



Sociedad  
Chilena  
de Pediatría

102  
1922 - 2024

# el estetoscopio

Hemofilia en edad pediátrica:

## RETOS Y DESAFÍOS DE UN ABORDAJE INTEGRAL

ADEMÁS:

- ACTUALIDAD: LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
- DE INTERÉS: EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN CHILE
- PEDIÁTRICAMENTE: DETECCIÓN TEMPRANA Y DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

N.135

Año 21-01  
Jul-Ago 2024

Síguenos en:



# ¿CONOCES ALGÚN NIÑO CON CICATRICES?

- Entregamos **tratamiento ambulatorio integral, especializado y gratuito.**
- Atendemos a niños y jóvenes **entre los 0 y 20 años** con quemaduras y sus secuelas y **otro tipo de cicatrices** (mordeduras, traumáticas o quirúrgicas).
- Contamos con 4 Centros de Rehabilitación, ubicados en **Santiago, Antofagasta, Concepción Y Puerto Montt**, y presencia a lo largo de todo el país con más de 20 Oficinas Regionales.

**Maximiliano**

Se quemó el tórax al volcarse una taza de té caliente.

## INVÍTALO A CONOCERNOS

## TÚ TAMBIÉN PUEDES SER PARTE DE SU REHABILITACIÓN

- Contamos con un equipo interdisciplinario de profesionales **expertos en cicatrices** que entregan los siguientes servicios:
  - Controles por médicos fisiatras, cirujanos, dermatólogos y pediatras.
  - Atenciones de kinesiología y terapia ocupacional.
  - Curación de heridas.
  - Cirugía ambulatoria y láser CO2 fraccionado.
  - Apoyo de psicología, psiquiatría, servicio social y musicoterapia.
  - Manejo nutricional.
- Contamos con equipamiento de última generación.
- Ofrecemos beneficios adicionales sin costo en caso que se requiera: transporte, alojamiento y alimentación.
- Favorecemos la continuidad escolar gracias a nuestro colegio hospitalario, en Santiago.

Más información en

[www.coaniquem.cl](http://www.coaniquem.cl)



Sociedad  
Chilena  
de Pediatría



**COANIQUEM**  
todo por el niño quemado



Magazine de la Sociedad  
Chilena de Pediatría  
Nº135 / Año 22-01 / Jul-Ago 2024

**Director** Dr. Jorge Fabres B.

**Editora** Dra. Jimena Maluenda P.

**Comité Editorial**  
Dr. Jorge Carrasco V.  
Dr. Francisco Moraga M.  
Dra. Jimena Maluenda P.  
Dra. Paula Guzmán M.  
Dr. Hernán Sepúlveda R.  
Sr. Jaime Escobar A.

**Contacto** Teléfonos: (56-2) 2237 15 98  
(56-2) 2237 97 57  
lburboa@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.

# ÍNDICE

*Editorial* **Queremos buenas noticias** 04

*Central* **Hemofilia en edad pediátrica** 06

*Actualidad* **Lactancia materna en establecimientos de salud** 14

*De Interés* **Extensión de la edad pediátrica en Chile** 18

*Tecnología* **Auge del cigarrillo electrónico entre la población juvenil** 22

*PediátricaMENTE* **Actualización en detección temprana y diagnóstico de autismo** 26

*Cuestión de Piel* **Enfermedades fúngicas en Pediatría** 29

*Somos SOCHIPE* **Breves de nuestra Sociedad** 32

*Niñez en la Pintura* **Princesas, príncipes e infantes que llegaron a reinar** 34

*Humor* **Los sufridos becados** 38



Sociedad  
Chilena  
de Pediatría



AUSPICIARON A EL ESTETOSCOPIO ESTE MES:  
LABORATORIO PASTEUR, STERIMAR



**Dr. Jorge Carrasco V.**  
Vicepresidente  
Sociedad Chilena de  
Pediatría, SOCHIPE

# Queremos buenas noticias

Al revisar el “Informe Nacional del Bienestar de la Niñez en Chile 2024”, publicado por el Observatorio Niñez de la Fundación Colunga, me invade la desazón al comprobar que, a pesar de los esfuerzos de diversos programas gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional y local, con inversión de recursos fiscales y privados desde hace varios años, nuestros niños y adolescentes continúan siendo afectados por importantes problemas de salud, que ponen en riesgo su bienestar actual y futuro. Me pregunto: ¿qué falta o qué falla?

El Informe menciona un aumento -en los últimos seis años- del nacimiento de niños prematuros y con bajo peso al nacer, lo que viene a aumentar una población de niños vulnerables a morbilidad de riesgo vital o con secuelas permanentes. Es de alto interés conocer los determinantes del parto prematuro en nuestro país, particularmente los factores gestionables. Por otra parte, los miembros del equipo de salud debemos entregar las prestaciones más efectivas, eficientes y seguras para apoyar y seguir a esta población. El Comité de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo de la Sociedad Chilena de Pediatría está proponiendo a las autoridades de salud un programa centralizado de seguimiento y registro de información, poniendo el foco de interés en resultados de largo plazo.

A pesar de que hace más de 20 años se ha reconocido a la malnutrición por exceso como un problema creciente en nuestros NNA y se han implementado varias iniciativas para enfrentar el tema, no se han logrado resultados satisfactorios. El Informe nos alerta que el problema hoy tiene mayor incidencia en los niños de 6 a 10 años y que los adolescentes han duplicado sus cifras de obesidad. Por el demostrado riesgo de enfermedades crónicas y pérdida de años saludables que representa la obesidad en la infancia y adolescencia, la SOCHIPE continúa respaldando el proyecto de ley que obliga a los colegios a realizar 60 minutos de actividad física al día (en tramitación desde 2017), y toda iniciativa que promueva medidas que modifiquen los factores que condicionan la malnutrición por exceso en nuestros NNA.

El informe también nos alerta respecto del deterioro de la salud mental en NNA, con un aumento de 23% en escolares con síntomas depresivos y el significativo incremento de adolescentes con riesgo suicida. Por otra parte, y con una clara vinculación con los trastornos de salud mental, el consumo de alcohol y drogas en niños y adolescentes, aún mantienen cifras preocupantes en nuestro país.

Otro problema relevante no mencionado en el informe del Observatorio Niñez, es el aumento de muertes prevenibles que hemos venido observando los últimos años en nuestro país. Un ejemplo, es la creciente mortalidad observada de niños pasajeros por el no uso o el uso inadecuado de los sistemas de retención infantil en los automóviles, que denota falta de percepción de riesgo por parte de padres y cuidadores. Desde hace un buen tiempo el Comité de Seguridad del Niño Pasajero de nuestra Sociedad viene trabajando incansablemente por relevar el tema frente a las autoridades, buscando implementar estrategias educativas preventivas en la población.

Otro lamentable ejemplo de muertes prevenibles, son aquellas producidas por armas de fuego de niños y adolescentes, consecuencia de la crisis de seguridad que vive el país. La UNICEF y otras organizaciones han hecho un llamado al Gobierno a asegurar entornos libres de violencia para los niños en sus comunidades. En directa relación

a la delincuencia imperante que compromete a nuestros NNA, está el aumento de adolescentes infractores de la ley. Más allá de enjuiciar los delitos, de responsabilidad de los organismos competentes, debemos entender que esta triste realidad es evidencia de descomposición social y una deuda que tiene el país con una fracción de los adolescentes, a quienes se les debe proteger y garantizar su desarrollo y supervivencia. No quisiera que en Chile se hicieran cotidianas las dolorosas escenas observadas en otros países de adolescentes agrediendo con armas a compañeros y profesores. Es urgente trabajar en programas y medidas respecto a la violencia en los barrios.

Por desgracia, lo descrito en el Informe del Observatorio Niñez y en otras fuentes, no son buenas noticias. Ojalá sea una buena noticia la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción 2024-2032, presentada hace pocos días por el Gobierno, la que se sustenta en el marco jurídico del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ley 21.430, promulgada en marzo de 2022). Esta política tiene 10 objetivos estratégicos, los que en una visión integral debieran abarcar los problemas de salud mencionados y otros también muy importantes y toda la problemática que influye en el bienestar pleno de los NNA. Ojalá que el respaldo legal de esta política garantice recursos, supervisión y evaluación de resultados que le den continuidad y eficiencia y que la burocracia administrativa y desaciertos políticos futuros no vayan a comprometer el cumplimiento de sus objetivos.

A modo de respuesta a la pregunta planteada en el párrafo inicial (“¿Qué falta o qué falla?”), podría especular que un factor tal vez sea la falta de educación emocional en torno a la autorresponsabilidad en salud. Si las personas y las familias adquieren y aplican herramientas de autocuidado, optarán por hacer un uso razonable y limitado de la tecnología, podrán percibir mejor los riesgos ambientales y evitarlos, podrán elegir alimentación más saludable y pasatiempos que impliquen actividad física, etc. Por esta razón, sería una excelente noticia que el Plan Nacional de Salud Escolar que está proponiendo el Comité de Pediatría Social de la SOCHIPE, encabezado por el Dr. Iván Silva, reciba el apoyo de las autoridades para que, en un modelo intersectorial, se logre garantizar la formación integral, el autocuidado y la adquisición de estilos de vida saludables a nuestros niños a través de todo el ciclo escolar.

Finalmente, y como lo ha hecho desde su fundación, la Sociedad Chilena de Pediatría estará siempre disponible para seguir aportando a la elaboración de políticas públicas y a la educación en favor de nuestros NNA. Seguiremos trabajando para que nuestros niños tengan buenas noticias.

**Dr. Jorge Carrasco V.**  
**Vicepresidente**  
**Sociedad Chilena de Pediatría, SOCHIPE**



## Hemofilia en edad pediátrica:

# RETOS Y DESAFÍOS DE UN ABORDAJE INTEGRAL

*La hemofilia es un trastorno hemorrágico congénito que presenta desafíos significativos en el manejo clínico y el bienestar psicológico de los pacientes pediátricos. Caracterizada por la deficiencia de factores de coagulación, la hemofilia requiere un abordaje multidisciplinario para garantizar un tratamiento adecuado y una calidad de vida óptima para las personas afectadas.*

*A continuación, presentamos dos entrevistas que ofrecen perspectivas complementarias sobre la hemofilia. La primera aborda los aspectos clínicos, explorando las estrategias de tratamiento, las complicaciones más frecuentes, y la importancia del diagnóstico precoz. La segunda entrevista se enfoca en los aspectos psicológicos, analizando el impacto emocional y social de la hemofilia en los pacientes y sus familias, así como la necesidad de un apoyo psicológico continuo para abordar las complejidades que surgen al enfrentarla.*

*Con estas entrevistas, queremos proporcionar un entendimiento integral de la hemofilia, destacando la importancia de un abordaje holístico que contemple tanto las necesidades médicas como emocionales de los pacientes pediátricos.*



“Los padres deben aprender a evitar accidentes y ocupar todos los mecanismos de prevención”

**Dr. Felipe Espinoza Ch.** / Hemato-Oncólogo Pediatra. Jefe Unidad Hemato-Oncología del Hospital Clínico San Borja Arriarán y Clínica Las Condes.

### ¿Qué es la hemofilia y cómo se diagnostica en los niños? ¿Existen factores predictores de esta enfermedad?

La hemofilia es una enfermedad de la coagulación poco frecuente, hereditaria y ligada al cromosoma X. De esta manera, afecta fundamentalmente a varones, pudiendo a veces las niñas tener esta enfermedad, pero habitualmente con menor severidad.

Desde el punto de vista genético, existe una variación en uno de los genes que entrega instrucciones para producir las proteínas del factor de coagulación. Este cambio puede significar que las proteínas de coagulación no funcionan bien o que faltan por completo, y en estas personas afectadas hay niveles bajos de factor VIII (8) o el factor IX (9) con la consiguiente alteración de la coagulación.

Estos genes están en el cromosoma X:

- Las personas que nacen varones tienen un

cromosoma X (de la madre) y un cromosoma Y (del padre). Pueden desarrollar hemofilia si su único cromosoma X tiene el cambio genético.

- Las personas que nacen mujeres tienen dos cromosomas X, uno del padre y otro de la madre. Por lo general, sólo presentarán hemofilia si:

a) Ambos cromosomas X tienen el cambio genético o,

b) Un cromosoma X tiene el gen modificado y el otro cromosoma X falta o está inactivo

- Las personas que nacen mujeres con el cambio genético en un cromosoma X son “portadoras” de la hemofilia. A veces pueden tener algunos síntomas de hemofilia, y pueden transmitir el cambio genético a sus hijos.

- Si bien, la mayoría de los pacientes tienen antecedentes familiares, alrededor del 30% de ellos tendrán una mutación de Novo y serán los primeros enfermos de su familia.

Ellos tendrán problemas de sangrado excesivo después de una lesión traumática o cirugía.

