



el estetoscopio

ACTUALIDAD:
**INQUIETUD
POR LA LEY DE
PUBLICIDAD EN
ALIMENTOS**

DE INTERÉS:
**¿MEDICINA
EN CRISIS?**



Síguenos en:



N.80 Año 13
May-Jun 2015

Sueño y vigilia

LA IMPORTANCIA VITAL DE UN SUEÑO REPARADOR



Cuidar la nutrición de los niños en los primeros años de vida es una tarea fundamental. Existe evidencia de que los patrones de alimentación durante los primeros años de vida afectan la salud tanto en el corto como en el largo plazo^{1,2} por eso procure siempre entregar lo mejor a sus pacientes.



*Aporte protéico adecuado para cada etapa**



1. Zacarías I, Vera G, y cols. Estudio "Propuesta de criterios y recomendación de límites máximos de nutrientes críticos para la implementación de la ley de composición de alimentos y su publicidad". Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Universidad de Chile, 2011. Pg. 11. Propiedad del Ministerio de Salud.
2. Guardamagna O, Abello F, Cagliero P, Lughetti L. Review Open Access, Italian Journal of Pediatrics "Impact of nutrition since early life on cardiovascular prevention" 2012, Vol 38, 1-73.

La leche materna es el mejor alimento para el bebé. Las fórmulas no sustituyen a la leche materna. Progress Gold no sustituyen a la leche materna, Progress Gold debe ser usado únicamente bajo indicación de un profesional de la salud. 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 Progress Gold para la alimentación infantil puede crear riesgos para la salud.

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

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

ASPENNUTRICH084





el estetoscopio

ACTUALIDAD:
**INQUIETUD
POR LA LEY DE
PUBLICIDAD EN
ALIMENTOS**

DE INTERÉS:
**¿MEDICINA
EN CRISIS?**



Síguenos en:



N.º 80 Año 13
May-Jun 2015

Sueño y vigilia
**LA IMPORTANCIA VITAL DE
UN SUEÑO REPARADOR**

Magazine de la Sociedad
Chilena de Pediatría
Nº80 / Año 13 / May-Jun 2015

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
Mejoremos como pareja
y enseñemos emociones **04**

Central
Sueño y vigilia:
La importancia vital de
un sueño reparador **07**

De Interés
Dr. Miguel Kottow L. Médico,
paciente y autor del libro
“El Pa(de)ciente” **14**

Patrimonio
1997: La Rama de Nutrición
SOCHIPE cumple 15 años **17**

Actualidad
Inquietud por la ley de
publicidad en alimentos **18**

Breves
Información de interés **22**

Equipos en acción
Departamento de
Pediatría de Clínica Alemana **24**

Tecnología y Profesión
¿Estamos preparados
para recetar webs? **28**

Humor
De ecos y malentendidos **30**





MEJOREMOS COMO PAREJA Y ENSEÑEMOS EMOCIONES

En los países ricos, dos de cada tres matrimonios terminan en divorcio. En Chile, el divorcio ha aumentado dramáticamente. En 2009, por ejemplo, hubo 58 mil matrimonios y 53 mil divorcios. La evidencia publicada muestra que los hijos de matrimonios felices sufren menos cólicos del lactante, hiperactividad, resfríos, tienen mejor rendimiento escolar y más amigos.

No es novedad que el éxito de las relaciones interpersonales se relaciona más estrechamente con la inteligencia emocional que con el coeficiente intelectual. Lo sorprendente es que el éxito académico y financiero también se relaciona más directamente con la inteligencia emocional. Si las relaciones y las emociones son tan importantes para la salud física, salud mental y calidad de vida de los niños, ¿por qué no las enseñamos y estudiamos más?

Lamentablemente, la revolución de la medicina basada en la evidencia todavía no ha llegado plenamente a la psicología, psiquiatría y ciencias del comportamiento. No sabemos cómo prevenir la angustia de nuestros adolescentes que cada día son más obesos, más sedentarios y consumen con mayor frecuencia sustancias, o usan electrónicos para escapar una realidad que les genera emociones que no saben manejar.

En este escenario, producen optimismo los innovadores trabajos publicados por el Dr. John Gottman, psicólogo de la Universidad de Seattle que siguió por 14 años a 640 familias e identificó elementos de las relaciones de pareja y de los modos de enseñanza a los niños que se asociaban con mayor éxito. Gottman desarrolló un instrumento observacional con un factor predictivo positivo de divorcio de 91%. Sus dos libros: *Siete Reglas de Oro para Vivir en Pareja* y *Raising An Emotionally Intelligent Child* debiesen ser lectura obligatoria en los programas de Pediatría, y varias de sus 51 publicaciones indexadas, materia de estudio.

¡Finalmente hay datos sobre parejas y educación de las emociones basados en la evidencia! Según Gottman:

¿Qué predecía el divorcio?

- Responder de forma “destructiva” o negativa al 81% de los comentarios de la pareja.
- La crítica, el desprecio, la actitud defensiva y cerrarse al diálogo.

¿Qué predecía una buena relación de pareja?

- Un **tono emocional** de la relación predominantemente **positivo**.
- Conocer a la pareja, cultivar el cariño y admiración, mantener respuestas constructivas, dejar que tu pareja te influya, compartir sueños, aspiraciones, esperanzas y deseos.
- Aceptar que el 70% de los conflictos no tienen solución y resolver con generosidad el 30% que sí se pueden solucionar.

¿Cómo entrenar las emociones en un hijo o una hija?

- Reconocer su emoción expresada. No descartarla ni criticarla.
- Ver su emoción como una oportunidad dorada para enseñar y tener intimidad. No distraer.
- Escuchar con empatía y validar sus emociones. Copiar su tono emocional.
- Ayudar a encontrar palabras para rotular su emoción o sentimiento.
- Conversar las opciones de manejo de su emoción y **poner límites** de cómo expresarla bien.

Los pediatras recomendamos que nuestros pacientes hagan ejercicio, coman sano y limiten los aparatos electrónicos. También debemos recomendar a las parejas que estudien para mejorar el tono emocional de su relación y cómo enseñar inteligencia emocional a sus hijos e hijas.

Dr. Humberto E. Soriano Brücher
Vicepresidente Sociedad Chilena de Pediatría



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 intravenosa, subcutánea ni intradérmica. Deben usarse sitios de inyección separados si se administran 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 cuádrivalente 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) cuádrivalente (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, control, 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, artalgia, 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, parestesia. 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 bulbosas.

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).



Sueño y vigilia

LA IMPORTANCIA VITAL DE UN SUEÑO REPARADOR

El ciclo sueño y vigilia es fundamental en las rutinas humanas. Por algo requerimos dormir casi un tercio de nuestra vida. El buen descanso, idealmente nocturno, no solo redundaría en un mejor rendimiento y ánimo al día siguiente, sino que afecta directamente sobre una serie de procesos que se suceden durante toda la vida, como el crecimiento infantil, la capacidad de concentración en la edad escolar, o el rendimiento laboral en la edad adulta. La circulación del líquido cefalorraquídeo aumenta durante el sueño, y con ello, los procesos de autorregulación y detoxificación cerebral tienen lugar de manera óptima. En los primeros años de vida, el sueño permite aumentar la densidad de conexiones sinápticas, la dendrificación y alternar el patrón de neurotransmisores, todo lo cual se relaciona directamente con un mejor neurodesarrollo.

Hoy, con mayor cantidad de distractores, como las pantallas, los niños y adolescentes ven alterado el ciclo nocturno de descanso. Y en el caso de los adultos, las cada vez mayores exigencias y especialización laborales han generado actividades profesionales con menores tiempos de sueño o turnos de más de 24 horas. Notable ejemplo de ello es el campo de la Salud, donde -paradójicamente- existen turnos de 12 o 24 horas, sin consideraciones por la biológicamente determinada disminución de la atención que se produce por vigilia mantenida. No es de extrañar que seamos el tercer país de la OCDE con más horas de trabajo (2015 horas al año por trabajador versus 1770 el promedio OCDE, y dormimos en promedio 6 horas y 39 minutos)

Cada vez tenemos mayor conciencia de la importancia de la higiene del sueño, y cómo ella puede afectar los procesos de salud y enfermedad. A continuación, dos profesionales médicos explican cómo afecta el sueño desde las fases tempranas del desarrollo hasta la vida adulta.



“LOS CHICOS QUE DUERMEN MAL O INSUFICIENTEMENTE PUEDEN PRESENTAR DESDE PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y ANSIEDAD HASTA TRASTORNOS DEL ÁNIMO”

Dra. Carmen G. Betancur M. Psiquiatra. Profesor Asistente Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental Facultad de Medicina Universidad de Concepción. Presidente de la Sociedad Chilena de Medicina del Sueño (SOCHIMES).

¿Qué factores del sueño fisiológico del niño propician su crecimiento físico?

Es bien sabido que existe una estrecha relación entre una buena calidad de sueño en los niños y su adecuado crecimiento ponderal. Esto tiene que ver, entre otras cosas, con que el *peak* de secreción de la hormona de crecimiento (GH) se produce en la fase de sueño N3, también llamado “sueño delta” o “sueño de ondas lentas”, que es además la fase de sueño más profundo, en la cual el cerebro del niño descansa más y se repone para el día siguiente. Esta fase de sueño no tiene alteraciones en su estructura y suele concentrarse en la primera mitad de la noche, que es justamente cuando se secreta más GH en los niños. Por tanto, si un niño tiene alguna alteración en su fisiología o estructura de sueño, probablemente tenderá a secretar menos GH y por ende tendrá riesgo de un menor crecimiento físico.

Además del sueño, ¿qué otros elementos son importantes para que el niño logre el máximo potencial genético en cuanto a crecimiento y desarrollo?

Tener una alimentación balanceada y completa, con horarios regulares de comida, además de desarrollar actividades deportivas y/o tener una cantidad de actividad física suficiente durante el día y, por cierto, tener un mínimo de enfermedades intercurrentes durante su período de crecimiento, favorecerán que el niño(a) pueda desarrollar su máximo potencial de desarrollo.

Respecto del crecimiento, ¿cuál es el mínimo de horas que debe

dormir un niño, de acuerdo a su edad?

El mínimo de horas de sueño que cada individuo requiere para funcionar adecuadamente al día siguiente es variable no solo de acuerdo a la edad de éste, sino también de acuerdo a su propio ritmo o tipología de sueño, lo cual viene a su vez determinado genéticamente. Además, sabemos que la cantidad de horas de sueño va decreciendo con la edad, así como

también va cambiando la estructura de éste con los años.

Ahora bien, existen ciertos consensos acerca de cuál es el número de horas que un niño promedio debe dormir de acuerdo a su edad, en cada caso decreciendo con los años:

-De 0 a 3 meses: de 18 a 15 hrs. al día (sueño polifásico, o sea, además del sueño nocturno, varias siestas en el día).

