



el estetoscopio

LAS VACUNAS Y SU IMPORTANCIA

CAMBIO DE MANDO EN SOCHIPE

LA DIGITALIZACIÓN DE LA PEDIATRÍA



Síguenos en:



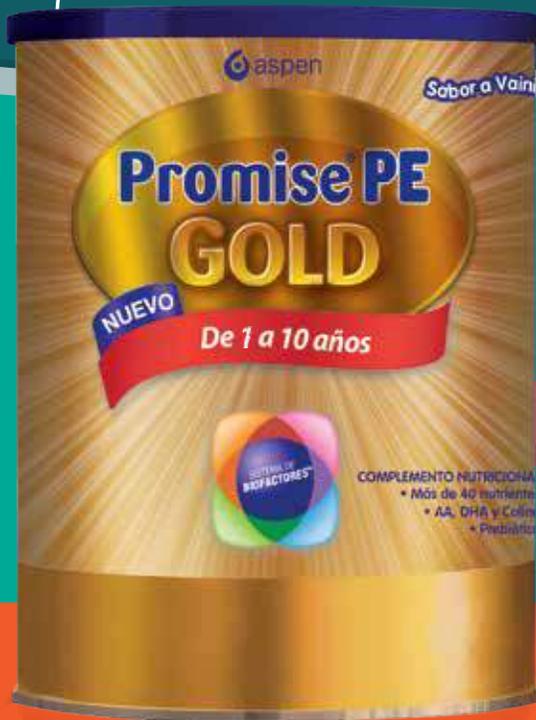
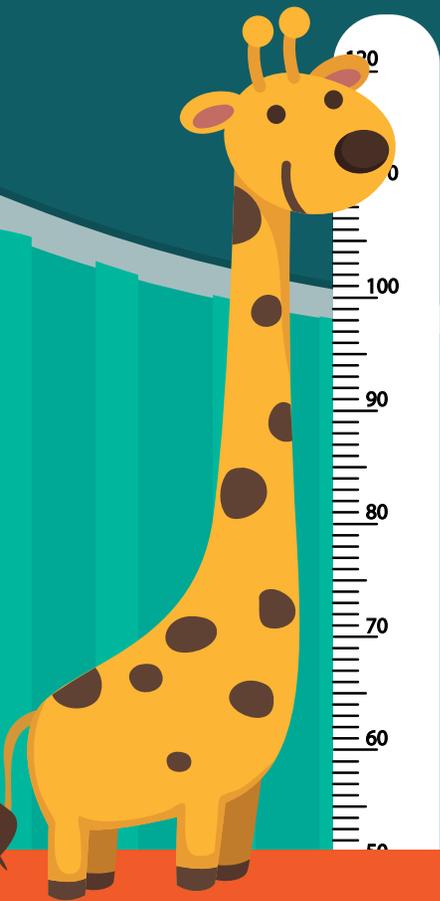
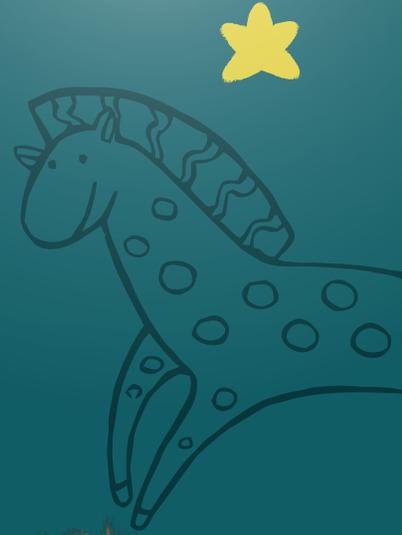
N.102 Año 16
Ene-Feb 2019



Promise PE Gold

Tu aliado nutricional mientras aprenden a comer.

Es un complemento Nutricional para niños de mal comer de 1 a 10 años, especialmente formulado para entregar los nutrientes que necesitan. Además tiene un rico sabor a Vainilla.



La leche materna es el mejor alimento para el bebé. Las fórmulas no sustituyen a la leche materna. Promise PE Gold y Progress Gold no sustituyen a la leche materna. Las fórmulas para lactantes deben ser usadas 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. A partir del año el cuidado de la nutrición debe continuar. Promise PE Gold es un complemento nutricional en polvo para niños de mal comer de 3 a 10 años. Tu aliado nutricional mientras aprenden a Comer. El uso innecesario o incorrecto de la fórmula para la alimentación infantil puede crear riesgos para la salud. Consulte siempre a su pediatra.

Para mayor información visite nuestro sitio web www.nutricioncontigo.cl
Fono atención al consumidor: Desde teléfonos fijos 800 260 799 y desde celulares +56 (2) 2944 7479
ASPENNUTRICH189

¡Consulta siempre con tu Pediatra!





el estetoscopio

LAS VACUNAS Y SU IMPORTANCIA

CAMBIO DE MANDO EN SOCHIPE

LA DIGITALIZACIÓN DE LA PEDIATRÍA



Síguenos en:



N.102 Año 16 Ene-Feb 2019



Magazine de la Sociedad Chilena de Pediatría
N°102 / Año 16 / Ene-Feb 2019

Directora Dra. Teresa Alarcón O.

Editora Dra. Jimena Maluenda P.

Comité Editorial

Dra. Jimena Maluenda P.
Dra. Rossana Faúndez H.
Dra. Teresa Alarcón O.
Dra. Sofía Aros A.
Dr. Francisco Moraga M.
Dr. Hernán Sepúlveda R.
Dra. Paula Guzmán M.
Sr. Jaime Escobar A.

Contacto Teléfonos: (56-2) 2237 15 98
(56-2) 2237 97 57
secretaria@sochipe.cl
www.sochipe.cl

Ventas Sr. Raúl Trujillo G.
+569 9538 59 16 / rtrujillo@beactive.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
Una despedida con el sabor más dulce **04**

Central
Proceso de inmunización: La contundente importancia de las vacunas **06**

Actualidad
Cambio de Mando: Nuevo Directorio SOCHIPE 2019-2020 **16**

Tecnología
La digitalización de la pediatría, una realidad que nos alcanzó **18**

Ojo con los ojos
Manejo inicial de las Urgencias Traumáticas en Oftalmología Pediátrica **22**

Reflexiones Pediátricas
La receta **26**

Breves
Información de interés **30**

Equipos en Acción
SERJOVEN: 20 años cuidando a los jóvenes **32**

Patrimonio
Directorios de la Sociedad Chilena de Pediatría **36**

Humor
El verano de los bichos **38**

AUSPICIAN A EL ESTETOSCOPIO ESTE MES:
ASPEN, ABBOTT, BIOMÉRIEUX, BIOMARIN,
LABORATORIO CHILE, PASTEUR



UNA DESPEDIDA CON EL SABOR MÁS DULCE

Estimados amigos del Estetoscopio,

Ya entrados en febrero de 2019, junto con saludarles cordialmente tengo que despedirme de Uds., pues ceso en mis funciones de Vice Presidente de SOCHIPE. Espero que mis columnas editoriales les hayan entretenido y recordado los compromisos que tenemos como pediatras con nuestros pacientes.

Esta vez, deseo utilizar este espacio para destacar las manifestaciones de cariño, solidaridad, cuidados y acompañamiento de parte de mis muchos amigos queridos, de los cuales pude disfrutar durante una larga y grave enfermedad que afortunadamente he ido superando.

En algún momento de nuestras vidas nos conocimos en distintos roles: como compañeros de estudios, como profe y alumnos, colegas en el trabajo académico, compañeros de turnos y de especialidad pediátrica, y gastroenterológica pediátrica.

Locos lindos, incondicionales de generosidad sin límite. Mis amigos, que atenuaron el sufrimiento e iluminaron mis tantos días de prueba para la voluntad de vivir y tener recuperación.

Tengo una lista de héroes liderada por el Dr. Manuel Valencia, Traumatólogo de columna de Clínica Alemana, quien asumió el desafío de rearmar mi columna vertebral conociendo los factores de riesgo severos que podrían presentarse, y que de hecho se manifestaron cual cocodrilos en la laguna cenagosa en la que ambos nos sumergimos.

También, el Dr. Bartolomé Marré quien me intervino oportunamente cuando debuté con paraplejía. Los Anestesiastas, algunos ex alumnos míos en los muchos ingresos a pabellón. Los Intensivistas de la Clínica que me cuidaron muy bien y preservaron la integridad de mis funciones cerebrales e intelectuales. Mis amigos y conocidos que me dieron su sangre, de modo que en broma digo ahora que ya no sé quién soy. Mi hermano Héctor que ponía las piezas de música selecta y mis arias de ópera favoritas para ayudarme a salir del estado de delirio.

También el personal con el que interactué en las salas de cuidado intermedio y luego recuperación; enfermeras, técnicos y el maravilloso equipo de kinesiólogos neurorrehabilitadores que lograron ponerme de pie para que actualmente camine solo con apoyo de bastones.

Fue fantástico sentir tanto aprecio y el cariño del personal de SOCHIPE. Es curioso cómo se dan las cosas en nuestras vidas. Debo ser una de las pocas personas que gozan de la oportunidad de aprender a caminar dos veces en la vida, siendo ya adultos mayores.

A mis amigos queridos, que rezaron por mí durante siete meses sin flaquear, debo decirles que los quiero desde el alma y que han sido el mayor regalo que he tenido. No dejo día en que no piense en el porqué de mi buena fortuna y en la forma cómo compensarlos por tanto amor y ternura. A ellos que siento como mis hermanos y que siempre tendré en mis pensamientos.

Se han quedado ligados por siempre conmigo, porque la amistad es y será un mismo sentimiento compartido.

Es mi mayor deseo que cada uno de quienes me leen tenga la misma suerte que yo, suerte que me envuelve y genera una coraza indestructible frente al dolor y las penas.

Dra. Teresa Alarcón O.
Vicepresidenta Sociedad Chilena de Pediatría

COMBATE LA
DESHIDRATACIÓN
CON

Rehsal

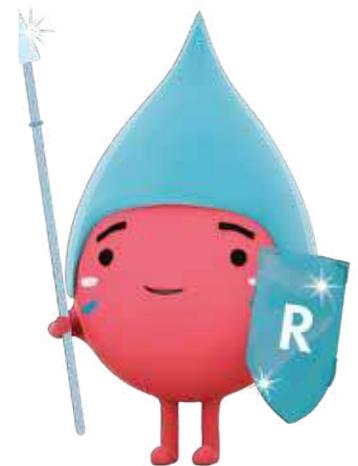
¡REHSAL TIENE UN
SABOR MEJORADO!

Somos el mismo de siempre ¡pero con un mejor sabor!
Así rehidratarse es mucho más agradable.

Para que la experiencia de recuperarse de una
deshidratación no sea otra molestia.



=



Proceso de inmunización

LA CONTUNDENTE IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS

En Cumbre del Milenio realizada en septiembre de 2000, los dirigentes de más de 190 países firmaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, ratificando la importancia de las inmunizaciones como una estrategia de salud pública que aporta al bienestar y reduce la morbimortalidad de los seres humanos.

Así, las vacunas han pasado a ocupar un lugar central entre las actividades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), compromisos cuyo fin es reducir la pobreza y mejorar el desarrollo humano, en particular el objetivo 4, que consiste en reducir la mortalidad entre los niños menores de cinco años (ODM 4).

Las vacunas previenen enfermedades y las discapacidades asociadas a ellas, salvando millones de vidas cada año. La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo, y es importante saber que las vacunas no solo salvan vidas, también pueden transformarlas, porque los niños tienen la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro.

En esta nota sobre inmunización y vacunas, profundizamos sobre su relevancia histórica en Chile y el mundo, su seguridad y seguimiento, nuestro Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) y sus novedades para 2019, la actual campaña contra el sarampión, lo que dice la ley respecto de la obligatoriedad y las excepciones que existe, y nociones sobre las vacunas especiales. Esperamos que este interesante material, construido por profesionales de diversos organismos públicos y privados (mencionados al final del texto), sirva para promover entre nuestros pacientes los beneficios de la vacunación.



En mayo de 1974 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA 2757 que dio origen al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que refleja el resultado de una acción conjunta entre las naciones del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000 se planteó como estrategia esencial, la prevención de las enfermedades transmisibles en la población infantil, a través del uso de las vacunas disponibles. Los puntos estratégicos definidos fueron:

- Mejorar las coberturas de vacunación con vacuna DPT-Polio y Tresvérica (parotiditis, rubéola, sarampión), mediante la vacunación del 95% de los niños <18 meses de edad con el fin de certificar la erradicación de la poliomielitis, erradicar el sarampión y tétanos neonatal.
- Eliminar la tuberculosis meningéa en <4 años, la difteria y el tétanos.
- Controlar la tos ferina (también llamada tos convulsiva).

El PAI en las Américas se estableció en septiembre de 1977, en la XXV reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una de las experiencias más exitosas en salud pública por su contribución para reducir la mortalidad infantil causada por enfermedades prevenibles por vacunas, que permitió crear o ampliar programas de vacunación permanentes en el sistema de atención primaria de salud.

CHILE: IMPACTO DE LAS VACUNAS EN LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Desde 1978 Chile cuenta con un PNI, que ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo de manera fundamental con la disminución de la mortalidad infantil. Entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la viruela (1950), de la poliomielitis (1975) y eliminación del sarampión (1992).

“La vacunación contra la viruela se inició 1920 y se mantuvo hasta 1978, las dosis se administraban a los 12 meses y 4 años. Se logró la erradicación en 1950, 27 años antes del resto del mundo (1977).”



En este sentido, algunos hitos fundamentales son:

- La vacunación contra la viruela se inició 1920 y se mantuvo hasta 1978, las dosis se administraban a los 12 meses y 4 años. Se logró la erradicación en 1950, 27 años antes del resto del mundo (1977).
- Entre los años 1954 y 1974 se incorporó el uso de una vacuna bivalente bacteriana que protegía contra difteria y coqueluche; a partir de 1975 se cambió por una vacuna triple bacteriana (DTP) que incluye protección contra tétanos. Desde la década de 1990 la difteria pasa de ser una enferme-

dad de presentación endémica a esporádica. En 1996 se notifica el último caso de difteria con compromiso respiratorio y desde esa misma fecha no se han notificado casos de tétanos neonatal. A partir de 2012 se suspende la dosis de vacuna DTP que se administraba a los 4 años.

