gp unidades ELISA/ml, administradas a los 12 meses de edad concomitantemente con Menveo® en comparación con tales vacunas administradas solas. Las respuestas inmunes a MMR y a las vacunas de la varicela se evaluaron 6 semanas post vacunación. No existen datos disponibles para niños entre 2 y 10 años de edad en relación con la evaluación de la seguridad e inmunogenicidad de otras vacunas infantiles cuando se administran concomitantemente con Menveo®. En adolescentes (11 a 18 años de edad), Menveo se puede administrar concomitantemente con las vacunas para tétanos, difteria reducida y pertussis acelular (Tdap) y vacuna recombinante contra el virus del papiloma humano (VPH) cuadrivalente (tipos 6, 11, 16 y 18). En este grupo etario, Menveo ha sido evaluado en dos estudios de coadministración, tanto con Tdap sola, como con Tdap y HPV. No se observó evidencia de elevación de la tasa de reactividad o cambios en el perfil de seguridad de las vacunas en ninguno de los estudios. La respuesta de anticuerpos frente a los componentes de las vacunas Menveo, difteria, tétanos, pertussis o VPH no se vieron negativamente afectados por la coadministración. La administración secuencial de Menveo un mes después de Tdap, resultó en una disminución de respuesta inmune para el serogrupo W-135, medido de acuerdo a porcentaje de individuos serorrespondedores. Debido a que al menos 95% de los individuos alcanzó un hSBA $\geq 1:8$ para el serogrupo W-135 post-vacunación, la relevancia clínica de esta observación es desconocida. En adultos Menveo puede administrarse concomitantemente con otras vacunas: fiebre amarilla, fiebre tifoidea (polisacárido Vi), encefalitis japonesa y rabia. La administración concomitante de Menveo® y otras vacunas diferentes a los listados anteriormente no ha sido estudiada. Las vacunas concomitantes siempre deben ser administradas en sitios de inyección separados y preferiblemente contralaterales. Si el receptor de una vacuna está en tratamiento inmunosupresor, la respuesta inmunológica puede verse disminuida. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: No existen suficientes datos clínicos disponibles sobre la exposición durante el embarazo. Se realizó un estudio sobre toxicidad reproductiva y de desarrollo en conejos hembras con una dosis de aproximadamente 10 veces la dosis humana (en base a peso corporal). No hubo evidencia de efectos en el desarrollo materno, fetal o post-natal debido a Menveo®. Considerando la severidad de la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* serogrupos A, C, W-135 e Y, el embarazo no impide la vacunación cuando el riesgo de exposición está claramente definido. Lactancia: Aunque no existen suficientes datos disponibles sobre el uso de Menveo® durante la lactancia, es improbable que los anticuerpos secretados en la leche sean dañinos cuando sean ingeridos por el lactante. Por tanto, Menveo® puede ser usado durante la lactancia. No existen estudios que establezcan el impacto de Menveo® sobre la producción de leche, su presencia en la leche materna o su efecto en el niño amamantado. Fertilidad: No hubo efectos sobre la reproducción o fertilidad en un estudio de toxicidad embrionofetal y de desarrollo de conejos hembra que recibieron inyecciones intramusculares de Menveo® 35, 21 y 7 días antes de la copulación y en los días de gestación 7 y 20. La fertilidad de los machos no ha sido evaluada en animales. **Reacciones adversas:** Las frecuencias se definen como sigue: **Muy frecuente:** ($\geq 1/10$) **Frecuente:** ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) **Poco frecuente:** ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) **Rara:** ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) **Muy rara:** ($< 1/10.000$) **Desconocida** (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Niños de 2 a 23 meses de edad: La seguridad de Menveo® en el esquema de 4 dosis fue evaluado en tres estudios clínicos multicéntricos, aleatorizados y controlados en los cuales participaron 8735 lactantes de 2 meses de edad que recibieron Menveo® concomitantemente con las vacunas pediátricas de rutina. Un total de 2864 lactantes recibieron únicamente las vacunas pediátricas de rutina. No hubo un incremento significativo en las tasas de reacciones sistémicas solicitadas o reacciones locales observadas en aquellos que recibieron las vacunas pediátricas de rutina cuando se vacunaron concomitantemente con Menveo®. La reacción local más común fue la sensibilidad en el sitio de la inyección; mientras que en el caso de las reacciones sistémicas, la irritabilidad y somnolencia fueron las reacciones más comunes. La tasa más alta de reacciones solicitadas ocurrió después de la primera dosis en ambos grupos de tratamiento. La seguridad de Menveo® en el programa de 2 dosis fue evaluada en 1985 niños inmunizados entre 6 y 23 meses de edad en tres estudios aleatorizados que se enfocaron en la seguridad de Menveo® administrado concomitantemente con vacunas pediátricas de rutina. En dos estudios, la seguridad de una dosis de Menveo®, cuando se administró concomitantemente con las vacunas pediátricas de rutina en el segundo año de vida fue evaluada en 345 sujetos. Las tasas de eventos adversos solicitados reportados fueron comparables entre Menveo® y la vacuna conjugada MenC. La mayoría de reacciones adversas ocurrió dentro de los primeros días después de la vacunación y pocas fueron severas. Las reacciones adversas observadas fueron: **Muy frecuente:** desorden alimenticio, llanto persistente, somnolencia, diarrea, vómitos, irritabilidad, sensibilidad en el lugar de inyección, eritema en el lugar de inyección (≤ 50 mm), induración en el sitio de inyección (≤ 50 mm). **Frecuente:** sensibilidad severa en el lugar de la inyección, fiebre, erupción cutánea. **Poco frecuente:** eritema en el sitio de la inyección (> 50 mm), induración en el sitio de inyección (> 50 mm). Niños de 2 a 10 años de edad: La clasificación de seguridad de Menveo® en niños de 2 a 10 años de edad se basa en datos provenientes de 4 ensayos clínicos en los que 3181 sujetos recibieron Menveo®. Las tasas de reactividad local y sistémica, así como las tasas de otros eventos adversos fueron generalmente similares entre quienes recibieron de Menveo® y las vacunas comparadoras (vacuna meningocócica tetravalente conjugada con toxoide diftérico (ACWYD) o la vacuna meningocócica tetravalente polisacárida (ACWYPS)). Las reacciones adversas más frecuentes durante los ensayos clínicos en general, persistieron durante uno o dos días y no fueron severas. Estas reacciones adversas fueron: **Muy frecuente:** somnolencia, dolor de cabeza, irritabilidad, malestar, dolor en el sitio de inyección, eritema del sitio de inyección (≤ 50 mm), induración del sitio de inyección (≤ 50 mm). **Frecuente:** trastornos de la alimentación, náuseas, vómitos, diarrea, erupción cutánea, migraña, cefalea, eritema del sitio de inyección (> 50 mm), induración del sitio de inyección (> 50 mm), escalofríos, fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$. **Poco frecuente:** prurito en el sitio de inyección. Individuos de 11 a 65 años de edad: La clasificación del perfil de seguridad en adolescentes y adultos, se basa en datos provenientes de cinco ensayos clínicos aleatorizados controlados que incluyeron 6401 participantes (de 11 a 65 años de edad). Entre los receptores de Menveo® 58,9%, 16,4%, 21,3% y 3,4% se encontraban entre los 11-18 años, 19-34 años, 35-55 años y 56-65 años, respectivamente. Los dos estudios principales de seguridad fueron ensayos aleatorizados y con control activo que redujeron participantes entre 11 y 55 años (N = 2663) y 19 a 55 años (N = 1606), respectivamente. La incidencia y severidad de cualquier reacción local, sistémica u otra, fue generalmente similar en los grupos de Menveo® en todos los estudios y dentro de los grupos de edad de adolescentes y adultos. El perfil de reactividad y tasas de eventos adversos entre sujetos de edades entre 56 y 65 años que recibieron Menveo® (N=216) fue similar a la observada en receptores de Menveo® entre los 11 y 55 años de edad. Las reacciones adversas más frecuentes locales y sistémicas observadas en los ensayos clínicos fueron dolor en el sitio de la inyección y dolor de cabeza. Las reacciones adversas reportadas en tres ensayos clínicos pivoteles y dos ensayos clínicos de soporte se listan a continuación según la clase de órganos y sistemas. Los efectos secundarios más frecuentes reportados en los ensayos clínicos por lo general duraron uno o dos días y no fueron habitualmente severos. **Muy frecuente:** dolor de cabeza, náuseas, migraña, dolor en el sitio de inyección, eritema del sitio de inyección (≤ 50 mm), induración del sitio de inyección (≤ 50 mm), malestar. **Frecuente:** erupción cutánea, cefalea, eritema del sitio de inyección (> 50 mm), induración del sitio de inyección (> 50 mm), fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$, escalofríos. **Poco frecuente:** mareos, prurito del sitio de inyección. En el grupo de edad de los adolescentes, la seguridad y la tolerabilidad de la vacuna fueron favorables en relación con Tdap y no cambiaron de manera significativa con la administración concomitante o secuencial de otras vacunas. **Exposición Post-Comercialización:** Debido a que estos eventos fueron reportados voluntariamente por una población de tamaño incierto, no es posible estimar de manera fiable su frecuencia o establecer, para todos los eventos, una relación causal con la exposición a la vacuna. Niños de 2 a 10 años de edad: Trastornos generales y condiciones del sitio de administración: inflamación del sitio de inyección, incluyendo eritema inflamación del miembro inyectado. Trastornos del sistema nervioso: convulsiones febriles. **Individuos de 11 a 65 años de edad:** Trastornos del oído y del labirinto: audición disminuida, dolor de oídos, vértigo, trastorno vestibular. Trastornos oculares: ptosis palpebral. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración: prurito del sitio de inyección, dolor, eritema, inflamación e hinchazón, incluyendo inflamación extensa del miembro inyectado, fatiga, malestar, picazón. Trastornos del sistema inmune: hipersensibilidad, incluyendo anafilaxia. Lesiones, intoxicación y complicaciones del procedimiento: caída, lesión en la cabeza. Exámenes complementarios: alonina aminotransferasa elevada, aumento de la temperatura corporal. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo: artalgia, dolor óseo. Trastornos del sistema nervioso: mareos, síncope, convulsión tónica, dolor de cabeza, parestia facial, trastorno del equilibrio. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: dolor orofaríngeo. Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo: afecciones bullosas.