-De 3 meses a 3 años: 14 a 13 hrs. al día (sueño polifásico).

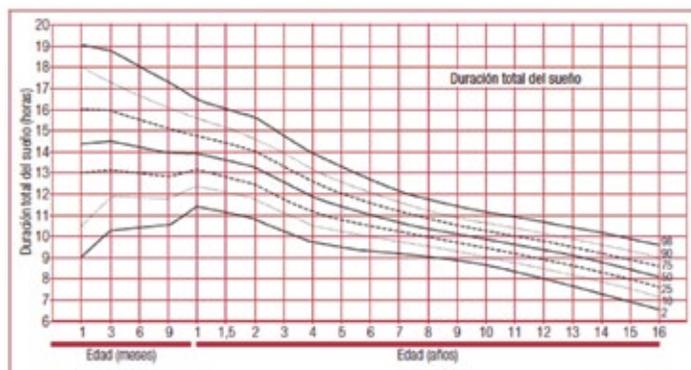
-De 3 a 6 años: 12 a 11 hrs. al día (sueño bifásico, o sea, además del sueño nocturno, una siesta en el día).

-De 6 a 10 años: 10 hrs. al día (sueño monofásico, o sea, duerme solo en la noche).

-De 10 a 16 años: 8 a 9 hrs. al día (sueño monofásico).



“...sabemos que la cantidad de horas de sueño va decreciendo con la edad, así como también va cambiando la estructura de éste con los años.”



Perfiles de duración del sueño en 24 horas desde la infancia hasta la adolescencia (Iglowstein et al. *Pediatrics* 2003;111:302-7)

¿Qué ocurre con el rendimiento escolar cuando un niño no duerme lo suficiente?

Si un niño no duerme una cantidad de horas suficientes ni logra tener un sueño profundo y reparador, tendrá más riesgo de bajar su rendimiento escolar. Así lo demuestra no solo la observación clínica, sino también múltiples estudios sobre este tema realizados a la fecha (Hill and Karmiloff-Smith, 2007). Lo anterior se relaciona con que, entre otras cosas, durante ciertas fases del sueño se consolida la memoria (sueño REM) y, por otro lado, un sueño poco reparador disminuye la capacidad de poner atención al día siguiente.

La dinámica escolar es de varias horas de clase y algunos minutos de recreo. ¿Esto es adecuado para las oscilaciones de atención de los niños en edad escolar?

Depende de cuál sea la edad de los niños y de cuál sea la duración de los bloques de clases en cada etapa escolar. Además, influye mucho cómo sea la dinámica de trabajo del profesor. Sin embargo, siempre es importante no exigir a los chicos más de 45 minutos de atención continuada, dado que el cerebro, sobre todo

a edades precoces, se mantiene atento a una tarea o exposición incluso no más de 20 minutos. Por eso la dinámica del profesor es muy importante.

Me ha llamado mucho la atención la forma de trabajo en algunos jardines infantiles y establecimientos de educación preescolar en nuestro país, pues he visto cómo a chicos de 2 y 3 años (e incluso menos) se les exige trabajar en salas de clases al estilo de la educación escolar. Me refiero a que se les enseña en mesas dispuestas unas tras otras, de modo expositivo, sin dejar espacio al juego ni a la creatividad del niño, algo tan importante para el desarrollo cerebral a esa edad. Eso es muy distinto en Francia, por ejemplo. Allí, en las escuelas públicas, se privilegia el trabajo más lúdico de los niños menores de 6 años, con amplios espacios para el juego en los jardines infantiles, mesas redondas para trabajo grupal después de los tres años (antes no hay “salas de clase”), pero siempre con artículos de juego en la sala (cocinas de juguete, por ej.), e incluso camas para que los menores de 6 años duerman sus siestas en las escuelas.



“Si un niño no duerme una cantidad de horas suficientes ni logra tener un sueño profundo y reparador, tendrá más riesgo de bajar su rendimiento escolar.”





¿Qué trastornos puede provocar en el niño dormir mal o de forma insuficiente?

Son múltiples, pero respecto de la Psiquiatría, que es mi especialidad, los chicos que duermen mal o de forma insuficiente pueden presentar desde trastornos de la atención hasta trastornos ansiosos, consumo de sustancias en el caso de los adolescentes, e incluso tener trastornos del ánimo que pueden llegar a ser muy graves en algunos casos.

Cuál es su opinión respecto a la costumbre de algunos adolescentes de usar juegos electrónicos durante varias horas en la noche? ¿Tiene esto influencia en su vigilia y atención al día siguiente?

Más allá de mi opinión, la cual concuerda con la de la mayoría de los estudios actuales, está demostrado lo dañino que es para la salud de los niños, adolescentes y adultos utilizar aparatos electrónicos avanzada la noche. Esto, entre otras cosas, porque la luz de las pantallas bloquea la secreción

de melatonina, hormona que regula el sueño y es necesaria para alcanzar un sueño profundo y reparador. Además, dado que mi principal trabajo clínico lo realizo con pacientes que presentan adicciones, puedo decir a ciencia cierta que los juegos de internet, los cuales incluso a veces conllevan apuestas en dinero que muchas veces los padres desconocen, provocan adicción, y éstas son patologías graves, muy difíciles de tratar.

“...está demostrado lo dañino que es para la salud de los niños, adolescentes y adultos utilizar aparatos electrónicos avanzada la noche.”

PARA PROFUNDIZAR...

Acá algunos estudios que sugiere la Dra. Betancur, sobre la relación entre sueño y aprendizaje, incluyendo dos referencias de estudios realizados por investigadores chilenos de muy alto nivel y miembros de SOCHIMES:

1. Beebe D. *Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents*. *Pediatr Clin North Am* 2011; 58:649-65.
2. Ednick M, et al. (2009). *A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development*. *Sleep* 2009; 32:1449-58.
3. Hill C, Hogan A, Karmiloff-Smith A. *To sleep, perchance to enrich learning?* *Arch Dis Child* 2007; 92:637-43.
4. Iglowstein I, et al. *Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends*. *Pediatrics* 2003; 111:302-7
5. Kato Y. et al. *Regulation of Human Growth Hormone Secretion and Its Disorders*. *Int Medicine* 2002; 41:7-13.
6. Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad de España 2011. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. http://www.guiasa-lud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf
7. Peirano P, et al. *Sleep and neurofunctions throughout child development: lasting effects of early iron deficiency*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48 Suppl 1: S8-15.
8. Peirano P, Algarín C. *Sleep in brain development*. *Biol Res* 2007;40: 471-8. [ee](#)

“EL SUEÑO NO SE RECUPERA Y SE VA PRODUCIENDO UNA DEUDA CRÓNICA”

Dr. Germán Gaete C. Neurólogo. Especialista en Epilepsia y Sueño, Centro del Sueño Linde.



¿Cuántas horas de sueño son recomendables para un adulto?

Para los adultos más jóvenes, de entre 18 y 25 años, lo recomendable es dormir entre 7 y 9 horas diarias, y no menos de 6 ni más de 10 u 11. Para adultos entre 26 y 64 años, lo ideal es dormir entre 7 y 9 horas, aunque no siempre se logra. Y para adultos mayores, es decir, más de 65 años, lo saludable es descansar entre 7 y 8 horas al día.

Aunque un adulto cumpla con el número de horas de sueño diario recomendado, ¿afecta que cada día sea en distintos horarios?

Es fundamental mantener los horarios de sueño, porque durante el período se producen una serie de fenómenos activos, que abarcan desde la reparación celular, regulaciones hormonales, hasta la fijación de la memoria. Lo anterior es parte de lo que se conoce como ritmo circadiano, el cual se encuentra muy influido por los periodos de sueño-vigilia. Es en parte por esta razón que los expertos recomiendan mantener un horario de sueño, incluso los fines de semana.

Pensando en los turnos de trabajo, entonces ¿no daría lo mismo dormir 8 horas de una vez, que dormir 2 veces 4 horas en un ciclo diario?

No da lo mismo. Durante el sueño se producen “estadios o estados de sueño” que requieren períodos de tiempo determinado para producirse. En la medida que fraccionamos el sueño, permanecemos en estadios o estados de sueño “superficial”, no reparador y nos alejamos de obtener estadios o

estados de sueño como el sueño REM, donde se producen procesos como los de reorganización de la memoria, que es importante para los procesos de aprendizaje.

Sobre dormir de día, con una luminosidad diferente, ¿también afecta a la calidad del sueño?

No es recomendable dormir con luz, porque el ritmo circadiano -que es nuestro ciclo interno de aproximadamente 24 horas de

duración y que afecta a nuestros procesos bioquímicos, fisiológicos y conductuales-, está regulado especialmente por la luz, siendo ésta el sincronizador con mayor impacto en nuestro ciclo de sueño. No solo la luz natural es la que nos afecta, sino también las luces artificiales. Nuestra fisiología no es tan inteligente como para diferenciar si una luz es natural o artificial, es puramente reactiva.

“ No es recomendable dormir con luz, porque el ritmo circadiano está regulado especialmente por la luz, siendo ésta el sincronizador con mayor impacto en nuestro ciclo de sueño. ”



Es muy frecuente que en los turnos de los profesionales de la salud se realice trabajo continuado por 24 horas o más. ¿De qué manera se puede disminuir el impacto de permanecer en vigilia tanto tiempo?

Existen recomendaciones que se conocen como “higiene de sueño” y aunque parezca obvio, la principal es dormir de noche. Sin embargo, como esto no siempre es posible en nuestra agitada vida actual, existen algunos tips, que pueden ayudar a aquellos profesionales que realizan turno nocturno y necesitan dormir durante el día, “engañando” al ritmo circadiano:

- Comer tarde en la noche puede afectar también a nuestro ritmo circadiano, haciendo que el cuerpo piense que es de día. Es por esto que en estos trabajadores se recomienda comer fuerte antes de ir a trabajar de noche.

- Hacer ejercicio en horarios tardíos, o directamente durante la noche, afecta a nuestra temperatura corporal y a los niveles de melatonina, afectando negativamente al sueño y promoviendo la vigilia.

- Antes de un turno de noche, se puede dormir de día, pero en una habitación absolutamente a oscuras.

- Durante el turno de noche exponerse a la luz blanca o luz azul crea un “día artificial” engañando nuestro ritmo circadiano.

Lamentablemente, el sueño no se “recupera” y se produce una deuda crónica de éste. La solución pasa por repensar este sistema de

“turnos no fisiológicos”. Los estudios demuestran que las personas con falta de sueño tienen un bajo rendimiento en las pruebas de atención, incluso después de un período de recuperación. Otras investigaciones corroboran que es imposible recuperar el rendimiento del cerebro con horas extra de sueño. El cerebro se adapta a la restricción crónica del sueño y lleva a cabo sus actividades con ciertas restricciones, sin esforzarse.