- En 1962 se inició la vacunación contra la poliomielitis, al comienzo se utilizó una vacuna monovalente que contenía polio tipo 1 y se administraba al recién nacido. La erradicación se logró en 1975, 16 años antes de la erradicación de la enfermedad en Latinoamérica,

siendo el tercer país en el mundo en alcanzar esta meta. A partir de 1983 se incorpora una vacuna que contiene los 3 tipos de virus polio.

- En 1963, se inicia la vacunación contra el sarampión en los lactantes de 8 meses de edad, con una dosis de vacuna anti sarampión. Entre los años 1980 y 1981 se agregó una segunda dosis durante la etapa escolar. Desde 1990 se incorporó la vacuna Trivérica, vacuna de virus vivo atenuado de sarampión, rubéola y parotiditis, administrándose a los 12 meses, y a partir de 1993 se establece la 2ª dosis en 1º básico. En 1992 se interrumpió

la transmisión de sarampión en el país, en 2002 las Américas interrumpe la transmisión endémica de sarampión y en 2009 la transmisión endémica de rubéola.

- En junio de 1996 se dio inicio a la vacunación contra el Haemophilus influenza de tipo b (Hib) que era una de las principales causas de enfermedad bacteriana en los menores de 5 años. En 2006, con la incorporación de la vacuna pentavalente en un esquema primario de 3 dosis y un refuerzo a los 18 meses, se observa un cambio en la tendencia de la enfermedad invasora por Hib.

- La vacuna conjugada contra neumococo se incorporó en enero de 2011, inicialmente en un esquema de 3 dosis en esquema primario y 1 refuerzo, a partir de 2012 y dada la epidemiología del país se modifica el esquema a una serie primaria de 2 dosis con un refuerzo a los 12 meses de vida. En 2013 el número de casos en los <12 meses disminuyó en 76,7% y en los lactantes de 12-23 meses la disminución del número de casos fue de un 71,9%.

- Durante el año 2010 se observó un aumento de las notificaciones de coqueluche, siendo los lactantes menores de 6 meses los de mayor riesgo. Debido a esta situación, en 2012 se implementó una estrategia capullo, destinada a las puérperas de las regiones donde hubo casos de fallecidos menores de 12 meses con vacuna dTpa. En conjunto con esta estrategia, a partir del 2° semestre de 2013 se incorporó en el calendario de los escolares de 8° básico una dosis de vacuna dTpa.

- A partir de 2011 aumenta la notificación de casos meningococo W135, que en alta proporción se presenta como meningococemia y que se asocia con una tasa de mortalidad de 20-30%. En octubre de 2012 se inicia una campaña de vacunación que consideró a los niños de 9 meses a 5 años. A partir de marzo de 2014 se incorporó al calendario de vacunación a los 12 meses de edad.

- Durante el segundo semestre del año 2014, en lo que corresponde a la vacunación escolar, se incluyó la vacuna contra el virus



papiloma humano (VPH), a partir de esa fecha la primera dosis se administra a las niñas mayores de 9 años que cursan 4° año de enseñanza básica, y la segunda dosis en el 5° básico. El esquema utilizado considera 2 dosis con un intervalo de 12 meses.

BENEFICIO Y SEGURIDAD DE LAS VACUNAS

Al tomar la decisión de administrar vacunas a la población, se deben tener en cuenta varios factores, entre ellos que se trata de un tratamiento de “prevención”, vale decir que se administrará a individuos sanos, con el fin de protegerlos de enfermedades que pueden ser invalidantes y/o mortales, por tanto, se espera de las vacunas que sean muy efectivas y seguras, ya que se administrarán a una población sin mayores problemas de salud, donde el éxito de la medida en la mayoría de los casos es que la población se mantenga saludable y se eviten futuras complicaciones.

Es por ello que se dice que las vacunas han sufrido las conse-

“A pesar que han sido y siguen siendo una de las herramientas de salud pública más costo-efectivas en la eliminación de enfermedades infecto-contagiosas, evitando, a nivel mundial, entre 2 y 3 millones de muertes al año, encontramos un porcentaje de la población que desconoce el beneficio de las vacunas.”

cuencias de su propio éxito, es decir, que a pesar que han sido y siguen siendo una de las herramientas de salud pública más costo-efectivas en la eliminación de enfermedades infecto-contagiosas, evitando, a nivel mundial, entre 2 y 3 millones de muertes al año, encontramos un porcentaje de la población que desconoce el beneficio de las vacunas -e incluso objeta su aplicación-, ya que habitualmente no se menciona lo eficiente que han sido en mantenernos sanos así como tampoco

se refiere a cómo se garantiza su seguridad, a fin de evitar malos entendidos acerca de su acción.

A continuación, detallamos en forma breve algunos beneficios y cómo se evalúa la seguridad de las vacunas durante todo su ciclo de vida¹⁻²:

Beneficios: La vacunación se ha convertido en uno de los mayores logros en la reducción de la mortalidad infantil; el 30% de las muertes de niños menores de 5 años pueden prevenirse con

la administración de vacunas. Éstas generan inmunidad tanto individual, como de grupo, y es así como altos niveles de inmunización individual logran la protección de aquellos sujetos más vulnerables que no pueden vacunarse por el hecho de poseer contraindicaciones específicas.

En Chile, las vacunas han sido fundamentales tanto en la erradicación como en la eliminación de enfermedades. Para ilustrar esta situación en el cotidiano, podemos decir que todas las personas nacidas a partir de la década de los 80 en nuestro país, nunca presenciaron un caso de Poliomiélitis ocasionado por virus nativo en su generación. Por ende, jamás han presentado esta afección ni sus consecuencias, las que pueden llegar a ser mortales en el 5-10% de los casos. Todo ello es resultado de la implementación de las campañas de vacunación contra Poliomiélitis y de la incorporación de la vacuna en el Programa Nacional de Inmunización (PNI), logrando así que el último caso

de Poliomiélitis en Chile fuese el año 1975.

Las vacunas integradas al Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) constituyen una medida de equidad, ya que son de carácter gratuito y están accesibles tanto en los vacunatorios del sector público, como los privados en convenio, con el fin de evitar enfermedades inmunoprevenibles en toda la población residente en el país.

Seguridad: El Departamento de Vacunas e Inmunizaciones del Ministerio de Salud tiene como misión la “Protección de la población residente en Chile, frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública, con calidad, seguridad y eficiencia, acorde al desarrollo biotecnológico y la evidencia científica”. Todo esto lo realiza el Subdepartamento de Farmacovigilancia del Instituto de Salud Pública (ISP), en conjunto con el Departamento de Vacunas e Inmunizaciones, participando en la vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacuna-

ción e Inmunización (ESAVI) y de posibles errores programáticos que puedan ocurrir en los procesos de distribución, almacenamiento y administración de las vacunas, cumpliendo con mantener y asegurar que las vacunas entregadas sean de la mejor calidad, seguras y eficaces.

Para cumplir con esta premisa, se evalúa en cada fase del ciclo de vida de una vacuna, desde su producción, continuando con los ensayos preclínicos (realizados en animales tanto *in vitro* como *in vivo*), donde se determina si existe toxicidad tras su uso principalmente a nivel neurológico, cardíaco y respiratorio. Solo si se comprueba que la vacuna es segura, ésta puede ser usada en humanos en los “estudios clínicos” (fase I, II y III), donde se evalúa la seguridad a través de la pesquisa de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), evaluando si son serios o no, si existe plausibilidad biológica, relación temporal y/o causas coincidentes.

Luego de ser exitoso el estudio clí-

nico, vale decir que se comprueba que el beneficio es mayor al riesgo, estos resultados son presentados ante la autoridad reguladora de cada país, que en nuestro caso es el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), quien a través de una evaluación por parte de un comité de expertos revisa los antecedentes presentados y solo si la vacuna demuestra ser eficaz, segura y de calidad se le otorga registro sanitario en el país (registro sanitario ISP).

Luego, en la fase post comercialización, a través de la farmacovigilancia de vacunas se monitorean los ESAVI que notifican los profesionales de la salud, evaluando si éstos son de carácter serio o no, si las tasas de ESAVI pesquisadas a nivel nacional se encuentran dentro del nivel descrito y aceptado por la población y comunidad científica, evaluándose también si se detectan nuevos eventos, por ejemplo, un ESAVI no identificado en los ensayos clínicos, y que pudiera presentarse en esta fase, dado que en la etapa post comercialización las vacunas se administran a un mayor número de personas.





“Cabe recordar que cualquier profesional de salud puede reportar un ESAVI, y debe hacerlo para así llevar un registro de lo que está sucediendo en nuestra población vacunada. Para esto existe una guía generada en 2013 y su formulario correspondiente, ambos descargables desde <http://esavi.minsal.cl>”

Cabe recordar que cualquier profesional de salud puede reportar un ESAVI, y debe hacerlo para así llevar un registro de lo que está sucediendo en nuestra población vacunada. Para esto existe una guía generada en 2013 y su formulario correspondiente, ambos descargables desde <http://esavi.minsal.cl>

El Equipo de Farmacovigilancia en Vacunas que asesora al Instituto de Salud Pública tiene integrantes que pertenecen al ISP, Ministerio de Salud y representantes de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE), Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF) y Servicio Médico Legal.

En 2015 comenzó la difusión de Boletines de Farmacovigilancia en Vacunas cuya finalidad es realizar un trabajo mancomunado para intercambiar información, puntos de vista y noticias acerca de los aspectos a considerar en la seguridad de vacunas y crear una retroalimentación a todos los

funcionarios del área de la salud que día a día se desempeñan en los vacunatorios del país, hospitales, consultas, coordinación de los programas regionales de inmunización y establecimientos de salud, en general.

La farmacovigilancia de vacunas también permite detectar el aumento de la tasa descrita previamente para un ESAVI y ayuda a la caracterización de factores de riesgo propios del paciente que pudieran aumentar la posibilidad de presentar ciertos efectos adversos con determinadas vacunas. Esto puede generar medidas sanitarias como incluir nuevas precauciones o restricciones de uso de las vacunas en la población, a modo de aumentar el beneficio de su utilización. Por lo tanto, la seguridad de las vacunas a nivel nacional es una actividad permanente que se lleva a cabo gracias a la colaboración de los profesionales de la salud que notifican los ESAVIs y realizan el manejo clínico de ellos. La autoridad reguladora nacional (ISP) es quien monitorea perma-

nentemente el perfil de beneficio/riesgo de la vacuna junto al PNI, el comité de expertos de farmacovigilancia de vacunas y las sociedades científicas que difunden y educan en relación a los beneficios y aspectos de seguridad relacionados con la inmunización (para mayor información acerca de Farmacovigilancia de las vacunas puede visitar http://www.ispch.cl/anamed_/farmacovigilancia_1/nram/farmacovigilancia_vacunas).

A nivel internacional existen varios organismos que velan por la seguridad de las vacunas, entre ellos destacan el Comité Asesor en Seguridad de Vacunas de la OMS (GAVCS por sus iniciales en inglés), que permanentemente publica revisiones científicas acerca de temas contingentes en seguridad de vacunas, a modo de difundir información validada relacionada con la seguridad vacunal y que son de gran utilidad en la práctica clínica para contar con evidencia que desmienta los mitos en relación a los aspectos de seguridad de las vacunas.

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES (PNI): NOVEDADES 2018-2019

El país cuenta con un Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) desde 1978, que ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil y a mejorar la calidad de vida de nuestros queridos pacientes.

El Departamento de Inmunizaciones, creado en 2011, proporciona en forma gratuita las vacunas contenidas en el PNI a las que tiene acceso garantizado toda la población chilena, según Decreto de Obligatoriedad vigente, independiente de la previsión de salud y su estado migratorio.

El calendario de vacunación se somete a revisión continua y está diseñado para proteger a la población en todas las etapas del curso de vida, en especial en períodos de mayor vulnerabilidad como la etapa de recién nacidos, lactantes, escolares y adultos mayores.

Año a año se planifican que nuevas vacunas se incorporan y modifican según las ordenanzas de la OMS y la epidemiología local de nuestro país, junto con el ítem destinado a vacunas del presupuesto nacional de salud. En este contexto, en 2018 se continuó con la vacunación de las embarazadas a partir de la semana 27 de gestación contra la Tos Convulsiva (vacuna dTpa) que es la estrategia más efectiva para la prevención de Coqueluche en niños menores de un año, enfermedad que genera aproximadamente 10 muertes por esta causa cada año en dicho grupo vulnerable.

También se realizó el cambio de la vacuna antineumocócica para los niños de todo el país de PCV 10 a PCV 13. Esta vacuna permitió cubrir tres serotipos o antígenos que no cubría la anterior vacuna, lo que representa una mejoría en la protección de la población de niños.

Junto con lo anterior, se realizó la incorporación de una segunda dosis de vacuna polio inactivada (IPV), reemplazando la vacuna polio oral de los 4 meses, según plan mundial de erradicación de la poliomielitis. Este plan contempla la eliminación total del esquema oral (virus vivo), pasando a una vacuna inactivada, la cual es más segura para la población de niños menores de 2 años.

En recién nacidos prematuros, se administra desde el año pasado la vacuna Hexavalente en el esquema completo, en lugar de Pentavalente. Esto es un gran avance en calidad, debido a que permite tener menor cantidad de reacciones adversas en esta población.

En 2018, además, se incorporó la vacuna contra la hepatitis A en niños y niñas de 18 meses en todo el país. Esta incorporación permite minimizar brotes de la enfermedad y reforzar la estrategia previa la que estaba enfocada solo en tres regiones de alta prevalencia de hepatitis A del país (XV, I y VIII).

Para este 2019, se incorporó al calendario programático la vacuna contra la hepatitis B en recién nacidos, seguido de dosis a los 2, 4, 6

y 18 meses. Además, se incorporó la vacuna Hexavalente a los 6 y 18 meses reemplazando a la vacuna pentavalente y polio. El cambio se inició el 1° de diciembre de 2018.

Un gran avance en equidad de género significó la incorporación de la vacuna contra Virus Papiloma Humano (VPH) en niños, con una primera dosis de la vacuna durante 2019 y complementado con una segunda dosis a partir de 2020, en niños de 4to y 5to básico. Esto ayudará a bajar la carga de enfermedad que causa el VPH con cánceres y lesiones precancerosas de cuello uterino,

ulva y vagina, cáncer de pene y de laringe, boca y cuello, así como papilomatosis laríngea recurrente en nuestra población. La vacunación es gratuita y se llevará a cabo en el transcurso de este año en los establecimientos de atención primaria, maternidades y vacunatorios privados en convenio con el Ministerio de Salud, así como establecimientos educacionales.