También pueden tener sangrados espontáneos en sus articulaciones y músculos que son tejidos patognomónicos de afectación de esta enfermedad. Sin embargo, también pueden sangrar de otros órganos.

La gravedad de la hemofilia depende de la cantidad de factor circulante. Cuanto más baja sea, más probable es que se produzca una hemorragia y que esto cause serios problemas de salud.

Se clasifican en:

Leves: >5% de factor

Moderados: 1 a 5% de factor.

Severos: < 1% de factor.

### ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico de producción de los síntomas y complicaciones?

La falta de los factores VIII y IX de la coagulación provoca una alteración de la hemostasia secundaria. Esta falta de factores trunca, por tanto, en la visión clásica de la cascada de la coagulación, la vía intrínseca

y con ello la imposibilidad de formación del coágulo.

En el actual modelo de coagulación basado en la célula y en que la trombina juega un papel fundamental amplificando todo el proceso, sólo llegamos a la primera etapa de "iniciación", pero en la segunda etapa que corresponde a "amplificación" la falta de cofactores impide llegar a la tercera etapa que es la "propagación" y así entonces no hay suficiente trombina para poder realizar la coagulación.

Así, entonces, el paciente tiene una lesión de su endotelio vascular en que no puede formar un coágulo adecuado y continuará sangrando sin parar.

#### ¿Cómo se confirma el diagnóstico?

El diagnóstico se confirma con un paciente con tendencia al sangrado y que, en una primera aproximación al diagnóstico, tiene un TTPA prolongado. Se confirma en forma específica cuando la dosimetría del factor VII o IX es menor a 40%.

Por cierto, que en aquellos pacientes que tienen antecedentes familiares, se hace mucho más fácil llegar al diagnóstico.

Hay pruebas genéticas para los genes del factor VIII (8) y del factor IX (9). Esta prueba se puede usar en personas que tienen antecedentes familiares de hemofilia para:

- Identificar a las personas que son portadoras antes de tomar decisiones sobre un embarazo.
- Hacer pruebas para la hemofilia a un feto durante el embarazo.
- Hacer pruebas para la hemofilia a un recién nacido.

#### ¿En qué consiste el tratamiento?

Depende. A mayor severidad de la enfermedad se requiere más intervención médica.

Así, un paciente con hemofilia leve sólo recibirá tratamiento al tener un evento hemorrágico o previo a intervenciones quirúrgicas.

Los pacientes severos, en cambio, en su gran mayoría van a necesitar mantener una profilaxis con factores para mantener un nivel de estos que evite sangrados espontáneos articulares. Habitualmente deben inyectarse factores 3 o 4 veces por semana. Además de realizar profilaxis deben recibir tratamiento a demanda si hay eventos hemorrágicos o preventivos de cirugías.

Los pacientes moderados recibirán profilaxis sólo cuando su fenotipo es más hemorrágico y tienen comportamiento como los severos.

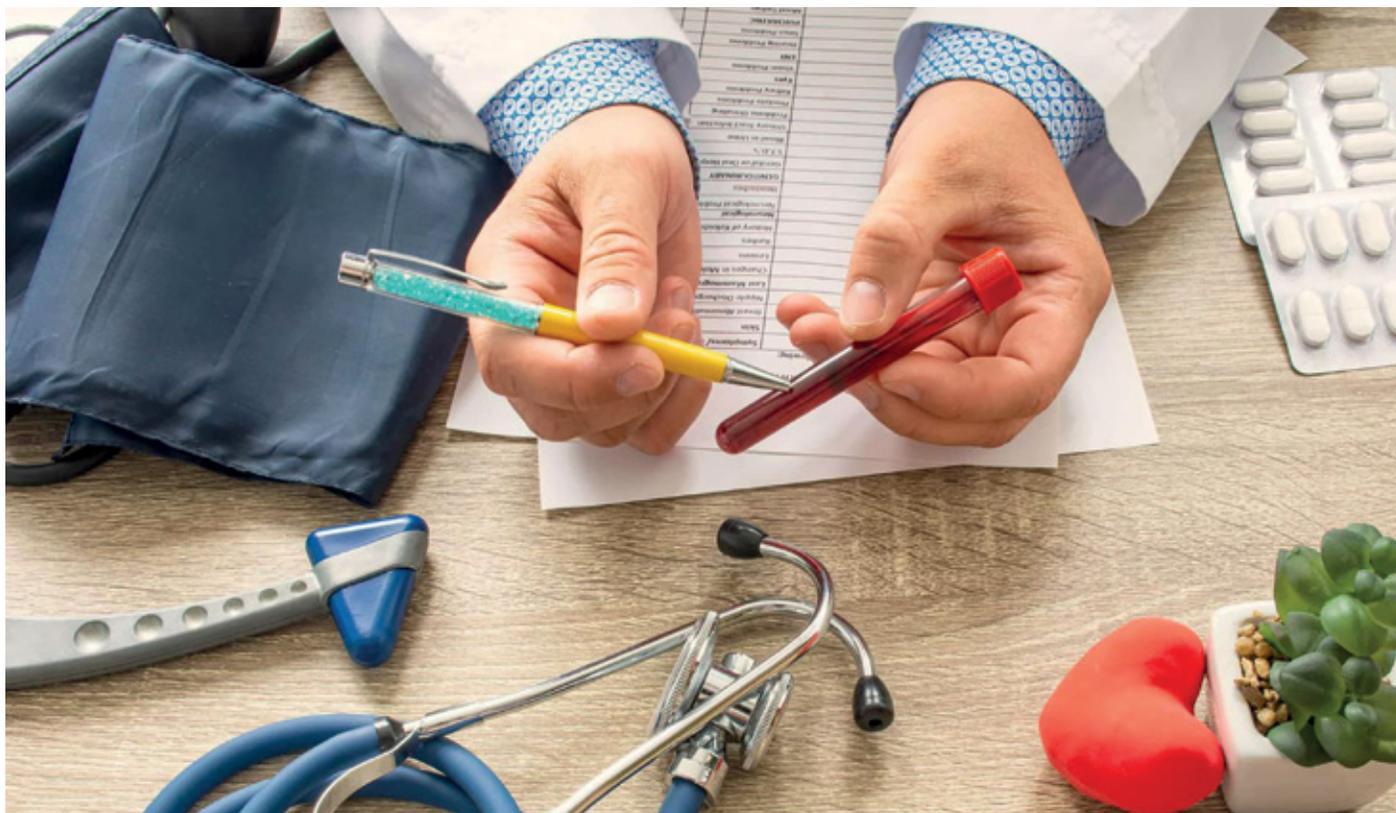
#### Además de la reposición de factores (VIII y IX), ¿existen fármacos que puedan coadyuvar en el tratamiento?

Así es. El medicamento más usado como coadyuvante es el ácido tranexámico en los eventos hemorrágicos.

Por otro lado, es posible utilizar la Desmopresina por vía endovenosa e inhalatoria (en Chile no existe para esta enfermedad, sólo a dosis menores para diabetes insípida). Esto permite, en los pacientes con hemofilia A leve, liberar factor endógeno que puede servir para tratar eventos hemorrágicos o incluso cirugías.

Cada día están apareciendo nuevos productos para el tratamiento de esta enfermedad. Entre ellos destacan los factores de vida media prolongada que permitirán disminuir las dosis de profilaxis, nuevas "terapias no factor" tales como Emicizumab (que ya está en Chile), y otros aún no aprobados por la FDA pero que tarde o temprano estarán disponibles para nuestros pacientes como Concizumab o Fitusiran.

*El diagnóstico se confirma con un paciente con tendencia al sangrado y que, en una primera aproximación al diagnóstico, tiene un TTPA prolongado. Se confirma en forma específica cuando la dosimetría del factor VII o IX es menor a 40%.*





*Siempre es recomendable que los pacientes mantengan una buena condición física ya que una buena musculatura protege a las articulaciones de nuevos eventos hemorrágicos.*



### **¿Qué precauciones deben tomar los padres para manejar la hemofilia en sus hijos y minimizar el riesgo de hemorragias?**

Nuevamente depende del grado de severidad del paciente. Los pacientes moderados y severos tendrán mayores restricciones que los leves.

Los padres deben aprender a inyectar factor por vía endovenosa a sus hijos que necesitan profilaxis; este aprendizaje se realiza en los centros de hemofilia donde se atiende el paciente.

También deben aprender a evitar accidentes y ocupar todos los mecanismos de prevención tales como barandas en cunas y camas, sillas de traslado en automóviles, uso de cinturones de seguridad y a veces cuando el niño está aprendiendo a caminar utilizar cascos, rodilleras y coderas.

### **¿Existen actividades físicas recomendables y otras que se deben evitar?**

Siempre es recomendable que los pacientes mantengan una buena condición física ya que una buena musculatura protege a las articulaciones de nuevos eventos hemorrágicos.

Sin embargo, las actividades físicas de alto impacto articular o de mayor roce físico, en el que los pacientes pudieran recibir golpes, evidentemente no son recomendables. Cuando estos pacientes igualmente quieran realizar este tipo de deportes, se les recomienda hacerlo siempre después de recibir la profilaxis con factor y evitarlo el día que no lo reciban.

Los deportes recomendables son:

- Natación
- Senderismo
- Bádminton
- Ciclismo
- Pesca
- Tenis de mesa
- Baile
- Golf
- Bolos
- Pádel

### **En su experiencia, ¿existen familias que tengan reparos en el tratamiento?**

Actualmente, es inhabitual que las familias no quieran tratar a sus hijos, ya que el sufrimiento observado al presentar hemorragias y, en especial, las del aparato locomotor, son muy dolorosas. Las familias son conscientes del riesgo de sangrado de órganos nobles como cerebro y la consiguiente mortalidad asociada.

Los testigos de Jehová tampoco niegan tratamientos a sus hijos, debido a que, si bien la mayoría de los factores que usamos hoy en día en nuestro país son plasmáticos, se pueden adquirir factores recombinantes que no son derivados de la sangre.

# X Congreso Chileno de Neonatología

05 AL 08  
NOVIEMBRE  
2024

Cursos Precongreso

Talleres 05 de Noviembre

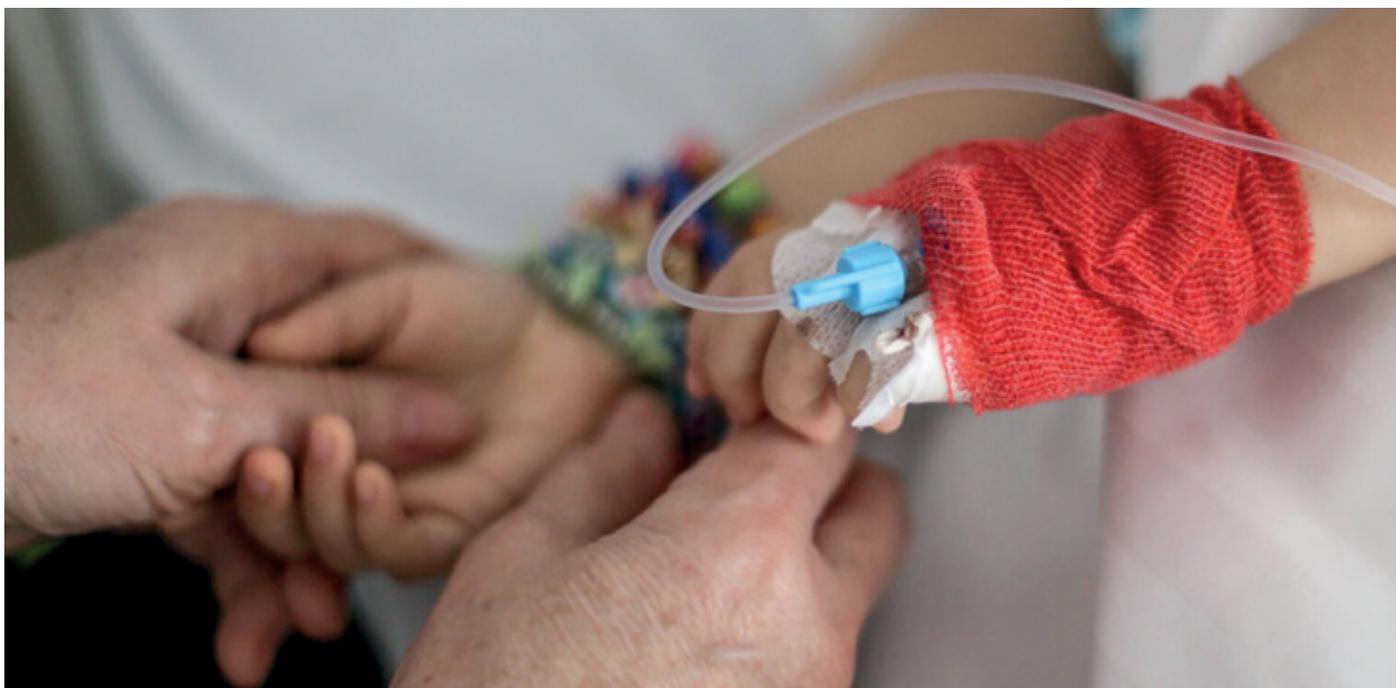
MODALIDAD  
PRESENCIAL

HOTEL ENJOY VIÑA DEL MAR

TE INVITAMOS A REVISAR  
LAS FECHAS CLAVE DE ENVÍO  
DE TRABAJOS...