¿Qué trastornos puede provocar en el adulto dormir mal o de forma insuficiente?

Como mencioné, el sueño es un proceso activo, y todas aquellas condiciones que afectan su calidad pueden generar afecciones importantes, como por ejemplo, la apnea del sueño, que genera un fraccionamiento del sueño asociado a un sueño superficial no reparador. Este es un factor importante de riesgo cardiovascular, que eleva la posibilidad de padecer hipertensión arterial, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias e infarto cerebral. Otras condiciones asociadas a la mala calidad del sueño que se han estudiado abarcan desde trastornos metabólicos, obesidad e incluso la demencia. Y, sin lugar a dudas, donde mayor impacto tiene la calidad del sueño es en generar alteraciones psiquiátricas.

¿Y cuáles son las patologías más prevalentes en adultos? ¿Qué tipo de tratamientos se realiza para esas patologías?

Los trastornos del sueño incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño. En el adulto los trastornos del sueño más prevalentes son:

- **Insomnio:** es el trastorno del sueño más frecuente en el adulto. Los estudios epidemiológicos más serios revelan que hasta un 48% de la población en EE.UU. se queja de haber sufrido insomnio, un 15% habría presentado insomnio asociado a consecuencias diurnas y un 6% tendría un insomnio diagnosticado. Es uno de los trastornos del sueño de mayor trascendencia sanitaria y social, y la insatisfacción con la calidad

y/o cantidad del sueño puede provenir de la dificultad que tiene para quedarse dormido o para mantener el sueño a lo largo de la noche, así como del número de despertares precoces que sufre. La causa más importante es la comorbilidad psiquiátrica, siendo el insomnio muchas veces un síntoma. Pacientes con insomnio crónico o persistente tienen un riesgo mayor de padecer otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad o alcoholismo, frente a pacientes sin insomnio o aquellos que ya están recuperados de este trastorno. La relación con la depresión es particularmente clara. Por una parte, las dificultades típicas del insomnio están presentes en cuatro de cada cinco personas con un trastorno depresivo mayor; por otra, la persistencia de las manifestaciones del insomnio aumenta marcadamente la probabilidad de padecer una depresión mayor en un período de un año.

- Apnea obstructiva del sueño:

Su prevalencia ha aumentado significativamente en los últimos años, asociada a la pandemia de obesidad, el principal factor de riesgo. Se estima que entre 4 y 8% de los varones y hasta 4% de las mujeres padecen esta enfermedad. Su diagnóstico se basa en una triada clínica que incluye la presencia de ronquido, pausas respiratorias observadas (apnea cuando dura más de 20 segundos) y excesiva somnolencia diurna. Para objetivar esta sospecha se somete al paciente a un estudio polisomnográfico que se realiza en laboratorios especializados, donde se evalúa una serie de variables fisiológicas que se ven afectadas en esta patología. Su principal trascendencia es, por un lado, la asociación a una mayor tasa de accidentabilidad laboral y de tránsito y, por otro, al aumento del riesgo cardiovascular. Su manejo incluye la eliminación de los factores de riesgo, principalmente la obesidad y el tabaco. En la mayoría de las ocasiones se requiere el empleo de un dispositivo similar a un compresor de aire domiciliario conocido como CPAP (por las siglas en inglés para Presión Positiva Continua de la vía Área). En otras, se pue-



“En los adultos, los trastornos del sueño incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño.”



de contar con la evaluación de un especialista otorrinolaringólogo o un cirujano máxilo facial, si es el caso.

Respecto de los niños, ¿cuáles son las patologías más frecuentes que afectan la duración o calidad del sueño en la niñez?

Los trastornos más frecuentes se asocian con la presencia de pesadillas, apnea del sueño, terrores nocturnos y la narcolepsia. De lo anterior, cobra relevancia la alta prevalencia de la apnea del sueño, que es sub diagnosticada en edad pediátrica. El Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) es una condición altamente prevalente y se estima una frecuencia de 2-3% en niños. Se caracteriza por la oclusión intermitente, parcial o completa de la vía aérea superior durante el sueño, produciendo alteración del intercambio gaseoso, frecuentes microdespertares y alteración de la arquitectura del sueño. Al igual que en los adultos, se pueden observar asociaciones de riesgo cardiovascular y metabólico. Sin embargo, cobra gran importancia la asociación con alteraciones neurocognitivas, destacando el Síndrome de Déficit Atencional. Su importancia es creciente por su asociación a obesidad, como causa y como consecuencia.

¿Cuáles serían las indicaciones para un escolar que presenta estas patologías?

Como todo paciente, y para la mayoría de las patologías del sueño, las medidas generales referentes a la “higiene del sueño” son la primera recomendación, aconsejándose: diseñar una rutina de acostarse a una hora definida; establecer horarios regulares de dormir; limitar paulatinamente la actividad física de alta potencia dos horas antes de la hora de acostarse; realizar actividad suave, como una caminata o relajación antes de dormir; intentar ver el último programa de televisión o uso del computador mínimo una hora antes de ir a dormir; intentar ver televisión en una habitación distinta del dormitorio del niño o adolescente; reducir el consumo de cafeína, tanto como el de bebidas gaseosas o energizantes, e irritantes, antes de

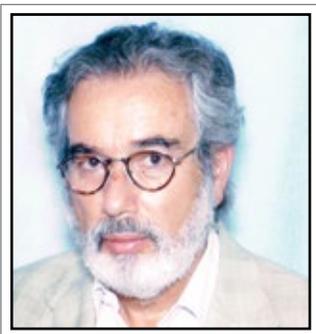
acostarse, o cambiarlas por líquidos más saludables; ingerir una colación láctea unos 30 minutos antes de disponerse a dormir; diseñar el propio plan de actividades de estudio, sin alterar las horas destinadas al sueño, y, evitar el consumo habitual de sustancias estimulantes que prolongan el estado de vigilia, como el café y bebidas colas o energizantes, y desincentivar permanentemente el cigarrillo, bebidas alcohólicas y otras sustancias “activantes”.

En este grupo etario en particular la promoción de un estilo de vida saludable requiere de la colaboración de los padres y de los profesores.

Finalmente, para el síndrome de apnea obstructiva del sueño, a diferencia de los adultos, la evaluación por especialista otorrinolaringólogo es fundamental, entendiendo que algunos de las patologías obstructivas del sueño en el niño pueden tener tratamiento quirúrgico de fracasar las medidas terapéuticas apropiadas.

¿Existen fármacos indicados para los casos antes detallados?

El 30% de los niños presentan, en algún momento, un trastorno del sueño, elevándose al 80% en niños con alteraciones del neurodesarrollo. La melatonina exógena es una neurohormona comercializada como suplemento nutricional que se utiliza cada vez más en los problemas de sueño y ha demostrado seguridad en el uso en niños. Presenta efectos regulando el sistema circadiano y posee moderada actividad hipnótica, lo que justifica su utilización en diferentes situaciones en la que el reloj biológico está alterado, por ejemplo, *jet lag*, trabajos con turnos y otras. Es importante destacar su uso asociado a la transición luz-oscuridad, período en que debe ser administrada. En niños, los estudios han demostrado que la melatonina es eficaz reduciendo la latencia de sueño y adelantando su inicio. Cuando el adelanto del inicio del sueño es significativo, el tiempo total de sueño también aumenta. Otros estudios muestran una disminución de la fragmentación del sueño con melatonina, especialmente en niños con trastornos del neurodesarrollo.ee



Dr. Miguel Kottow L. Médico, paciente y autor del libro “El Pa(de)ciente”:

“LOS ENFERMOS AFECTADOS (¿USUARIOS?) Y PROFESIONALES DE LA SALUD (¿PROVEEDORES?), SON VÍCTIMAS DE UNA TENDENCIA NEFASTA: LO QUE ERA UN SERVICIO ES AHORA UN BIEN TRANSABLE EN EL MERCADO”

A comienzos de 2013, una enfermedad debilitante comenzó a manifestarse en el Dr. Miguel Kottow, oftalmólogo, doctor en Medicina de la Universidad de Bonn y Director de la Unidad de Bioética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Era el síndrome de Guillen-Barré, que le hizo cambiar el rol de médico por el de paciente para vivir en carne propia una seguidilla de procedimientos cuestionables, malos tratos y omisión de sus derechos durante su hospitalización en una clínica de Santiago.

Esta experiencia lo llevó a escribir “El Pa(de)ciente”, libro donde relata episodios sucedidos desde el día en que sufrió una caída producto de la paralización parcial de su cuerpo, hasta los meses de recuperación, pasando por aquellos 15 días de hospitalización que se transformaron en una verdadera pesadilla, debido a situaciones que tampoco son ajenas la atención pediátrica.

En la siguiente entrevista, el Dr. Kottow cuenta por qué decidió escribir este libro, explica la compleja dualidad médico-paciente y se refiere al choque que vive día a día la bioética con un sistema instaurado y muy difícil de cambiar: la medicina como bien de consumo. Este testimonio da cuenta de un sistema en crisis.



Ejerciendo como médico, inmerso en el mismo sistema que describe en su libro, ¿tuvo una opinión crítica hacia este sistema antes de declarada su enfermedad?

La institucionalización de la medicina es despersonaliza para el paciente, quien debe cumplir trámites, firmar documentos, ser guiado por pasillos, ascensores y varios sectores, de modo que la hospitalización significa someterse a protocolos administrativos, económicos y de gestión médica. Por lo tanto, tener experiencia previa, ser médico o haber observado y debatido sobre todos estos aspectos protocolares, no modifica en absoluto el cumplimiento de todas las formalidades y la sumisión a una condición de paciente que no tiene oportunidad de ejercer su capacidad de decisión a medida que ingresa al hospital o clínica.

Como médico que ejerce una especialidad médico-quirúrgica (oftalmología) he tenido frecuentes experiencias de pacientes que han sido tratados en forma des cuidada e impositiva. Esto me ha llevado a debatir y publicar insistentemente sobre la autonomía del paciente, sobre el consentimiento informado que, de proceso interpersonal, se ha convertido en procedimiento de secretaría, y sobre las decisiones diagnósticas y terapéuticas que se toman sin consultar al afectado.

Las críticas van más hacia el sistema que hacia los profesionales de la salud, porque no me cabe duda de la buena disposición y el adecuado criterio que muchos de ellos tienen, de modo que en bue-

na medida son víctimas del sistema que los constriñe en límites de decisión y acción. Criticable es que como profesionales no extrememos los reducidos grados de autonomía que persisten, y nos adaptemos incondicionalmente a lo que el sistema médico (instituciones, aseguradoras, protocolos, etc.) nos impone.

Usted vivió un desamparo “consciente”, desde la vereda del médico informado al que ahora desoyen. ¿Cree entonces que con un paciente común, ajeno a los conocimientos médicos, el trato que otorga el sistema es similar o es peor todavía?