Importador: Novartis Chile S.A. Rosario Norte 615 Pto 9.

Condición de Venta: R. Venta bajo Receta Médica en establecimientos tipo A. Resolución ISP N° 21106/5.Octubre.2013. Versión: 3.0 (Fecha: Mayo de 2014).



Enfermedades Emergentes

UN RIESGO QUE TRASPASA NUESTRAS FRONTERAS

Dra. Cecilia Perret P.
Infectóloga Pediátrica. Profesor Asociado de la División de Pediatría
en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

En esta época estival, miles de viajeros salen del país hacia zonas donde se han presentado el contagio de algunas enfermedades que terminan siendo importadas hacia Chile. Son las llamadas enfermedades emergentes, principalmente transmitidas por picadura de mosquito, y que derivan en casos de dengue, chikungunya y zika. En la presente entrevista conoceremos sobre sus alcances, sintomatología, población de riesgo, tratamiento y medidas de prevención.



¿Cuáles son las enfermedades emergentes de mayor importancia en Chile?

Son las enfermedades transmitidas por mosquitos, dado el riesgo para los viajeros a zonas endémicas (dengue, chikungunya, zika) y también el riesgo potencial de enfermedades transmitidas por la vía respiratoria (influenza aviar, MERS-CoV).

Estas enfermedades, ¿corresponden a entidades clínicas “nuevas” o corresponden a descripciones actuales de entidades que existían previamente?

Algunas son enfermedades antiguas pero que para nuestra realidad son de reciente incorporación (transmitidas por mosquitos). Los virus chikungunya y zika son emergentes para América Latina ya que se introdujeron al continente en 2013 y 2014, respectivamente, y otras corresponden a agentes que han emergido recientemente como patógenos para el hombre.

¿Cuáles son los factores personales y ambientales que determinan la aparición de las enfermedades llamadas emergentes?

Los factores ambientales son muy importantes en el caso de las enfermedades transmitidas por mosquitos ya que son condiciones que facilitan la introducción del vector y su mantención. Esto, especialmente en el mosquito *Aedes sp.*, que es el que trasmite estos tres virus. Las condiciones ambientales tienen que ver con temperatura, humedad, hacinamiento, lluvias. En Chile continental no tenemos este mosquito pero sí está presente en la Isla de Pascua. Las condiciones personales para enfermar no están claramente establecidas, pero sí las condiciones para presentar un cuadro más complicado. Entre estos factores está el haber tenido una infección previa, en el caso de dengue, o ser mayor de 65 años con enfermedades asociadas, en el caso de chikungunya. Actualmente se está estudiando la relación que pueda existir entre la infección por virus zika durante el primer trimestre de un embarazo y el riesgo de compromiso neurológico en el recién nacido.

¿Cuáles son los síntomas y signos más importantes para plantear la hipótesis diagnóstica de dengue, chikungunya o zika?

Los síntomas pueden ser muy parecidos, principalmente son fiebre y dolor de cuerpo en el caso de dengue; fiebre y dolor de las articulaciones en el caso de chikungunya, y, exantema en la piel en el caso de zika. Las artralgias y artritis de virus chikungunya afectan principalmente las articulaciones de las manos, columna, rodillas, tobillos. Dengue y chikungunya pueden presentar también exantemas, pero menos frecuente que en zika. Son cuadros autolimitados, en que la fiebre puede durar alrededor de 5 a 7 días.

¿Cuál es la carga de morbilidad y mortalidad de estas enfermedades en Chile y en el mundo?

Desconozco las cifras exactas, pero dengue representa una tremenda carga de morbilidad y mortalidad especialmente en América Latina y el sudeste asiático. Zika puede generar brotes muy extensos pero, afortunadamente, con casi nula mortalidad. En Chile solo tenemos circulación de dengue en la Isla de Pascua y hubo un brote limitado de virus zika también allí en 2014. No hay registro de nuevos casos. Se prevé la introducción de chikungunya también en la Isla dada la presencia del vector en ese lugar. En Chile continental los casos de estos virus son solo en viajeros a zonas endémicas y, por lo tanto, importados. En general, se considera una enfermedad benigna sin muertes asociadas hasta ahora.

¿Cómo se confirma el diagnóstico de Dengue, Zika o Chikungunya?

Se confirma con técnicas de laboratorio que buscan determinar la presencia del virus o de sus antígenos en la sangre del paciente o por la búsqueda de anticuerpos específicos de ese virus en el individuo enfermo. Durante los primeros 5 días de enfermedad el diagnóstico se hace mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa), en sangre, lo que determina la presencia de RNA viral. En estos primeros

“La única forma de prevenir estas enfermedades es mediante el uso diario de repelente que contenga DEET o dietiltoluamida en concentraciones entre 30% y 50%. Puede ser utilizado en todas las personas a partir de los 2 meses de edad. El repelente debe aplicarse en la piel que queda expuesta, cada 6 horas como máximo y sobre el bloqueador solar.”





días aún no se ha producido la respuesta inmune del hospedero por lo que la serología específica de IgM suele ser negativa. Este examen es útil a partir del quinto día para dengue y chikungunya. Para zika no se está utilizando la determinación de IgM dado su reactividad cruzada con virus dengue.

¿Cuál es el tratamiento de estas enfermedades?

No existe terapia específica, por lo tanto, el tratamiento consiste en aliviar los síntomas, fiebre, malestar y dolor articular. En caso de complicaciones el paciente puede requerir de hospitalización con manejo de acuerdo al tipo de compromiso del paciente. En el caso de la artropatía crónica de chikungunya, además de los AINE, se han utilizado corticoides e inmunosupresores en los casos más extremos.