¡Y TAMBIÉN A INSCRIBIRTE!

Inscríbete en >> [sochipe.cl/congreso\\_neonatologia2024](https://sochipe.cl/congreso_neonatologia2024)



## “El diagnóstico de hemofilia representa un duelo para la familia”

**Gerardo Arancibia B.** / *Psicólogo Clínico. Encargado del Programa de Salud Mental de la Sociedad Chilena de Hemofilia.*

### **¿Cómo afecta el diagnóstico de hemofilia -a nivel emocional y psicológico- a los NNA que la padecen, y a sus familias?**

Desde la experiencia del programa de Salud Mental de Sociedad Chilena de la Hemofilia (SOCHEM) hemos podido ver, tanto en pacientes como en sus familias en estos años, que tomar conciencia de la condición de hemofilia, representa un duelo para la familia. Es un proceso de pérdida para ellos, tanto desde lo colectivo (sueño o expectativas de paternidad/maternidad, proyecto familiar), como desde lo individual (expectativas de desarrollo y crecimiento, proyecciones, etc.).

Se despierta una serie de temores, ansiedades, angustias y frustraciones que les afectan e insegurizan. De ahí la relevancia de hablar de “condición” y no de “enfermedad”, ya que tener una deficiencia de la coagulación implica un estilo de vida, que no debe ser necesariamente inhabilitante si se cuenta con el adecuado tratamiento

médico, a fin de reducir al máximo las consecuencias psicológicas.

### **¿Qué papel juega la familia en el bienestar psicológico de los niños con hemofilia?**

La familia es fundamental, sobre todo cuando se toma conocimiento del diagnóstico desde pequeños. Al ser la familia, durante nuestra infancia, la principal fuente de afecto y socialización, constituye un aporte fundamental a la formación del carácter. Si la condición impacta de manera negativa a la familia, estos le podrían transmitir al paciente miedos, angustias e inseguridades, que podrían transformarse en creencias limitantes que afecten no sólo su relación con el mundo, sino también su propia aceptación.

### **¿Qué recursos o estrategias se recomiendan a las familias para ofrecer el mejor apoyo posible?**

Desde la SOCHEM siempre decimos que lo importante es tener un tratamiento integral para los pacientes, lo que implica que, junto con el

tratamiento médico y kinesiológico, éstos cuenten con un acompañamiento psicológico constante que les permita abordar las consecuencias emocionales y sociales de la condición, con el fin de evitar que se cronifiquen, al igual que en lo físico, pero en lo psíquico. Por ello, hemos desarrollado dos programas de acompañamiento, que son el taller de bienvenida para nuevas familias y el programa de Salud Mental. Un primer acercamiento es cuando el profesional habla sobre la existencia de SOCHEM y les invita a contactarse con nosotros, iniciando su camino en el taller de bienvenida.

### **¿Cómo afecta la hemofilia en la vida escolar y social de los niños? ¿Qué consejos se puede dar a los padres y profesores para apoyarlos en el entorno escolar?**

Eso va a depender mucho del nivel de información y herramientas de manejo médico/psicológico de la condición, así como de los recursos propios de la familia, como apoyos sociales,

estrategias de afrontamiento, cohesión grupal, resiliencia. etc. El objetivo siempre es ayudar a la familia para que el paciente pueda incluirse, y evitar las consecuencias sociales, económicas, escolares y laborales, de tener una condición.

Respecto de los padres y profesores, es crucial que puedan conocer sobre la condición y no dejarse llevar por prejuicios o miedos irracionales que pudiesen afectar el desarrollo de los pacientes. De ahí que siempre, desde la SOCHEM estemos desarrollando material para trabajar con jardines y colegios, recomendaciones actualmente disponibles en nuestro sitio y pronto como material físico que podamos entregar.

**Con la llegada de la adolescencia, ¿qué elementos se deben tener en cuenta para propender a un buen desarrollo personal y a una buena vinculación con sus pares?**

A medida que los pacientes van creciendo, también lo hace el nivel de conocimiento y aceptación de la condición, y no sólo lo digo desde el punto de vista médico y psicológico, sino que desde lo operativo. Dependiendo del grado de la condición (leve, moderada o severa), los pacientes cuentan con diferentes tipos de tratamientos para acceder a la profilaxis y, por tanto, deberían ir desarrollando una serie de estrategias de manejo, que les permitan adecuarse a mayores niveles de autonomía. Estos van desde asistir de manera periódica a controles médicos, la auto-punción y evitar situaciones de riesgo producto de la socialización con pares.

**¿Cuáles son las principales fuentes de ansiedad y miedo en estos niños y niñas, y qué estrategias se recomiendan para ayudarlos a manejar estas emociones?**

En general, muchas personas tendemos a asustarnos con la sangre ya que nos han enseñado desde pequeños que su presencia es una alerta severa. Y en cierta medida lo es, por tanto, activarnos frente a ellas puede resultar adaptativo si es que no constituye una fuente de ansiedad crónica. En general, el pensamiento que tienen los niños, al ser más concretos, es que se van a morir inmediatamente desangrados, se paralizan, pierden contacto visual y se inundan emocionalmente, especialmente en las crisis. Esto es especialmente complejo cuando el entorno actúa con nerviosismo, se evidencian conductas erráticas y conflictividad. Por tanto, en situaciones de crisis lo que siempre recomendamos es que primero los adultos puedan mostrarse serenos, transmitir tranquilidad a sus hijos, favorecer el contacto visual, informar y transmitir respecto a la administración de tratamiento o atención pronta, a fin de que disminuyan los sentimientos de muerte inminente y daño reversible. Otro elemento fundamental es la activación de apoyos no solo emocionales, sino que instrumentales e información.

*El pensamiento que tienen los niños, al ser más concretos, es que se van a morir inmediatamente desangrados, se paralizan, pierden contacto visual y se inundan emocionalmente, especialmente en las crisis.*



**¿Qué factores contribuyen a una mejor adaptación y resiliencia en los niños con hemofilia?**

Es un trabajo en diferentes niveles, que van desde lo individual, a lo más comunitario. Desde lo individual: el manejo emocional, trabajo en manejo de angustia y ansiedad, creencias limitantes. Desde lo familiar: el trabajo en duelo y proyecto de vida familiar, creencias limitantes. Con los jardines infantiles y colegios: tener información de la condición y cómo implementar acciones preventivas para promover la inclusión sin aumentar el riesgo en acciones con pares, especialmente a través de la evitación del juego brusco y agresivo. En la relación con pares: las estrategias sobre todo en la adolescencia van relacionadas con evitar situaciones de riesgo producto de la socialización, actuar de manera preventiva respecto al consumo de alcohol y drogas, experiencias adrenalínicas, práctica de deportes. En lo comunitario: es fundamental promover instancias de socialización y educación a la comunidad, respecto de las coagulopatías, en general, a fin de evitar prejuicios y promover la inclusión social. De ahí que instancias como éstas sean tan relevantes.

**¿Cómo pueden los padres y cuidadores fomentar estas cualidades?**

En general, se resume con el esfuerzo continuo de las familias por asesorarse médica y psicológicamente, mantener abiertos canales de entrega y recepción de información, asociándose con otros pacientes y familias que tengan la condición, conociendo experiencias similares a las de uno, generando comunidad, que es lo que hacemos en SOCHEM. Por ejemplo, en el taller de bienvenidas, las familias tienen la oportunidad de conocer y vincularse con otros padres y niños que ya han pasado por esa etapa inicial, ayudándoles a sentirse parte de una comunidad y como algo que es posible manejar.

**¿Qué tipos de intervenciones psicológicas son más efectivas para apoyar a estos niños y sus familias?**

Trabajo de duelo con padres, psicoeducación sobre coagulopatías, trabajo para activación de apoyos sociales, manejo de ansiedad y estrés, técnicas de respiración, interrupción de cogniciones limitantes, trabajo en comunidad. Los invitamos a todos, profesionales y familias, a conocer nuestra labor en [www.hemofilia.cl](http://www.hemofilia.cl) y caminar juntos en comunidad. **ee**



## Lactancia materna:

“Es tarea fundamental de los equipos de salud iniciar la educación de las familias en lactancia materna desde el período prenatal”

**Dra. Nathalia Capdepon C.** / *Pediatra nutrióloga. Consejera de Lactancia Materna. Hospital Clínico San Borja Arriarán y Clínica Santa María.*

*La lactancia materna (LM) es crucial para la salud y desarrollo del recién nacido y el bienestar de la madre. Además de los nutrientes esenciales, la leche materna contiene anticuerpos que fortalecen el sistema inmunológico del bebé, reduciendo el riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas. Para las madres, la lactancia ayuda en la recuperación postparto, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario, y fomenta un vínculo emocional estrecho con el bebé.*

*A pesar de sus beneficios, muchas madres enfrentan desafíos que dificultan la lactancia exitosa, como problemas de salud, falta de apoyo adecuado, e información insuficiente. En este contexto, los pediatras y otros profesionales de la salud jugamos un papel fundamental. Nuestro apoyo y orientación desde la misma maternidad es esencial para que las madres reciban la información y respaldo necesarios. La promoción de prácticas adecuadas y la creación de un entorno de apoyo son clave para fomentar la continuidad de la lactancia materna.*

*A pocos días de terminada la Semana Internacional de la Lactancia Materna 2024, presentamos una entrevista que ofrece una visión detallada sobre la importancia de la LM y cómo los centros de salud pueden mejorar sus prácticas para asegurarla de manera efectiva y sostenible.*



**¿Por qué es crucial asegurar la lactancia materna para los recién nacidos? ¿Cuáles son los principales beneficios para la salud del bebé y de la madre?**

La leche materna es el alimento de elección en el período de recién nacido y los primeros meses de vida. Tanto por sus características nutri-

cionales como por sus compuestos bioactivos, ofrece múltiples beneficios al bebé. Desde el punto de vista nutricional, la leche materna aporta nutrientes de excelente calidad y en las cantidades y proporciones apropiadas para el recién nacido y lactante. Algunos ejemplos de esto son sus proteínas de alto valor biológico,

sus grasas que favorecen el desarrollo visual y neurológico, el hierro que -a pesar de su baja concentración en la leche materna-, tiene una excelente absorción.

Por otro lado, algunos de sus componentes bioactivos, tales como los oligosacáridos de la leche materna (HMO), enzimas y anticuerpos,

proporcionan beneficios inmunológicos y anti-infecciosos, y otros como factores de crecimiento favorecen el desarrollo intestinal. Se ha visto, además, desde el punto de vista de la prevención de enfermedades, que la lactancia materna disminuye el riesgo de que ese niño desarrolle diabetes mellitus, enfermedades alérgicas y autoinmunes, entre otras.

Algunos de los beneficios metabólicos para el niño, a largo plazo, podrían estar relacionados al hecho de que los niños alimentados con LM tienen una composición corporal distinta a aquellos alimentados con fórmula láctea, y que los acompañará el resto de sus vidas.

En cuanto a la madre, el hecho de amamantar también es beneficioso. La LM disminuye el riesgo de padecer depresión postparto, cáncer de ovario, y favorece la normalización del peso post parto.

Por último, desde la mirada socioeconómica, la leche materna es gratuita.

**¿Cuáles son los desafíos más comunes que enfrentan las madres cuando intentan establecer la lactancia materna al recién nacido, y cómo pueden ser apoyadas desde las maternidades? Asimismo, ¿qué medidas pueden tomar los hospitales, clínicas y otros centros de salud para promover y asegurar la lactancia materna desde el nacimiento?**

El inicio y establecimiento de la lactancia materna puede ser difícil en algunos casos. Problemas como el dolor al amamantar, grietas en el pezón y acople inadecuado del bebé al pecho, son algunos de los más frecuentes. Secundario a esto, puede ser que el bebé no gane peso suficiente. Por otro lado, hay muchos mitos y expectativas en torno a la lactancia, por lo que a veces incluso lactancias exitosas se ven afectadas.

Por todo esto, es tarea fundamental de los equipos de salud iniciar la educación de las familias desde el período prenatal, para que las madres tengan conocimientos básicos de lo que es normal y sepan lo que es esperable y puedan reconocer oportunamente las dificultades y buscar ayuda.