Mi experiencia como paciente fue, repetidamente, que como médico me enfrentaba con un distanciamiento mayor que el habitual, creándose situaciones incómodas cuando cuestionaba algunas medidas (tratamiento inconsulto de una hipertensión arterial inexistente, insistencia en horario de administración de medicamentos -8pm para somníferos-). En más de una ocasión, mi solicitud de contacto con alguno de los médicos que intervenían en mi caso era respondida con retraso, con promesas de visita que no se cumplían, con decisiones terapéuticas dadas por celular a la enfermera.

Es fácil caer en una especie de paranoia al respecto. Sin embargo, varios colegas que leyeron “El Pa(de)ciente” y con los que he conversado personalmente, me confirmaron la experiencia de la barrera comunicacional que se produce cuando declaran ser médicos. Estas vivencias no son generalizables, pero sí son frecuentes y erosionan la idea de que existe un cierto grado de hermandad profesional. Algo de eso ya se palpa en la pérdida de la “cortesía profesional” de no cobrar a los colegas y sus familiares directos, un deterioro que no me ha tocado vivir pero sí presenciar en colegas enfermos (Nota de la Revista: recordando que esto está contenido en la promesa hipocrática que hacemos al recibir nuestro título).

¿Por qué escribió el libro? ¿Significa una expresión liberadora para usted o una denuncia indi-

recta al sistema de salud actual? ¿Vislumbra alguna estrategia para mejorar las falencias experimentadas?

Escribir “El Pa(de)ciente” tenía por claro y único objetivo exponer la vivencia de despersonalización que se vive al interior de los sistemas médicos, que ha sido vivida y observada por muchísimas personas. De ninguna manera había intenciones narrativas de un episodio de enfermedad que muchas personas han experimentado con más padecimientos, con afecciones más graves, y con pronósticos de recuperación parcial e incompleta. Lo que parecía interesante era la conjunción de ser paciente, médico y dedicado a la bioética ser “bioeticista” como, a falta de nombre mejor, hemos tenido que aceptar como denominación usual.

Un segundo aliciente fue padecer de un síndrome de Guillen-Barré

que tiene tres características atingentes al tema: es incapacitante, en mi caso por parálisis de las cuatro extremidades, es indolora (lo que duele son los procedimientos, no la afección misma) y, tercero, no conlleva ningún desmedro de la competencia mental, así permitiendo la observación lúcida de todo lo que sucede.

Tal vez el motivo predominante para escribir fue que los pacientes están en situación muy desmadrada para criticar, precisamente porque están insertos -y en buena medida a merced-, del sistema que los recibe (¿acoge?). He señalado en muchas ocasiones que la bioética que nació por iniciativa de A. Hellegers (que fue simultánea con la de V.R. Potter pero que iba en otra dirección) fue expresamente desarrollada para fortificar los derechos del paciente que se veían restringidos por la extraordinaria sofisticación técnica

de la medicina. Esto es lo que mucha gente llama la “deshumanización” de lo médico; yo prefiero hablar de despersonalización de la biomedicina (la medicina fusionada con la investigación y al acopio de “evidencias”, y convertida en un servicio que se transa en el mercado).

La propuesta original de Hellegers (un obstetra de origen holandés que tenía un hermano severamente discapacitado), dio origen a uno de los más prestigiosos centros de bioética de EE.UU. No obstante, la bioética ha sido criticada, y con fundamento, por haber desoido este llamado y perderse en debates académicos, elucubraciones teóricas alejadas de la praxis y ganarse la fama de ser un estorbo para las decisiones médicas y, ante todo, para los emprendimientos de investigación clínica.

Esta crítica es justificada pero no

“Criticable es que como profesionales no extrememos los reducidos grados de autonomía que persisten, y nos adaptemos incondicionalmente a lo que el sistema médico (instituciones, aseguradoras, protocolos, etc.) nos impone.”



“¿Cuál es la solución? Mi respuesta invariable es: no sé, pero los problemas no pueden buscar soluciones mientras no sean abiertamente presentados.”



generalizable. Hemos desarrollado mucho debate sobre el consentimiento informado, sobre la forma de evaluar competencia mental, sobre decisiones médicas que deben tomarse en situaciones de urgencia, o cuando las exigencias del paciente ponen en riesgo su propia vida y se contraponen al sano criterio médico (Testigos de Jehová, por ejemplo). La bioética se pierde en minucias, es cierto, pero por otra parte es el fundamento de los Comités de Bioética (asistenciales y de investigación) cuya misión es ayudar a dirimir dilemas y problemas que se presentan cotidianamente en clínica y cuyo norte invariable ha de ser actuar en pro del paciente.

Un alcance al respecto: en muchas ocasiones se ha equiparado la autonomía del paciente con el derecho de elegir a su médico y a la institución donde quiere tratarse. Diría que este requerimiento es, a su vez, neoliberal, y tiende a confirmar que el paciente es un cliente que ha de ser “fidelizado” para no perderlo. Lo crucial aquí es que la elección no sea necesaria, en la medida que tanto médicos como instituciones cumplan con los requerimientos técnicos

y morales que todo paciente tiene derecho a esperar.

Paradójicamente, pareciera que lo ocurrido a usted fue una “bofetada” que la realidad le da a quien, a través de la bioética, trabaja día a día para evitar este tipo de situaciones. ¿Qué queda después de estos episodios? ¿Cómo enfrentar a sus alumnos en clases?

Muchos de mis colegas han expresado abiertamente su frustración porque los esfuerzos de docencia y asesoría en asunto de bioética no se reflejan en una actitud adecuada en la práctica. Efectivamente, en el ejercicio de la medicina se observa las no infrecuentes “bofetadas” que recibe la bioética: indicaciones inadecuadas de cirugía, solicitud de exámenes irrelevantes, desatención a que cada prescripción que firmamos es una carga para el paciente en un país donde el 40% del gasto en salud viene del propio bolsillo, y cobros excesivos de instituciones y profesionales.

Con la publicación de “El Pa(de)ciente” se abrió un torrente de manifestaciones (por mail, personales, por experiencias compartidas), de pacientes y allegados

que se sentían desprotegidos con nuestro sistema médico.

Es una constante nacional que los reclamos no tienen destinatario claro. Sea la compra de calcetines, el desacuerdo de los padres con lo que ocurre en el colegio de sus hijos, y, más claramente, con los pacientes que se ven maltratados y tratados mal pero no tienen recurso a requerir corrección y reparación, todo apunta a que es necesario expresar públicamente la desazón ciudadana. En ese sentido, “El Pa(de)ciente” ha querido mostrar abiertamente la crisis de confianza que el ciudadano tiene frente a gestores de todo orden, notoriamente en lo médico, que ciertamente es previa pero no deja de resonar con la exacerbada desconfianza que vivimos con los recientes sucesos nacionales.

Editado en tiraje limitado, “El Pa(de)ciente” tuvo su primera reedición a los pocos meses de aparecido. Ello motivó varios “lanzamientos” o presentaciones, en cada una de las cuales surgía la pregunta que también aquí se ha expresado: ¿cuál es la solución?

Mi respuesta invariable es: No sé, pero los problemas no pue-

den buscar soluciones mientras no sean abiertamente presentados. Y si intento acercarme a una solución ha sido reconocer que enfermos afectados (¿usuarios?) y profesionales de la salud (¿proveedores?), son víctimas de una tendencia nefasta: lo que era un servicio (para satisfacer un derecho: el derecho a la salud) es ahora un bien transable en el mercado (lo mismo que está ocurriendo con educación, previsión y seguridad social). Eso golpea con especial rigor a países como el nuestro, que debe ostentar una de las más crasas inequidades de ingreso del mundo (nuestro índice *Gini* es superior a 0.5, mientras que los países desarrollados están en 0.3).

De manera que hay factores macro que explican, sin justificar, lo que ocurre con nuestra medicina. Quijotadas y utopías están fuera de lugar. Lo único que cabe es incentivar en todos nosotros el ejercicio de ese resto de autonomía que nos permite darle una impronta personal a nuestro quehacer y no “ser médicos” sino personas que ejercen la medicina. **ee**

1997: LA RAMA DE NUTRICIÓN SOCHIPE CUMPLÍA 15 AÑOS

La Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría se creó en 1982, durante la presidencia del Dr. Patricio Donoso Letelier (1981-1982, Premio Excelencia Académica 1995), período durante el cual las ramas tuvieron un fuerte desarrollo: crecieron de 4 a 14 y la representación nacional se extendió a 11 Filiales. Además, se creó el Premio Dr. Julio Schwarzenberg Löbeck (1981) y el Programa de Educación Continua (1982), predecesor de la actual Secretaría de Educación Continua (2012).

En la foto se encuentran varios destacados especialistas que estuvieron involucrados en la creación de la Rama, como los doctores Castillo, Uauy y Atalah. También podemos ver a gran parte de esta creciente y activa Rama cuando se celebraba su 15o aniversario, en 1997, en el frontis de lo que era el hoy desaparecido Auditorio de DIF Recalcine. En esos años, este recinto era frecuentemente utilizado para diferentes actividades de la Sociedad.

En ese 1997, es decir hace sólo 18 años atrás, la realidad nutricional era muy diferente; por ejemplo, la edad promedio de defunción en niños con fibrosis quística era de 3,1 años (1), y nacían 259.959 niños para una población estimada de 14.622.354 habitantes, de modo que nuestra tasa de natalidad era de 18,7 por mil. Hubo 2.732 niños menores de un año fallecidos, lo que arrojaba una mortalidad infantil de 10,0 por mil. La mortalidad neonatal era de 5,7 por mil y la mortalidad neonatal precoz de 4,5 por mil (1.569 y 1.240 recién nacidos, respectivamente) (2).

Ese año Santiago vivía un record de 709,8 mm de agua caída, la esperanza de vida alcanzaba los 75,06 años, el IPC anual acumulaba un 97%, el índice de alfabetización en mayores de 15 años alcanzaba el 95,29%. Se distribuían 21,5 millones de kilos de leche y mezclas proteicas y teníamos 1.106.135 niños bajo 6 años en control con un 5,7% de desnutridos primarios y 1,2% secundarios, en tanto que la obesidad y el sobrepeso alcanzaban el 7% y el 15,7%, respectivamente (3).