Estas mejoras, desde el punto de vista cualitativo, permitirán tener en el PNI vacunas de mejor calidad, esquemas más completos y una prevención global más

amplia en cuanto a enfermedades inmunoprevenibles que son cubiertas.

REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Chile cuenta con un Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), el cual surge a partir del diseño y construcción de un sistema informático online que permite registrar todas las vacunaciones, entregando la trazabilidad de cada producto y persona inmunizada. Esto permite registrar las vacunas programáticas y de campaña tanto en establecimientos públicos como privados en convenio

“Estas mejoras, desde el punto de vista cualitativo, permitirán tener en el PNI vacunas de mejor calidad, esquemas más completos y una prevención global más amplia en cuanto a enfermedades inmunoprevenibles que son cubiertas.”



con el Ministerio de Salud a nivel nacional.

Este registro se inició en 2011, y ya en 2013 pasó a ser la fuente oficial de información para el cálculo de coberturas de dosis administradas del esquema nacional de vacunación de Chile.

El sistema cuenta con cuatro módulos de registro: programáticas, campañas, maternidad e internacional. Actualmente, hay alrededor de 2.050 establecimientos de salud (públicos y privados), que registran en RNI y más de 10 millones de personas registradas.

El RNI permite gestionar -en los distintos niveles-, el monitoreo de coberturas, inasistentes, oportunidad de vacunación, rechazos de vacuna, planificación de campañas y focalización de estrategias según datos de coberturas o rechazos, control de vacunas administradas con sistema de stock, planificación de solicitud de vacunas y la planificación de compras a nivel central.

OBLIGATORIEDAD DE LA VACUNACIÓN: ¿QUÉ DICEN LAS LEYES?

Inmersos en un contexto social,

donde algunos padres plantean su libertad de aceptar o rechazar inmunizaciones para sus hijos, se hace necesario exponer las razones que fundamentan el hecho de que las vacunas no solo son aconsejables y beneficiosas, sino también obligatorias.

La obligatoriedad de la vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles a las que apunta el PNI emana de lo establecido en el artículo 32° del Código Sanitario, (DFL N° 725 de 1967) que establece expresamente: “El Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la vacunación de los habitantes contra las enfermedades transmisibles”. El mismo artículo establece la facultad del Presidente de la República para declarar obligatoria la vacunación de la población contra las enfermedades transmisibles para las cuales existan procedimientos eficaces de inmunización. Así, el Decreto N°72 de 2004, establece la delegación del Presidente de la República al Ministro de Salud en la declaración de la obligatoriedad de la vacunación. De esta forma, dicho Ministro -a través del Decreto N°6/2010 y sus modificaciones-

decreta la vacunación obligatoria contra las enfermedades inmunoprevenibles que corresponda.

Aun así, existe el artículo 33 del Código Sanitario, que establece la única excepción a la vacunación obligatoria, al exhibir certificado médico que lo justifique, el que deberá ser visado por la autoridad sanitaria correspondiente. En caso contrario, prevalece la vacunación obligatoria.

Si bien la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes N°20.584, reconoce en su artículo 14 la autonomía de la persona para otorgar o rechazar un determinado tratamiento médico, indicando en su inciso primero: “Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16”, ello está limitado por lo que se expone en el mencionado artículo 16, que en su inciso segundo indica: “Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública,

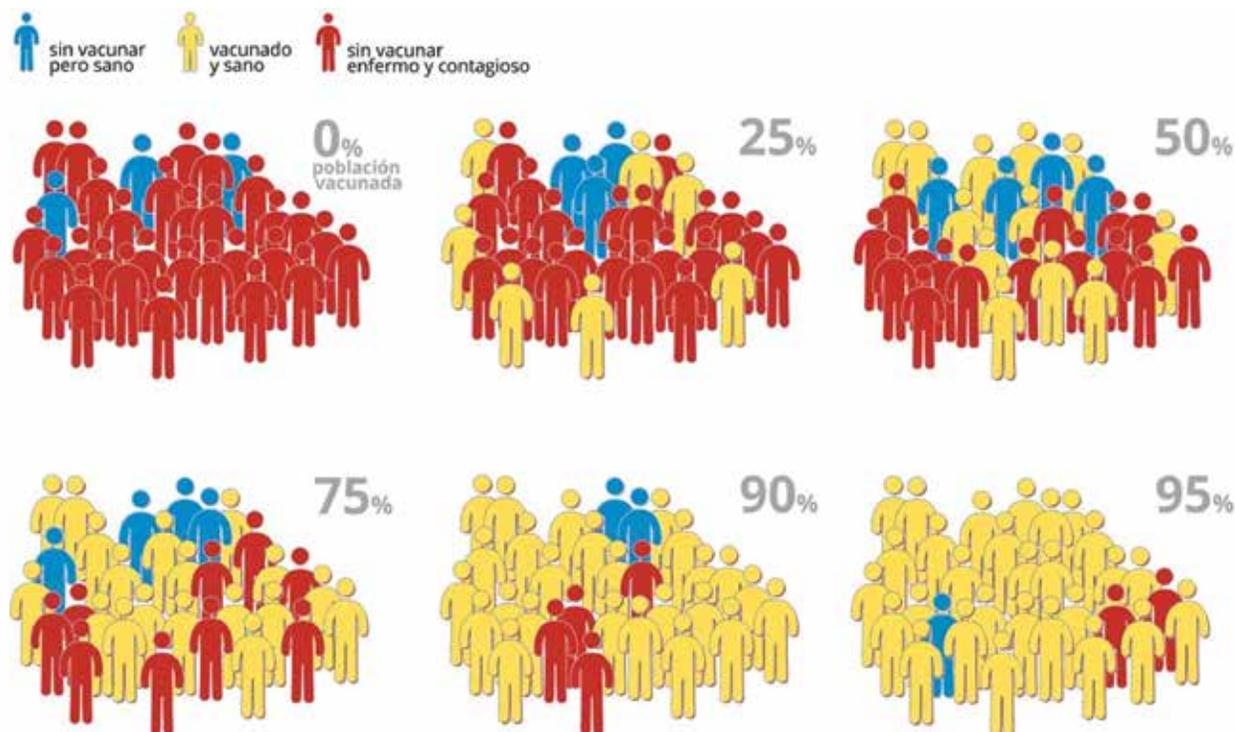
en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona”.

De esta forma, es claro que la vacunación, como herramienta de política pública y que ha sido definida como un bien público, se encuentra dentro de la excepción de la regla del artículo 14 que limita el derecho del paciente para otorgar o rechazar un tratamiento médico, dado que ello está enmarcado dentro del principio más general que señala que la libertad de un individuo en uso de su autonomía personal, de hacer o no hacer determinada cosa, está limitado cuando ello afecta la libertad o los derechos de otra persona, en este caso del colectivo social, pues al rechazar la vacunación se está poniendo en riesgo a la población.

La justificación científica y ética que avala la obligatoriedad de las vacunas radica en la importancia de conseguir el efecto de “inmunidad de grupo”, o “inmunidad de rebaño”, la que es definida como la protección de una determinada población ante una infección



“La justificación científica y ética que avala la obligatoriedad de las vacunas radica en la importancia de conseguir el efecto de “inmunidad de grupo”, o “inmunidad de rebaño”, la que es definida como la protección de una determinada población ante una infección debido a un elevado porcentaje de personas vacunadas.”



debido a un elevado porcentaje de personas vacunadas.

De esta forma, cuando a una población ingresa una persona con posibilidades de contagiar, pero con la vacunación ha aumentado el número de individuos inmunes, disminuye la probabilidad de contacto entre un susceptible y el infectado, hasta que llega un momento en el que se bloquea la transmisión del agente infeccioso y también se bloquea el desencadenamiento de una epidemia importante. Así, dependiendo de la enfermedad y de su índice de transmisibilidad, la evidencia científica señala cuál es el porcentaje de cobertura necesario para el logro de la inmunidad de rebaño, lo que justifica la obligatoriedad, dado que la libertad personal que pudiera tener una persona para rechazar un tratamiento médico (en este caso la vacuna), está limitada o condicionada a que ello no afecte la salud

pública del colectivo, en este caso, el logro de la inmunidad de grupo. El porcentaje de cobertura que permite alcanzar la inmunidad de rebaño es siempre cercano al 100% ya que por muy efectiva que sea una vacuna nunca lo es en todos los vacunados, lo que hace que siempre haya un pequeño porcentaje de vacunados susceptibles, al que se agregan aquellos no vacunados por rechazo u otras condiciones que no permitan la vacunación. La inmunidad de rebaño permite proteger incluso a los no vacunados cuando la cobertura de vacunación es elevada.

Desde el punto de vista ético, lo anterior justifica la obligatoriedad por el principio de solidaridad, que va más allá del derecho a decidir sobre la vacunación individual, destacando el bien superior de proteger a la totalidad de la población gracias a una alta cobertura.

En lo que respecta a obligaciones

contraídas por Chile ante los Organismos Internacionales, cabe hacer presente que la Convención de los Derechos del Niño en su Artículo 24 establece la obligatoriedad de los Estados Partes de esforzarse porque ningún niño sea privado de su derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo que implica la protección específica contra enfermedades inmunoprevenibles.

Si algunos padres rechazan vacunar a sus hijos no solo los privan a ellos de la protección que la inmunización confiere, sino que además aumentan la posibilidad de que la comunidad toda se vea expuesta a contagios, brotes o epidemias.

De esta forma, exigir la obligatoriedad de administrar una determinada vacuna, no solo es una facultad del Estado de acuerdo a lo relatado en los puntos anteriores, sino que también es un deber, ya que el Estado se comprometió

a que niños, niñas y adolescentes disfruten del más alto nivel de salud de los servicios sanitarios, en este caso, de la vacunación.

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad de origen viral, altamente contagiosa y potencialmente mortal, especialmente en niños menores e inmunocomprometidos. Chile ha sido un país exitoso en el control de esta enfermedad gracias a la existencia de un PNI universal y gratuito. La vacuna contra el sarampión se introdujo en 1964 y desde 1990 se incorporó la vacuna trivárica (sarampión, rubeola y parotiditis) en dos dosis al PNI, más campañas de vacunación en preescolares desde 2001, cada aproximadamente 5 años. También durante los años 90 varios países de América implementaron estrategias diferenciadas de inmunización contra el sarampión, lográndose la certificación

“Si algunos padres rechazan vacunar a sus hijos no solo los privan a ellos de la protección que la inmunización confiere, sino que además aumentan la posibilidad de que la comunidad toda se vea expuesta a contagios, brotes o epidemias.”



por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como libre de transmisión autóctona de Rubéola en 2015 y de sarampión en 2016.

Desde hace un par de años, a nivel mundial se observa un aumento de casos. Y en 2018, en las Américas se presentaron más de 16.304 casos de Sarampión. En Chile, desde noviembre de 2018 también se registró un brote, confirmándose a la fecha (enero 2019) 23 casos, asociados a importación y con transmisión adquirida en el país.

Los viajeros sin inmunidad son la causa más frecuente de importación de casos en nuestro país. Chile presenta coberturas globales de vacunación sobre 95% para la primera dosis y 90% para el refuerzo. La OPS/OMS recomienda que las coberturas sean $\geq 95\%$ para ambas dosis. Además, recomienda realizar campañas de puesta al día, las que en Chile comenzaron en el año 2000, por

lo tanto, las personas que tienen entre 20 a 24 años quedaron fuera de éstas y además sin exposición a virus sarampión salvaje. Según la ENS 2016, el grupo entre 17 a 26 años tienen una seropositividad de IgG antisarampión de 86,7%, y entre 27 a 42 años de 91,2%.

Asociado a esto, desde el segundo semestre de 2017, Chile registra un brote (todos epidémicos), de parotiditis que afecta especialmente a hombres de 15 a 34 años, siendo el grupo de mayor riesgo el de 20 a 24 años, con una tasa de 179,2 casos por cien mil habitantes, seguido del de 25 a 29 años con una tasa de 157,1 casos por cien mil habitantes.

Por ello el MINSAL implementó la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión y Parotiditis 2019. El objetivo es proteger a la población de 20 a 24 años 11 meses y 29 días que habita en el país, a través de la administración de una dosis de la vacuna

tresvérica (SRP). Esta comenzó el 2 de enero de 2019 y se mantendrá hasta alcanzar una cobertura de un 80% de la población objetivo. Por ser una vacuna de virus vivo atenuado, no debe administrarse a personas con inmunodeficiencia severa ni a embarazadas. También está contraindicada si hay antecedentes de anafilaxia después de una dosis previa de la vacuna o a algún componente (gelatina y lactoalbúmina). Se puede administrar en cualquier intervalo con vacunas inactivadas, pero en el caso de vacunas vivas atenuadas, se puede realizar de manera simultánea o con un intervalo de al menos 4 semanas. Esto aplica también para vacuna de fiebre amarilla. Se mantienen las recomendaciones de:

- Mantener al día el calendario de vacunación en los niños.
- Vacunar a los viajeros a cualquier país.
- Adultos nacidos entre 1971 y 1980.

• Niños entre 6 meses y un año, y a los niños que solo tengan una dosis de vacuna tresvérica (antes de 1ro básico).

Además, se enfatiza en la importancia de estar alerta y notificar cualquier caso sospechoso para poder implementar precozmente las precauciones necesarias, confirmar el caso y realizar el manejo correspondiente.

EXCEPCIONES Y VACUNAS ESPECIALES

La implementación de estrategias de vacunación masivas ha demostrado ser una de las intervenciones más exitosas en salud pública a nivel mundial, logrando reducir, eliminar e incluso erradicar enfermedades con alta morbimortalidad, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud ha incentivado la incorporación programática de ellas en todos los países del mundo, a lo que se sumó Chile,

dando origen al PNI, como vimos anteriormente, y que actualmente otorga protección contra 15 enfermedades inmunoprevenibles.

Los pacientes con enfermedades crónicas, tales como cardiovasculares, reumatológicas, diabetes u otras que comprometan la respuesta inmune, poseen un riesgo mayor de presentar infecciones inmunoprevenibles, que pueden poner en riesgo su vida o descompensar su enfermedad de base. Por estos motivos debemos procurar mantener su calendario vacunal actualizado y complementarlo, acorde a las recomendaciones específicas de manera dinámica y proactiva, para maximizar la protección contra estas infecciones, incluyendo a sus convivientes.