En el período postnatal inmediato, es importante que el personal de salud que atiende a la díada madre-hijo esté formado en lactancia materna para orientar a las usuarias antes del alta de la maternidad y asegurar que puedan tener un seguimiento ambulatorio del proceso de lactancia. También debería ser excepcional la indicación de fórmula láctea al alta de la maternidad, sólo para casos puntuales y justificados por causas maternas o del recién nacido. En este punto, es importante considerar que la baja de peso esperable para bebés nacidos por cesáreas puede ser mayor al 10%, por los fluidos intravenosos que suele recibir la madre en el período preoperatorio. O sea, el peso de un RN nacido por cesárea estaría "sobrestimado", y cuando este bebé

*La LM disminuye el riesgo de padecer depresión postparto, cáncer de ovario, y favorece la normalización del peso post parto.*



baja un 11%-12 %, está dentro de lo fisiológico, y **no requiere necesariamente fórmula, si un seguimiento estrecho y control seriado de peso.**

Actualmente la entrega de fórmula de inicio en atención primaria se hace sólo contra entrega de un formulario específico en el cual el profesional de la salud certifica que la díada recibió sesiones de consejería de lactancia y requiere el uso de fórmula láctea. Medidas como ésta previenen el uso innecesario de sucedáneos de leche materna.

**¿Qué características deben tener los espacios destinados a la lactancia en los establecimientos de salud para que sean adecuados y cómodos, tanto para las madres como para los bebés, y, al mismo tiempo, sean funcionales a las realidades de los propios establecimientos?**

La lactancia debería poder darse en cualquier lugar. Me refiero con esto a que una madre debiera sentirse libre y cómoda de amamantar donde quiera o donde lo necesite -en la sala de espera de un establecimiento de salud, en un box de atención...-, sin sentirse observada o criticada.

Además de esto, es necesario que los centros que atienden a madres y niños pequeños como,

por ejemplo, los centros de salud familiar, tengan espacios tranquilos y adaptados para aquellas mujeres que consultan por dificultades en la lactancia y deben ser evaluadas. A estos espacios se les suele llamar "clínicas de lactancia". Su infraestructura es bastante sencilla. Basta con que sea una sala que ofrezca calma y privacidad, un sillón cómodo, elementos como cojines de lactancia para mejorar la posición y comodidad al amamantar, una zona para realizar el aseo de manos, idealmente un espejo para educar acerca de posiciones y acople, elementos didácticos como posters, trípticos y modelos anatómicos, y extractores manuales y eléctricos para practicar.

Por último, si ya estamos hablando de un contexto hospitalario en el cual la madre quiera extraerse leche para su bebé hospitalizado, lo que se requiere es un lactario, propiamente tal, que suele tener las mismas características de una clínica de lactancia a las cuales se suman el requisito de cumplir con las normas sanitarias vigentes para la manipulación y conservación de leche materna.

**¿Qué tipo de formación y capacitación debe recibir el personal de salud para apoyar eficazmente a las madres durante la lactancia materna?**

Todo estudiante y personal de salud, y en

*La educación en lactancia, y el apoyo desde las políticas públicas hasta el entorno cercano al lactante y su madre, son fundamentales.*



especial los que tratan directamente con embarazadas, puérperas y lactantes, deberían estar formados en LM.

Esta formación debería incluir conocimientos básicos, tales como beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar, fisiología de la producción de leche, evolución normal de la lactancia, problemas frecuentes durante la lactancia, su detección y manejo inicial, técnicas de extracción de leche materna y su conservación.

Los programas educativos también deberían abarcar los marcos regulatorios que protegen la LM, como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la Ley de Postnatal y Permiso Postnatal Parental, y el fuero materno.

#### **¿Cuál es la situación de los establecimientos de salud chilenos tomando en cuenta lo antes mencionado?**

En los últimos años, y de la mano de nuevas leyes y normativas, se ha avanzado muchísimo en implementar estrategias que favorezcan la lactancia materna.

Desde el punto de vista de la educación, existe una variedad de cursos gratuitos online disponibles en plataformas digitales ministeriales para funcionarios del área de la salud. Además, hay

una oferta importante de cursos básicos y avanzados (pagados), para aquellas personas que quieran ahondar conocimientos o que de plano se desempeñen como consejeras de lactancia. Creo, no obstante, que falta avanzar en la educación de los estudiantes del área de la salud desde el pregrado y más aún en los programas de especialización médica de las disciplinas cercanas a la maternidad y pediatría.

En el ámbito de la difusión, celebramos todos los años la Semana Internacional de la Lactancia Materna en el mes de agosto. Cada año hay un lema y una temática central que se aborda en cada centro de salud con la sensibilidad, creatividad y matices propios. Se invita al resto de los funcionarios y a los usuarios a participar. Es una instancia para compartir experiencias, educar y concientizar.

En cuanto a la infraestructura, hace algunos años casi ningún Centro de Salud Familiar (CESFAM) contaba con una sala de clínica de lactancia. De hecho, este tipo de instalaciones no solía estar contemplado en el diseño arquitectónico de los CESFAM. En la actualidad, afortunadamente, muchos establecimientos de atención primaria ya cuentan con estos espacios. Tuve la oportunidad de trabajar varios años en atención primaria de salud realizando atenciones de lactancia y ha sido emocionante ver la evolución

en el interés por brindar un mejor servicio, con instalaciones funcionales y acogedoras.

Los esfuerzos y avances son evidentes y valora- bles. Creo que un punto en lo que nos falta avanzar, y que permitiría estandarizar las estrategias de protección de la lactancia materna, es que los centros de salud se adhieran a la “Iniciativa del Hospital Amigo del Niño” (IHAN) o “Iniciativa Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño/Niña”. Estas estrategias corresponden a un conjunto de acciones fundamentales para la instalación y mantención de la lactancia resumidos en 10 pasos. Los centros asistenciales se pueden adherir voluntariamente, autoevaluarse periódicamente y certificarse.

#### **En el ámbito familiar y comunitario, ¿qué se requiere para que la lactancia tenga una duración óptima, en pro de la salud del bebé y la madre?**

La familia y la comunidad son esenciales para sostener una lactancia materna por el tiempo que la madre y el bebé lo requieran y deseen.

A nivel familiar y del círculo más cercano a la dí- da madre-hijo, es importantes que se respeten las decisiones maternas, que se asuman labores domésticas y el cuidado de otros hijos, y no inter- ferir en el proceso de lactancia con mitos y opiniones no solicitadas.

El rol de la comunidad también es fundamental. Tal como lo propone la “Iniciativa del Hospital Amigo del Niño” para los establecimientos de salud, la idea es fomentar una “cultura de la lactancia materna” a todo nivel y que asumamos colectivamente nuestro papel en el fomento y la protección de la lactancia. En la medida en que está más informada y concientizada la comunidad, existe menor circulación de mitos nocivos, mayor control social del cumplimiento de normativas, y mayor aceptación de la lactan- cia en los espacios públicos, entre otros. En los ambientes laborales, se debe respetar el tiempo destinado a la lactancia y extracción de leche, y ofrecer espacios apropiados para esta última. En las salas cuna, no debiera haber obstáculo para recibir y administrar la leche materna extraída y debidamente almacenada.

Por último, a nivel comunitario, es importante destacar la labor voluntaria de asesoras y consejeras de lactancia en los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) que se encuentran funcionando en forma totalmente gratuita a lar- go de todo el país.

Definitivamente, no basta sólo con la voluntad de la madre para instalar y mantener una lactancia exitosa, gratificante y duradera. El hecho de que amamantar sea un fenómeno natural no quiere decir que sea instintivo y fácil. La educa- ción en lactancia, y el apoyo desde las políticas públicas hasta el entorno cercano al lactante y su madre, son fundamentales. **ee**



Agua de mar  
**100%**  
Natural

Bahía de Cancale Francia



# Para la salud nasal de toda la familia.

## Stérimar HIPERTÓNICO:

Te ayuda a combatir  
los resfriados fuertes  
y frecuentes.

- Limpia, humecta y descongestiona.
- Ayuda a tratar síntomas asociados a enfermedades respiratorias.
- Está enriquecido con minerales como cobre y manganeso para facilitar la descongestión nasal.

Para niños de 3 años en adelante y adultos.  
Úsalo hasta 6 veces al día.



Suave pulverización  
Boquilla de seguridad

- Boquilla ergonómica que se adapta a las fosas nasales.
- Uso fácil en cualquier posición.
- Elimina la secreción mucosa excesiva.



BOQUILLA ADULTO

INCLUYE DOS  
BOQUILLAS



BOQUILLA PEDIÁTRICA



## Tu respiro, nuestro alivio.

Compra  
Stérimar aquí



Conócenos más [www.sterimar.cl](http://www.sterimar.cl)



## Extensión de la edad pediátrica en Chile:

“El primer gran objetivo es ofrecer una atención con enfoque biopsicosocial, integral, con perspectiva de desarrollo, ajustada a derecho, de calidad y oportuna”

**Dra. María Loreto Correa V.** / *Pediatra especialista en Medicina de Adolescentes. Magister en Psicología de Adolescentes Profesor Asociado Pontificia Universidad Católica. Presidenta Rama Adolescencia SOCHIPE.*

*La estrategia de implementación para extender la edad pediátrica en Chile está planificada para comenzar durante 2025 y completarse en 2028. Este cambio implica adaptarse a nuevas necesidades y dinámicas en la atención de adolescentes, un grupo que requiere un enfoque especializado y comprensivo. Los beneficios de esta extensión son significativos: permite una continuidad en el cuidado, abordando de manera más efectiva problemas de salud mental, nutrición y desarrollo en una etapa crítica. Pero, también significa enfrentar importantes desafíos y oportunidades para los equipos de salud, especialmente para los pediatras.*

*En la siguiente entrevista exploramos estos retos y cómo los profesionales de la salud podemos capacitarnos para brindar un cuidado integral y adecuado a los adolescentes, mejorando su bienestar general.*



### ¿Cómo surge la iniciativa de ampliar la edad pediátrica?

La Rama de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría recomendó la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia, a nivel de toda la Red de Atención de Salud, en 2011, lo que fue publicado como una recomendación de expertos en la Revista Chilena de Pediatría. Se entregaron los fundamentos de esta medida para relevar las necesidades particulares de salud de este grupo etario, comprendido

entre los 10 y 19 años, pero fragmentado en sus atenciones en los servicios de salud, con atenciones en menores de 15 años en los servicios pediátricos y mayores de 15 años en los servicios de adultos, con falta de una atención de salud con perspectiva de desarrollo y sin ofrecer una respuesta adecuada a sus verdaderas necesidades de salud, distintas del grupo pediátrico y de adultos.

El 14 junio de 2012, la Subsecretaría de Salud de Redes Asistenciales del MINSAL en su ordinario

C/21 N°1791 autoriza la prestación de los Establecimientos y Servicios Pediátricos a lo largo de la Red hasta los 17 años 11 meses 29 días, según los recursos disponibles para ello, y convoca a desarrollar proyectos para cerrar brechas y poder brindar una atención de calidad y especializada para este grupo de edad en el mediano y largo plazo.

Por varios años, distintos establecimientos y servicios pediátricos han intentado avanzar en esta materia, lográndose la extensión de la edad

*El 14 junio de 2012, la Subsecretaría de Salud de Redes Asistenciales del MINSAL en su ordinario C/21 N°1791 autoriza la prestación de los Establecimientos y Servicios Pediátricos a lo largo de la Red hasta los 17 años 11 meses 29 días.*



pediátrica en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) a través de la Resolución Exenta N°2562 del 04 de noviembre de 2021, lo que permitió a los hospitales Dr. Sótero del Río, Dra. Eloísa Díaz y Padre Hurtado avanzar en este desafío.

El MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicita retomar las estrategias de implementación de extensión de edad pediátrica el 26 de febrero de 2024 a través del Ordinario C2N° 604, basado en la recomendaciones de la OMS y las Sociedades Científicas, en el marco de la Ley N° 21.430 de 2022 sobre las Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que en su Artículo 1 inciso 3°, señala que se debe tener una especial consideración en el diseño y ejecución de normativas, políticas, servicios y prestaciones destinadas a la promoción, protección y garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), procurando priorizar su financiamiento en sus

respectivos presupuestos. En otros artículos, se refiere explícitamente sobre el derecho a la salud y a los servicios de salud.

La planificación e implementación de la extensión pediátrica a nivel país será progresiva a 3 años a partir de 2025.

Por último, el Ordinario C/26 N° 1482, del 23 de mayo de 2024 entrega los lineamientos generales para la implementación de la extensión de la edad pediátrica a lo largo de los establecimientos de salud a nivel país, ya que esta implementación se encuentra en el marco de las acciones comprometidas por MINSAL en el Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2024-2032.

#### **¿Qué objetivos operativos se cumplirían con estos cambios?**

El primer gran objetivo es ofrecer una atención con enfoque biopsicosocial, integral, con perspectiva de desarrollo, ajustada a derecho, de calidad y oportuna a los adolescentes de 15 años

a 17 años 11 meses 29 días en los servicios y establecimientos pediátricos abiertos y cerrados de toda la red de salud a lo largo del país. Este grupo hasta la fecha no podía acceder a prestaciones en dichos establecimientos, ya que al cumplir los 15 años debían atenderse en servicios de adultos, donde generalmente sus necesidades de salud eran invisibilizadas y postergadas por la gran demanda asistencial de los equipos de los servicios de adultos.