La Rama, desde sus orígenes -y desde mucho antes como actividades individuales de varios de sus integrantes-, trabajó muy cercana a los organismos públicos encargados de políticas sobre la infancia, así como con muchas ONG relacionadas. Entre sus principales logros se cuenta la publicación periódica de las Guías de Alimentación Normal, siendo sus últimas actualizaciones los años 2005 y 2013, publicadas en la Revista Chilena de Pediatría; la

instauración periódica de un curso para financiar proyectos de investigación en nutrición, y, el Curso Anual de Nutrición que, por más de 12 exitosos años ofreció educación continua y actualizaciones sin costo para los socios. Hoy se encuentra desarrollando el 1er Congreso en Nutrición Clínica Pediátrica, como parte del 8º Congreso de la Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo (Achinumet). **ee**



De pie atrás, varones de izquierda a derecha: doctores Daniel Abumohor, Ángel Fuentes, Ricardo Uauy (Premio Excelencia Académica 2012, Premio Nacional de Ciencias 2012 y Maestro de la Pediatría 2014), Eduardo Atalah (Presidente SLAN 2007-2009 y Premio a la Trayectoria Académica 2014), Sergio Krausse, Juan José Latorre (entonces Presidente de la SOCHIPE), Pedro Herskovic, Francisco Moraga (Presidente SOCHIPE 2011-2012), Sergio Ambiado, Carlos Castillo (Premio Excelencia Académica 2013) y Juan Carlos Villalobos.
Al medio de pie, damas de izquierda a derecha: Nut MSc Verónica Cornejo (Directora INTA 2014-2015), y las doctoras Patricia Bustos, Orquidea Arredondo, Josefina Mathias, Aida Maggi, Patricia Vernal, Pascuala Urrejola, Ma. Jesús Rebollo, Marcia Teitelboim, Carolina Wong y Marcela Milad.
Sentadas de izquierda a derecha: doctoras Teresa Young, Silvia Guardia, Erna Raimann, Jessy Niklitcheck, Patricia Mena, Isabel Hodgson, Verónica Marín e Ilse González.

(1) Cerda J, Valdivia G, Guiraldes E, Sánchez I. Mortalidad por fibrosis quística en Chile (1997-2003). *Rev méd Chile* 2008, 136(2), 157-62.

(2) Aguila A., Capítulo 1: Indicadores neonatales. En: *Manual de Neonatología, Servicio de Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile*, 2001. Ediciones Universidad de Chile.

(3) <http://www.bcentral.cl/publicaciones/estadisticas/informacion-integrada/pdf/sechile9701.pdf>



ETIQUETADO DE ALIMENTOS

INQUIETUD POR LA LEY DE PUBLICIDAD EN ALIMENTOS

El martes 17 de diciembre 2014, se publicó el decreto de la Ley 20.606 sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad que busca normar el etiquetado de los alimentos, y su Reglamento entró a Contraloría para toma de razón a mediados de abril recién pasado. A grandes rasgos, esta ley pretende rotular el exceso de los llamados “nutrientes críticos”, como azúcar, calorías, grasas saturadas y sodio, en los envases de los productos. El documento prohíbe, además, que los alimentos que sobrepasen los límites permitidos de estos nutrientes críticos se vendan en los quioscos de los colegios.

La norma establece límites máximos, que se harán más rigurosos y menos permisivos, progresivamente, en un plazo de cuatro años. Esto, con miras a que la industria pueda adaptar sus procesos y adecuarse al nuevo esquema. Además, los productos que sobrepasen los límites deberán incluir en sus envases un signo que emula el signo “Pare”, en color negro, y donde se incorpora la leyenda “exceso de”, asociado a sodio, calorías, grasas saturadas o azúcar -según corresponda-, y que ocupará un 25% de la etiqueta.

Ahora bien, la iniciativa no está exenta de críticas, sobre todo las que emanan del mundo científico-académico, ya que en el texto final no se contemplaron medidas integradoras, entendiendo que la obesidad no es un problema exclusivo de la malnutrición, y en su última versión se dejó fuera de la discusión a los expertos y a las sociedades científicas, entre ellas la SOCHIPE.

A continuación, el Dr. Francisco Moraga M., Presidente SOCHIPE en el período 2011-2012 y uno de los expertos que participaron en los inicios de la nueva indicación, explica por qué esta Ley pudo ser mucho mejor de lo que será. En nuestra próxima edición se referirán a este mismo tema profesionales de la Rama de Nutrición SOCHIPE, que también nos darán a conocer su punto de vista.

¿Cuál es la crítica que se hace a la nueva ley de publicidad en los alimentos?

Quiero partir diciendo que el espíritu de esta ley, tal como se señala en la introducción, viene a dar cuenta de una necesidad en aspecto de favorecer buenas prácticas de salud y es una iniciativa que debe apoyarse. Sin embargo, también creo que se perdió una gran oportunidad de establecer una regulación efectiva que abarque de manera integral el problema de la obesidad, lo que suponía abordar integral e integradamente diversas acciones y factores que inciden sobre los estilos de vida y no solo circunscribir restricciones a los alimentos envasados, que representan únicamente el 30% de lo que consumen los chilenos.

Originalmente, se pensaba incorporar a esta ley elementos destinados a ampliar su ámbito a Educación, incorporando horarios destinados a ampliar las clases de Educación Física y crear en el cu-

rrículo escolar actividades destinadas a promover educación en vida saludable, tomaba elementos de lo señalado en el Código OMS de comercialización ética de sucedáneos de la leche materna como parte integrante de su cuerpo. En el camino quedaron estas iniciativas, que se supone serán integradas en otros cuerpos legales, perdiéndose la oportunidad de disponer de un texto integrador de políticas multistamentarias coordinadas, destinadas a prevenir y tratar la obesidad.

Debemos recordar que, junto con esta iniciativa legal, está la de la modificación del Reglamento Sanitario de los Alimentos, que incorpora algunas indicaciones que han sido cuestionadas por ciertos sectores, por considerar que vulnerarían derechos constitucionales, de propiedad intelectual e incluso tratados internacionales, como lo señalado en la Directriz Codex de Etiquetado Nutricional, que prohíbe utilizar declaraciones conducentes a pensar que



“ Creemos que se perdió una gran oportunidad de establecer una regulación efectiva que abarque de manera integral el problema de la obesidad...”

Bersen®
Una familia de soluciones

ENTREGANDO 21 AÑOS SOLUCIONES

20mg 5ml 2mg 1ml

Primera suspensión oral en Chile

20 COMPRIMIDOS BERSEN® PREDNISONA 5 mg USO ORAL

20 COMPRIMIDOS BERSEN® PREDNISONA 20 mg USO ORAL

Comprimidos Birranurados

LP PASTEUR

www.lpasteur.cl

existe un peligro en el consumo de un alimento, señalando que el símbolo Pare utilizado es similar al de alerta por veneno, lo que se suma a lo que según la Organización Mundial de Comercio (OMC) y el Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) de la Unión Europea con sede en Ginebra hace respecto a la rotulación porcentual en vez de por porción de consumo y a la no distinción por tipo de alimento, lo que haría que casi el 90% de los alimentos quede con el signo de “exceso en” generando una distorsión y una confusión en la percepción del consumidor entre alimentos de elaboración nacional e importados, afectando la libre competencia acordada internacionalmente entre los países miembros de la OMC.

Tal vez una de las principales críticas que se le hace a la Ley, es que sobredimensiona las propuestas del ámbito de las prohibiciones, por sobre las propuestas de espacios de diálogo necesarios entre las empresas, las sociedades científicas, las autoridades de gobierno y salud para establecer una agenda de trabajo conjunto, que hicieran más eficientes, participativas e inclusivas la posibilidad de construir políticas públicas efectivas para combatir la obesidad y el sedentarismo en Chile.

Además, falta una información clara al consumidor acompañada de una campaña educativa amplia a la población, aspectos que fueron discutidos y consensuados, pero que no se consideraron en el texto final, que, haciendo que los contenidos de nutrientes críticos sean indicados por 100 gr de producto en vez de por porción consumible, en nada ayuda a la ya poca comprensión que el público hace del etiquetado actual, y que esta disposición afecte sólo a los alimentos procesados pero, por ejemplo, no lo haga con las sopaipillas y frituras que día a día se preparan en las puertas de hospitales, consultorios y sedes universitarias.

¿Fueron consultadas las sociedades científicas por los legisladores antes de votar la ley, en particular, la SOCHIPE?

En una primera etapa, hace ya



“ No hay que satanizar ni a nutrientes específicos ni a las fórmulas lácteas infantiles. Todo tiene su momento e indicación y es allí donde se debe hacer el énfasis.”

varios años, cuando se inició la discusión respecto a la modificación del etiquetado y la publicidad de alimentos, antes de que fuera proyecto de ley incluso, la SOCHIPE participó activamente, a través de su Rama de Nutrición, especialmente de quienes llega-

ron a ser además los encargados del Departamento de Alimentos y Nutrición del Minsal: la Dra. Lorena Rodríguez y el Dr. Tito Pizarro, verdaderos motores intelectuales del espíritu inicial de esta iniciativa legal, desde antes que algunos senadores hicieran suya



la idea. También lo hizo a través de su participación en el capítulo chileno de la Alianza Global Contra la Obesidad (www.chilecrecesano.com/medios/noticias/2011/enero/Vida_Medica.pdf), y asesorando al legislativo en varias de las iniciativas, como EGO Chile (en la imagen, el Dr. Moraga de chaqueta café arriba a la derecha) que buscaban aglutinar iniciativas en prevención y tratamiento de la obesidad.

Posteriormente, y específicamente en esta nueva propuesta de Reglamento, no se consideró para nada la opinión de especialistas de la SOCHIPE, pese a que claramente habría sido un aporte a la discusión, especialmente porque en la Rama de Nutrición hay gente con mucho conocimiento e interés en el tema, si bien hay que admitir que el Ministerio mantuvo en consulta pública la iniciativa a través de su web.

Más allá de la legislación, ¿cuál es el problema de fondo en el consumo de sucedáneos de leche materna según la edad?

No hay que satanizar ni a nutrientes específicos ni a las fórmulas lácteas infantiles. Todo tiene su momento e indicación y es allí donde se debe hacer el énfasis. Las fórmulas infantiles no tienen la composición de la leche materna, que es fluctuante dependiendo de las características del niño -si es prematuro o de término-, de su estado de salud -si está sano o enfermo-, de la edad, de la hora del día, etc., e incluso hoy se sabe que es diferente si el lactante es varón o niña.. Es decir, se adapta a las condiciones del niño que la va a recibir. Eso, desde ya, representa una valla insalvable para las fórmulas que, si bien han evolucionado en forma impresionante en cuanto a su composición, seguridad y elaboración haciéndolas productos de excelencia en calidad y bioseguridad, no pueden igualar la versatilidad de la leche materna. Así, toda acción destinada a proteger y fomentar la lactancia será bienvenida. La incorporación del código OMS de comercialización ética de sucedáneos de la leche materna a la Ley y Reglamento de etiquetado y publicidad podría constituir una buena forma de hacerlo. [ee](http://www.sochipe.cl)

Neolucid®

Dermolimpiador facial y corporal sustituto del jabón tradicional libre de detergentes y sustancias que secan e irritan la piel.