Por estos motivos diversas guías recomiendan esquemas de vacunas a utilizar en estos grupos, haciendo énfasis en la importancia de tener completo el esquema establecido en el PNI, con una evaluación personalizada, adecuando el esquema de vacunación acorde al historial del paciente y sus riesgos potenciales, según recomendaciones específicas para el paciente y sus convivientes, evitando retrasos en los esquemas de vacunas, poniéndolas al día lo antes posible, sin suspenderlas por riesgo a rechazo de órganos o exacerbación de la enfermedad de base.

Existen pocas contraindicaciones para vacunar a un paciente, incluso inmunocomprometido, siendo éstas muy específicas y de baja frecuencia, tal como vimos antes, por lo que el no vacunar debiera ser la excepción de la regla. La única contraindicación absoluta aplicable a todas las vacunas es la historia de anafilaxia a algún componente de ella. Otras contraindicaciones, como enfermedad aguda febril severa, o transfusión reciente de sangre o plasma, podrían soslayarse difiriendo la vacunación para disminuir el impacto en la respuesta inmune a ella. En el caso de inmunosupresión las vacunas vivas atenuadas están contraindicadas, sin embargo, deben ser evaluadas por el médico tratante, quien deberá evaluar el riesgo beneficio de vacunarse en ese mo-

mento. La decisión sobre cuándo vacunar a un paciente crónico va a depender de diversos factores, como la enfermedad de base, el tipo de inmunosupresión y su duración -si la hubiera-, el tipo de vacunas a utilizar y sus intervalos recomendados, entre otros, por lo que el esquema debiera diseñarse “a la medida del paciente”. Los

individuos que conviven con inmunocomprometidos deben estar al día con todas sus inmunizaciones rutinarias y recomendadas, recibir vacuna antigripal anual e, idealmente, recibir las vacunas vivas atenuadas, independiente del nivel de inmunocompromiso del paciente con el que conviven. Actualmente, nuestro PNI dispone de

un programa gratuito de vacunas especiales, con una amplia disponibilidad de vacunas, las cuales deben ser gestionadas desde los centros de atención de salud públicos y/o privados hacia la red central del PNI, de manera de optimizar la protección de los pacientes crónicos. No vacunarse debiera ser la excepción de la regla. **ee**



Participaron en esta nota

Dra. Cecilia González C.

Jefe Departamento de Inmunizaciones, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

QF. Adiel Saldaña V.

Jefa Sección Farmacovigilancia de Vacunas, Instituto de Salud Pública de Chile (IPS).

QF. M. Alejandra Rodríguez G.

Sección Farmacovigilancia de Vacunas, Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

Dra. M. Verónica Contardo P.

Pediatra Infectóloga Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.
Comité Consultivo de Inmunizaciones Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF).

Dra. Loreto Twele M.

Pediatra Infectóloga. Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

Dr. Rodolfo Villena M.

Pediatra Infectólogo. Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés y Servicio de Pediatría, Clínica Las Condes. Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



La Dra. Alarcón, alegre como siempre, recibió de manera simbólica la banda presidencial durante su estadía en la clínica, luego de una larga enfermedad que se extendió por 7 meses de 2018.

Cambio de Mando

NUEVO DIRECTORIO SOCHIPE 2019-2020

El 01 de enero de 2019, se produjo el cambio de Directorio de nuestra Sociedad Chilena de Pediatría. De acuerdo a los estatutos vigentes, ha sido nombrada como Presidenta, la Dra. Teresa Alarcón Orellana; la presidencia número 58 de nuestra historia.

La Dra. Alarcón liderará a la SOCHIPE durante el período 2019-2020. El Directorio también cambió algunos de sus integrantes, quedando conformado de la siguiente manera:

Dra. Teresa Alarcón O.
Presidenta

Dra. Rossana Faúndez H.
Vicepresidenta

Dra. Thelma Suau C.
Secretaria General

Dr. Jorge Carrasco V.
Tesorero

Dr. Humberto Soriano B.
Past President

Dra. Marcela Godoy P.
Directora

Dra. Claudia Sagredo B.
Directora

Dra. Leticia Yáñez P.
Directora

Dr. Benigno Méndez E.
Director

Dr. Jorge Fabres B.
Director

La propuesta de la Dra. Alarcón para estos dos años se basa en la mantención y profundización de las actuales actividades que

organiza nuestra Sociedad y postula desarrollar, con más fuerza, acciones en las siguientes líneas de gestión:

ÁREA ADMINISTRATIVA ECONÓMICA

1.- Controlar y, en lo posible, reducir el nivel de gasto de las actividades tradicionales. Se sugiere revisar el nivel de gasto de estas actividades para ajustarlo a la realidad actual.

2.- Actualizar los Estatutos y Reglamentos, lo que generará un trabajo intenso. El mecanismo sería creación de una Comisión que proponga las acciones para lograr este cometido.

3.- Desarrollar una pauta para evaluar y acreditar la actividad de Ramas y Comités, tarea que podría asumir otra Comisión.

4.- Regular la utilización del beneficio de las 25 UF que puede solicitar por derecho cada CORAFI, para que su destino sea netamente académico con beneficio a la CORAFI o a la SOCHIPE.

ÁREA DE RAMAS Y COMITÉS

1.- Estimular los grupos que demuestren menor actividad.

2.- Respaldar y aumentar el quehacer de grupos que estén muy activos.

3.- Aumentar el quehacer de grupos que no han conseguido despegar.

4.- Crear y estimular el trabajo de un Comité de Puericultura y Crianza, que tendrá grandes de-

“Queremos dar las gracias a quienes integraron el Directorio anterior, durante el período 2017-2018, de manera desinteresada e involucrando mucho trabajo, en especial al saliente Presidente de SOCHIPE, el Dr. Humberto Soriano B., quien lideró importantes iniciativas, principalmente enfocadas en la promoción de la actividad física en los colegios y a los programas de prevención en el consumo de drogas y alcohol.”

safíos ante el marcado cambio social que vive el país.

ÁREA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y ACCIÓN SOCIAL

1. Establecer nexos con el Ministerio de Desarrollo Social.

2. Fortalecer los nexos con el Ministerio de Salud.

3. Fortalecer los nexos con la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

4. Iniciar nexos con el Observatorio Nacional de la Infancia y Adolescencia.

La invitación que deja la Dra. Alarcón a todos los socios es sumarse a esta tarea.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a quienes integraron el Directorio anterior, durante el período 2017-2018, de manera desinteresada e involucrando mucho trabajo, en

especial al saliente Presidente de SOCHIPE, el Dr. Humberto Soriano B., quien lideró importantes iniciativas, principalmente enfocadas en la promoción de la actividad física en los colegios y a los programas de prevención en el consumo de drogas y alcohol por parte de los niños y adolescentes en Chile. Estas iniciativas están en discusión, la primera, y plena implementación, la segunda, y seguramente rendirán frutos durante los próximos años.

También queremos agradecer de forma especial a quienes dejaron de participar en el Directorio SOCHIPE, como los doctores Luis Felipe González F., Carolina Loza P., Eduardo Coopman M. y Jaime Tapia Z.

Muchas gracias a todos por el gran aporte a nuestra Sociedad Chilena de Pediatría.[ee](http://www.sochipe.cl)

La digitalización de la pediatría

UNA REALIDAD QUE NOS ALCANZÓ

Por Dr. Francisco Moraga M., Ex Presidente SOCHIPE (2011-2012)



Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) nos han sorprendido por su vertiginoso avance. Los recursos, herramientas y programas disponibles para conocer, compartir y difundir el conocimiento mediante diversos soportes tecnológicos, aplicados a la práctica clínica con el propósito de mejorar la atención de niños, adolescentes y sus familias nos rodean, sorprenden y muchas veces, nos complican. Además, tienen un papel fundamental en el acceso universal al conocimiento de los profesionales y en la igualdad en la formación y en el aprendizaje de calidad. A su vez, pueden igualmente aplicarse a la gestión más eficiente de un sistema sanitario.

La tecnología que con mayor difusión y aplicación vemos en la práctica de Pediatría son los dispositivos móviles y sus aplicaciones. El término “salud móvil” se refiere al uso de estos dispositivos para la práctica de la medicina y la salud pública. *Mobile Health*, su denominación inglesa, es usar dispositivos móviles (celulares, tablets, iPods, etc.) en el sector de la salud, sin importar si somos un paciente, profesional médico, institución, gobierno o empresa. En Europa se estima que estas aplicaciones podrían suponer un ahorro en salud de 99.000 millones de euros gracias a que permiten un diagnóstico precoz al optimizar protocolos clínicos; favorecen medidas preventivas sobre las terapéuticas y optimizan el tiempo de los profesionales de la salud, hasta un 30%, invertido en acceder a datos y analizarlos. Adicional a esto, tiene la ventaja de ofrecer a los pacientes –en el caso de la Pediatría a los niños mayores y adolescentes, y a las familias–, un mayor conocimiento y participación sobre su propia salud y bienestar. (Ref: Comisión Europea. Green Paper on mobile health [“mHealth”], 2014).

Se calcula que, en 2017, 3.400 millones de personas tenían un teléfono inteligente y la mitad utilizó aplicaciones de salud móvil. Ya hay casi 100.000 disponibles y las 20 apps gratuitas más populares de deporte, entrenamiento físico y salud registran más



“Los avances tecnológicos y el uso de dispositivos móviles han contribuido a mejorar el rendimiento profesional de los pediatras y a un acercamiento y empoderamiento de las familias para mejorar su salud.”

de 230 millones de descargas en todo el mundo. Los metaanálisis sobre el tema muestran que los tratamientos a través de Internet y los tratamientos basados en TIC son intervenciones eficaces. De hecho, han sido incluidas en las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence (NICE Guidelines)* como una alternativa para los tratamientos basados en la evidencia. Es más, los e-servicios de salud en algunas áreas como la salud mental han demostrado que pueden ser hasta 50 veces más rentables que los servicios de salud mental tradicionales. (Ref: Estrategia de Salud Mental, Sistema Nacional de Salud 2015-19, Ministerio de Sanidad, España, 2015).

En nuestra Sociedad Chilena de Pediatría hay una importante tradición de aplicación de las TIC, muestra de ello es la plataforma digital de formación continua en asociación con Laboratorio Saval (<https://www.sec.sochipe.cl/v2/> o <https://emc-saval.cl/>), a la que tienen acceso todos los pediatras para una formación online, o la App del Congreso Chileno de Pediatría, que no solo permite sustentabilidad medioambiental sino que ofrece acceso a resúmenes de trabajos presentados. Otras Sociedades Pediátricas ofrecen muchas aplicaciones, como el vademécum pediátrico “Pediamecum” (<http://pediamecum.es/>) que ofrece la Sociedad Española de Pediatría que puede descar-

garse en el celular. En el número anterior revisamos algunas aplicaciones indispensables para el desempeño pediátrico.

Los avances tecnológicos y el uso de dispositivos móviles han contribuido a mejorar el rendimiento profesional de los pediatras y a un acercamiento y empoderamiento de las familias para mejorar su salud. Sin embargo, nuestra participación como clínicos sigue siendo escasa fundamentalmente motivada por tres razones: la primera, es la escasa formación en metodología de innovación social y comunicación alcanzada en el período universitario; en segundo lugar, a los pediatras, a pesar de la supuesta labor docente-asistencial e investigadora que

debería ser parte fundamental de nuestro quehacer, habitualmente solo se nos exige, evalúa y retribuye para desarrollar una tarea fundamentalmente asistencial; y, por último, por el escaso valor que en nuestro país se le da al “conocimiento” (*knowledge*), magnificando el valor del “conteniente” (ingeniería - tecnología), cuando lo verdaderamente difícil y valioso es el “contenido” o conocimientos, basado en la experiencia de trabajo como pediatras con nuestros pacientes, niños y adolescentes. Enaltecer el valor del conocimiento y mejorar la relación de los profesionales con las TIC pasa necesariamente por enfrentar estas tres cuestiones.

Los desafíos y oportunidades para las TIC a los que nos vamos a enfrentar los pediatras de las próximas décadas son:

- 1) Digitalización creciente (big data).
- 2) Derechos del usuario, libertad de elección y deseos de participación de las familias en los procesos de salud que los afectan.
- 3) Prevalencia de enfermedades medioambientales, provocado por el cambio climático, el agotamiento de recursos naturales y de los estilos de vida globalizadores.
- 4) Envejecimiento de la población; esto se entiende con un desarrollo óptimo en Pediatría, pero un desafío en prevención.

El primero de ellos, la *digitalización planetaria* o “*sensorización de la vida*”, contribuirá definitivamente al desarrollo de plataformas tecnológicas y nuevos perfiles profesionales. La monitorización del hogar, del barrio, de los individuos... contribuirá definitivamente a redefinir las relaciones entre las personas y comunidades con los prestadores de servicios. ¿Cómo será el pediatra que maneje las TICs? Las claves en los nuevos roles profesionales de la Pediatría se definen a través de 4 P: Predicción, Prevención, Personalización y Participación... Y el centro estará constituido por el conjunto de las TICs en pediatría, capaz de responder a miles de consultas al mismo tiempo y desde casa.

Es también un punto de discusión

“En nuestra Sociedad Chilena de Pediatría hay una importante tradición de aplicación de las TIC, nuestra de ello es la plataforma digital de formación continua en asociación con Laboratorio Saval (<https://www.sec.sochipe.cl/v2/> o <https://emc-saval.cl/>), a la que tienen acceso todos los pediatras para una formación online, o la App del Congreso Chileno de Pediatría.”





describir las metas que como profesionales clínicos debiéramos perseguir a través del uso de las TICs en la práctica diaria: hacer un uso eficiente de los hallazgos científicos y publicaciones; ofrecer a nuestros pacientes la mejor selección de alternativas para la salud y ofrecer el acceso a las mejores TICs que aporten valor como ayuda en casa, en la escuela, trabajo y ciudades para favorecer las elecciones más saludables, facilitando el acceso de las familias a los mejores interlocutores para los problemas de salud de sus hijos. Aparecerán nuevos perfiles profesionales, análisis de datos, compañías de pediatría “online”, teleasistencia y hospitales virtuales. En nuestro país el Hospital Digital es una realidad (<https://www.minsal.cl/minsal-lanzo-servicios-de-teledermatologia-para-atencion-primaria/>) una propuesta que formaría parte de un “ecosistema virtuoso” de soluciones al servicio de la salud y de la experiencia del paciente, disponibles en cerca de 700 centros de salud del país, (Ref: <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2018/08/03/915743/Que-son-y-que-beneficios-traen-los-hospitales-digitales-que-propone-crear-el-Ministerio-de-Salud.html>).