¿Existen estudios conducentes para desarrollar vacunas contra estas enfermedades?

Para dengue existe ya una vacuna aprobada pero aún no comercializada, que tiene como principal beneficio reducir el riesgo de dengue grave, no tanto de prevenir la enfermedad. Por esta razón, su uso relevante será para las personas que viven en zonas de circulación de virus dengue. No se cuenta con vacunas para los otros dos virus y hay algunas en investigación.

¿Cuáles son las recomendaciones para pasajeros que viajan a lugares donde estas enfermedades son prevalentes?

La única forma de prevenir estas enfermedades es mediante el uso diurno de repelente que contenga DEET o dietiltoluamida en concentraciones entre 30% y 50%. Puede ser utilizado en todas las personas a partir de los 2 meses de edad. El repelente debe aplicarse en la piel que queda expuesta, cada 6 horas como máximo y sobre el bloqueador solar. En mujeres embarazadas debe desaconsejarse el viaje a zonas con brote actual de virus zika si éste no es estrictamente necesario, debido a la probable asociación que existe actualmente con infecciones congénitas y compromiso del SNC del feto. **ee**



EU Bárbara Cerda C.
Enfermera Clínica Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Hospital El Carmen.
Diplomada en Gestión Clínica y Calidad Hospitalaria, Escuela de Enfermería, Universidad Mayor.

MONITORIZACIÓN DE SEDOANALGESIA: ESCALA DE COMFORT-B

La adecuada sedación y analgesia constituyen un componente esencial en el manejo de pacientes en las Unidades de Paciente Crítico (UPCP). El uso de agentes sedativos y analgésicos permite reducir la ansiedad, la agitación, los estímulos dolorosos y evitar la remoción de dispositivos invasivos. Es por este motivo, la monitorización del estado clínico de sedoanalgesia en pacientes pediátricos cobra una vital importancia en la toma de decisiones y tiempo terapéuticos. Muñoz- Martínez (1), describe que el paciente crítico sobredorado aumentará los días de ventilación mecánica, el uso prolongado de drogas vasoactivas. Asimismo, un paciente infrasedado presentará asincronías ventilatorias, posibles extubaciones, remoción de dispositivos invasivos y/o trauma de vía aérea, por lo que la sedación óptima la denominamos como un “índice de calidad” donde refleja que la interrupción diaria de sedación disminuye el tiempo de ventilación mecánica y de estancia el UCI.

En un estudio comparativo sobre la incidencia de sedación inadecuada Kaplan L. and Bailey H (2000) (2) arroja que el 54% se encuentra sobredorado y solo el 15,4% presenta sedación óptima versus Olson D. et al. (2003) (3), describe que el 70% esta sobredorado contra un 10% de sedados óptimamente.

Las características de una escala ideal es que esté validada, sea

“El uso de agentes sedativos y analgésicos permite reducir la ansiedad, la agitación, los estímulos dolorosos y evitar la remoción de dispositivos invasivos.”



“La monitorización del estado clínico de sedoanalgesia en pacientes pediátricos cobra una vital importancia en la toma de decisiones y tiempo terapéuticos.”



Referencias:

- T. Muñoz- Martínez. Interrupción diaria de la sedación; ¿siempre es un indicador de calidad?. 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC.
- Kaplan L and Bailey H. *Critical Care*. 2000; 4 (1): S 110
- Olson D et al. *NTI Proceedings*. 2003; CS82: 196.
- R. Bustos, C. Fuentes. Correlación entre análisis biespectral y escala COMFORT entre la evaluación de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (6); 592-598.
- Congreso Chileno de Pediatría 2014. ¿Existe asociación entre profundidad de sedación y asincronía entre paciente-ventilador en pediatría?

confiable, de alta adherencia, fácil de registrar, fácil de usar y adaptado para la edad.

Dentro de las escalas más utilizadas para evaluar sedoanalgesia en terapia intensiva pediátrica se encuentran la Escala de Ramsay, que se basa en la observación e interacción del paciente; la Escala SAS, que se aplica en pacientes ventilados y no ventilados; la Escala MAAS, que clasifica al paciente crítico a través de la actividad motora, y, la Escala de RASS, que valora el delirio y la agitación, y se basa en la observación e interacción del paciente. Sin embargo, la única escala de sedoanalgesia validada en paciente crítico pediátrico es la Escala de COMFORT desarrollada por Ambuel y cols(3) en el año 2000, que mide ocho parámetros de comportamiento y fisiológicos. En 2005 se creó la Escala de COMFORT-B y se modificaron seis parámetros, descartando las variables fisiológicas (frecuencia cardíaca, presión arterial), ya que puede verse influida por factores como inótrópos y hemodinamia, por lo que mide solo comportamiento.

Un estudio comparativo entre la escala de Comfort y la escala BIS (índice biespectral) basada en el uso de tecnología no invasiva que permite medir de manera inmediata y continua el nivel de sedación calculando el índice biespectral del EEG, han demostrado que existe correlación entre los niveles de sedación. (4)

En una Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos de un hospital público de la Región Metropolitana, se realizaron 73 evaluaciones en 2014, para responder a la pregunta: “¿Existe asociación entre profundidad de sedación y asincronía paciente-ventilador en pediatría?” En el 23% (n=17) se evidenció asincronía y no se encontró asociación entre la incidencia de asincronía paciente-ventilador y la profundidad de la sedación ($p > 0.05$). (5)

Es por este motivo que se recomienda realizar un estudio analítico, experimental multicéntrico, para establecer la sensibilidad, especificidad y aplicabilidad de la escala COMFORT B en pacientes sometidos a terapia intensiva pediátrica. **ee**



Andrea Alegría R., BSN, RN
Clinical Nurse II. Hospital Clínico de la Universidad de Maryland, Baltimore, EE.UU.

MANEJO Y PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN PACIENTES DE UCIP



“El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico que puede ocurrir en pacientes críticamente enfermos de cualquier grupo etario y que es desencadenado por una amplia variedad de etiologías médicas, quirúrgicas, farmacológicas y traumáticas.”

El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico que puede ocurrir en pacientes críticamente enfermos de cualquier grupo etario y que es desencadenado por una amplia variedad de etiologías médicas, quirúrgicas, farmacológicas y traumáticas. Existen cuatro criterios diagnósticos: la alteración de la conciencia, caracterizado por una disminución de la capacidad de concentración y el estado de alerta; cambios en la capacidad cognitiva, como deficiencia en la memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje, visuales/espaciales y alucinaciones; delirio desencadenado por alguna enfermedad grave, y, como resultado del cuadro de un inicio agudo con un curso fluctuante desde horas a días y que ocurre usualmente por la noche.

Según algunos estudios, existen tres subtipos clínicos. El delirio hiperactivo, caracterizado por la presencia de inquietud psicomotora, agitación y alucinaciones; el delirio hipoactivo, caracterizado por una disminución de la capacidad de respuesta, disminución del movimiento y apatía, y, el delirio mixto. Se piensa que el delirio ocurriría debido a un desequilibrio en algunos neurotransmisores como, por ejemplo, la reducción de la actividad de la acetilcolina, que causaría cambios en la atención, la memoria, la concentración y el aprendizaje. Y el exceso de producción de dopamina y serotonina, que provocaría cambios en la función motora, la atención, y la cognición.

El manejo farmacológico del delirio estaría dirigido a restaurar el presunto desequilibrio entre estas sustancias.