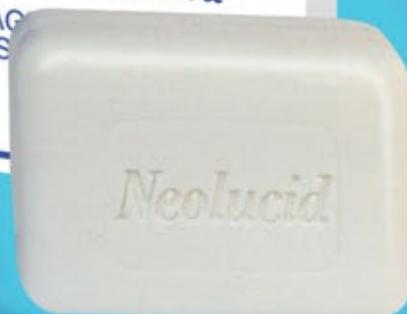


Loción Limpiadora

- Dermolimpiador Facial y Corporal
- Sustituto del Jabón
- No contiene Grasas ni aceites
- Hipoalergénico
- Testeado por dermatólogos

Certificado para uso en niños menores de 12 años
• No irrita los ojos

250 ml



Neolucid Loción Limpiadora con su exclusiva fórmula es el producto ideal para la higiene diaria de la piel de su bebé

55 Congreso Chileno de Pediatría

Del 30 de septiembre al 03 de octubre, tendrá lugar el 55 Congreso Chileno de Pediatría, 12 Congreso Chileno de Cuidados Intensivos Pediátricos, 12 Jornada de Enfermería Intensiva Pediátrica y 3 Jornada de Kinesiología Pediátrica.

Este año, estas actividades se desarrollarán en el Hotel Patagónico de Puerto Varas, y ya puede acceder a toda la información relacionada, plazos e inscripción en el sitio www.congresopediatria.cl



Calendario de Vacunación 2015

Ya fue publicado el Calendario de Vacunación 2015 que refleja el estado actual del Programa Nacional de Inmunizaciones. Acá se lo presentamos:



CALENDARIO DE VACUNACIÓN 2015

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades por M. tuberculosis
2 y 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral*	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada (sólo prematuro)	Enfermedades por Neumococo
12 Meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubéola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades por Meningococo
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades por H. influenzae tipo b (Hib)
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A**	Hepatitis A
Adultos de 65 años	Neumocócica polisacárida***	Enfermedades por Neumococo
VACUNACIÓN ESCOLAR		
1º Básico	Tres Vírica dTp (acetalar)	Sarampión, Rubéola y Paperas Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4º Básico	VPH****	Infecciones por Virus Papiloma Humano
5º Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8º Básico	dTp (acetalar)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva



* Durante 2015 se reemplazará la dosis de Polio Oral de los 2 meses por Polio Inactivada.
 ** Solo para la región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas de Bio Bio.
 *** Además se vacunará a los adultos de 66 años y más que se atienden en establecimientos de salud del sistema público, no vacunados anteriormente.
 **** Durante 2015 se administrará una dosis de VPH a niñas que cursan 6º y 7º básico y durante el 2016 una segunda dosis.
 → Como todos los años se realizará Campaña de Vacunación contra Influenza antes del Invierno.
 → Durante 2015 se realizará Campaña de Vacunación contra Sarampión para mantener la eliminación de la enfermedad.

www.minsal.cl



Gobierno de Chile

Alimenta tu Imaginación 2015

Del 4 de mayo al 31 de agosto, Tetra Pak Chile visitará 130 colegios de Santiago y regiones reforzando los mensajes asociados a la vida sana y el cuidado del Medio Ambiente. Además, realizará su tradicional concurso de cuentos para generar una mayor cercanía con lo que piensan los niños respecto de estos temas. Como siempre, un representante de la SOCHIPE será jurado en esta importante instancia, que cada año recibe trabajos de miles de niños del país.



Eventos SOCHIPE 2015

VIII Congreso Chileno de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo

Fecha: Del 28 al 30 de mayo

Lugar: Hotel Sheraton Miramar – Viña del Mar

Inscripciones: www.achinumet.cl

Rama de Pediatría Ambulatoria Programación 2015

Fecha: Del 11 de junio al 22 de octubre

Lugar: Auditorium Fundación Telefónica (Providencia 119)

Inscripciones: secretaria@sochipe.info / Tlf. 02- 2237 1598

Módulos: 11 de junio RESPIRATORIO

9 de julio TRAUMATOLOGÍA

13 de agosto PSIQUIATRÍA - NEUROLOGÍA

10 de septiembre INFECCIOSO

22 de octubre NECESIDADES ESPECIALES NANEAS

Cursos de la Secretaría de Educación Continua

5° Curso de Actualización en Pediatría

1 de Junio al 28 de Septiembre

37 clases

-Infectología

-Urgencias pediátricas

-Endocrinología y Misceláneas

Diplomado “Formación de Competencias en Pediatría”

8 de Junio al 23 de Noviembre

75 clases

“Ginecología”

22 de Junio al 27 de Julio

12 clases

“Imagenología”

20 de Julio al 24 de Agosto

12 clases

“3er. Curso Lactancia materna”

10 de Agosto al 14 de Septiembre

12 clases

“Intensivo Pediátrico”

17 de Agosto al 21 de Septiembre

12 clases

“Parasitología”

21 de Septiembre al 19 de Octubre

10 clases

“Seguimiento del Recién nacido de alto riesgo”

26 de Octubre al 30 de Noviembre

12 clases

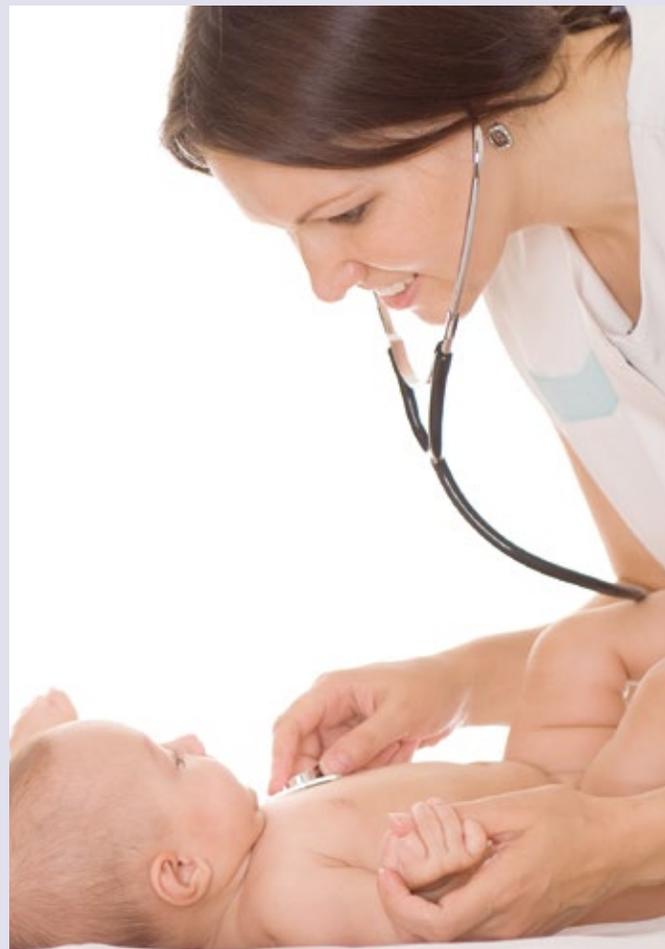
Toda la información sobre estas actividades está disponible en el calendario de www.sochipe.cl o puede solicitarla escribiendo a contacto@sochipe.cl

“Control de Salud del Niño”, nuevo libro de Pediatría

Las doctoras Paula Guzmán y María José Pérez, elaboraron una guía indispensable para profesionales y estudiantes del área de la salud que atienden a recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes.

“Control de Salud del Niño” es una completa revisión de la supervisión de salud del niño en forma práctica, detallada y actualizada.

Para mayor información, puede contactarse con Editorial Universitaria en ventas@universitaria.cl o (56-2) 2896 8960.



Nuevos Socios

Queremos dar la bienvenida a los nuevos socios de SOCHIPE:

Natalia Becerra R.	Karla Morgado C.
Paula Rebolledo A.	Karen Goldschmied A.
Daniela Saumann J.	Catalina González S.
Paola Letelier V.	Marcia Pérez C.
María José Bravo A.	Jessica Delgado H.
Rodrigo Morales F.	María Viejo B.
Luis Salinas V.	Fernando Huaquimilla R.
Gelsia Rodríguez T.	Claudio Arce F.
Sonia Gajardo G.	Andrea Cevallos C.
Marcela Valenzuela B.	José González M.
Maybe Barrera C.	Andrea Bustamante L.

Departamento de Pediatría de Clínica Alemana

MÁS DE 30 AÑOS SATISFACIENDO LA ATENCIÓN DE PACIENTES, DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADOLESCENCIA

El Departamento de Pediatría de Clínica Alemana cumplió 30 años y, con el paso del tiempo, se ha convertido en una de las unidades más grandes y prestigiosas de la institución, principalmente por su rol de referente en la especialidad a nivel nacional.



En 1983, se creó en Clínica Alemana la primera residencia pediátrica que incluía hospitalización y una unidad de cuidados especiales junto al área de postoperatorios. En 1991 comenzó a funcionar el Departamento de Pediatría que abarca, hasta el día de hoy, la Unidad de Neonatología con su propia UTI, Hospitalización Pediátrica, Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) Pediátrica y Pediatría Ambulatoria.

En estas tres décadas de existencia, el principal objetivo del Departamento de Pediatría de Clínica Alemana ha sido satisfacer integralmente la demanda de atención de los pacientes desde el nacimiento hasta la adolescencia, y mantener la especialidad en el más alto nivel dentro del país, para entregar una calidad de atención basada en los últimos adelantos científicos y técnicos, teniendo siempre como centro al paciente y a su familia.

Con este fin, el Dr. Ricardo Ronco, pediatra y jefe de esta área, explica que han trabajado en lograr institucionalizar la atención del niño, tanto en la parte ambulatoria como en la hospitalaria. “En esta última, gracias a la creación de la residencia pediátrica, existe un grupo de médicos tratantes con criterios comunes, tanto en la solicitud de exámenes como en los tratamientos. Este estándar está basado en la práctica de la buena medicina, con el propósito de disminuir días de hospitalización y costos asociados”.

Siguiendo la misma línea, cabe mencionar la creación de un libro de controles pediátricos, que se le regala a todos los niños que nacen en la clínica, y que establece criterios de normalidad en el control del niño sano, como también signos de alerta. Este libro se va completando con información del pediatra cada vez que el niño va a consulta.

ACTUALIZACIÓN PERMANENTE

El Departamento de Pediatría de Clínica Alemana ha estimulado el concepto de recertificación en la especialidad. En conjunto con el Children's Hospital of Philadelphia, Estados Unidos, se realiza el “Board de Pediatría” con cursos



intensivos prácticos y teóricos sobre los grandes temas pediátricos que permiten mantenerse al día con los avances del área y que deben ser aprobados con un examen final. Este evento, que se realiza cada dos años en Chile, cuenta con la participación docente de 16 médicos de la institución norteamericana.