#### **¿Qué ventajas y desventajas tendría?**

Dentro de las ventajas para los adolescentes de 15 años a 17 años 11 meses 29 días estará el poder acceder a una atención integral con enfoque biopsicosocial y preventivo, con continuidad de la atención de cuidados de salud por equipos interdisciplinarios de los servicios y establecimientos pediátricos, y favorecer la participación de sus familias en el abordaje de sus principales problemas de salud, en todos los niveles de atención de la red, abiertos y cerrados del país.

Los adolescentes con enfermedades crónicas y NANEAS (Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud) tendrán continuidad de sus cuidados en salud, disminuyendo la carga de morbilidad asociada a un traspaso no programado a equipos de adulto por el sólo hecho de cumplir 15 años, que es lo que venía ocurriendo hasta ahora por la fragmentación de su atención en menores y mayores de 15 años. Se podrá trabajar en una transición programada y planificada a equipos de adultos.

Dentro de las desventajas, como en todos los grandes cambios de paradigmas en la atención de salud a nivel país, esto puede generar estrés en los equipos, sobre todo ante la necesidad imperiosa de capacitarse en la atención de adolescentes mayores, abriendo nuevos desafíos en la preparación y coordinación de los equipos pediátricos, adecuación de la infraestructura y espacios físicos, así como medidas de seguridad, lo que implica nuevas estrategias de ordenamiento y preparación para enfrentar este nuevo gran desafío en todos los niveles, sobre todo en la urgencias pediátricas y áreas de hospitalización en servicios y establecimientos pediátricos.

#### **¿Cómo se compatibilizará la progresiva autonomía del adolescente con su atención clínica bajo un concepto pediátrico que considera imprescindible la presencia de padres y/o cuidadores?**

Uno de los grandes desafíos en la atención de adolescentes es capacitarse continuamente en el marco de atención clínico, ético y legal, acorde a sus características de desarrollo biopsicosocial, identitario y múltiples necesidades de salud, que son distintas de los pacientes pediátricos y adultos. Dentro de éstas, es fundamental comprender la importancia de la confidencialidad en su atención y respetar su



*Los pediatras especialistas en Medicina de Adolescentes serán fundamentales para liderar la implementación de la extensión de la edad pediátrica.*

autonomía progresiva. Hacerlos partícipes en la toma de decisiones sobre su salud, de acuerdo con su grado de madurez biopsicosocial y grado de competencia para tomar decisiones en forma informada a través de su asentimiento, pero sin dejar de lado a sus padres y familia, que son en general, el principal sostén en todos los ámbitos de su desarrollo y cuidados para reestablecer su salud y minimizar sus factores de riesgo.

**Esas necesarias capacitaciones, ¿en qué áreas específicas deberán realizarse?**

Las características y necesidades de salud van cambiando a medida que avanzamos en el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la adolescencia, por lo que será importante adquirir competencias clínicas para la atención de los adolescentes y abordaje adecuado de la mayoría de los problemas de salud que los afectan, articulando un trabajo interdisciplinario y coordinado en su atención con ellos y sus familias.

Los principales temas en que los equipos deberán capacitarse tienen relación con su perspectiva de desarrollo y crecimiento, entrevista clínica con enfoque biopsicosocial e integral, la importancia de la confidencialidad y sus límites, el respeto de su autonomía progresiva y el pudor, temas nutricionales, de salud mental,

sexualidad, aspectos psicosociales, éticos y marco legal de su atención.

**¿Existen experiencias piloto en la aplicación de la extensión de la edad pediátrica?**

Sí. Como Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, a nivel del Hospital Dra. Eloísa Díaz, iniciamos en febrero de 2020 una Unidad Hospitalaria para Adolescentes de 10 años a 17 años 11 meses 29 días, con un equipo altamente capacitado en salud de adolescentes de pediatras, enfermeras, TEENS, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional y psicopedagoga. Esta unidad depende de la UCM Pediátrica y cuenta con apoyo de psiquiatras infanto-juvenil de enlace, nutrióloga y ginecóloga infanto-juvenil, además de todo el equipo pediátrico y apoyo de subespecialistas de distintas áreas médico-quirúrgicas.

En enero de 2021, tras la pandemia, se realizó extensión de la edad pediátrica en el mismo hospital hasta los 17 años 11 meses 29 días en todos los servicios pediátricos, incluyendo urgencia, UCI, UCMP y CR ambulatorio de atención. Una realidad similar se ha vivido en los hospitales Dr. Sótero del Río y Padre Hurtado, del SSMSO, con extensión de la edad pediátrica hasta los 17 años 11 meses 29 días.

**¿Cuál sería el principal desafío que enfrentará un pediatra, al comenzar a atender niños mayores de 15 años?**

Una de las necesidades de salud que afecta enormemente hoy a los adolescentes son los temas de salud mental, con un alto aumento post pandemia de trastornos de ánimo, intentos suicidas, autoagresiones, consumo de sustancias, así como trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Por lo tanto, será imprescindible capacitarse en temas de salud mental que afectan actualmente a nivel mundial a los adolescentes, y que muchas veces no forman parte del currículum de formación de los pediatras, así como también temas de salud sexual, entre otros.

Será fundamental realizar cambios en la formación y capacitación del pre y postgrado de los equipos de salud en estas temáticas, no sólo de los pediatras, sino de todos los integrantes de los equipos de salud que ahora serán infanto-adolescentes.

**¿Qué hay respecto de la infraestructura hospitalaria para tener ahora niños hospitalizados mayores? ¿Cómo se implementaría?**

Los hospitales estamos llamados a realizar un diagnóstico y levantamiento de información para evaluar las brechas y necesidades que

tenemos para implementar este nuevo modelo de atención, y parte de este diagnóstico debe incluir la infraestructura y los insumos necesarios, además de la necesidad de personal y capacitación de los equipos.

Los adolescentes deben contar con salas especialmente acondicionadas para ellos y ellas cuidando, sobre todo, elementos de seguridad y vigilancia permanente. Cada servicio deberá evaluar la necesidad según su realidad, si es pertinente aumentar o redistribuir su número de camas, por ejemplo. Se deben programar camas separadas por género y, en caso de diversidad de género, la hospitalización es de acuerdo a su identidad de género.

### ¿Se necesitarán más pediatras en los centros hospitalarios ya que los niños que pasan a atención de adultos, hoy los seguiría viendo un pediatra?

De acuerdo con el diagnóstico de necesidades, si se aumenta el número de camas de un establecimiento o aumenta el número de atenciones programadas, tendrá que evaluarse el aumento de la dotación de personal en cada lugar de atención, así como su capacitación, ya que atender adolescentes implica necesariamente contar con nuevas habilidades y herramientas, lo que requiere un entrenamiento adecuado para ello.

### ¿Han recibido aportes o recomendaciones del MINSAL?

El MINSAL ha diseñado una estrategia para que se lleve de la mejor manera posible la extensión de la edad pediátrica en todo Chile, planificada para realizarse paulatinamente. Esta implementación se realizará de forma progresiva en 3 años, a partir de 2025.

En septiembre de 2023, por resolución MINSAL se constituyó una mesa de expertos de todas las áreas que trabajan y trabajarán con adolescentes, para elaborar las Orientaciones Técnicas de la Extensión de la Edad Pediátrica y Transición hacia Servicios de Adulto, la cual debe estar terminada idealmente a fin de año, para publicarse durante 2025.

Paralelamente se están realizando distintas capacitaciones en esta línea para los equipos pediátricos a lo largo del país y se han programado distintas reuniones y webinar con equipos y directivos para implementar de mejor forma este nuevo gran desafío a nivel país, que irá en directo beneficio de los adolescentes mayores de 15 años y sus familias.

### Para la atención de niños mayores de 15 años, ¿será necesaria la participación de pediatras adolescentólogos(as) o un pediatra tradicional podría realizar la atención sin problemas?

A nivel país, la especialización de Medicina de Adolescentes es una subespecialidad de la pediatría y/o medicina familiar que se imparte en la Universidad de Chile y en La Universidad Católica, pero aún hay muy pocos médicos formados en esta área. Los pediatras especialistas en Medicina de Adolescentes serán fundamentales para liderar la implementación de la extensión de la edad pediátrica. De hecho, varios servicios en Chile están enviando a sus pediatras a formarse y/o a capacitarse en esta área. Sin embargo, todo pediatra capacitado en Adolescencia puede hacerse cargo de la atención de los adolescentes mayores de 15 años, ya que hace más de 20 años en la formación de los pediatras, en la mayoría de las universidades, está inserto en el currículum capacitarse en temas de Adolescencia. Para quienes no tuvieron esa formación, será imprescindible que se capaciten y, como en toda área, la actualización constante es un imperativo ético y profesional.

Hoy existen muchas alternativas de capacitación a través de cursos impartidos por la misma SOCHIPE a través de su Secretaría de Educación Continua (SEC), distintas alternativas de Diplomados y muchas otras instancias de formación, además de la subespecialidad de Medicina de la Adolescencia. [ee](#)

# FISIOOLIMP® 30ml

## Limpieza nasal, descongestión del bebé



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



Spray en pulso que permite mayor control de la aplicación.



Marca N°1 en Chile en higiene nasal\*.



Conozca nuestra familia completa:

### Fisiolimp® 50ml

Isotónico

0,9%



Suero fisiológico nasal al 0,9%, **ISOTÓNICO**  
Válvula de pulso

### Fisiolimp® H

Hipertónico

3%



Solución salina nasal al 3%, **HIPERTÓNICO**  
Válvula de pulso

### Fisiolimp® LN

Lavado Nasal

0,9%



Suero fisiológico nasal al 0,9%, **ISOTÓNICO**  
Válvula de flujo continuo  
Lavado nasal para toda la familia

Fisiolimp es un dispositivo médico, coadyuvante para aliviar la congestión nasal.

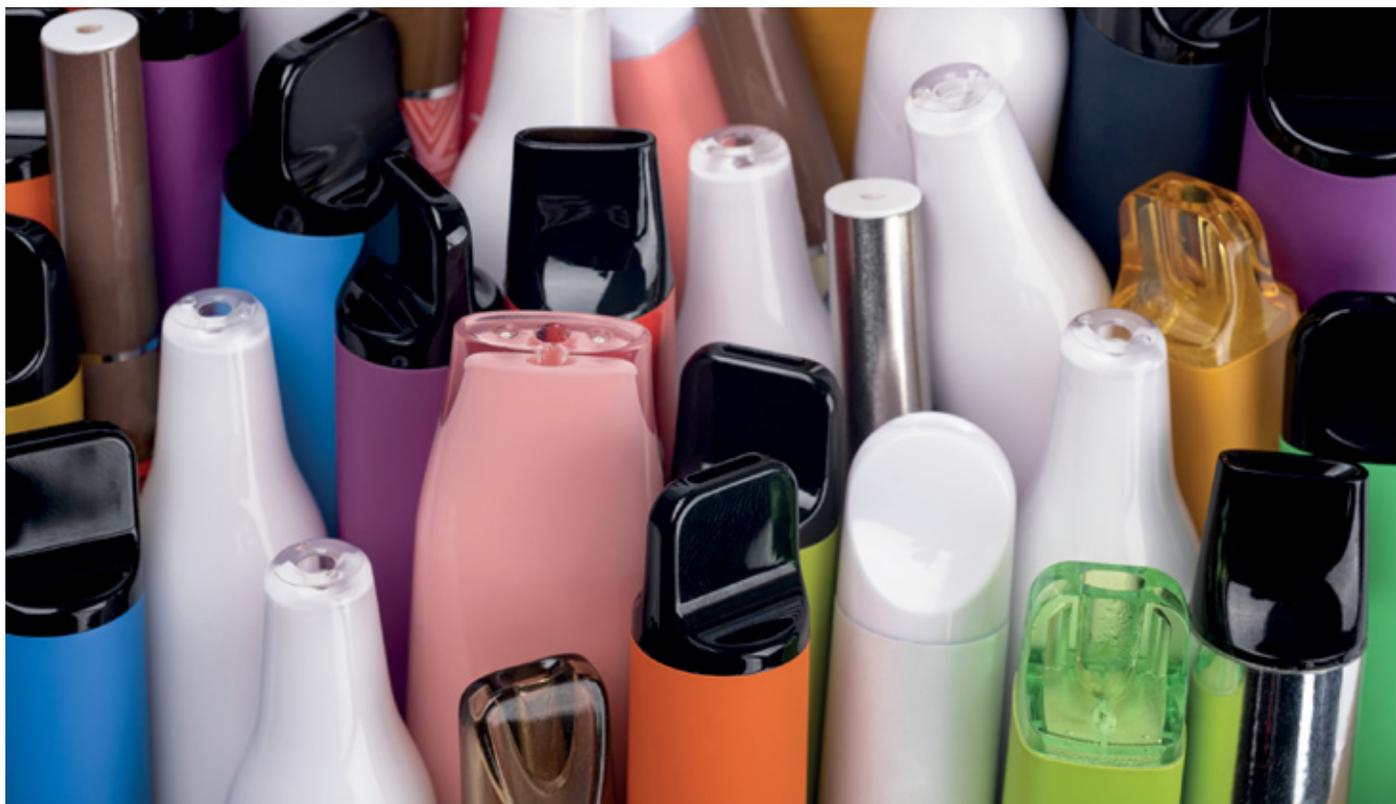
\* Fuente IQVIA Chile, Ventas unidades MAT, octubre 2023





# Humo digital... o cómo las redes sociales favorecen el auge del cigarrillo electrónico entre la población juvenil

Por Dr. Francisco Moraga M. / Ex Presidente Sociedad Chilena de Pediatría 2011-2012. Comité de Medios y Salud Infantojuvenil.