Dentro de los factores de riesgo de presentar delirio se encuentran los factores predisponentes como las edades extremas y la predisposición genética; factores precipitantes, que están relacionados con la enfermedad aguda, la severidad y el tipo de enfermedad, y, los factores perpetuantes (iatrogénicos), como la privación del sueño, la inmovilización, el control deficiente del dolor, las interrupciones frecuentes del sueño y el uso de medicamentos, como las benzodiazepinas, por ejemplo, como el uso de lorazepam en dosis >20 mg/día, que sería considerado un factor de riesgo independien-

te para delirio en 100%, incluso con una dosis de administración baja. De acuerdo con la literatura, el delirio es subdiagnosticado, sobre todo en niños críticamente enfermos, debido a que algunos de los síntomas de delirio se superpone con los observados en otras condiciones, como el dolor, la ansiedad y el síndrome de abstinencia por opioides y/o benzodiazepinas. Los estudios plantean el desafío de diagnosticar la presencia de delirio en niños críticamente enfermos y para ello se han creado diferentes escalas de medición, como por ejemplo: Escala Delirium Aparición Anestesia Pediátrica (PAED), Escala de evaluación de Confusión Pediátrica en Unidad de Cuidados Intensivos (pCAM-UCI), Evaluación de Delirio Pediátrico de Cor-

nell (CAP-D), que ha permitido la creación y evaluación de estrategias de prevención e intervención no-Farmacológicas y de intervención psicosocial, en donde la enfermera cumple un rol fundamental en la implementación, seguimiento y cumplimiento de éstas.

Entre las estrategias preventivas están los cuidados de enfermería que promueven la adhesión a las rutinas, promoción y participación de padres; la creación de un ambiente cálido y familiar con uso de objetos familiares para el paciente, como fotos, música, etc.; la re-orientación constante; la promoción de la movilización temprana; la reducción del ruido, y, la promoción del ciclo sueño-vigilia que beneficiaría la reduc-

ción del delirio. La re-evaluación constante de la necesidad de elementos invasivos, las consultas tempranas con terapeuta físico, ocupacional y la movilización temprana, contribuirían también a la prevención del delirio.

En conclusión, el delirio es una condición seria y un problema no reconocido en niños críticamente enfermos, que requiere mejoras en el reconocimiento, el uso de una herramienta de evaluación válida y confiable para crear oportunidades de evaluación, entender su prevalencia, riesgos y resultados asociados al delirio en pediatría, y que permita cumplir con el objetivo principal de Preservar la Salud Cognitiva y Psicológica en Infantes y Niños Críticamente Enfermos. [ee](#)

“La re-evaluación constante de la necesidad de elementos invasivos, las consultas tempranas con terapeuta físico, ocupacional y la movilización temprana, contribuirían también a la prevención del delirio.”



SOCHIPE nuevamente fue patrocinador del exitoso concurso de cuentos “Alimenta Tu Imaginación”

Bullying, diabetes y caries son algunos de los problemas y enfermedades asociados a la obesidad y comida chatarra en nuestro país, según la mirada de más de 15 mil escolares entre 1° a 6° básico que participaron en la décima versión de la campaña nacional y mayor concurso de cuentos infantiles, desarrollado por Tetra Pak y llamado “Alimenta tu Imaginación”

A través de la creación de cuentos, los niños relataron cómo el sobrepeso puede afectar la convivencia entre sus compañeros, así como su seguridad y autoestima. Asimismo, destacaron la importancia de cambiar hábitos alimenticios al integrar comida más saludable en su dieta diaria, y tener un mayor compromiso con el cuidado del medio ambiente, en especial a través del reciclaje y el cuidado de los animales.

Durante estos últimos 10 años, “Alimenta tu Imaginación” ha promovido a lo largo de todo Chile un estilo de vida saludable en escolares, familias y comunidad docente, como una forma de apoyar la disminución de la obesidad infantil y la promoción de una mayor cultura de responsabilidad con nuestro entorno, impactando la vida de más de 1 millón de escolares, consolidándose así como la mayor iniciativa de Responsabilidad Social Empresarial en su tipo en nuestro país dirigida a los escolares.

La campaña cuenta con el apoyo de importantes organismos como el Ministerio de Salud, Ministerio del Medio Ambiente, FAO, UNESCO, UNICEF, la Sociedad Chilena de Nutrición (Sochinut) y la Sociedad Chilena de Pediatría (Sochipe).



Marihuana: publicidad engañosa

El martes 1 de diciembre, el Dr. Luis Felipe González (Presidente de la SOCHIPE), y la Dra. Verónica Gaete (Rama de Adolescencia SOCHIPE), escribieron una carta al Director de El Mercurio bajo el título “Marihuana: publicidad engañosa”. En la misiva enfatizan su preocupación por la desinformación en relación al uso de la marihuana, a raíz de la noticia sobre aquella madre que consumió esta sustancia durante su embarazo con el objeto de aliviar sus dolores.

Para leer la carta completa, le sugerimos ingresar la siguiente dirección en su navegador:

www.elmercurio.com/blogs/2015/12/01/37387/Marihuana-publicidad-enganosa.aspx



Leche NIDO Crece Light®

especialmente desarrollada
para niños con

problemas de sobrepeso.

Leche NIDO Crece Light® es la única leche descremada especial para niños que puede ayudar a prevenir los problemas de sobrepeso en los niños, junto con una alimentación equilibrada y actividad física regular.

Además de ser descremada apoya la nutrición de los niños ya que:

- Contiene **vitaminas A, C, D** y minerales como **Calcio, Hierro y Zinc**, importantes en su crecimiento y desarrollo.
- Contiene **probióticos** (Lactobacillus PROTECTUS®) que pueden ayudar a reforzar las defensas.
- Es buena **fuentes de fibra** (prebióticos), que puede contribuir a mantener el equilibrio de la flora intestinal.



BUENA FUENTE DE FIBRA



VITAMINAS Y MINERALES



CON PROBIÓTICOS



Tu amor. Su futuro.



Good Food, Good Life

Superintendencia de Salud reconoce como especialidad a la Ginecología, tanto Pediátrica como de la Adolescencia



La Superintendencia de Salud reconoció como especialidad a la Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, proceso que fue certificado a través de CONACEM. Se trata de la culminación de un anhelo largamente esperado y por el cual la Rama de Ginecología Infantil de la SOCHIPE ha luchado durante muchos años.

Esta es una gran noticia para la Pediatría nacional, que va en directo beneficio de la población femenina infantil y adolescente, al poder contar con especialistas debidamente acreditados que están trabajando para prevenir y resolver la problemática relacionada con la patología ginecológica.

Declaración Comité de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo

Con motivo de celebrar el día 17 de noviembre, fecha establecida para dar el reconocimiento mundial y apoyo a los recién nacidos prematuros, a sus padres y cuidadores y al equipo de salud que se esfuerza en brindar lo mejor de ellos mismos, el Comité de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo publicó una declaración al respecto.

Para leer la declaración completa, pueden hacerlo en el siguiente link: <http://www.sochipe.cl/ver2/evento.php?id=3645>



Presentaciones 55 Congreso disponibles

Ya están disponibles las presentaciones expuestas durante el 55 Congreso Chileno de Pediatría, realizado en Puerto Varas hace tres meses. Para consultarlas, acceda a la sección **Biblioteca** del sitio www.sochipe.cl o ingrese la siguiente dirección en su navegador: http://sochipe.cl/ver2/presenta_dos.php?id=902

The screenshot shows the website interface for the 55th Chilean Congress of Pediatrics. The main heading is '55 CONGRESO DE PEDIATRÍA' with the dates 'Del 10 al 14 de Sep de 2015' and location 'Lugar: Centro de eventos Hotel Taguana, Puerto Varas'. Below this, there are several presentation abstracts, including one about 'Mycoplasma genitalium' and another about 'Limitación del esfuerzo terapéutico'. The website also features a search bar, navigation menu, and a 'HAZTE SOCIO' button.

Nuevos Socios

Queremos dar la bienvenida a los nuevos socios de SOCHIPE:

Víctor Durán S.
Nancy Rodríguez D.
Morelia Delgado C.
Camila Pamplona E.
Natalia Pinochet F.
María Delgado L.

Karina Valle N.
María de la Maza C.
Sebastian Meneses S.
Vanessa García O.
Mauricio Farfán U.