“Todavía no existe la Ley ni la autoridad que exija o realice la recertificación, pero nosotros de manera voluntaria, estamos trabajando en mantener actualizadas las competencias de nuestros médicos”, explica el Dr. Ronco.

En este sentido, la difusión del conocimiento científico es relevante para este equipo. Es por eso que anualmente hay un número significativo de internos y becados de la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, además de médicos

extranjeros y de regiones, realizando pasantías en el Departamento de Pediatría.

Además, cada año sus especialistas publican más de diez estudios, tanto en revistas nacionales como internacionales de alto impacto. De esta forma, la investigación también tiene un rol principal.

TRABAJO DE EXTENSIÓN

Es muy relevante que el conocimiento y experiencia acumulados en un centro puedan ser transmitidos al resto de la comunidad. En Clínica Alemana, existe la mayor experiencia en el tratamiento de recién nacidos que requieren de un reemplazo renal. “Como somos un centro de referencia nacional en esta técnica, hemos organizado fuera de Santiago, específicamente en Valparaíso y Temuco, instancias de capacitación en este procedimiento. Son cursos prácticos que requieren de

una gran coordinación logística. El resultado ha sido muy bien evaluado”, comenta el Dr. Ronco.

NUEVO CENTRO DEL NIÑO

Clínica Alemana abrió en diciembre de 2014 las puertas del Centro del Niño, dedicado exclusivamente a la atención integral de este grupo etario, con múltiples especialidades pediátricas y una infraestructura diseñada para satisfacer adecuadamente las necesidades de salud de los más pequeños. Este recinto está ubicado en la Clínica Alemana de La Dehesa, zona urbana que ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, especialmente debido a la llegada de familias jóvenes con hijos, lo que aumenta la necesidad de atención pediátrica.

La edificación, de alrededor de 1.000 m² construidos, cuenta con 14 consultas pediátricas para las

diversas especialidades médicas. Pensando en una experiencia constructiva e innovadora para los pacientes, dispone de una sala de espera con juegos educativos. Los espacios acogen a sus visitantes con una ambientación marina, que incluye acuarios y diversas imágenes del océano y sus habitantes.

El Centro del Niño se irá implementando en etapas, con especial énfasis en tres áreas: aprendizaje y desarrollo, seguimiento a prematuros y atención integral a niños y adolescentes con necesidades especiales, es decir, aquellos que requieren cuidados diferentes en calidad y cantidad, ya sea porque sufren de alguna enfermedad crónica o prolongada o, simplemente, tienen una condición que demanda una atención distinta.

Las doctoras Luisa Schonhaut y Verónica Burón, coordinadoras de esta área, sostienen que en los próximos meses entrará en fun-

cionamiento el programa de promoción del desarrollo y aprendizaje, que contará con un equipo multidisciplinario, integrado por distintos profesionales del área de la salud, como psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogo y psicopedagogo, quienes trabajarán en forma coordinada con el equipo médico.

Esto irá de la mano de la implementación de un gimnasio para la evaluación y estimulación de los pequeños. El doctor Ronco explica que en los colegios del sector, un alto porcentaje de los niños reciben soporte en materia de aprendizaje, ya sea con psicopedagogos, profesores particulares o medicamentos. Por eso, este centro tiene un enfoque multidisciplinario, para atender de manera integral a niños que tengan problemas del desarrollo, aprendizaje, lenguaje, déficit atencional y trastornos del espectro autista.

“El principio es ofrecer alternativas para todos, cambiar el paradigma de *enfermedad por diversidad*, con la misión de destacar las fortalezas de estos niños”, concluye el doctor Ricardo Ronco. **ee**

“Este centro tiene un enfoque multidisciplinario, para atender de manera integral a niños que tengan problemas del desarrollo, aprendizaje, lenguaje, déficit atencional y trastornos del espectro autista.”

Estructura del Departamento de Pediatría de Clínica Alemana

Jefe Departamento Pediatría

Subjefe Departamento Pediatría

Jefe Servicio UCI Pediátrica

Jefe Servicio Neonatología

Jefe Unidad Broncopulmonar

Jefe Unidad Cardiología

Jefe Unidad Cirugía Infantil

Jefe Unidad Endocrinología y Nutrición

Jefe Unidad de Estudio del Sueño

Jefe Unidad de Infectología

Jefe Unidad Gastroenterología

Jefe Unidad Nefrología

Jefe Unidad Neurología

Jefe Unidad Pediatría Ambulatoria

Jefe Unidad de Psiquiatría Infantil

Jefe Unidad de la Adolescencia

Coordinación Centro del Niño

Dr. Ricardo Ronco M.

Dr. Felipe Cavagnaro S.

Dr. Jorge Roque

Dr. Marcial Osorio F.

Dr. Niels Holmgren

Dra. Valeria Acevedo A.

Dr. Ricardo Zubieta A.

Dra. Ximena Gaete V.

Dr. Raúl Corrales V.

Dr. Jan Wilhelm B.

Dra. Isabel Miquel E.

Dra. Angela Delucchi B.

Dra. Verónica Burón K.

Dra. Luisa Schonhaut B.

Dr. Alfonso Correa D.

Dra. Pamela Oyarzún

Dra. Verónica Burón K.

y Dra. Luisa Schonhaut B.



Equipos en Acción - El Estetoscopio

Invitamos a todos los profesionales de las distintas áreas pediátricas a participar en la sección de “Equipos en Acción” del magazine El Estetoscopio, de la SOCHIPE. En esta sección, edición tras edición, se presentan los integrantes de distintas unidades pediátricas, y se detalla el trabajo llevado a cabo por los médicos y/o especialistas, sus principales logros y objetivos a mediano y largo plazo.

Los interesados en participar, pueden solicitar mayor información sobre la sección a secretaria@sochipe.info

Intervenciones exitosas en colegios

ACTIVIDAD FÍSICA: UNA FORMA SENCILLA, DE BAJO COSTO Y AGRADABLE PARA CONTROLAR LA OBESIDAD Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

Recientes estudios confirman que la actividad física es una herramienta exitosa para evitar riesgos metabólicos relacionados con la obesidad y mejora la calidad de vida de los niños, cuando en el ámbito escolar se establecen programas específicos.

En la última década, el sobrepeso y la obesidad han aumentado significativamente, especialmente en niños y jóvenes. Malos hábitos alimentarios y un estilo de vida sedentario han sido reconocidos como determinantes en esta epidemia. Los colegios representan un escenario ideal para modificar conductas y el incentivar la actividad física puede ser una manera de prevenir los riesgos metabólicos relacionados con la obesidad.

Una reciente publicación que revisa de manera sistemática la literatura internacional, resume y confirma la utilidad que tienen las intervenciones escolares dirigidas a promover, mejorar y poner en práctica actividad física en colegios como herramienta eficaz en prevenir los trastornos metabólicos asociados a obesidad y en promover bienestar.

En esta publicación, se confirma la recomendación de la OMS de que la dosis de actividad física moderada a vigorosa recomendada en niños es de 60 minutos cinco días a la semana, para asegurar un crecimiento sano y evitar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Asimismo, la participación en deportes, independiente de si el niño es o no obeso, se asocia a beneficios sociales y psicológicos:

mejora la autoestima, disminuye síntomas depresivos, ansiosos e incluso comportamientos suicidas. Así, las intervenciones escolares asociadas a estimular la actividad física regular, además de su efecto sobre el control de peso, son recomendables para promover un estilo de vida saludable e impactar en el riesgo de desordenes psicológicos y la estigmatización de los niños y adolescentes afectados.

La revisión incluyó intervenciones basadas en actividad física en niños europeos (España, Suiza, Reino Unido, Alemania, Países Bajos, Bélgica, Francia, Noruega, Islandia, Italia, Suecia, Portugal y Grecia), y demostró que aunque

la disminución de IMC fue discreta e inconstante, se demostraron impactos positivos en parámetros metabólicos, en el estado físico y autoestima. Los autores concluyen que la promoción de actividad física moderada a intensa en los colegios debe ser considerada como una intervención sencilla, de bajo costo y agradable para prevenir o mejorar trastornos metabólicos y psicoafectivos asociados a obesidad, rescatando el concepto de que el colegio, especialmente las clases de educación física, son el lugar propicio para tratar de erradicar hábitos poco saludables como sedentarismo, incorporando información sobre alimentación saludable y com-

portamientos activos. Estas intervenciones deben involucrar profesores y padres para que sean exitosas.

En Chile, el SIMCE de Educación Física 2013 mostró que el 44% de los niños de octavo básico tienen sobrepeso u obesidad y que sobre el 75% de los escolares no realiza actividad física según las recomendaciones. Considerando que los niños adquieren hábitos en los primeros años de vida, el llamado es a incorporar la actividad física a la rutina familiar, con actividades en que padres e hijos puedan interactuar y generar hábitos de vida saludables para todos los miembros del grupo familiar. Cambiar los fines de semana en el mall por un domingo en el parque, jugar un partido de fútbol improvisado durante un paseo, salir a andar en bicicleta, son actividades simples y cotidianas que pueden generar poco a poco el gran cambio de hábitos necesario para mejorar el estado físico y sobre todo emocional, de nuestros hijos. Si esto se suma al aumento anunciado por autoridades de salud para aumentar a 6 por semana las horas de Educación Física en los colegios, podremos acercarnos a aprovechar los beneficios que la actividad física regular ofrece a los niños, estén o no con sobrepeso. **ee**





¿ESTAMOS PREPARADOS PARA RECETAR WEBS?

Hace unos días, tras la entrega de turno del Hospital, discutíamos sobre la conveniencia de recomendar webs a los papás de nuestros pacientes. Teniendo en cuenta que escribo esta sección, podrán suponer cuál era mi postura...

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

El Dr. Google no es fiable para auto-diagnosticarse o para que la familia busque información. No todo lo que hay sobre salud en internet es fiable, con suerte el 30%, pero de utilidad muy variable. Es que uno mismo no es infalible... es difícil interpretar los propios síntomas, incluso si se es médico, por lo que quién no lo es suele verse más abrumado.

Pero... ¿qué pasa una vez que nuestro pacientito sale de la consulta con un diagnóstico y un tratamiento? ¿Será bueno para la familia mirar en Google de lo que se trata? ¿Lo harán habitualmente? ¡Admitámoslo!, es muy probable que sí. Y más seguido de lo que creemos.

Por eso, porque uno lo intuye y las publicaciones que han estudiado este fenómeno lo han confirmado, prefiero yo mismo recomen-

dar webs –¿se podría decir que las receto?–.

Ahora bien, esto parecería ser apropiado y conveniente, pero puede terminar siendo peor dependiendo del tipo de padres, la enfermedad que diagnosticamos y los tratamientos disponibles. Especialmente si tenemos dudas y hemos solicitado exámenes para aclararlo...

¿POR QUÉ RECETAR WEBS?