Para el año 2050 se proyecta, gracias a esta tecnología, la reducción de la jornada de trabajo a no más de 15 horas semanales, aumentando eficiencia y satisfacción profesional, y que el 80% de los pediatras trabajarán como asesores de salud y estarán familiarizados con el uso de las TIC.

El reto es derivado de la metodología aristotélica: “aprendemos a hacer, haciéndolo”. El concepto de salud, tal y como lo entendemos hoy día, como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, irá evo-

lucionando en los próximos años hacia la “*capacidad o habilidad*” de alcanzar ese estado de bienestar global. Esta transformación del concepto desliza el eje del modelo sanitario basado actualmente en la prestación de Servicios hacia la mayor participación de usuarios y comunidades en la salud que decidan tener. En esta nueva definición de salud lo importante no es la meta sino el camino. Se transforma el concepto de salud, y se convierte en algo vivo y dinámico en el que lo importante no son los Servicios de Salud tradicionales, sino la participación de las personas. Con toda seguridad, las TIC contribuirán a redefinir este nuevo concepto de salud.

Los pediatras formamos parte importante de los profesionales responsables de la salud de los chilenos productivos de las próximas décadas; incluir las TIC en la formación, investigación y especialmente en la aplicación de la práctica clínica pediátrica contribuirá al más eficaz desarrollo de nuestra profesión y a los resultados más eficientes en bienestar.

La digitalización del área de la salud permitirá recurrir de una manera más eficiente a los datos de los pacientes y a establecer redes de datos para propósitos sanitarios, epidemiológicos y de investigación, pero a la vez supone un riesgo en relación a los ciberataques y la debida privacidad de los mismos. Por ello, los datos tienen que ser resguardados de manera correcta a través de leyes, normas y protocolos, y así los mecanismos de seguridad en la salud deben cumplir con diversos estándares, por ejemplo, que sean soluciones tecnológicas provistas por sistemas probados. Sobre este aspecto abordaremos en el próximo número de esta publicación. **ee**

kitadol
INFANTIL

Súper Sabor
que alivia



MANEJO INICIAL DE LAS URGENCIAS TRAUMÁTICAS EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Por Equipo Rama Oftalmología SOCHIPE.





“Las urgencias en oftalmología pediátrica se definen como cualquier afección ocular que puede repercutir severamente en forma transitoria o definitiva en la agudeza visual de el o los ojos comprometidos, con indicación de referir de inmediato al oftalmólogo pediátrico.”

Las urgencias en oftalmología pediátrica se definen como cualquier afección ocular que puede repercutir severamente en forma transitoria o definitiva en la agudeza visual de el o los ojos comprometidos, con indicación de referir de inmediato al oftalmólogo pediátrico.

Las urgencias se pueden clasificar de distintas formas. Una de las clasificaciones más utilizadas es: **traumáticas y no traumáticas**.

Las **urgencias traumáticas** se subclasifican en: **penetrantes y no penetrantes**, y dentro del grupo de las **no traumáticas** se encuentran las conjuntivitis severas por agentes potencialmente muy dañinos, ciertas queratitis y las uveítis.

En un grupo de misceláneas dentro de las traumáticas se incluyen los traumatismos por fórceps y los traumatismos químicos o causticaciones.

Trauma ocular se puede definir como toda lesión originada por

un mecanismo externo sobre el globo ocular y/o sus estructuras anexas ocasionando daño tisular de diverso grado (leve, moderado y severo), con compromiso de la función visual, temporal o permanente.

Respecto de la epidemiología, se sabe que en los Estados Unidos la tasa de hospitalización por trauma ocular en niños es de 15 x 100.000, con un fuerte predominio en hombres por sobre mujeres (4:1), y son más frecuentes al realizar deportes o juegos. En Chile, los traumas oculares en globo representan el 4% de todas las urgencias y, de las oftalmológicas pediátricas, más de la mitad ocurren en el hogar del niño, por lo tanto, serían muchas de ellas prevenibles.

Los traumas oculares pueden ser **abiertos o cerrados**. Los abiertos incluyen lesiones penetrantes (solo puerta de entrada), perforantes (puerta de entrada con una puerta de salida), cuerpo extraño intraocular y el estallido

ocular (aumento brusco de la presión intraocular ocasionado por el trauma con rotura de la pared ocular). Mientras que los cerrados incluyen las contusiones y las laceraciones.

El enfrentamiento inicial de todo trauma, ya sea abierto o cerrado, debe incluir una detallada anamnesis que incluya los siguientes puntos:

- Mecanismo de la lesión (accidental o intencional).
- Objeto que causó el accidente.
- Cuerpo extraño: sospecha de cuál y qué tipo.
- Lesión por animal: cuál y qué tipo de animal (doméstico o salvaje), espontáneo o provocado.
- Enfermedades oculares preexistentes y nivel de visión ocular del paciente antes del accidente (si es posible).

La pauta sugerida del manejo inicial del **trauma ocular abierto** es referir a oftalmólogo de inmediato, indicar régimen cero y antibióticos sistémicos dentro de las primeras 6 horas del trauma. Un

esquema que se puede utilizar en menores de 12 años es cefazolina 25-50 mg/kg/día endovenosa c/8 hrs más amikacina 15 mg/kg/día en 1 dosis (alternativa: ciprofloxacino). Otro esquema utilizable es vancomicina más ceftazidima. Además, se debe ocluir el ojo con escudo transparente sin gasa, indicar reposo con respaldo elevado y analgesia endovenosa. Además, en este tipo de trauma no se debe realizar ninguna maniobra de compresión ocular ni administrar ningún tipo de fármaco (incluidos anestésicos y corticoides) en forma tópica.

Ante la mínima sospecha de que se esté frente a un trauma abierto que no siempre es tan evidente como, por ejemplo, una hemorragia subconjuntival en los 4 cuadrantes del ojo, NO hay que palpar y ocluir sin presionar globo ocular, referir de inmediato al oftalmólogo, indicando analgesia, antieméticos y régimen cero.

En el manejo del trauma ocular cerrado, además de la anamnesis

detallada ya previamente mencionada, el pediatra debe realizar una inspección que describa la presencia o no de edema palpebral, equimosis, hematomas de párpados, proptosis (que hace sospechar una hemorragia orbitaria o una celulitis orbitaria), hemorragias subconjuntivales, lesiones corneales (más fácilmente detectables si se utiliza tinción con fluoresceína) e hifema (sangre en cámara anterior del ojo), si éste es muy prominente. A continuación se puede realizar un examen inicial que incluya la motilidad ocular, que de haber una limitación de la elevación (mirada hacia arriba) de algún ojo se puede sospechar una fractura de piso de órbita con una anamnesis sugerente de ese diagnóstico. También se deben examinar los reflejos pupilares: fotomotor y consensual. Puede detectarse un defecto pupilar aferente relativo: al alumbrar una pupila se dilata en vez de contraerse luego de haber alumbrado inmediatamente antes la otra pupila con una fuente de luz, como una linterna lápiz. Esto hace sospechar un compromiso del nervio óptico. También es importante indagar por deformidades y/o asimetrías pupilares.

Los signos que hacen pensar en un **trauma ocular severo** son:

- Disminución importante de la agudeza visual.
- Alteración de las pupilas.
- Sospecha de trauma penetrante.
- Enoftalmos o proptosis importante.
- Diplopia (en niños mayores).
- Hifema (sangre en cámara anterior).

Los traumas corneales por fórceps también se incluyen dentro de las urgencias traumáticas pediátricas por la necesidad de una pronta evaluación por oftalmólogo y se deben diferenciar de las estrías de Haab que se aprecian en los glaucomas congénitos que también son de manejo urgente. En ambos casos hay una rotura de una capa corneal llamada Descemet, pero las estrías de Haab son paralelas a las líneas de fuerza de los párpados y no llegan a la periferia corneal, a diferencia de las lesiones por fórceps.

Las hemorragias de la retina producidas durante el parto también se incluyen dentro del grupo de urgencias traumáticas pediátricas y es muy importante diferenciarlas de las hemorragias del síndrome del niño sacudido o “*shaken baby syndrome*”. La incidencia de estas hemorragias post parto es de 40% a la hora del nacimiento y disminuye a 11% a las 72 horas; aumentan con partos laboriosos (partos distócicos, prolongados, etc.), y, se producen por aumento de la presión intracraneana y liberación de prostaglandinas. Las características de las hemorragias del niño sacudido son bien distintas de las hemorragias secundarias a un parto: llegan hasta la periferia retinal, afectan a varias capas (multicapa), son más profundas y tienen lenta reabsorción.

Por último, dentro de las urgencias traumáticas en Oftalmología están las causticaciones, entendiéndose como cáustico como cual-

quier sustancia química corrosiva de carácter fuertemente ácido o básico que quema o desorganiza los tejidos orgánicos. Los tipos de causticaciones según el agente causante son las ocasionadas por ácidos (ej: sulfúrico, clorhídrico, acético), ácido-base (ej: hipocloritos, cloruros, anhídridos), bases o álcalis (ej: cal, amoníaco) y productos orgánicos (ej: alcohol etílico, formol, éter). Las soluciones ácidas producen una coagulación de las proteínas de la superficie ocular provocando la formación de proteínatos insolubles que hacen que la lesión no siga avanzando, sea más superficial y extensa. Por otro lado, las soluciones básicas provocan un aumento del pH de la lágrima, saponificación y lisis de las membranas celulares, desnaturalización del colágeno, formando proteínatos solubles que hacen que las lesiones se profundicen con mayor daño tisular asociado. También producto de lo mismo, se produce retracción

y queratinización de la córnea y conjuntiva, por lo tanto, son más graves las causticaciones por bases que por ácidos.

Las causticaciones pueden dar una muy variada sintomatología según el agente que la provoca y el tiempo de exposición al agente químico. Se incluyen desde sensación de cuerpo extraño hasta dolor intenso ocular, baja de la agudeza visual y blefaroespasmos. Dentro de los signos puede haber quemosis, inyección conjuntival periquerática (alrededor de la córnea) y periférica, ulceración corneal y edema palpebral.

El enfrentamiento inicial por parte del pediatra de una causticación ocular en un niño es abundante lavado con solución Ringer lactato (eventualmente agua) por 15 a 30 minutos ininterrumpidos, incluyendo los fórnices conjuntivales, evertiendo suavemente los párpados, y derivación inmediata a oftalmólogo con escudo protector. **ee**



Foto autorizada por la familia



Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea Tipo II (CLN2): Importancia de su detección precoz

La Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea Tipo II (CLN2), pertenece a un grupo de enfermedades raras neurodegenerativas de tipo progresivo, transmitida por padres portadores sanos. Es provocada por una deficiencia en una enzima que actúa a nivel cerebral. Generalmente, los síntomas se hacen evidentes entre los 2 a los 4 años.

Las Doctoras Mónica Troncoso y Diane Vergara del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán y de la Facultad de Medicina, Campus Centro de la Universidad de Chile, aclaran algunos aspectos relacionados con esta patología.

¿Qué importancia tiene la detección precoz?

Al ser una enfermedad metabólica neurodegenerativa es importante hacer un diagnóstico precoz, pues es una patología compleja que requiere de manejo médico multidisciplinario, dados los múltiples síntomas y sistemas que pueden verse afectados.

¿Existe en Chile una terapia adecuada para los niños con CLN2?

Hasta ahora en Chile el manejo es de soporte de los síntomas, es decir, tratamiento de la epilepsia con anticonvulsivantes, terapia física, ocupacional y fonoaudiológica para optimizar la función motora residual; manejo nutricional y tratamiento general de las complicaciones relacionadas con la pérdida de la movilidad, trastorno de deglución, trastornos del sueño y conductuales que pueden aparecer en la evolución.

En Estados Unidos, el organismo que regula los fármacos y alimentos que se pueden usar (FDA) aprobó en abril de 2017 el uso de Cerliponasa alfa, que es una enzima recombinante que reemplaza la función de la enzima deficiente causante de la enfermedad, con la indicación de enlentecer la progresión de la enfermedad (específicamente la pérdida de la marcha) en pacientes de 3 o más años de edad. Este medicamento está siendo utilizado en otros países del mundo y Latinoamérica, incluyendo Argentina, Colombia y Brasil, pero en Chile aún no se ha autorizado su uso.

¿Se pueden revertir los síntomas una vez que se han presentado?

Hasta ahora, la única terapia específica para el tratamiento, que es Cerliponasa Alfa, ha demostrado disminuir el deterioro en la función motora y de lenguaje en estos pacientes, comparado

con los pacientes en evolución natural. No se ha demostrado que logre revertir los síntomas que ya se encuentran presentes de la enfermedad, aunque algunos reportes de experiencias de médicos que están tratando a pacientes señalan que ayudaría a mejorar el control de la epilepsia (disminuir el número de crisis).

¿Cuál es la proyección de vida de un niño con CLN2 que no es tratado adecuadamente?

El tratamiento específico recientemente aprobado se usa desde 2017, por lo que aún no se sabe su efecto en la esperanza de vida de estos niños. Los pacientes que no reciben tratamiento específico, evolucionarán en la manera descrita clásicamente con deterioro en funciones motoras, cognitivas y de lenguaje. En los pacientes CLN2 de presentación infantil tardía, la edad de presentación del primer síntoma es en promedio a los 35 meses, con deterioro com-

pleto en aproximadamente 30 meses, con muerte en los 7.8 años posteriores.

¿Existe una implementación de redes adecuadas para el tratamiento en Chile?

Para el tratamiento específico con Cerliponasa alfa, se requiere instalación de un catéter para administración intraventricular del fármaco. Esto debe ser realizado por neurocirujanos, quienes ya tienen experiencia en este procedimiento pues se utiliza para la administración de tratamientos en otras enfermedades. El procedimiento de administración del fármaco es bi-semanal y varios profesionales del Hospital San Borja han asistido a jornadas de capacitación y presenciado el procedimiento. Existe una red de equipos multidisciplinarios capacitados que fácilmente pueden ser capacitados para la administración de Cerliponasa alfa.



LA RECETA

Por Dr. Antonio Galletti A.*

(Del libro "Vivencias de pediatras penquistas", publicado por el Colegio Médico, Regional Concepción. Primera edición 2006, segunda edición 2014).

Corría el año 1978. En aquel entonces, existía en Concepción un solo lugar de atención de urgencias las 24 horas del día: el Hospital Guillermo Grant Benavente. Los pediatras debían atender muchos llamados nocturnos y si el consejo vía telefónica no era suficiente, había que levantarse y partir a domicilio.