NO ESTÉS SENTADO TODO EL DÍA

Levántate para hablar por teléfono o camina por la oficina, así reducirás el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y cáncer.

Practica actividad física 30 minutos diarios y vivirás mejor:

- ✓ Evita estar sentado más de una hora y media seguida.
- ✓ Cada una hora intenta ponerte de pie 5 minutos.
- ✓ No uses el ascensor y sube a pie al menos 3 pisos al día.

M^{OVER}

Infórmate en www.moveerse.cl

Eloísa Díaz Insunza (25 de junio 1866 - 1 de noviembre 1950)

PRIMERA MUJER MÉDICO DE AMÉRICA DEL SUR

La creación de la Universidad de Chile en 1842, significó un desarrollo fundamental en educación y en la formación de profesionales en el país. No obstante, el acceso a la enseñanza universitaria estuvo vedado para la población femenina la mayor parte del siglo XIX. La mujer estaba destinada a permanecer “recluida” en el hogar, restringiéndose su futuro a convertirse en sacrificada y amante esposa, y en una abnegada madre. Las posibilidades de acceder a una educación profesional se encontraban limitadas por ley, la cual no permitía el acceso de la mujer a la universidad al no poder rendir las pruebas de bachillerato.

El 6 de febrero de 1877 fue promulgado el llamado “Decreto Amunátegui”, que permitía a la mujer continuar estudiando en un liceo y la facultaba para la obtención de grados y títulos profesionales universitarios. El nombre de este Decreto se refiere al del Ministro de Justicia e Instrucción Pública del gobierno del Presidente de la República Sr. Aníbal Pinto, Miguel Luis Amunátegui, quien luchó fuertemente por su promulgación, basado en tres argumentos fundamentales: el beneficio que significaba la motivación en la mujer de continuar sus estudios, la enraizada creencia de que las mujeres poseían ventajas naturales para ejercer algunos oficios relacionados con la asistencia a otras personas, y la importancia de proporcionar los instrumentos necesarios para que las mujeres que no contaran con el apoyo de su familia, tuvieran la posibilidad de generar su propio sustento. El decreto también estipulaba que las mujeres que aspiraban obtener títulos profesionales debían rendir exámenes válidos bajo las mismas condiciones a las que estaban sometidos los hombres.

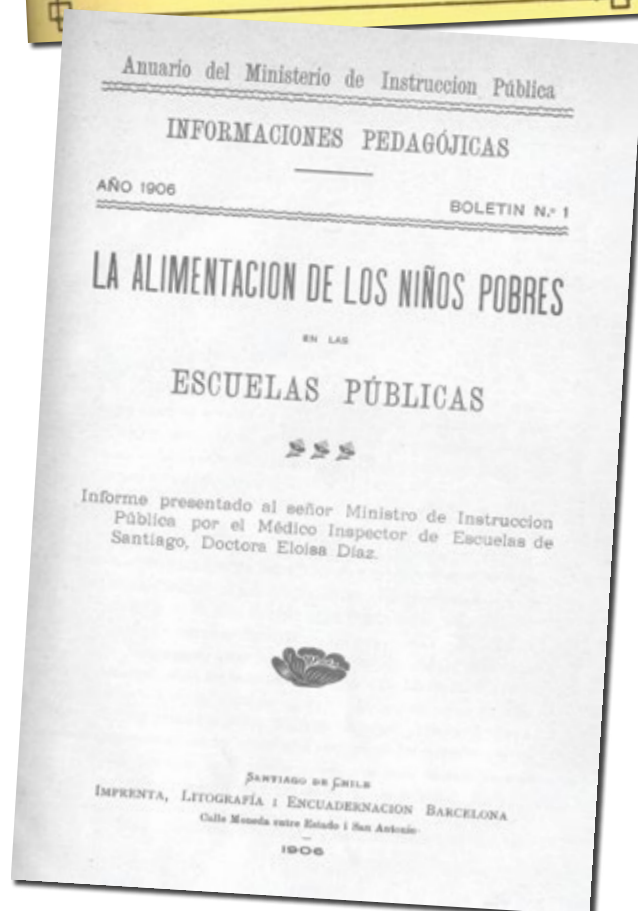
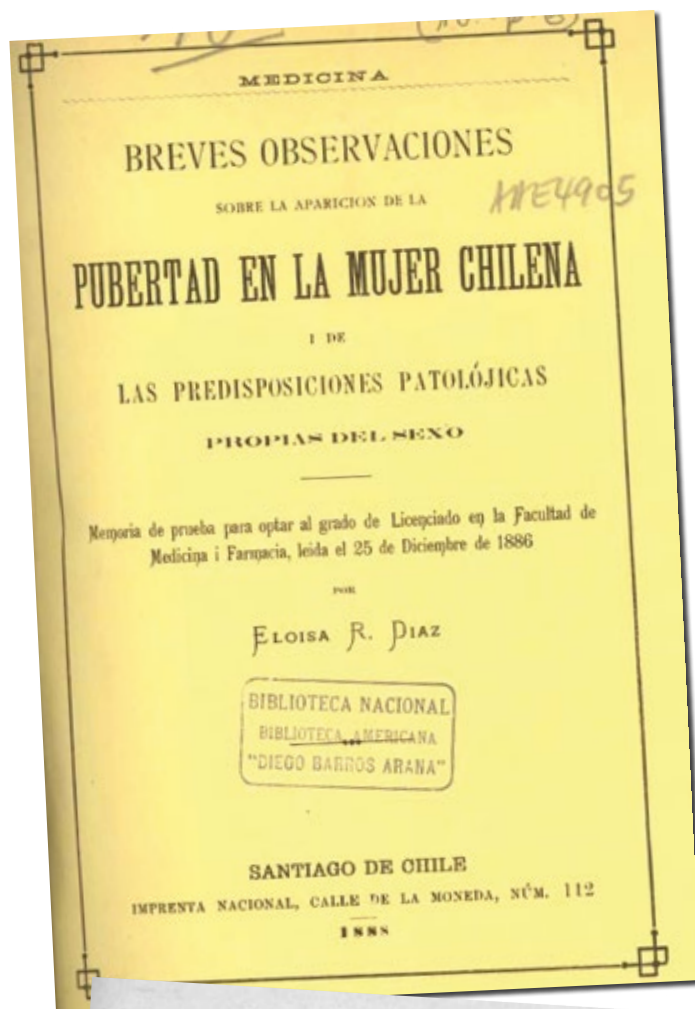


Eloísa Díaz nació en Santiago, en el hogar de Eulogio Díaz Varas y Carmela Insunza. Cursó preparatoria en el Colegio de Primeras Letras de Dolores Cabrera de Martínez y sus humanidades en el Liceo de Isabel Le Brun de Pinochet, egresando de éste en 1877, precisamente el año del “Decreto Amunátegui”. Cabe destacar que durante la década de 1870 la prensa dio a conocer las solicitudes de las directoras de colegios secundarios femeninos, Antonia Tarragó (quien fundó en 1864 el primer colegio privado para niñas) e Isabel Le Brun, por validar los exámenes de sus alumnas ante comisiones universitarias, creando un ambiente público de debate. Aprovechando esta coyuntura histórica y social, rindió exámenes de bachiller el 22 de abril de 1881, a la edad de 15 años. Las materias sorteadas fueron Historia de Chile y América, y entre los examinadores se encontraba el connotado historiador Diego Barros Arana. En la sala contigua esperaban los resultados el Ministro Amunátegui y el Rector de la Universidad de Chile, Ignacio Domeyko. Al término de la sesión y habiendo aprobado por unanimidad los exámenes, recibió de manos de Amunátegui y Domeyko su grado de Bachiller en Filosofía y Humanidades, ingresando así a la escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

“Por primera vez en Chile, figuraba entre los aspirantes al Bachillerato en Humanidades una estudiante de sexo femenino y tanto la novedad del hecho como la curiosidad despertada... habían atraído a una numerosa concurrencia a la sala de exámenes”, publicó al día siguiente el diario “El Ferrocarril”.