*Eso que al liberarse parece vapor, no lo es...*

El líquido que contienen estos dispositivos está lleno de sustancias tóxicas que se vaporizan con el calor. Así, cuando se habla de cigarrillo electrónico se emplea el término "vapor" y, por lo tanto, se asume como procedente de agua, en circunstancias de que lo que se desprende en este aerosol está formado por sustancias tóxicas que exponen a riesgos nuestra salud afectando -especialmente, pero no únicamente-, a pulmones y corazón.

Sin embargo, su uso no para de crecer, al punto de que los análisis de mercado muestran que el mercado del vapeo mueve más de 26.000 millones de dólares al año (2022) y se espera que alcance los 50.000 millones de dólares para 2028. China produce alrededor del 80% de

los vaporizadores que se consumen en todo el mundo, incluyendo los aceites, pods y sistemas desechables. La lista de marcas es muy grande pero los accionistas más importantes son viejos conocidos del mundo industrial, incluyendo British American Tobacco y Philip Morris.

Los dispositivos para consumir este tóxico y adquirir este (mal)hábito pueden ser diferentes:

**a) Cigarrillo electrónico o vapeador:** producen vapor usando un líquido que generalmente contiene sustancias aromáticas y cantidades variables de nicotina líquida, que se calienta por un atomizador y luego se inhala. Pueden ser desechables o recargables mediante un contenedor de carga o con cartucho.

**b) El Vaporizador:** al igual que el cigarrillo electrónico, se utiliza para inhalar una sustancia en

forma de vapor, pero mientras el primero está diseñado para evaporar líquidos con sabor, los vaporizadores están pensados para pulverizar sustancias sólidas, como hierbas (especialmente cannabis), resinas y/o aceites esenciales.

**c) Tabaco calentado:** estos dispositivos contienen tabaco procesado, picado o en polvo, que se calienta en lugar de producir combustión, generando igualmente humo. Es equiparable con el tabaco convencional, por lo que su venta y consumo tiene las mismas restricciones de los cigarrillos.

## Los problemas de salud que se generan

En los pulmones se describen varias afectaciones específicas, las que, sin embargo, es probable que aumenten en la medida que el establecimiento de este hábito se extienda. En primer

Recientemente, se ha descrito una variedad de Neumotórax espontáneo primario, con reportes del Hospital Johns Hopkins de numerosos casos de pulmones colapsados en jóvenes que no fuman, pero que sí vapean.



lugar, está el denominado “Pulmón de palomitas de maíz”, una variedad de bronquiolitis obliterante, vinculada a los saborizantes y otras sustancias de los cigarrillos electrónicos, incluyendo el diacetil, que fue descrita en 2001 tras enfermar un grupo de trabajadores encargados de hacer las palomitas de maíz con mantequilla para microondas (de ahí el nombre no científico), en que se liberaba diacetil.

Otra condición patológica es la denominada “Epidemia EVALI”, siglas en inglés de “daño pulmonar asociado al vapeo y cigarrillo electrónico” (*E-cigarette, or Vaping, product use Associated Lung Injury*), descrita en 2019, en Estados Unidos, donde resultaron afectadas más de 2.800 personas, de las que fallecieron 68, por daño pulmonar muy parecido a los del COVID-19, vinculado con el acetato de vitamina E.

Recientemente, se ha descrito una variedad de Neumotórax espontáneo primario, con reportes del Hospital Johns Hopkins de numerosos casos de pulmones colapsados en jóvenes que no fuman, pero que sí vapean. A esto hay que sumar los efectos que este hábito ejerce como factor agravante, sobre el mal control del asma, el efecto favorecedor de infecciones de las vías respi-

ratorias altas y bajas, el aumento de la agresividad de cáncer pulmonar y del EPOC, además de fenómenos inflamatorios gingivales, dentales y halitosis, por afectación de la microbiota oral.

En el corazón, los vapores que expulsan estos dispositivos afectan de manera semejante a la que producen los cigarrillos convencionales, aunque toman más tiempo para la afectación del endotelio y provocar infartos al miocardio. El problema es que suman a este daño la afectación del sistema excitoconductor, ya que sustancias como la acroleína y nicotina producen alteraciones en este sistema que se traducen en arritmias, tanto taquicardia como bradicardia, que pueden resultar mortales per se, así como favorecer procesos tromboembólicos y accidentes cerebrovasculares, sin necesidad de llevar años vapeando.

Adicionalmente, la literatura científica nos demuestra que el uso de estos dispositivos no disminuye el tabaquismo en forma significativa y alrededor del 80% de quienes usan cigarrillos electrónicos también fuman, sumando efectos deletéreos sobre la salud cardiovascular, que en el caso de adolescentes se agravan por el hecho de ser tejidos aún en proceso de desarrollo.

Se sabe mucho acerca de las más de 7.000 sustancias químicas y tóxicas que componen el humo del tabaco tradicional, pero aún queda por descubrir casi todo de los vapeadores. Desde 1954 la ciencia realiza estudios sobre el cigarrillo convencional, mientras que el electrónico lleva comercializándose poco más de 20 años. A pesar de este retraso en la investigación, ya se tiene el suficiente conocimiento para afirmar que muchas de estas sustancias están aprobadas para su ingesta, pero resultan tóxicas cuando su consumo es por inhalación. Además, contienen agentes carcinogénicos clasificados clase I, es decir, capaces de producir mutaciones tumorales independiente de su concentración. A esto hay que sumar los efectos nocivos de los productos que se liberan producto del calentamiento y desgaste del propio dispositivo, como aldehídos, nitrosaminas y metales pesados, y probablemente muchos otros que aún no están totalmente caracterizados.

#### Influencia de los medios

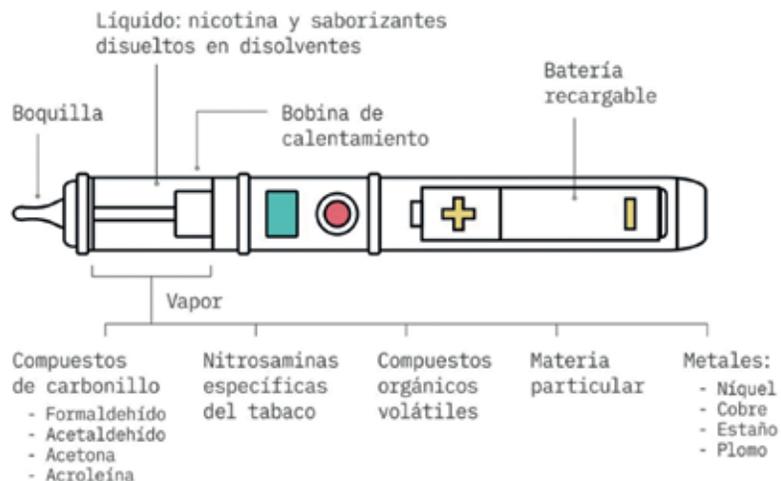
En diciembre de 2023, un reportaje de *The Times*, y posteriores declaraciones de la OMS a inicios de éste<sup>(1)</sup>, revelaban lo que ya era un secreto a voces: detrás de las campañas

en Facebook y Twitter (hoy X), que promovían la libertad y el glamur de vapear, estaban organizaciones vinculadas a las tabacaleras, que son los grandes accionistas de los fabricantes de cigarrillos electrónicos. El trabajo periodístico también demostró cómo la industria tabacalera ha financiado artículos científicos que restan importancia a los riesgos del vapeo, así como a *influencers* y *youtubers* para que promuevan el uso de dispositivos de vapeo. En tanto, el informe de la OMS destaca la incorporación no declarada de aditivos que favorecen la adicción en las soluciones a inhalar, condición que facilita la adquisición de la dependencia, lo que es especialmente alarmante en jóvenes, cuyo cerebro está aún en proceso de desarrollo, lo que puede reforzar el establecimiento de este mal hábito. Y, como vimos, su uso es nocivo.

Las redes sociales (RRSS), las plataformas digitales de video-on-demand y sus actores, *streamers*, *youtubers* o *influencers* vinculados, tienen un impacto significativo en el uso de cigarrillos electrónicos y vapeadores entre la población adolescente. En España, el Estudio de Redes Sociales 2024<sup>(2)</sup> arrojó que el 57,2% de las personas jóvenes de ese país afirman que fumar está de moda porque lo hacen actores, *streamers* e *influencers*. La red social TikTok es la red preferida por la población de 18 a 24 años, plataforma en que los usuarios tienen la posibilidad de seguir a creadores de contenido (*influencers*), quienes comparten videos y fotos de diferentes temáticas, incluyendo contenido relacionado con el vapeo y el tabaco, al punto que el 96% de los contenidos se pronuncian a favor del vapeo, en el 89% de los casos se aprecian claramente los dispositivos para fumar, mientras que en un 11% se muestran de una forma más sutil.

Por otro lado, el 57% del alcance del humo digital se encuentra en YouTube, seguido de Instagram con un 25% y TikTok con un 18%. En Instagram, los vapeadores usan el hashtag #vgod para compartir trucos, supera los 1,4 millones de posteos, y la cifra sigue creciendo. Hay 2.5 millones de posteos en #cloudchasing, muchos de los cuales se centran en trucos de vapeo, y alrededor de 783.000 en #improof, por sólo nombrar algunos...

También en México, el Informe de 2023 “Uso de Vapes y Cultura Digital en México”<sup>(3)</sup>, concluye que, para muchos jóvenes, el cigarro electrónico es una carta de presentación digital que los hace atractivos a los demás y les ayuda a socializar, promoviendo interacciones con personas en el mundo digital y físico, lo que hace aún más difícil su regulación. En este país, Instagram y TikTok son las principales RRSS que muestran a vapeadores y el 31% de los encuestados dijo haber visto vapear a alguno de sus creadores de contenido favoritos, generalmente en idioma es-



pañol, aunque el 93% dijo no haber notado que estos *influencers* sean patrocinados por compañías que venden algún tipo de vapeo o producto derivado.

### Impacto de los *influencers* sobre los jóvenes

Del total de los perfiles analizados en el estudio citado (un total de 450 perfiles de *influencers* españoles procedentes del mundo *lifestyle*, *gamer* y *celebrities* de la televisión en Instagram, TikTok y YouTube, entre otros), un 25% ha publicado contenidos relacionados con tabaco en los últimos seis años. Todo ello supone haber impactado a varios cientos de millones de seguidores, de los cuales un 28% tiene entre 18 y 24 años. Gran parte de ellos reciben financiamiento directo o indirecto (“intercambios”) de las empresas relacionadas al consumo de tabaco o los productos para el vapeo, relación que, sin embargo, se explicita en no más del 11% de los perfiles.

Los *influencers* vinculados con televisión o a plataformas de video bajo demanda que aparecen fumando en sus perfiles representan un

tercio del total. Además, la tendencia a consumir estos contenidos es mayor en hombres (63%) y las tipologías de consumo de tabaco de los contenidos corresponde en un 46% a vapores, otro 46% a cigarrillos y el 8% restante engloba puros, pipas, pipas de agua (*hookahs*, *narguiles* o *shishas*), etc. En casi un tercio aparecen marcas de tabaco y el volumen de publicaciones relativas a productos de tabaco se disparó post pandemia, ya que antes de 2020 había un 8% de publicaciones mostrando tabaco y en 2022 el dato creció hasta un 45%, especialmente en contenidos vinculados a personalidades de las redes sociales.

Numerosos estudios<sup>(4)</sup> confirman la influencia que ejercen las RRSS sobre los jóvenes respecto del “humo digital”, así como las estrategias solapadas (*unbranded*) que utilizan las tabacaleras, a través de los personajes influyentes que utilizan estos medios para generar contenidos (*influencers*, *youtubers*, *streamers*, etc), para acercar a los jóvenes a iniciarse en estos consumos. La legislación internacional aún presenta vacíos en aspectos regulatorios de estas prácticas.