Cierto día, mientras atendía en mi consulta privada, recibí una llamada telefónica de un padre. Me solicitó que fuera a su domicilio en el sector de la Avenida Pedro de Valdivia de Concepción. No me fue posible catalogar en ese momento el grado de urgencia de su llamada; solo insistió varias veces que debía ser antes de las 21 horas.

En esa época, la vida nocturna de Concepción estaba muy limitada por el toque de queda, de manera que "la canita al aire" debía hacerse a la salida del trabajo hasta las 23.30 horas o, sencillamente..., quedarse hasta el otro día. Esto, naturalmente, nunca es aconsejable por las nefastas consecuencias al retornar al hogar. Además, el tradicional barrio bohemio de Concepción, en Orompello, iba en plena decadencia y retirada.

Dando preferencia a la mencionada atención domiciliaria, al finalizar mi consulta las emprendí por la calle Chacabuco, sin doble vía, para continuar por Avenida Pedro de Valdivia, igual de estrecha y congestionada, hasta llegar a la casa del paciente. Al sonido

del timbre, una amable señora me recibió e invitó a pasar, guiándome hasta el cuarto de la niña enferma.

Para los médicos de esa época, a fin de acudir a estos desafíos clínicos domiciliarios, les era indispensable el automóvil, que adquiríamos generalmente con 4 o más años de antigüedad. Recuerdo, entre otras, las marcas Ford, Chevrolet, Fiat, o las ya desaparecidas Citronetas, Studebaker, Austin Mini, Borgward, más escasos los escarabajos Volkswagen, reservados para el grupo más selecto, los Volvo y, solo para mirarlos, los Mercedes Benz.

Repito, no existían los servicios de urgencia pediátricos, los laboratorios funcionaban solo en horas

diurnas, pero no era gran preocupación, pues por formación sabíamos que frente a dificultades diagnósticas contábamos con el apoyo y ayuda de nuestros Profesores, cuya presencia la considerábamos un honor.

Comencé la anamnesia con el padre, un descendiente de español muy simpático, excelente anfitrión y bohemio. Aún recuerdo algunas tertulias alegradas con su piano y su guitarra, que tocaba de maravillas. Según él, su hija preescolar presentaba fiebre y dolores, síntomas con los que su esposa no estaba de acuerdo, lo que era un detalle no menor que dificultaría a posteriori mi hipótesis diagnóstica. Su esposa era una distinguida profesional de la

“Observé el cuarto, que no tenía ambiente de ser ocupado por un niño enfermo: no había frascos ni cajas de remedios en el velador, ni termómetros, ni paños fríos, ni un frasco de agua con su vaso, solamente los juguetes y libros para pintar.”



salud, que aún ejerce con singular éxito.

Desperté a la niña y como respuesta obtuve un “mmm yaaaa”, en expresión de molestia por haber interrumpido su sueño, acompañada de la extensión de ambas extremidades inferiores mientras sus manos fregaban sus ojitos llorosos. Acto seguido, se volteó con la cara hacia el lado contrario donde me encontraba, en señal de repudio. El otro niño dormía plácidamente en la otra cama.

Observé el cuarto, que no tenía ambiente de ser ocupado por un niño enfermo: no había frascos ni cajas de remedios en el velador, ni termómetros, ni paños fríos, ni un frasco de agua con su vaso, solamente los juguetes y libros para pintar. Mi lógica y atendible desorientación me obligó a reinterrogar a los padres, sin lograr los resultados esperados. Pensé en exámenes de laboratorio, pero ¿para qué?, si el examen era normal y sin siquiera tener una hipótesis diagnóstica. La niña reinició su sueño, por lo que estimamos oportuno abandonar la pieza y pasar al comedor.

La madre se ubicó al lado del padre y me ofreció licor, bebida o café, los que rechacé pues aún me quedaba trabajo pendiente. Tenía al frente una madre juiciosa, prudente y muy comprensiva, a la que se anteponía un padre dubitativo y obsesionado en unos síntomas y signos de decaimiento y dolores, existentes solamente en su imaginación. Con la conclusión de un examen normal, reanudé muy esperanzado un último, corto y definitivo diálogo, que no aportó mayores datos. Dejando mi maletín sobre la mesa, luego de algunos segundos, hago una necesaria pausa y les digo en el tono más amistoso y convincente posible:

- ¡No encuentro nada, realmente nada!
- Pero doctor, tiene que dejarle algo, aunque sea para la fiebre -replicó el padre de inmediato-.
- Yo te dije que no era nada y tampoco tiene fiebre -agregó la madre a la conversación-.
- Pero doctor, tiene que darle algo -insistió el padre-.

- Doctor, mi marido es muy alha-raquiento, yo salí a las 15.00 horas a mi consulta y retorné a las 19.00 horas. Encontré a ambos niños bien, comieron toda su comida y luego se acostaron sin ningún problema. La nana no me ha contado nada extraño. La verdad es que yo no entiendo tanto apuro en haberlo llamado. Doctor, le pido disculpa por su tiempo, yo no lo habría molestado.

Ante tan desorientador diálogo, debí, para bien de la niña y tranquilidad de los padres, adoptar una actitud conciliadora. Lo cierto es que no encuentro nada, les reiteraré, pero les sugiero que observen a la niña y, ante cualquier duda me vuelvan a llamar porque, si es necesario, vendré con un médico con más experiencia, porque no solicitaré exámenes de laboratorio sin fundamentos.

El padre, me tomó de un brazo y me llevó al otro extremo de la pieza para mirar un óleo colgado en la pared, como pretexto para alejarse de su esposa e impedir que escuchara nuestra conversación.

- Doctor, ¿qué le parece este óleo? -me dijo, pero lamentablemente, en segundos, su esposa nuevamente se ubicó a nuestro lado, interrumpiendo cualquier intento de diálogo-

Considerando que mi labor profesional había terminado, me despedí de la madre. El padre, no obstante, continuó caminando lentamente a mi lado y hablándome muy despacio. Al llegar a la puerta de calle, me susurró:

- Doctor, por favor, tiene que ayudarme.

- Pero hombre, no entiendo nada, de qué se trata.

- Doctor, necesito salir.

- Pero cuál es el problema, yo me dirijo hacia el centro. Te llevo en mi vehículo.

Al llegar a la puerta de calle, con rostro suplicante, colocando su mano sobre la manilla de la chapa para frenar cualquier intento de apertura, me confesó muy despacio:

- Doctor, es que mi señora no me deja salir.

- ¿Y cómo voy a pedir permiso a tu señora para que salgas? ¿Con qué excusa?

“Durante mi larga vida profesional, nunca más tuve la ocasión de ver la novedosa función que podría asumir una receta.”



- Doctor, yo he recurrido a usted, es el único que me puede ayudar.
- Yo lo miré desconcertado y le argumenté: no te entiendo para nada.

Susurrando, una vez cerciorado que su esposa estaba lejos, el padre siguió sorprendiéndome con la revelación de sus secretas intenciones:

- Doctor, invité a tomar unos traguitos a una niña y me está esperando.

Me vinieron a la mente aquellas entretenidas veladas en que tocaba guitarra y piano, para el deleite de los asistentes. Sabía alegrar las tertulias. Pero no entendía la importancia, que podría jugar yo en su programa de este específico día.

- Hábermelo dicho antes, pero ¿cómo te voy a pedir permiso

para eso? Tu señora me va dar un guitarrazo en la cabeza.

- Pero doctorcito, entiéndame y ayúdeme -suplicó-.

No sabía ni sospechaba el giro que estaba tomando esta "consulta profesional", menos el desenlace. Le expliqué al padre que no entendía cómo lo podía ayudar.

Entonces, con un aire de triunfo, muy orgulloso de su idea, y ya sospechando que yo le iba a dar una manito, me dijo, como si hubiera realizado un gran descubrimiento:

- ¡Con una receta pues doctor, necesito una receta! Es lo único que le pido.

- Pero cómo una receta, si tú no estás enfermo y tu hija tampoco la necesita.

- Doctor, con todo respeto, no lo tome a mal.

- Pero, explícame, cómo te puede servir una receta del pediatra.

- Es que doctor -dijo con el aire de quien ha hecho un gran descubrimiento-, el ir a comprar la receta, justifica mi salida sin sospecha de mi esposa.

Sorprendido por esta picardía, consideré que esta visita debería tener un buen final. Premiar el trabajo por la estrategia empleada, que yo había estado a punto de estropear, lo consideré merecido. Me di vuelta y, mirando a ambos, les dije:

- Pensándolo mejor, para que en la noche no tengan problemas de última hora, podrían comprar este medicamento-.

Volví al comedor, para utilizarlo como escritorio y, extendí una receta, sabiendo que cumpliría funciones muy lejos de lo que significa Rp.

El viaje se hizo corto, recibí palabras de aprecio y agradecimiento del padre, a quién dejé en Barros Arana, en pleno centro, a la entrada de una discoteque. En esa época aún no se había construido el paseo peatonal. Aún me acuerdo de una joven que le hizo señas y cuán presuroso y alegre el ingenioso padre le correspondió alegremente el saludo. Ya en el delirio de su felicidad, me invitó a que lo acompañara, pues seguro, había otras amigas en el local. Miré la hora, agité mi brazo en señal de despedida y le deseé buena suerte. Coloqué en marcha el motor y a continuar la pega, lamentando que aún me quedara trabajo.

Durante mi larga vida profesional, nunca más tuve la ocasión de ver la novedosa función que podría asumir una receta. **ee**

**El Dr. Antonio Galletti Alveal realizó sus estudios de Pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Obtuvo el título de Médico Cirujano en la Universidad de Chile en 1966. Luego ejerció como Médico General de Zona en Coronel. Su formación de Postgrado en la especialidad de Pediatría la efectuó en el Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago. Posteriormente se desempeñó como pediatra en el Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y en el Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción, instituciones en las cuales ocupó importantes cargos docentes, asistenciales y directivos.*

FISIOOLIMP[®] 30ml

Limpieza nasal, descongestión natural del bebé

1 puff una gota



Suero fisiológico isotónico que permite la higiene nasal DIARIA y descongestión del bebé.



Spray en PULSO que permite mayor control de la dosificación. 1 puff una gota



Marca N° 1 en Chile en Higiene nasal.



www.lpasteur.cl

Información exclusiva para profesionales de la salud



Pediatras llaman a focalizarse en niños ante epidemia de obesidad en Chile

Los pediatras en Chile hacemos un llamado a focalizarnos en los niños para combatir los altos índices de sobrepeso y obesidad que presenta hoy nuestra población. El 9,3% de los niños menores de cinco años presentan sobrepeso según informó la FAO en su informe Seguridad Alimentaria 2018, y el 74% de los mayores de 15 años presenta malnutrición por exceso, u obesidad, por lo que resulta imprescindible tomar medidas en beneficio de los niños.

La obesidad infantil tiene diversas consecuencias, tanto para los niños como cuando ya son adultos, además de tener una mayor probabilidad de sobrepeso después de los 18 años. Por eso, el Dr. Humberto Soriano, Past President de la Sociedad Chilena de Pediatría explicó a diversos medios que no se deben dejar de lado los niños: “Para no tener adultos con obesidad en el futuro y revertir estas cifras, tenemos que focalizarnos hoy en nuestros niños, pues es más fácil prevenir que tratar la obesidad. Las mamás y papás son responsables de evitar el consumo de bebidas, azúcar y jugos, en los niños”.

Los adolescentes chilenos están entre los más sedentarios del mundo, lo que hace que su condición física sea inferior a la de hace cincuenta años, los especialistas también recomiendan mejorar las clases y la oferta deportiva de los colegios. En ese sentido, el Dr. Soriano sostiene que “es urgente que nuestras autoridades aprueben la ley pendiente de actividad física diaria en los colegios”.

El Dr. Francisco Verdugo, presidente del comité Medicina del Deporte de SOCHIPE, agregó que el objetivo “no es agregar más horas de clases de educación física, sino aumentar el nivel de actividad en el quehacer cotidiano de los preescolares y escolares, haciendo por ejemplo los recreos más activos, pausas activas entre cambio de clases, y apoyar el transporte activo al colegio asegurando el perímetro alrededor de éste, entre otras medidas”.

Existe clara evidencia que la actividad física mejora la salud en forma significativa, ya que no solo fortalece el sistema muscular y cardiovascular, sino también el tejido óseo, sistema nervioso central, endocrino y aspectos psicoemocionales.



Nueva área de Socios SOCHIPE

Con mucha alegría les contamos a nuestros 2.700 socios que ya cuentan con un área especial dentro de nuestro sitio web.

En esta área se puede realizar actualización de los datos personales, revisar el estado de pago de las cuotas sociales y pagar vía Webpay (nueva forma de pago). Nuestra intención es ir sumando funcionalidades útiles para nuestros socios, cosa que comunicaremos a medida que se instauran.

Para acceder se debe seguir el siguiente camino: www.sochipe.cl > Socios > Acceso Área de Socios.



Carta por Sarampión y Vacunas

El viernes 21 de diciembre, fue publicada la siguiente Carta al Director en El Mercurio, y que compartimos con ustedes:

Señor Director,

Resulta preocupante el escenario epidemiológico al que América Latina está expuesta hoy, y así lo ha manifestado recientemente la Organización Panamericana de la Salud.

En el caso de nuestro país, los altos índices de inmigración de los últimos años, sumado a la creciente tendencia anti-vacunas y su propagación vía redes sociales, han propiciado la reaparición de nuevos brotes de enfermedades que estaban erradicadas del mapa sanitario nacional, como es el caso del Sarampión, que, en menos de un mes, ya presenta dos casos importados en nuestro país y casi 17.000 en lo que va del año en América Latina.

Ello no ocurre por condiciones higiénicas inadecuadas, pobreza o falta de acceso a la salud, como antaño. Aunque parezca contraproducente, hoy, con un alto nivel de desarrollo, un aumento exponencial de viajes al extranjero, e importantes avances en materia científica y tecnológica, estamos teniendo que enfrentar la propagación de patologías que habían quedado atrás.

Para hacer frente a esta situación, resulta clave reforzar los mecanismos de protección, hacer frente a la desinformación y educar a la comunidad en torno a los beneficios de la vacunación, que cada minuto salva 5 vidas en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

Tengo la convicción de que en la medida que no logremos bloquear la llegada o reaparición de enfermedades infectocontagiosas en la población, mediante mecanismos de prevención efectivos como la inmunización, nos iremos alejando del desarrollo al que aspiramos como país. El llamado es a no olvidar las altas tasas de mortalidad infantil del pasado y aprender la lección para construir responsablemente un futuro con salud, bienestar y calidad de vida.