Recibió el grado de licenciada en Medicina y Farmacia el 27 de diciembre de 1886.

El 3 de enero 1887 recibió el título de Doctora en Medicina y Cirugía de manos del entonces Presidente de la República Sr. José Manuel Balmaceda, mediante la tesis “Breves observaciones sobre la aparición de la pubertad en la mujer chilena y las predisposiciones patológicas del sexo”, cuyas estadísticas fueron investigadas



en 16.439 casos de enfermedades comunes en el Hospital San Borja y que, entre otros aportes, concluye que las niñas de Santiago tenían su menarquia en ese entonces, a los 16 años. En la introducción de esta memoria de título, la misma Eloísa Díaz da a conocer sus sentimientos respecto de lo que le tocó vivir por esos años: “Vedado estaba para la mujer chilena franquear el umbral sagrado del augusto templo de la ciencia. La ley se oponía a ello cerrándole el paso que conducía a las aulas oficiales en las diversas continuaciones de la enseñanza secundaria y superior. La preocupación social que alguien con epíteto duro, pero indudablemente justo tildaría de añejo, se lo prohibía amenazándola con el duro ceño de su solemne encono y hasta con el cruel dictado de la reprobación condenatoria”. En el acta de grado, y por expresa ordenanza del entonces Rector de la Universidad de Chile, José Hunneus, se anotó que fue la primera mujer en Chile en obtener el título profesional de Médico cirujano. Fue honrada con la publicación de su memoria en los Anales de la Universidad de Chile y en la Revista Médica de Chile.

Hay que recordar que debió vencer los prejuicios sociales de la época, la resistencia de muchos de sus profesores y asistir acompañada de su madre a varias clases. Pero esto, lejos de amilanarla, se constituyó en un estímulo a su desempeño académico, ganando premios en las asignaturas de Anatomía (Primer y Segundo año), Patología General (Tercer año), Patología Interna (Cuarto año), Medicina Legal (Quinto año), Clínica Interna y Obstetricia, en el último año de la carrera. Ese año solo dos países contaron con mujeres médicos: Inglaterra y Estados Unidos.

En esa época, en Chile no existía ningún colegio femenino de enseñanza secundaria a cargo del Estado. El primero de ellos se fundó recién en 1891, en Valparaíso. Para entender lo que significa el título universitario de Eloísa Díaz es necesario destacar que durante toda la década de los noventa, solo diez mujeres en Chile alcanzaron esta distinción.

ACTIVIDADES PROFESIONALES

Inició su práctica profesional como ayudante en la Clínica de Ginecología del Prof. Dr. Roberto Moericke, entre 1888 y 1890, en el Hospital San Borja, integrándose como parte de la planta profesional desde enero de 1891. Al mismo tiempo, en 1889, ejercía como profesora y médico de la Escuela Normal de Preceptoras del sur, ingresando en reemplazo del Dr. Florencio Middleton, donde permaneció hasta 1897. Desde este sitio analizó las condiciones higiénicas de los colegios del país, convirtiéndose en una experta en el ramo. Estos conocimientos le permitieron elaborar y publicar un Estudio sobre la Higiene de las Escuelas Públicas y en 1898 convertirse en Inspector Médico Escolar de Santiago, y más tarde asumir el cargo a nivel nacional, ejerciéndolo durante 30 años. Desde este puesto impulsó reformas como la creación del Servicio Médico Dental en las Escuelas, fundó Jardines Infantiles, implementó Policlínicas dirigidas a las personas de menores recursos e impulsó Colonias Escolares gratuitas.

En el ámbito intelectual participó en numerosos congresos. Es la única mujer inscrita en el Primer Congreso Médico Chileno, desarrollado en la Universidad de Chile en 1889, donde participaron 246 profesionales. En 1901, expuso brillantemente sus ideas en el Congreso Médico Latinoamericano realizado en Santiago, respecto de la Sanidad e Higiene Escolar, lo que le valió merecidos aplausos. En 1904, concurrió al Congreso Latinoamericano que se desarrollaba en Buenos Aires, con un trabajo titulado: *Disquisiciones sobre higiene escolar en Chile*. Dos años después publicaba en el Anuario del Ministerio de Instrucción Pública un interesante artículo sobre *La alimentación de los niños pobres en las escuelas públicas*.

En 1910, integró la delegación chilena que concurrió al Congreso Científico Internacional de Medicina e Higiene de Buenos Aires, donde fue elegida Secretaria de una de las secciones. Asimismo, fue relatora del tema *“El niño débil normal y organizaciones médico-escolares”*. En virtud de su

trayectoria y aportes, el Congreso Científico la nominó *“Mujer Ilustre de América”*.

En 1911, en medio de la llamada *“cuestión social”*, se creó el Servicio Médico Escolar de Chile y ella fue su primera directora. En este cargo destacó por impulsar el desayuno escolar obligatorio, financiándolo inicialmente a partir de su propio pecunio, los servicios dentales gratuitos, la vacunación masiva de estudiantes, las colonias de verano y en su lucha contra el raquitismo y la tuberculosis.

También fue integrante de numerosas instituciones científicas y de beneficencia: la Asociación de Señoras contra la tuberculosis, la Liga Nacional de Higiene Social, la Liga contra el Alcoholismo, la Sociedad Científica de Chile, la Sociedad Médica, el Consejo de Instrucción Primaria, el Consejo Nacional de la Mujer (inaugurado el 12 de Octubre de 1918), la Cruz Roja y fue cofundadora de la Sociedad Chilena de Pediatría, entre otras.

La doctora Eloísa Díaz fue pionera en la conquista de una de las principales reivindicaciones para el mundo femenino chileno: el derecho al desarrollo intelectual. Este liderazgo permitirá abrir las puertas a la lucha por prerrogativas políticas y culturales, como fueron el Derecho al Sufragio Universal y los Derechos Sexuales. Estas serán las grandes demandas sociales del movimiento de mujeres que vendría en el Chile del siglo XX.

Se jubiló en 1925, recibiendo una modesta pensión. Pasó sus últimos días en soledad, pobreza y olvido, y falleció en el Hospital San Vicente de Paul, en Santiago, luego de una larga enfermedad, el 1 de noviembre de 1950, a los 84 años.

La Universidad de Chile, en su nombre, otorga anualmente la Beca de Excelencia Dra. Eloísa Díaz, consistente en la liberación del pago del arancel durante el año de ingreso en la carrera de Medicina. Es financiada con el aporte de un ciudadano británico anónimo y se otorga por resolución de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos. La asignación es automática cada marzo. Adicionalmente, el recientemente inaugurado Hospital Clínico Metropolitano de La Florida, lleva su nombre.

“La doctora Eloísa Díaz fue pionera en la conquista de una de las principales reivindicaciones para el mundo femenino chileno: el derecho al desarrollo intelectual.”

ERNESTINA PÉREZ BARAHONA, LA SEGUNDA MUJER

Nació en 1868, en Valparaíso. En 1887 se recibió de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a los 21 años, solo siete días después que Eloísa Díaz. Continuó formándose en Europa, en particular en Alemania, país donde no se aceptaban mujeres en las universidades, restricción que la obligó a asistir a clases separada de los hombres por un biombo.