## Realidad nacional

A nivel global, se ha descrito que la prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos, alguna vez en la vida, y la prevalencia de consumo actual (últimos 12 meses) es del 23% y 11%, respectivamente<sup>(5)</sup>. En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2017 reportó que, en el grupo de fumadores actuales, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos 5 días en población de 15 años y más, fue 1,5%, valor que aumenta a 3% en el grupo etario entre 15 y 24 años (Ministerio de Salud, 2018). En tanto, según el 14o Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, realizado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2021), las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, calculadas a partir del total de la población, son de 3,6% en 2013; 14,2% en 2018, y, 15,3% en 2020.

En nuestro país, el uso de vaporizadores -por ley llamados "cigarrillos electrónicos"-, se encuentra regido por la recientemente aprobada Ley 216426 que prohíbe su uso en lugares cerrados públicos y su venta a menores de 18 años, junto con incorporar otras normas que regulan todas las actividades relacionadas a los cigarrillos electrónicos, prohibiendo la venta o entrega gratuita de estos productos a menores de edad, categorizando los sistemas electrónicos con nicotina, regulando los vapores sin nicotina y modificando la anterior ley relacionada al tabaco (N°19419). Estas consideraciones se tomaron teniendo en cuenta que: a) los efectos secundarios demostrados como dañinos para la salud, de los líquidos que contienen los vapores, b) los efectos de la exposición pasiva al aerosol para quienes están alrededor de quien vapea, c) el falso argumento sobre la reducción de daños asociada al consumo de estos productos que deliberadamente intenta atenuar la percepción de riesgo que tiene su consumo, y d) la demostración científica de nuevas enfermedades que surgen por el uso de los vapeadores, como por ejemplo EVALI del que ya se reseñó precedentemente.

Sin embargo, quedan muchas aristas no incorporadas en el cuerpo legal, como por ejemplo la falta de regulación de la promoción efectuada a través de las RRSS, cuyos mensajes subliminales han sido ampliamente demostrados, a la vez que se ha demostrado que esto influye

*¿Cuál es la motivación para el vapeo? ¿Qué alternativas motivadoras incorporamos para canalizar la ansiedad, relatada como la causa de inicio en cerca de la mitad de los jóvenes?*



sobre la decisión de inicio de consumo de estos productos, particularmente en jóvenes, consideraciones que se resumen extensamente en el recientemente liberado documento "*Regulación de cigarrillos electrónicos: Propuestas para enfrentar riesgos emergentes*" de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile<sup>(7)</sup>.

Una vez más, tenemos el imperativo ético de pasar de ser espectadores a partícipes en la necesidad de incorporar estos conceptos, de conocer sus efectos y promover una cultura de prevención del consumo por parte de nuestros

NNA, especialmente por parte de quienes tenemos la responsabilidad de velar por la salud infantojuvenil.

¿Cuál es la motivación para el vapeo? ¿Qué alternativas motivadoras incorporamos para canalizar la ansiedad, relatada como la causa de inicio en cerca de la mitad de los jóvenes? Éstas y muchas otras preguntas son a las que debemos buscar respuesta en un acompañamiento de nuestros NNA que, en muchas ocasiones, no otorgamos de manera suficiente. Esperamos, con este artículo, contribuir en algo a esta tarea. **ee**

## Referencias:

- 1- <https://www.who.int/es/news/item/23-05-2024-tobacco-and-nicotine-industry-tactics-addict-youth-for-life> ...sólo la primera en versión impresa ...incluir nuestro clásico "Bibliografía completa en versión electrónica ..."
- 2- <https://iabspain.es/estudio/estudio-de-redes-sociales-2024/>
- 3- [https://www.researchgate.net/publication/370837707\\_Reporte\\_Uso\\_de\\_Vapes\\_y\\_Cultura\\_Digital\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/370837707_Reporte_Uso_de_Vapes_y_Cultura_Digital_en_Mexico)
- 4- Vassej J, et al. *E-cigarette brands and social media influencers on Instagram: a social network analysis*. *Tob Control* 2023; 32(e2):e184-e191; Lewis Ket al. *Marketing strategies used by Tobacco Companies targeting the queer community*. *Tob Use Insights* 2024; 17:1179173X241265743
- 5- Tehrani et al. *The prevalence of electronic cigarettes vaping globally: a systematic review and meta-analysis*. *Arch Public Health* 2022; 80(1):240, actualmente en revisión.
- 6- <https://bcn.cl/3hcm2>
- 7- <https://uchile.cl/publicaciones/216330/policy-brief-regulacion-de-cigarrillos-electronicos>



## Actualización en detección temprana y diagnóstico de autismo en niños, niñas y adolescentes

**Katherine Girardi Mac-Taggart** / Psicóloga, Universidad de Chile, Magister en Psicología Clínica y Magister © en Neurociencias. Especializada en Neuropsicología Infantil y Neurodesarrollo. Profesor Depto. Cirugía y Pediatría Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Socia SOCHIPE.

### El autismo hoy

Desde los manuales diagnósticos vigentes (DSM-5-TR, de la Asociación Americana de Psiquiatría; y CIE-11, de la Organización Mundial de la Salud, OMS) llamaremos trastorno del espectro autista (TEA) a aquella condición de desarrollo neurológico caracterizada por dificultad a nivel de la interacción social recíproca y comunicación social, y la presencia de patrones de conductas repetitivos y restringidos. Desde ambos manuales se descartó el diagnóstico de Trastorno de Asperger, no siendo una entidad vigente hoy, pudiendo considerarse dos posibles diagnósticos de ser el caso: TEA Nivel 1: Requiere Apoyo o Trastorno en la comunicación social.

Por otro lado, vivimos en una sociedad con

cambios acelerados que requiere que visibilicemos las necesidades "en primera persona" de individuos, grupos o comunidades a los que hacemos referencia como profesionales del área de la salud, por lo que también debemos situarnos desde una **perspectiva social** y desde el **paradigma de la neurodiversidad**, es decir, comprender que cuando hablamos de autismo nos referimos a una forma particular de percibir, pensar, aprender, sentir, comunicarse y relacionarse, debido a un neurodesarrollo distinto al de la mayoría (**personas neurotípicas**), y no desde una mirada patologizante, comprendiendo que las diferentes formas de neurodesarrollo forman parte de la distribución normal de la diversidad humana, existiendo diversos conjuntos de personas con funcionamientos neurocognitivos

que divergen de la norma (**personas neurodivergentes**).

Desde el paradigma de la neurodiversidad, en relación con el autismo se rechaza hablar de un trastorno como el TEA o que nos refiramos a que un/a niño, niña o adolescente (NNA) tiene autismo, más bien se nos insta a expresarnos con términos como autismo o condición del espectro autista (CEA) o persona autista. Este enfoque también nos lleva a comprender que la sociedad tiene un rol en brindar las condiciones adecuadas para el desenvolvimiento pleno de todas las personas, eliminando las barreras para alcanzar los más altos estándares en calidad de vida, y poniendo énfasis en la aceptación y valoración de cada uno, además de mirar a las personas neurodivergentes desde un enfoque de fortalezas.

### Prevalencia de autismo

Desde la OMS, se estima que 1 en cada 100 niños/as es autista. De acuerdo con los datos recolectados en 2020 por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de EEUU, la prevalencia general de autismo fue de 27,6 por cada 1.000 (1 de cada 36) niños/as de 8 años, y fue 3,8 veces más prevalente entre los niños que las niñas. De aquellos/as niños/as autistas de los que se contó con información de su rendimiento intelectual, un 37,9% de los niños/as se clasificaron como con discapacidad intelectual, pues presentaron un CI menor a 70, un 23,5 presentó un funcionamiento intelectual bajo una desviación estándar el promedio (CIT entre 70-85), y un 38,6% un funcionamiento intelectual sobre 85. En general, los niños/as con discapacidad intelectual tenían una mediana de edad más temprana para el diagnóstico de autismo (43 meses) que los que no tenían discapacidad intelectual (53 meses).

En Chile, se estimó la prevalencia de autismo en niños/as entre los 18 y 30 meses de edad, de dos comunas de Santiago, Región Metropolitana. Se obtuvo una prevalencia de 1 en 51 niños, con una distribución por sexo de 4 niños por 1 niña. Por otro lado, la edad promedio de diagnóstico es a los 4.8 años, edad similar a otros países.

### Nuevos desafíos en el proceso de diagnóstico de autismo en NNA

#### Autismo y conducta adaptativa

Tradicionalmente se ha asociado que aquellas personas autistas con un funcionamiento intelectual acorde con lo esperado para su edad, o incluso sobre lo esperado (CI sobre los 115 puntos); se las considera de "alto funcionamiento". Hoy, estas categorías dicotómicas como pensar en "alto" o "bajo" funcionamiento han dado paso a una perspectiva integral y multidimensional, pues puede que una persona autista tenga un mejor desenvolvimiento en un área, por ejemplo, el área cognitiva, pero eso no significa que sea de "alto funcionamiento" en todas las otras áreas de su vida, generando, además, una expectativa no realista para sí mismo y los otros, y que se aleja de que se desplieguen recursos de apoyos, pues se piensa que "está todo bien" o que "no necesita apoyos como otros".

Estudios recientes han evidenciado que el CI es un predictor débil de un alto funcionamiento si consideramos las habilidades funcionales en NNA autistas. A más CI, mayor es la discrepancia con la conducta adaptativa, llegando incluso a presentarla 1 o 2 desviaciones estándar bajo lo esperado para su edad. Esto quiere decir que la habilidad para adaptarse a las demandas del medio en la vida cotidiana es un ámbito que explorar, no sólo en los procesos diagnósticos, sino también en los objetivos terapéuticos.

*El rol del pediatra es fundamental en las derivaciones necesarias para el proceso diagnóstico, el plan de acción inicial y el seguimiento desde una perspectiva integral del desarrollo del NNA*



#### Autismo y fenotipo femenino

Si bien la tendencia de 4:1 respecto del diagnóstico de autismo en hombres y mujeres todavía aparece en datos de prevalencia, se debe considerar la perspectiva de género, pues datos recientes muestran una diferencia menor asociado a características que estamos visibilizando más y que se dan particularmente en mujeres autistas. Este fenotipo se caracteriza por menos impedimentos sociales, mayor motivación social, se presentan con menos dificultades sociales. Pueden presentar dificultad para mantener relaciones sociales en el largo plazo. Intereses restringidos, serían más apropiados. Es menos probable que se identifiquen comportamientos repetitivos y restringidos en mujeres que en hombres, por lo que se necesita explorar en intereses profundos que puedan tener y que a priori no llaman la atención, por ejemplo, un interés más marcado por algún tipo de serie de TV o de ciertos personajes, conociendo muchos detalles de éstos y destinando tiempo y recursos a esa temática en particular, pero sin que sus conversaciones hablen sólo de eso.

El camuflaje social se define como el uso de estrategias por parte de las personas autistas para minimizar la visibilidad de su autismo durante

situaciones sociales, es decir, comprende un esfuerzo para enmascarar o compensar las características autistas, como por ejemplo esforzarse para establecer el contacto visual, siendo fundamental que los profesionales que se desempeñan en diagnóstico de autismo sean conscientes de estos comportamientos. Se ha descrito que el camuflaje social se da más en mujeres que hombres, y que en estos últimos habría diferencias en las técnicas para camuflar como también en las consecuencias. Dentro de los efectos del camuflaje está el desarrollar vínculos con un mayor estrés, depresión, menos acceso a apoyos, siendo fundamental que consideremos esta variable para que se den diagnósticos más oportunos.

#### Autismo y detección temprana

La Guía de Práctica Clínica del MINSAL (2011), sobre detección y diagnóstico oportuno de los Trastornos del Espectro Autista menciona la relevancia de detectar tempranamente indicadores de autismo, es decir, antes de los 5 años, con el fin de orientar a un diagnóstico rápidamente y con ello un plan de acción de apoyo al propio niño/a, su familia y ámbito escolar.

Esta guía clínica plantea un flujograma ajustado a nuestra realidad nacional, por lo que toma

como punto de inicio para detectar oportunamente indicadores de autismo, los resultados de las pruebas de desarrollo psicomotor que se aplican a todos los niños/as usuarios del servicio de salud público como parte del control sano infantil. A los 8 y 18 meses se aplica la EEDP (Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 0 a 2 años), y a los 36 meses el TEPSI (Test de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 2 a 5 años). Estas pruebas evalúan áreas del desarrollo como lenguaje, motricidad y coordinación, y el EEDP además evalúa el área social. Si el área de lenguaje y social se presentan bajo lo esperado para a su edad, la guía clínica nos indica que se debiese aplicar la Pauta de Cotejo de Señales de Alerta de TEA, que consiste en un par de preguntas dirigidas al cuidador principal respecto a conductas asociadas a autismo, no toma más de 5 minutos aplicarla.