Dra. Paula Guzmán Merino

**Miembro del Comité Editorial de la Sociedad Chilena de Pediatría
Jefe de Servicio de Pediatría Clínica Universidad de los Andes**



En 2016 Las Américas celebraron 25 años sin casos de poliomielitis por virus polio salvaje en la región. El último caso fue detectado el 23 de agosto de 1991 en Perú.

Agradecimientos a la Familia SOCHIPE

Con estas líneas, el Directorio quiere agradecer a todo el equipo administrativo de SOCHIPE por su importante trabajo para que nuestra Sociedad Chilena de Pediatría sea cada vez más grande. Muchas gracias a secretarías, asistentes, recepcionista, gerencia, subgerencia y encargados de las áreas de Socios, Revista Chilena de Pediatría y Secretaría de Educación Continua, y a todos quienes realizan otras labores en SOCHIPE, todas muy importantes para el correcto funcionamiento de nuestra organización y su Sede.

También un reconocimiento especial a los médicos que componen los Comités Editoriales de los Medios SOCHIPE (El Estetoscopio, Diario Mi Hijo y Soportes Online), por una parte, y de la Revista Chilena de Pediatría, por otra, todos profesionales que destinan muchas horas mes a mes para revisar contenidos y entregar sus valiosos aportes.

¡Gracias a todos quienes componen esta gran familia SOCHIPE: esperamos que 2019 sea un gran año de trabajo!

Nuevos Socios

Queremos dar la bienvenida a los nuevos socios de SOCHIPE:

María Pilar Pérez C.
María José Rojas M.
María Emilia Mejías P.

Manuela Darzens A.
Marcela Isabel Mora V.
Pablo Maximiliano Araya V.

Solange Soledad Godoy H.
Christine Viviana Medina M.
Ricardo Aguiluz A.

Mariela Bustamante F.
Karina Lagos A.

SERJOVEN: 20 AÑOS CUIDANDO A LOS JÓVENES

Veinte años cumple la Corporación SERJOVEN, una iniciativa pionera y visionaria en nuestro país, que en 1999 surgió con la idea de atender globalmente las necesidades de salud física, psicológica y social de los y las adolescentes. Se trata de un grupo etario muy relevante para el desarrollo del país, cuyos problemas iban en aumento (consumo de drogas, conducta sexual de riesgo, violencia, trastornos alimentarios, etc.) y no encontraban respuesta en el sistema de salud tradicional, poniendo en riesgo su crecimiento y desarrollo saludables.



DIRECTORIO SERJOVEN (de izq a der)

DE PIE: Christian Plaetner-Möller Baudrand (Integrante del Directorio; Ingeniero Comercial), Ricardo Costabal Llona (Tesorero; Abogado), Roberto Vergara Fisher (Secretario; Abogado). **SENTADAS:** María Paz Gaete Pinto (Integrante del Directorio; Ingeniero Agrónomo), Germaine Fresard Meier (Integrante del Directorio; Químico-Farmacéutico), Dra. Verónica Gaete Pinto (Presidenta; Médico Pediatra Especialista en Adolescencia), Luz María Vergara Fisher (Vice-presidenta; Abogado)



En la actualidad, el Centro de Salud del Adolescente SERJOVEN brinda atención de salud integral, de alta calidad y gratuita a adolescentes de la comuna de Lo Barnechea que viven en situación de pobreza. A la fecha ha atendido a cerca de 3.000 adolescentes (y sus familias), proporcionando aproximadamente 8.000 atenciones anuales y se ha constituido en una entidad sin fines de lucro líder en el desarrollo de servicios de salud para jóvenes y capacitación en adolescencia en Chile.

Según su Presidenta y Directora Ejecutiva, médico pediatra y especialista en adolescencia, Dra. Verónica Gaete, “el gran factor que ha motivado y movilizado a SERJOVEN a realizar su labor diaria con toda la calidez, calidad y compromiso que lo caracteriza, es el comprobar una y otra vez cómo ha hecho una diferencia en la vida de los adolescentes que atiende y sus familias, potenciando sus capacidades y desarrollo

integral saludable, previniendo que presenten conductas de riesgo o se dañen por ellas, y ayudando a que solucionen adecuadamente sus problemas de salud tanto físicos, como psicológicos y sociales”.

PRIMERAS HUELLAS

Utilizando los conocimientos y la experiencia adquiridos durante los años 80 y 90 en atención de salud especializada de adolescentes, y con el apoyo irrestricto y aliento permanente del muy prestigiado y recordado pediatra Dr. Federico Puga, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de la Corporación de Amigos del Hospital Luis Calvo Mackenna (AMICAM), un grupo pequeño de profesionales liderados por la Dra. Verónica Gaete abrió el primer centro de atención de la Corporación en Lo Barnechea.

Desde sus inicios, SERJOVEN decidió destinar su atención de salud a aquellos jóvenes de esa comuna que vivían en situación de pobre-

za, porque sus necesidades eran aún más grandes y urgentes, y trabajar además para formar a profesionales de salud y realizar investigación en el área, para extender de esta manera sus beneficios a otros muchos adolescentes del país.

GRAN EQUIPO

La tarea de la Corporación es posible gracias a su muy comprometido Directorio -conformado por destacados profesionales provenientes de diversos sectores del país-, a un maravilloso grupo de profesionales de excelencia de gran vocación social, y a sus colaboradores, entre los que destaca especialmente la Corporación de Amigos del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (AMICAM).

El equipo de salud a cargo de SERJOVEN es altamente calificado y está integrado por más de 20 profesionales especialistas en adolescencia (pediatras, médicos de familia, psiquiatras,

psicólogos(as), psicopedagogas, asistente social, técnico social y matrona), en su mayoría profesores de la Universidad de Chile y/o miembros del staff de Clínica Las Condes, que trabajan de forma interdisciplinaria con un gran compromiso con SERJOVEN y sus beneficiarios.

Los profesionales brindan atención de salud física, psicológica y social, junto con un fuerte trabajo preventivo, para problemas como: obesidad, anorexia, bulimia, depresión, consumo de drogas, ideación suicida, embarazo adolescente, deserción escolar y delincuencia, entre muchas otras dificultades propias de esta etapa de la vida. Su atención integral involucra al adolescente y a su familia, trabajando también estrechamente con los colegios y otras entidades comunales esenciales para favorecer el crecimiento y desarrollo saludable y la resolución de los problemas de los jóvenes.

IMPORTANTE ROL DOCENTE

SERJOVEN tiene además un rol fundamental en docencia de pre y postgrado en el campo de la salud del adolescente en el país, capacitando en especial a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y a alumnos de psicología y psicólogos de las universidades de Los Andes, del Desarrollo y Alberto Hurtado, y de psicopedagogía de la Universidad Andrés Bello, de manera de que puedan brindar la atención que requiere todo y toda adolescente.

Para esto, la Corporación ha aumentado progresivamente su staff de profesionales, su especialización, y el nivel de conocimientos que posee sobre el tratamiento de diversos problemas de salud relevantes en la adolescencia.

ÁREAS DE TRABAJO Y ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Se trata de un centro único en Chile, cuyo modelo cumple con ser un "servicio de salud amigo de los adolescentes", como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es un lugar dedicado exclusivamente para ellos, con ambientación juvenil diseñada con participación de los mismos jóvenes, donde se brinda un trato amigable y respetuoso a cada adolescente y se respeta la confidencialidad de la información entregada por los jóvenes. Los profesionales de SERJOVEN desarrollan un vínculo especial con cada adolescente y su familia, y abordan de manera integral las necesidades de salud de cada joven.

Las atenciones que se brindan en este centro son gratuitas, de alta calidad, y abarcan seis áreas o programas:

- **Chequeo Preventivo:** Atención anual a cada joven, destinada a promover conductas saludables y a prevenir problemas de salud. Incluye evaluación psicosocial y física, test de agudeza visual, indicaciones médicas, y educación para adolescentes y padres.
- **Salud Física:** Atenciones destinadas a prevenir y tratar distintos problemas físicos, siempre con un enfoque integral, considerando el impacto que pueden tener en la salud psicológica y



“Es un lugar dedicado exclusivamente para ellos, con ambientación juvenil diseñada con participación de los mismos jóvenes, donde se brinda un trato amigable y respetuoso a cada adolescente y se respeta la confidencialidad de la información entregada por los jóvenes.”

social del adolescente (problemas de crecimiento, sobrepeso, etc.)

- **Salud Sexual y Reproductiva:** Atenciones cuyo fin es promover el desarrollo saludable de los adolescentes en esta esfera y prevenir conductas de riesgo, mediante la educación y la orientación tanto de ellos/ellas como de sus padres (prevención embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, etc.)
- **Salud Mental:** Atenciones destinadas tanto a promover un desarrollo psicológico y social saludable de los adolescentes, como a prevenir y tratar diversos problemas de salud mental (trastornos depresivos, ansiosos, TDA, maltrato, abuso sexual y otros problemas).
- **Trastornos Alimentarios:** Atenciones destinadas a prevenir y

tratar estos problemas de salud. En particular, en esta área SERJOVEN cuenta con un programa especializado de tratamiento de aquellos jóvenes que los sufren, que comprende atenciones al adolescente por un equipo conformado por pediatra, psicólogo, psiquiatra y asistente social, intervenciones familiares por estos profesionales y Terapia Familiar en aquellos casos que lo requieran. Así también, incluye atenciones por otros profesionales de salud, según las necesidades de cada joven y su familia.

- **Alcohol y Drogas:** Atenciones destinadas a prevenir y tratar problemas de salud asociados al consumo de estas sustancias. Ofrece un programa de tratamiento especializado para adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas, financiado por el Servi-

cio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), que incluye, entre otras prestaciones: atención integral biopsicosocial, exámenes de laboratorio, tratamiento individual y familiar, vacunas, trabajo en terreno y en redes, y actividades grupales de uso positivo del tiempo libre.

LOGROS DE SERJOVEN

Los logros de SERJOVEN han sido múltiples, entre sus principales hitos, la Corporación ha solucionado los problemas de salud física, psicológica y social de cerca de 3 mil adolescentes. Junto con ello, ha prevenido problemas de drogadicción, suicidio, embarazo adolescente, deserción escolar y delincuencia, entre otras serias dificultades que enfrentan los jóvenes.

“SERJOVEN ha formado a cientos de profesionales en salud del adolescente, provenientes de especialidades médicas como pediatría, medicina familiar, ginecología y psiquiatría infanto-juvenil, y carreras como psicología y psicopedagogía. Con esto, ha logrado que un importante contingente de profesionales de la salud adquiera los conocimientos, habilidades y destrezas para proporcionar una adecuada atención a los adolescentes del país.”



EQUIPO SERJOVEN (de izq a der):

Fila de atrás

- **Catalina Cienfuegos Vittini**, Directora de Administración y Finanzas SERJOVEN. Diseñadora Digital, Universidad del Desarrollo.
- **Dra. Verónica Gaete Pinto**, Presidenta y Directora Ejecutiva SERJOVEN. Médico Pediatra Especialista en Adolescencia, Universidad de Chile.
- **Constanza Silva Davico**, Psicóloga, Especialista en Psicoterapia Estratégica, Universidad Central.
- **Michelle Levy Benquis**, Psicopedagoga, Universidad Andrés Bello.
- **Ana Vargas Sepúlveda**, Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de La Serena. Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de Chile.
- **Betty Vaizer Galemiri**, Psicóloga, Universidad de Chile.
- **Tatiana Escobar Koch**, Médico, Especialista en Psiquiatría, Universidad de Chile.
- **Beatriz Oróstica Llanca**, Secretaria SERJOVEN.
- **Daniela Jashes Camhi**, Psicopedagoga, Magíster en Desarrollo Curricular y Proyectos Educativos, Universidad Andrés Bello.
- **Paula Donoso Ansaldo**, Coordinadora del Programa de Atención Ambulatoria Intensiva para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/o Drogas y Coordinadora de Alumnos de Programas de Especialidad Médica en SERJOVEN. Médico Pediatra, Universidad de Valparaíso, Especialista en Adolescencia, Universidad de Chile.

Fila de adelante:

- **Marcela Sepúlveda Moscoso**, Trabajadora Social, Universidad Católica Silva Henríquez.
- **Eldreth Peralta Valerio**, Directora Médica SERJOVEN. Médico Pediatra, Especialista en Adolescencia, Universidad de Chile.
- **Francisca Corona Humphreys**, Médico, Especialista en Pediatría y Adolescencia, Universidad de Chile.
- **Carolina López Cárcamo**, Jefa del Área de Salud Mental Coordinadora y Supervisora de Prácticas Profesionales de Alumnos de Psicología. Psicóloga Clínica, Universidad Católica de Chile.
- **María Pilar Pérez Carmona**, Médico, Especialista en Medicina Familiar, Universidad de Chile.
- **Amaya Valencia Cornejo**, Psicóloga, Universidad de los Andes.

Además, ha implementado programas especializados de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas, y con trastornos de la conducta alimentaria.

Y junto a todo lo anterior, y respondiendo a su rol docente, SERJOVEN ha formado a cientos de profesionales en salud del adolescente, provenientes de especialidades médicas como pediatría, medicina familiar, ginecología y psiquiatría infanto-juvenil, y carreras como psicología y psicopedagogía. Con esto, ha logrado que un importante contingente de profesionales de la salud adquiera los conocimientos, habilidades y destrezas para proporcionar una adecuada atención a los adolescentes del país.

¿POR QUÉ TRABAJAMOS EN SERJOVEN? LOS TESTIMONIOS DE QUIENES LIDERAN LA INICIATIVA.

Dra. Verónica Gaete, Pediatra Especialista en Adolescencia, Presidenta y Directora Ejecutiva de la Corporación SERJOVEN: “La adolescencia es un período extremadamente importante de la vida, donde los seres humanos desarrollamos parte significativa de nuestro potencial físico, intelectual, psicológico y social, para salir al mundo pudiendo ‘pararnos en nuestros propios pies’ de manera adecuada. Es un período de desafíos, florecimiento, y a la vez de riesgos y dificultades, y nada me resulta más fascinante que acompañar a los jóvenes en este camino, ayudándolos a cuidar de su salud de manera integral. Y más aún si se trata de jóvenes vulnerables, como aquellos que viven en situación de pobreza.”