Manifestó, tempranamente, una preocupación por los problemas de la llamada *“higiene social”*, liderando la lucha contra males como el alcoholismo, la tuberculosis y el cólera, entre otros. No obstante, su mayor interés profesional se concentró en temas relacionados con la salud femenina -se especializó en ginecología, materia en la cual destaca su obra *Compendio de Ginecología-*, y la puericultura, a través de conferencias y elaboración de manuales. Dedicó su vida a acercar el conocimiento sanitario a las personas, en especial a las mujeres. Testimonio de ello fueron los textos de divulgación que escribió como *La Higiene del Corset*, *Manual de la Enfermera en el Hogar*, y el didáctico y hermoso folleto *Manual de consejos higiénicos aplicados especialmente a la infancia*. Por último, es llamativa su participación en organizaciones femeninas tales como el Círculo de Lectura, el Club de Señoras, la Cruz Roja Chilena y la Asociación de Mujeres Universitarias de Chile, de la cual fue su primera presidenta y donde compartió con profesionales tan notables como Amanda Labarca y Elena Caffarena. Ernestina Pérez murió a los 86 años de edad. **ee**



Vitde®

Cuidarlos
nunca fue tan fácil



www.lpasteur.cl

Presentaciones: Vitde Gotas 200 UI/gota
Vitde comprimidos de 500 UI y 800 UI

SOFTWARE Y ENLACES DE UTILIDAD PARA PEDIATRAS

En este número queremos compartir algunas direcciones donde acceder a sitios de utilidad para uso pediátrico. No pretende ser exhaustiva ni necesariamente desde donde se pueda descargar más fácil lo que necesitamos; si conoces otras, compártelas escribiéndonos y las subiremos en una próxima edición, y así podremos armar una base de datos de enlaces para compartir en nuestra página web.

Por Dr. Francisco Moraga M., Past President, Secretaría de Medios y RR.PP. de la SOCHIPE

SOFTWARE DE ANTROPOMETRÍA Y NUTRICIÓN

OMS Anthro El software consta de tres partes: una calculadora antropométrica, un módulo que permite el análisis de mediciones individuales de niños y un módulo para el análisis de datos de encuestas de poblaciones sobre el estado nutricional utilizando las curvas de la OMS.

Enfa: <http://www.enfa.com.ar/new/index.htm>

Nutristat: <http://nutristat.codeplex.com>

Sara: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/htm/descarga-sara.htm>

Software Dax Antropometría: <http://www.zonapediatrica.com/software-dax.html>

Food processor: <http://www.esha.com/foodprosql>

Mesa: <http://www.zonapediatrica.com/software-mesa.html>

BASES DE DATOS ARTÍCULOS ORIGINALES

Medline: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Biblioteca Virtual en Salud - LILACS: <http://www.bvsalud.org>

EMBASE Excerpta Medica Database: <http://www.embase.com>

REVISIONES SISTEMÁTICAS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Cochrane gratuito vía BIREME: <http://cochrane.bireme.br/portal/php/index.php?lang=es>

DARE: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb>

Academia Americana de Pediatría: <http://aappolicy.aappublications.org>
CMA Infobase (Canadá): http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm

National Guideline Clearinghouse (USA): www.guidelines.gov

Guía Salud (España): <http://www.guiasalud.es/home.asp>

Sochipe Normas y Consensos: <http://www.sochipe.cl/ver2/normas.php>

SAP Normas y Consensos (Argentina): http://www.sap.org.ar/index.php?option=com_staticxt&staticfile=educacion/consensos/index.htm&Itemid=187

RESÚMENES ESTRUCTURADOS DE UN ARTÍCULO ORIGINAL

Evidence Based Medicine (BMJ Publishing Group): <http://ebm.bmj.com/>

Best Evidence Topics: <http://www.bestbets.org>

Bandolera: <http://www.infodoctor.org/bandolera>

Evidencia: <http://www.foroaps.org/hitalba-home-evidencia.php>

Evidencias en Pediatría: <http://www.evidenciasenpediatria.es>

RESUMEN COLECTIVO DE VARIOS ESTUDIOS SOBRE UN TEMA

Up to Date online: <http://www.uptodate.com>

Clinical Evidence (BMJ): <http://clinicalevidence.bmj.com>

Medicine: <http://emedicine.medscape.com>

Clinical Knowledge Summaries: <http://www.cks.nhs.uk>

ACP Journal Club (The American College of Physicians): <http://acpj.cacponline.org/>

FÁRMACOS Y LACTANCIA

LactMed (US National Library of Medicine): <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

E-Lactancia (APILAM, España): <http://e-lactancia.org/>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=es.porquenohacerlo.lactanciabebe>

HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS DE ESCRITORIO

Doctor Software: <http://www.doctorsoftware.com.ar/principal.html>

REp: <http://www.zonapediatrica.com/historia-clinica-electronica.html>

BMD Pediatrics: <http://www.bmd.com.es/epediatria.html>

HISTORIA CLÍNICA ONLINE

Epicrisis: <http://www.epicrisisweb.com/>

APPS PARA DISPOSITIVOS MÓVILES**a) Aplicaciones Android**

Scores Pediatría. Aplicación que recopila más de 50 scores de Pediatría: https://play.google.com/store/apps/details?id=grk.scorespediatria&hl=es_419

Babymecum: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.GarciaMoreno.babymecum&hl=es_419 Pediatric Oncall - Medical Calculator https://play.google.com/store/apps/details?id=Pedcall.Calculator&hl=es_419

Pediatric IV Dosage: https://play.google.com/store/apps/details?id=appinventor.ai_theinviter0084.pediatric_iv_doses&hl=es_419

AAP Red Book: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.rbo&hl=es_419

Pediatric ECG Stat: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.pediatric.ecgtrial&hl=es_419

Citaldoc Móvil para Profesionales. Administrador de turnos médicos online: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.citaldoc.docapp&hl=es_419

APGAR Y MUUUCHOS SCORES PEDIÁTRICOS

https://play.google.com/store/apps/details?id=grk.scorespediatria&hl=es_419

Medscape: <http://www.medscape.com/public/mobileapp>

Epocrates. Directorio de identificación de medicamentos, calculadora de dosis e información de interacciones: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.epocrates&hl=es_419

Guía de Trauma Pediátrico: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.traumapediatrico.tpg.free>

Quick LabRef: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.clinical.quicklabreference>

PediatriPedia: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mariobialos.PediatriPedia&hl=es_419

MÁS APLICACIONES MÓVILES DE PEDIATRÍA EN GOOGLE PLAY

https://play.google.com/store/search?q=pediatria&c=apps&price=1&hl=es_419

b) Aplicaciones IOS (iPhone / iPad)

LactMed: <https://itunes.apple.com/us/app/lactmed/id441969514?mt=8>

Epocrates: <https://itunes.apple.com/ar/app/epocrates/id281935788?mt=8>

MedCalc: <https://itunes.apple.com/ar/app/medcalc-la-calculadora-medica/id806809930?mt=8>

Idoctus: <https://itunes.apple.com/ar/app/idoctus/id530457100?mt=8>

Medicamentos de A a Z: <https://itunes.apple.com/ar/app/medicamentos-de-a-a-z-free/id386721293?mt=8>

PubMed On Tap: <https://itunes.apple.com/us/app/pubmed-on-tap/id301316540?mt=8&ign-mpt=uo%3D4> Medscape <http://www.medscape.com/public/iphone>

Micromedex Base de datos de medicamentos: <http://www.apple.com/itunes/affiliates/download>

Skyscape información médica, incluye calculadora Archimedes: <http://www.skyscape.com/sml>

Lab Reference for iPhone - Mayo Medical Laboratories:

<https://itunes.apple.com/us/app/lab-reference-for-iphone/id560534819?mt=8>

Más apps médicas en iTunes:

<https://itunes.apple.com/ar/genre/ios-medicina/id6020?mt=8>

OTROS PROGRAMAS

Epi Info (versión 7.1.5): Link directo al sitio oficial del programa Epi Info Versión 7.1.5 en el CDC, Atlanta, USA. Epi Info es una suite de programas de texto, manejo y análisis de datos epidemiológicos creados para el profesional de la salud. De distribución libre y gratuita <http://www.cdc.gov/epiinfo/7/index.htm>

OTROS SITIOS PARA DESCARGA DE SOFTWARE, REVISTAS Y LIBROS PEDIÁTRICOS

Zona Pediátrica: <http://www.zonapediatrica.com/nuestros-sofwares.html>

Pediatroblastos: <http://pediatroblastos.com/2014/01/12/software-para-pediatras/>

Libros de Medicina: http://www.portalplanetasedna.com.ar/libros_medicina.htm

Y más libros gratis: <http://booksmedicos.org>

FreeBooks4Doctors: <http://www.freebooks4doctors.com>

Free Medical Journals: revistas científicas gratis www.FJ4D.com

Esperamos sus contribuciones si conocen otros sitios desde donde descargar información y software de libre disponibilidad o sitios donde poder acceder a información pediátrica actualizada y de autoría conocida. **ee**



HABLANDO DE NIÑOS

Por Dr. Walter Ledermann D. // Centro de Estudios Humanistas Julio Prado

Muchas cosas se han dicho de los niños, algunas verdaderas, otras falsas, cambiando de significado y de validez a lo largo del los años. Analizaremos un puñado de ellas, en beneficio del aprendizaje de los jóvenes pediatras.