¿Dónde tienes tu celular ahora? ¿Lo usas para leer esto o la Revista de Pediatría? Seguro que sabes exactamente donde lo tienes. No pasa lo mismo con el diccionario o la enciclopedia, que incluso puede que no tengamos, ¿cierto?

Si no sabes dónde queda una dirección, qué es un gen Klotho o el valor de la UF del día, lo buscas inmediatamente en internet y

sales de dudas. Entonces, si vas al médico porque a tu hija le duele la cabeza y le diagnostican una migraña... ¿Por qué no mirar en internet?

Seamos realistas, muchos padres de nuestros pacientes buscan en internet en cuanto salen por la puerta de la consulta. “Googlean” el diagnóstico, el tratamiento y su pronóstico y esto es una tendencia en aumento, especialmente si el diagnóstico suena grave, no se lo esperaban o no hemos sido lo suficientemente eficaces para explicarlo en la consulta. Seguirán buscando en internet cada vez más, y cada vez serán más exigentes en la información que necesitan: inmediata, más y mejor.

Por eso hemos editado el Diario Mi Hijo, para ofrecer información sobre temas de salud y crianza más allá del ámbito de la con-

sulta, para cualquiera que tenga hijos o sea familiar de alguno y que lo necesite. Pero la necesidad de saber de los padres (y de nuestros propios pacientes), y lo extensa que es la Pediatría, hace que esta labor sea... ¡inabarcable! Pero además, muchos padres quieren conocer otros puntos de vista, otras opiniones, no solo sobre Pediatría, sino de otras especialidades y de otros temas sanitarios. Así es que, parece necesario y conveniente ayudar a los padres de nuestros pacientes a navegar en el laberinto de información con que se encuentran si simplemente la googlean, integrando esta necesidad con parte de la responsabilidad de la atención médica.

¿CÓMO RECETAR WEBS?

Todo cambia tan rápido que cuando aprendemos a usar una tecno-

logía eficazmente, aparece otra mejor que la sustituye y la deja obsoleta. Sucede lo mismo con los conocimientos médicos, así es que estar al día es algo “natural” para quien ejerce la Medicina.

Afortunadamente, también ha cambiado la forma de ejercer la Medicina. Cada vez menos paternalistas, los médicos preferimos “involucrar a la familia” en la toma de decisiones y compartir responsabilidades, así que ahora es necesario aprender a “recetar” webs... no hay más remedio. Pero como esto no se enseña en la Facultad y somos inexpertos, hay algunas circunstancias a tener en cuenta:

- de la familia de nuestro paciente: personalidad, nivel de educación y “cultura digital”.
- de la misma enfermedad: características, gravedad, duración e información disponible.
- del tipo de información: médica, social, educativa, pedagógica, para cuidadores...
- del médico... de lo seguro que esté, sus competencias, su “mundo digital”.

CRITERIOS PERSONALES

El recetar webs trata de **complementar** la información que uno mismo ofrece a la familia y a nuestro paciente, si tiene edad de comprender; no reemplaza nuestra propia labor informativa. El **objetivo** de esta “prescripción” es acompañar a la familia en su búsqueda de información y ayudarles a encontrar aquella relevante y de buena calidad.

Teniendo en cuenta las individualidades y circunstancias de cada niño, hay que “recetar” webs igual que lo haríamos con otros tratamientos: de forma **individualizada**, nunca de forma indiscriminada, con criterio y sentido común. Recetar es algo serio.

Es recomendable terminar las visitas pidiendo a los padres y al niño que resuman lo que se ha hablado para comprobar si está todo claro. Suele ser útil preguntar: ¿ha quedado todo claro? ¿algo más que comentar? Según la respuesta puede aprovecharse la ocasión para ofrecer más información de otras fuentes.

Al recetar una web, es recomen-

dable seguir los siguientes criterios:

- Recete webs que conozca; es decir, aquellas que siga y lea con regularidad.
- Que el o los autores sean reconocibles y tengan competencias en los temas que tratan.
- La web propuesta tenga objetivos explícitos (y no oscuros intereses...).
- Que ofrezca mensajes claros y con información fidedigna, ojalá con citas claras.
- Que apoyen y amplíen la información que usted transmitió en la consulta.
- No ofrecer milagros, deben ser respetuosas con los conocimientos médicos vigentes.

No hay por qué limitarse a webs institucionales. Amplía la oferta a aquellas de profesionales, webs de asociaciones de pacientes o de pacientes individuales que escriben sobre su experiencia personal, especialmente en el caso de niños.

Un requisito imprescindible, y sin el cual no debe recetarse, es estar dispuesto a discutir en visitas posteriores cualquier duda sus-

citada por la lectura de las webs recomendadas.

Es siempre aconsejable advertir a la familia, insistentemente, que cualquier información que lean y que parezca contraria o diferente a la que uno les ha expuesto en consulta, la pregunten antes de tomar decisiones sobre el diagnóstico, exámenes solicitados o el tratamiento. También es bueno establecer que cuando vuelvan a consultar, traigan escritas las preguntas que les han surgido de lo leído y que si han encontrado información que no se había comentado previamente, que la traigan y pregunten.

CONCLUSIÓN

Las personas que vienen o acompañan a quien consulta, no son médicos. Cuando preguntan sobre algo que han leído o traen un artículo que han sacado de internet no hay que suponer que pretenden saber más que el profesional al que están consultando; lo que están mostrando es que **confían en el criterio de quien están consultando** porque eligieron a ese médico como el Pediatra en

quien confiar la salud de su hijo y a quién preguntarle, como experto, sobre su parecer respecto de la información que encontraron en la web. Pero también nos están mostrando otra cosa muy importante: que **necesitan tomar las riendas** del problema de salud de su hijo para hacerlo más suyo y más manejable. Como dirían hoy: se están empoderando de lo que le ocurre a su hijo y quieren participar del proceso de su sanación. Si esto no ocurre espontáneamente, sutilmente debemos ayudarlos a favorecer su participación en este proceso, y una de las formas de hacerlo es recetarles webs apropiadas para que se interioricen del problema de salud por el que consultan.

Como médicos y pediatras, debemos sentirnos en la obligación de ayudar a los padres y cuidadores de nuestros pacientitos en esta tarea. Como también es nuestra obligación recordarles que, por la propia seguridad del hijo, no caigan en la tentación de hacer de médicos basados únicamente en la información que encuentren en la red. **ee**

“No hay por qué limitarse a webs institucionales. Amplía la oferta a aquellas de profesionales, webs de asociaciones de pacientes o de pacientes individuales que escriben sobre su experiencia personal, especialmente en el caso de niños.”



DE ECOS Y MALENTENDIDOS

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

Desde que en el nosocomio se instaló la oficina de atención al cliente, la gente ha hecho valer sus derechos y planteado sus reclamos. El otro día llegó una señora a contar las desventuras sufridas cuando el cirujano la mandó a buscar la ECO de su hija.

- Yo me acordaba del colegio que el eco es una voz que contesta en los cerros cuando uno grita, así que fui el pasillo de los rayos y grité si había eco y me contestaron "eeecooo". Entonces pregunté: ¿Estará el eco de la Verónica? ¿Y

sabe que me contestaron? ¡NII-CAAAA! Yo creo que no es forma de contestar, señorita.

- ¿Pero no les dijo usted que iba de parte del médico?

- Sí, pus, si le dije bien juerte, pa que hiciera eco: ¡Me manda el Dr. González!

- ¿Y qué le respondieron?

- ¡SAALEEE! Entonces me fui derecho a la tele a plantar el reclamo y pegué el grito, pal eco: ¿Está el Dr. Bokassa?

- ¡CAAASAA! Me dio rabia, pus, señorita, que estuviera en su casa y

no me operara a la niña y rezongué: ¡Así que no anda trabajando! Y esta vez me contestó el mismo, en persona: ¡AANDOOO!

- ¿Ve, pues, señora, como hasta la casa se lleva trabajo?

- Sí, pus, señorita, me vine toda avergonzá al hospital y cuando llegué estaba la ECO lista, así que me fui al pabellón y pregunté por el jefe de toda la cirugía. Y el eco me dijo: ¡UURGHIAA! ¿Cómo no iba a estar urgía, pus señorita, si era la vida de mi hija? Pero no me quedé callá y les dije que esta-

ba de lo más calmá. Y en vez del eco, mi hija gritó ¡AMAAA! Estaba operá mi hija, pus señorita, y me llamaba desesperá. Esta vez me fui mejor altiro a la Dirección y le grité de todo corazón al Equipo Directivo:

- ¡Gracias por salvarme a mi hija, que estaba condenada!

- ¡DE NAAADAA!

Siguiendo con las quejas de los clientes, otro día asomó la nariz de un preescolar por la ventanilla:

- No me dan lechecita, tía.

- Es que te habrán dejado en ayunas por algún examen.

- No, tía, dotor dio leche mía a gato.

- ¡Cómo iba a hacer eso el doctor! ¿No habrás entendido mal?

- No, tía, dotor dijo clarito que gato tomó mía.

Total que llamaron al doctor, quien había hablado de "gastrotomía". Esto que sirva de llamada de atención a los médicos, para que no hablen delante de los niños, y expliquen siempre claramente sus indicaciones a los padres, especialmente con los nombres raros que tienen los procedimientos y los medicamentos.

Ahí tenemos el caso de la señora que hacía todo al revés lavándole a la niña la cabeza con Klarcid, creyendo que era un champú para aclarar el cabello, y a un padre deportista le inyectaba periódicamente ceftazidima a su hijo para fortalecerlo, porque en la ampolla decía clarito Fortum.

Yo también he pecado de impreciso: en la consulta le digo a una mamita, señalando con un leve gesto a su guagua obstruida:

- Quiero verle el pecho.

Espantada levanta la mano para cubrirse el generoso escote:

- ¿¿A mí??

- Bueno, también. **ee**





Vías despejadas
PARA SEGUIR
 jugando



Presentaciones
 30 y 50 ml



www.lpasteur.cl

Limpieza nasal, descongestión Natural

SIGUE INTENTANDO QUE SE ALIMENTE ADECUADAMENTE

Mientras tanto apoya su nutrición con

PediaSure[®] Complete



Su fórmula completa y balanceada con una mezcla de proteínas, prebióticos, vitaminas, minerales y otros nutrientes necesarios, en una porción lista para beber.

Visítanos en www.pediasure.cl

Consulta con tu Pediatra

Complemento nutricional para niños de 1 a 10 años con dificultades alimentarias*
Alimento para regímenes especiales de uso médico.

Se recomienda su uso bajo supervisión médica.

No es para uso parenteral. No usar en personas con galactosemia.
Disponible en las principales farmacias y supermercados del país.



NUTRICIÓN COMPLETA
TRANQUILIDAD COMPLETA

Abbott
Nutrition

*Kerns B. PEDIATRICS 2015; Vol 135 (2): 344-353.