Dra. Eldreth Peralta, Pediatra Especialista en Adolescencia, Directora Médica del Centro SERJOVEN: “Me permite dar una atención de salud integral y de alta calidad a los adolescentes de menores recursos económicos, y así colaborar en la construcción de un país más justo y solidario. Además, puedo contribuir a la enseñanza de la medicina de la adolescencia, destinada a un grupo etario tradicionalmente postergado por nuestro sistema de salud.” **ee**

Directorios de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 03

EL SEGUNDO CUARTO DE SIGLO, 1951-1975

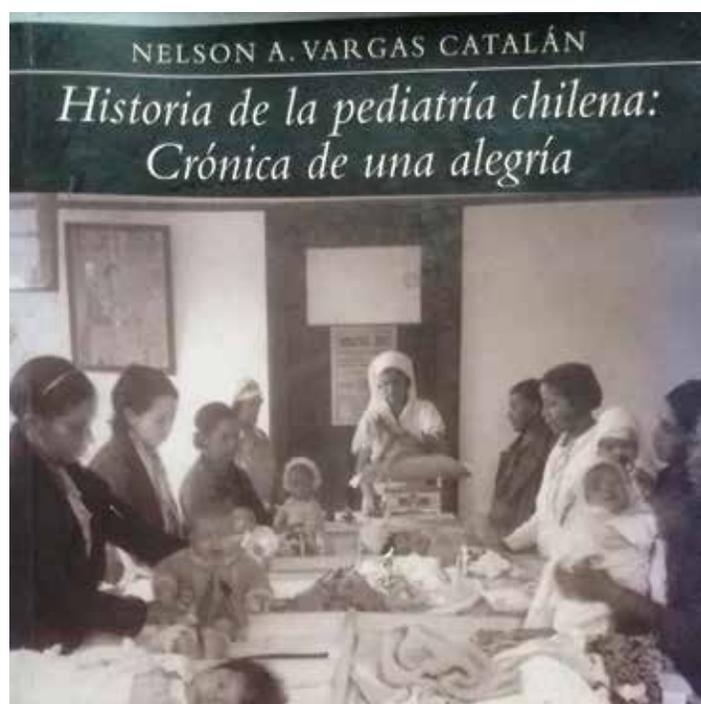
Por Dr. Francisco Moraga M., Ex Presidente SOCHIPE (2011-2012)

Desde aquel 21 de julio de 1922, cuando la convocatoria del Dr. Luis Calvo Mackenna reunió a 29 connotados pediatras y cirujanos infantiles, y a otros 13 profesionales adherentes, permitiendo el vamos a la primera directiva transitoria, han transcurrido 96 años y han dirigido a nuestra institución alrededor de 60 directorios, los que han logrado transmitir la mística que le imprimieron los primeros maestros fundadores y que han contribuido a engrandecer la que es hoy, la más grande de las sociedades científicas nacionales.

El aforismo que señala que “las personas pasan y las instituciones persisten” sería vacuo si solo se interpretara a las instituciones como un conjunto de paredes, sillas, reglamentos, estatutos y un símbolo. Las instituciones son, en cada momento, la suma de las voluntades de las personas que las integran, y en aquellas que como nuestra SOCHIPE, son guiadas por un Directorio, el aforismo es válido solo en la medida que su doctrina prevalece por sobre quienes la dirigen, en tanto sus dirigentes mantienen un sentido de trascendencia y vocación de excelencia que, independiente de los sucesos que transcurren en su interior y exterior, mantienen el noble propósito del interés prioritario por la salud infantojuvenil.

A continuación, y con las faltas que se puede cometer por los ex-

travíos históricos producto del paso del tiempo, se detalla la conformación de las Directivas del segundo cuarto de siglo de su existencia, desde 1951 a 1975, como complemento de la presentada en el número 99 de esta publicación. La información ha sido obtenida de las actas de las sesiones de Directorio; de las páginas iniciales del primer número de cada volumen de la Revista Chilena de Pediatría, que detalla a los integrantes de los Directorios; del magnífico libro del Dr. Nelson Vargas C. “Historia de la Pediatría chilena: crónica de una alegría”, y, de la documentación consultada en la sección Sala Gabriela Mistral de la Biblioteca Nacional. En la próxima edición revisaremos el tercer cuarto de siglo, que detalla los periodos desde 1976 hasta 2000.



PERÍODO	PRESIDENTE	VICEPRESIDENTE	SECRETARIO GRAL.	TESORERO	DIRECTORES
1951	Teodoro Zenteno Bustamante	Raúl Gantes A.	Roberto Galecio G.	Raúl Eberhard E.	Patricio Olivos A. Mario González P. Pedro Oyarce R. Francisco Mardones R. Edmundo Cardemil M.
1952	Raúl Gantes Arestizábal	Raúl Eberhard E.	Edmundo Cardemil M.	Víctor de la Maza S.	Patricio Olivos A. Fernando Martínez R. Alejandro Manterola A. Roberto Galecio G. Francisco Mardones R.
1953 - 1954	Raúl Eberhard Escobar	Mariano Latorre B.	Celso Santibáñez D.	Víctor de la Maza S.	Edmundo Cardemil M. Alejandro Manterola A. Fernando Martínez R. Jorge Rosselot V. Jorge Howard B.
1955	Mariano Latorre Blanco	Pedro Pastor A.	Alfredo Weidenslaufer L.	Alejandro Manterola A.	Víctor de la Maza S. Edmundo Cardemil M. Jorge Howard B. Jorge Rosselot V.
1956	Alfredo Wiederhold Rotter	Jorge Rosselot V.	Edmundo Cardemil M.	Alejandro Manterola A.	Carlos Alliende G. Werner Bustamante E. Eduardo Cassorla L. Renato Gajardo L. Marco Maldonado A. Fernando Monckeberg B. Alfredo Wiedenslaufer L.
1957	Jorge Rosselot Vicuña	Marco Maldonado A.	Salvador Roselló L.	Edmundo Cardemil M.	Luis Cid R. Humberto Garcés C. Enrique Fanta N. Fernando Monckeberg B. Renato Gajardo L. Eduardo Cassorla L. José Legarreta P. Ramón Montero Sch.
1958	Marco Maldonado Acharán	Ramón Montero Sch.	Arturo Gallo B.	Edmundo Cardemil M.	Luis Vera C. Humberto Garcés C. Erich Simpfendorfer Sch. Ernesto Figueroa B. Guillermo García N. Roberto Galecio G. Humberto Recchione F.
1959	Ramón Montero Schmidt	Raúl Hernández M.	Roberto Galecio G.	Edmundo Cardemil M.	José Agliati B. Arturo Gallo B. Guillermo García N. Sergio Jarpa Y. Rodulfo Phillipi B. Ariel Ramos V. Humberto Recchione F. Enrique Sepúlveda Q.
1960	Humberto Garcés Cuadra	Erich Simpfendorfer Sch.	José Agliati B.	Edmundo Cardemil M.	Eugenio Amenábar R. Arturo Gallo B. Sergio Jarpa Y. Mario Sepúlveda G. Adalberto Steeger Sch. Efraín Volosky Y.
1961 - 1962	Erich Simpfendorfer Schaale	Adalberto Steeger Sch.	José Agliati B.	Edmundo Cardemil M.	Fernando Symon O. Luis Givovich M. Efraín Volosky Y. Claudio Ferrada R. Federico Puga C. Roberto Kohan I.
1963 - 1964	Adalberto Steeger Schaeffer	Augusto Winter E.	Patricio Donoso L.	Edmundo Cardemil M. Roberto Kohan I. (1964)	Fernando Symon T. Humberto Recchione F. Luis Givovich M. Guillermo Repetto L. Federico Puga C. Claudio Ferrada R.
1965	Werner Bustamante Espinoza	Óscar Undurraga A.	Luis Givovich M.	Roberto Kohan I.	José Morice D. Lea Carlini G. José Zacarías Santiago Rubio A. Patricio Donoso L. Guillermo Repetto L.
1966 - 1967	Óscar Undurraga Alemaparte	Fernando Monckeberg B.	Isidoro Horwitz C.	Federico Puga C.	Salvador Roselló L. Lea Carlini G. Gustavo Solar V. Alberto Vigneau N.
1968 - 1970	Fernando Monckeberg Barrios	Ives Lacassie S.	Claudio Ferrada R.	Óscar Errázuriz V.	Patricio Guerrero O. Roberto Quiñones S. Rubén Mahler M. Lea Carlini G. Alberto Vigneau N.
1971 - 1972	Luis Givovich Mercier	Luis Siemprevivo C. (I) Federico Puga C.	Gustavo Solar V.		Eliana Ceruti D. Erich Schilling F. Rubén Mahler M. Jorge Howard B.
1973 - 1975	Federico Puga Concha	Francisco Beas F.	Gastón Zilleruelo A.	Erich Schilling F.	Eliana Ceruti D. Lionel Bernier V. Iván Contreras M. Luis del Río M. Eduardo Morales F.

EL VERANO DE LOS BICHOS

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

Al fin de año las tenías reunidas
acordaban engordar, no ser tan planas,
apurando en intestino sus comidas.

Loxocoles, de rincones, las arañas
se juraban nunca más ser tan hurafñas

En el campo, *Latrodectus* coloradas
se aprontaban a morder a algunos huasos
que, picados de la araña, muchos lachos
seguirían ardorosos las muchachas
¡Harto pícaras resultan las arañas!

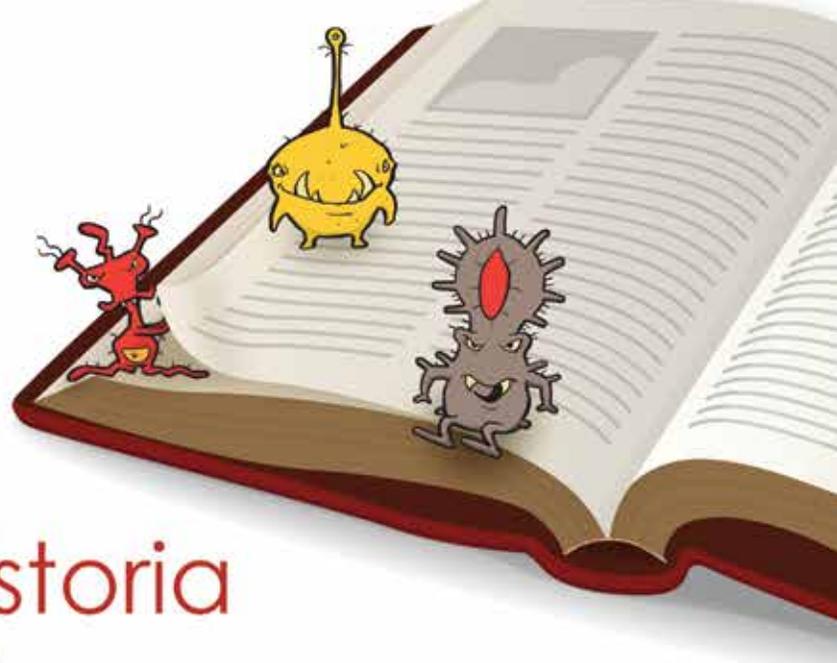
Los oxiuros, escondidos en el recto,
saludaban a los *ascaris* lejanos
porque son medio parientes los gusanos:
de los oxiuros, bien sabemos, en efecto,
de los *ascaris* son casi primo-hermanos

Las bacterias colónicas soñaban
con causar mil diarreas de verano
rotavirus a sus anchas pululaban
y salían muy contentos por el ano:
pediatras en consultas prosperaban.

Mientras *metapneumovirus* muy inquieto
ya veía terminar su temporada
retirándose a cuarteles hasta invierno.
Neumococo por su parte se acostaba
encerrado en su cápsula en un suero.

Muchas *Candida* bien poco candorosas
seducían a un *Rhizopus* muy velludo
postergando a *Pseudomonas* olorosas
aplicándoles la cruel ley del embudo
que así estilan entre bichos estas cosas. ee





Descubre más de la historia en una hora.

El BioFire® FilmArray® Gastrointestinal (GI) Panel.
1 Test. 22 Patógenos. 1 Hora.

Esperar horas o días para obtener resultados de laboratorio para la gastroenteritis infecciosa puede complicar las decisiones de manejo del paciente. Con sólo una prueba— y en sólo una hora— el BioFire GI Panel detecta 22 de los patógenos gastrointestinales más comunes, ayudándole a identificar el curso correcto de tratamiento temprano. Obtener resultados más completos con diagnóstico sindrómico puede ayudar a los hospitales a reducir la duración de la estancia¹, mejorar la administración de antibióticos¹— y lo más importante, proporcionar más rápidamente la atención enfocada al paciente².

biofiredx.com/latam-gi

BioFire GI Panel Patógenos

Bacterias

Campylobacter
(*jejuni*, *coli*, y *upsaliensis*)
Clostridium difficile (toxina A/B)
Plesiomonas shigelloides
Salmonella
Yersinia enterocolitica
Vibrio
(*parahaemolyticus*, *vulnificus*,
y *cholerae*)
Vibrio cholerae

E. coli /*Shigella* Diarreogénicas
E. coli Enteropatógena (EAEC)
E. coli Enteropatógena (EPEC)
E. coli Enterotoxigénica (EPEC) *lt/st*
E. coli (STEC) *stx1/stx2*
que produce toxinas similares a Shiga
E. coli O157
Shigella/E. coli Enteroinvasiva (EIEC)

Virus

Adenovirus F 40/41
Astrovirus
Norovirus GI/GII
Rotavirus A
Sapovirus (I, II, IV, and V)

Parásitos

Cryptosporidium
Cyclospora cayentanensis
Entamoeba histolytica
Giardia lamblia

1. Beal S, Tremblay E, Tofti S, Velez L, Rand K. A gastrointestinal PCR panel improves clinical management and lowers healthcare costs. J. Clin. Microbiol. January 2019 58:1 e01457-17.

2. Robert J Czubicki, Allen C Baleman, Lori Bourassa, Andrew Bryon, Barb Beal, Jason Matsumoto, Brad T Cookson, Ferno C Fang. Clinical impact of a Multiplex Gastrointestinal PCR Panel in Patients with Acute Gastroenteritis. Clinical Infectious Diseases. cty357, <https://doi.org/10.1093/cid/cty357>.

Diagnóstico Sindrómico: La Prueba Correcta desde la Primera Vez.

Respiratorio • Identificación en Hemocultivos • Gastrointestinal • Meningitis/Encefalitis



Lo nutre bien porque le sienta bien

CONSULTA CON TU PEDIATRA. Fórmula de seguimiento para niños de 1 a 3 años. Revisar las condiciones de uso en el envase. Alimento de regímenes especiales de uso médico. Usar bajo supervisión de un profesional de la salud.



CLPED18/6684