1.- Dejad que los niños vengan a mí. (1)

Este divino deseo es compartido por todos los pediatras y debiera figurar en la puerta de las consultas, pero sería de pésimo gusto poner debajo "Fonasa - Isapres - Particular".

2.- Este del cabello cano - como la piel del armiño juntó su candor de niño - con su experiencia de anciano. (2)

Antes los niños eran candorosos hasta los dieciocho años; hoy en día, hasta los cuatro. Pronto ven cómo su padre, que pondera la honestidad, miente a diario y compra películas piratas. Más pronto todavía, un adelantado amiguito del jardín les cuenta cómo vienen los niños al mundo, sin cigüeña, y de dónde salen los regalos de Navidad y los huevitos de Pascua. Y, triste cosa, cuando llegan a ancianos, comprueban que la experiencia no sirve de nada y uno sigue haciendo tonterías.

3.- Quien con niños se acuesta, amanece mojado.

Frase obsoleta: ahora la enuresis tiene tratamiento, no se usan ladrillos al rojo y hay pañales desechables. Y quien se acuesta con niños arriesga ir a la cárcel, que por mucho menos han acusado de pedófilos a venerables caballeros.

4.- Niño envuelto.

Exquisito platillo árabe de arroz

con carne, envuelto en hojas de parra para recordar cómo Adán y Eva cubrieron sus vergüenzas luego del pecado nada original. La Sociedad Chilena de Pediatría

lo ha utilizado para su logo, pero no queda claro si es una guagua o una momia egipcia: en términos chilenos es un "lulo".

5.- Niñita de las monjas.

Calificativo antiquísimo para describir a una niña educadita que sabe bordar, que sabe tejer y que no mira a los niños. Los colegios de monjas no tienen la rigidez de antes y, de todas maneras, ahora y en el pasado, en la calle esta niñita sufre una transformación benéfica, apareciendo las risotadas, el coqueteo, los cigarrillos y hasta los garabatos, lenguaje universal de nuestra época.

6.- Lloraba como un niño.

Describe las lágrimas de un adulto ante una gran desgracia y es, por supuesto, falsa. Ningún otro ser de este mundo puede llorar tan espantosamente como niño, como bien sabemos los pediatras cuando estamos con el bajalengua en la mano. Por eso le dijeron al rey Boabdil al dejar Granada, que "lloraba como mujer (y no como niño) lo que no había sabido defender como hombre." (3)

7.- Piecitos de niño, azulosos de frío. (4)

Niños a pata pelada hoy solo se ven en las playas, mientras en la ciudad algunos del último quintil suelen andar con finísimas zapatillas de marca, como las de Roger Federer, y mejor no preguntarles de dónde las sacaron, pues portan armas y son inimputables.

8.- ¿Le confiaría una locomotora a un niño?

Fue el slogan de una candidatura de don Jorge. En Chile, por supuesto que sí, y alegremente.

9.- Corriente del Niño.

Es el chorro que lanza contra el pediatra el niño varón al quitarle el pañal. Expresa la liberación total que experimenta la criatura al cesar la opresión sobre su virilidad.

10.- Es un juego de niños.

Se usa para describir una acción fácil, pero nada fácil es explicar la ley del offside en el fútbol, que es el juego infantil más popular en el mundo.

Y basta por ahora. **ee**



Bibliografía

1.- Lucas 18:16.

2.- Shakespeare, W. *The pergolee of the flowers*. Damn Press, London 1590; p. 33.

3.- Pellegrini, M. *How I lost de Champion League*. Manchester Press 2015; p. 89.

4.- Parra, V. *Veinte poemas de amor y una canción a la que te criaste*. Editorial Quimantú, Santiago 1971, pp. 103-4.

55

CONGRESO CHILENO DE PEDIATRÍA



12

CONGRESO CHILENO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

12

Jornada de Enfermería Intensiva Pediátrica

03

Jornada de Kinesiología Pediátrica

“Actividades dirigidas a Médicos, Enfermeras, Kinesiólogos, otros Profesionales del área de la Salud y Estudiantes afines”

Invitados internacionales

- | | | |
|------------------------------|-------------------|-----------|
| • EU. Andrea Alegría | Intensivos | EE.UU. |
| • Dr. Carles Luaces Cubells | Emergencias | España |
| • Dr. José Antonio Díaz | Pediatría Social | España |
| • Dra. Ericka Finck | Intensivos | EE.UU. |
| • Klga. Dra. Cintia Johnston | Kinesiología | Brasil |
| • Dr. Fernando Martínez | Broncopulmonar | EE.UU. |
| • Dra. Judith Miles | NANEAS | EE.UU. |
| • Dr. Mario Pozo | Intensivos | Argentina |
| • Dr. Leonel Rodríguez | Gastroenterología | EE.UU. |
| • Dr. Alexandre Rotta | Intensivos | EE.UU. |
| • Dr. Ricardo Sorensen | Inmunología | EE.UU. |
| • Dr. Fabrice Wallois | Neonatología | Francia |



30 de Septiembre al 03 de Octubre 2015

PUERTO VARAS - HOTEL PATAcón

Cursos de Actualización

- Gastroenterología.
- Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riego
- Medios Audiovisuales
- Bioética

Valor Inscripción

RÉCORD DE ASISTENCIA ¡1.118 PARTICIPANTES!

		40.000	45.000	55.000
Profesionales de la Salud	Con Cena Clausura	45.000	65.000	75.000
	Sin Cena Clausura	40.000	55.000	70.000
Estudiantes Acreditados	Con Cena Clausura	35.000	45.000	65.000
	Sin Cena Clausura	20.000	25.000	45.000
Kinesiólogos SOLO Viernes y Sábado	Con Cena Clausura	40.000	50.000	55.000
	Sin Cena Clausura	25.000	30.000	35.000
Acompañante		40.000	45.000	55.000

* Se sortearán Incripciones liberadas de pago, para Socios con cuotas al día e inscritos hasta el 31 de agosto de 2015.

INFORMACIONES

Sociedad Chilena de Pediatría
Alc. Edo. Castillo Velasco 1838, Ñuñoa, Santiago
Tel. (56-2) 2237 1598 Fax: 2238 0046
Email: congresopediatria@sochipe.cl
www.sochipe.cl



Evento libre del humo del tabaco





AYÚDALOS A **LLEGAR** MÁS ALTO

SIGUE INTENTANDO QUE SE ALIMENTE ADECUADAMENTE
Mientras tanto apoya su nutrición con PediaSure.

Su combinación única de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes, les da la nutrición completa y balanceada que necesitan para su desarrollo y superar sus desafíos.

Consulta con tu Pediatra.

Complemento nutricional para niños de 1 a 10 años con dificultades alimentarias*.

Alimento para regímenes especiales de uso médico.

No es para uso parenteral. No usar en personas con galactosemia.

Disponible en las principales farmacias y supermercados del país.

Se recomienda su uso bajo supervisión médica.

*Kerzner, B. Pediatrics 2015; Vol 135(2):344 353



NUTRICIÓN COMPLETA
TRANQUILIDAD COMPLETA

Abbott