Si en esta pauta aparecen elementos que orienten a autismo, se debe aplicar una pauta más específica de screening y que es utilizada ampliamente en el mundo: M-CHAT-R/F (cuestionario de detección del autismo en niños pequeños con entrevista de seguimiento, revisado), que consta de validación chilena y es fácilmente descargable para ser empleada por distintos profesionales. Consta de 20 preguntas a las que el cuidador principal deberá responder SI o NO, siendo el puntaje de corte 3, es decir, con 3 o más puntos sobrepasa el puntaje de corte, por lo que debemos sugerir un proceso de evaluación diagnóstica de autismo. El M-CHAT (cuestionario de detección del autismo en niños pequeños con entrevista de seguimiento) que aparece en la guía de autismo del MINSAL es la versión anterior, de 23 preguntas, por lo que corresponde emplear la versión más nueva que trae además una serie de preguntas de profundización en caso de que algunos de los 20 ítems aparezcan positivos para autismo. Idealmente se debe aplicar en la misma consulta y que el propio informante la responda, en caso de que la leamos, debemos leer textual las preguntas, sin guiar o dar otros ejemplos que no son los que aparecen en el cuestionario. Es importante mencionar que las conductas que describe el M-CHAT-R/F

son sensibles a lo que muchos niños/as autistas presentan entre los 16 y 30 meses, por lo que, si bien se puede aplicar en primera infancia, la interpretación debe ser cualitativa desde los 30 meses.

Con este escenario, surge la pregunta de por qué, pese a contar con una guía de hace más de 10 años, mantenemos una brecha importante entre la edad de detección de indicadores de autismo y el diagnóstico propiamente tal. Otros países también se han hecho la misma pregunta, identificando la necesidad de contar con un screening universal con el M-CHAT-R/F, es decir, que se aplique a todos los niños/as a los 18 meses, independientemente de si obtienen bajo lo esperado para la edad el área de lenguaje/social en las pautas de desarrollo psicomotor. En Chile, muchos consultorios ya están implementando la modalidad de screening universal con el M-CHAT-R/F.

Otra respuesta que se ha dado en estudios internacionales, es que se debe contar con un 2do nivel de screening universal, por ejemplo, tras la aplicación del M-CHAT-R/F, aplicar una pauta de observación de conductas en el propio niño/a, como RITA o AMSE (que tiene validación chilena). Esto permitiría contrastar la observación del adulto informante con la observación del propio niño/a.

Se han dado más respuestas a la gran pregunta de por qué se demora el diagnóstico, como una mala aplicación del M-CHAT-R/F, falta de entrenamiento en los profesionales de salud/educación para observar y comprender aspectos del autismo más allá de los criterios diagnósticos de los manuales vigentes, y falta de acceso a servicios de salud. Estudios han evidenciado que, en contexto rural, es aún mayor la edad de diagnóstico que a nivel urbano. En Chile, sólo los niños/as usuarios del sistema público acceden a la evaluación del desarrollo psicomotor, que por lo menos es un punto de partida para todos aquellos usuarios del sistema público.

### Autismo y rol de distintos profesionales en el diagnóstico

Desde la guía clínica de autismo del MINSAL se

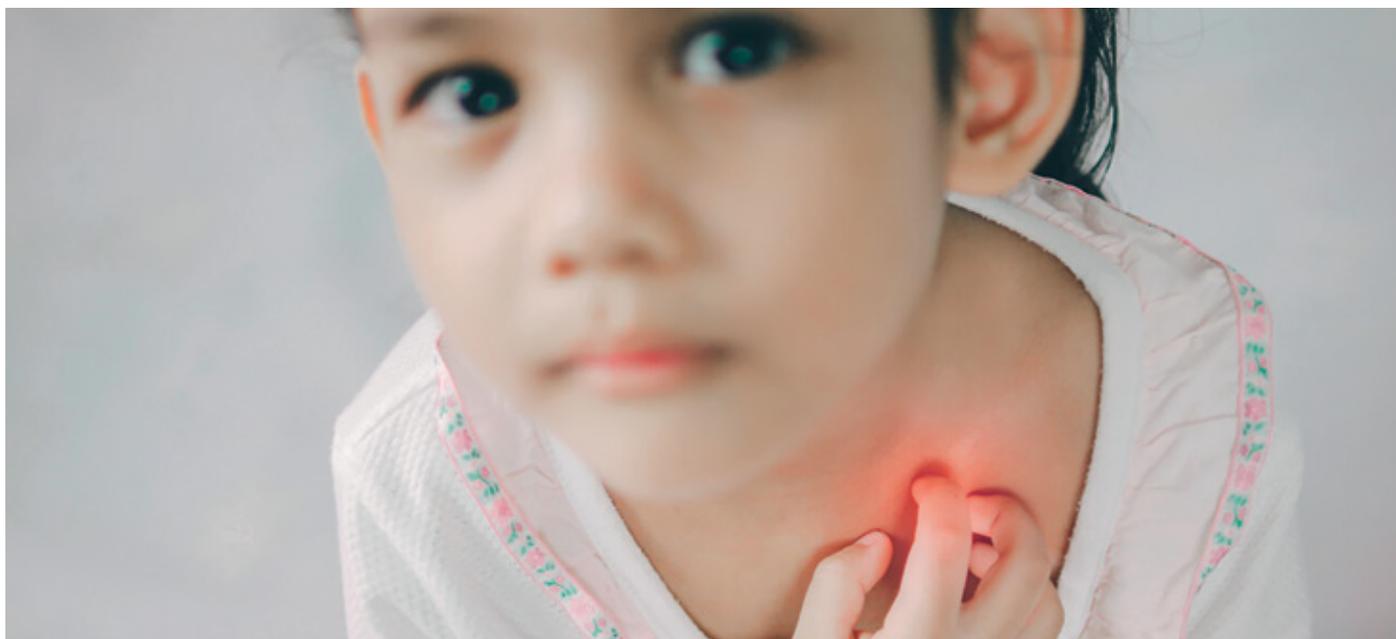
definió que el proceso diagnóstico en sí mismo debe involucrar a distintos profesionales. Neuólogos/as o psiquiatras, son quienes deben determinar el diagnóstico propiamente tal, descartando diagnósticos diferenciales y comorbilidades, así como posibles etiologías. Estos profesionales requieren de evaluaciones anexas que permitan tener una perspectiva amplia del perfil de desarrollo e información pertinente para el diagnóstico y plan de acción. A su vez, el rol del pediatra es fundamental en las derivaciones necesarias para el proceso diagnóstico, el plan de acción inicial y el seguimiento desde una perspectiva integral del desarrollo del NNA, además del acompañamiento a la familia, así como el identificar situaciones críticas y orientar a la familia y al NNA..

Destaca en este proceso el rol del fonoaudiólogo, quien deberá, entre otros aspectos, indagar en el nivel de desarrollo de lenguaje y comunicación, como el área del lenguaje pragmático, ejes centrales para el diagnóstico de autismo. El terapeuta ocupacional, quien podrá estimar el perfil sensorial del NNA con sospecha de autismo. El psicólogo, quien deberá estimar el perfil cognitivo, no sólo el CI que tenga la persona, sino también cuáles son sus fortalezas y debilidades cognitivas, pues se ha descrito un perfil disarmonico que impacta en sus procesos de aprendizaje y socioemocionales. El psicólogo puede también apoyar a la familia en el ajuste socioemocional al diagnóstico. Como ya he mencionado antes, también es fundamental contar con una evaluación de conducta adaptativa. La guía clínica también menciona la importancia de una evaluación neuropsicológica, pues se ha descrito que las personas autistas pueden presentar funciones neuropsicológicas como puntos débiles dentro de su propio perfil, como a nivel de las funciones ejecutivas y procesos atencionales.

Si consideramos el proceso terapéutico, hay otros profesionales como psicopedagogos, educadores diferenciales, trabajador social, kinesiólogo, nutricionista, nutriólogos, gastroenterólogos, entre otros, que tienen un rol ampliamente descrito y fundamental en el apoyo y acompañamiento desde una perspectiva biopsicosocial. **ee**

### Referencias:

- Alvares, G. A., Bebbington, K., Cleary, D., Evans, K., Glasson, E. J., Maybery, M. T., Pillar, S., Uljarević, M., Varcin, K., Wray, J., & Whitehouse, A. J. (2020). The misnomer of 'high functioning autism': Intelligence is an imprecise predictor of functional abilities at diagnosis. *Autism: the international journal of research and practice*, 24(1), 221-232. <https://doi.org/10.1177/1362361319852831>
- Garay, Ch., Rojas, V., Verdugo, G. (2024). *Guía de diagnóstico y apoyos tempranos en el espectro autista*. Ed. Siete Soles. [https://fuan.cl/wp-content/uploads/2024/04/Libro\\_Guia\\_Diagnosticos\\_Apoyos\\_Espectro\\_Autista\\_FUAN.pdf](https://fuan.cl/wp-content/uploads/2024/04/Libro_Guia_Diagnosticos_Apoyos_Espectro_Autista_FUAN.pdf)
- Hull, L., Mandy, W., Lai, M.C. et al. Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *J Autism Dev Disord* 49, 819-833 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>
- Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, et al. Prevalencia y características del trastorno del espectro autista entre niños de 8 años — Red de Monitoreo del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo, 11 sitios, Estados Unidos, 2020. *MMWR Surveill Summ* 2023; 72(No. SS-2):1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Guía Práctica Clínica: Detección y diagnóstico oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Wasiliew, A., Montero, M. y Miranda, E. (2023). *El autismo en la escuela desde una perspectiva de aceptación y valoración: Guía Breve*.
- Yañez, C., et al. (2021). Prevalencia de trastorno del espectro autista en población urbana chilena. *Andes Pediatría*: 92(4):519-525. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i4.2503



## Enfermedades fúngicas en Pediatría: Un acercamiento práctico a su diagnóstico y abordaje inicial



**Dra. María Angélica Macías E.**  
Dermatóloga Pediatra.  
Presidenta Rama de Dermatología  
Pediátrica SOCHIPE.



**Dra. Flavia Giubergia C. y Dra. Andrea Bernales S.**  
Becadas de Dermatología. Universidad de Santiago de Chile.



Las micosis se dividen en tres grupos: micosis superficiales o tiñas (que comprometen la epidermis y/o mucosas), micosis profundas (compromiso dérmico y subcutáneo), y micosis sistémicas. En este artículo, nos enfocaremos en las micosis superficiales -ya que son las más frecuentes en edad pediátrica-, y en sus formas localizadas, para lo cual entregamos consideraciones diagnóstico-terapéuticas y, a continuación, un acotado resumen de características clínicas e imágenes.

### Diagnóstico y exámenes

Las micosis superficiales se pueden diagnosticar clínicamente cuando las características clínicas y presentación de las lesiones son clásicas, y están en una edad y localización habitual. Toda vez que las lesiones sean poco características, o se presentan en una topografía inusual, requeriremos estudio de laboratorio.

El diagnóstico es clínico-epidemiológico. Se confirma mediante un micológico directo, que se realiza con KOH Hidróxido de potasio o azul de Lactofenol para visualizar hifas o artosporas; también se puede realizar cultivo de hongos. Siempre la clínica prima sobre el resultado del examen, porque la tasa de falsos negativos es muy alta y en ocasiones no se correlaciona con

la clínica. En casos muy dudosos puede ayudar a aclarar o confirmar el diagnóstico.

La toma de muestra debe ser en el lugar más activo de la lesión, y bajo condiciones estandarizadas: si hay uso de antimicóticos orales recientes (3 a 4 semanas), o si hay aplicación de cremas antimicóticas en los días recientes (7 a 10 días), hay riesgo de que el examen resulte falsamente

negativo. Idealmente, no debe haber baño ni aplicación de jabones ni champús el día de la toma de muestra.

Es de vital importancia que los laboratorios cuenten con profesionales tecnólogos médicos entrenados y experimentados en la detección de hongos. En ocasiones pueden existir falsos negativos y en estos casos predominará la clínica.

## Respecto del tratamiento

El tratamiento, en la gran mayoría de los casos bi conjugado sistémico y tópico, se realiza con antifúngicos como Terbinafina (con un mayor espectro y menor hepatotoxicidad) o Fluconazol (en el caso de *Cándida*), según las dosificaciones pediátricas correspondientes por peso. También está disponible Itraconazol (con mayor espectro, más seguridad por menor tiempo de tratamiento, pero con mayor costo).

Es importante realizar previamente pruebas hepáticas y repetir los exámenes cada mes durante el tiempo del tratamiento, que puede ser incluso mayor a 6 meses según el grado de compromiso de las láminas ungueales, con o sin compromiso de la piel interdigital o plantar.

En cuanto al manejo, el antifúngico de elección para tiñas es la Griseofulvina en receta magistral o en producto ya terminado, siempre administrado con comidas por un tiempo no menor a un mes. En caso de sobre infección bacteriana, siempre tratar conjuntamente la infección con antibiótico oral como cefadroxilo, y también la inflamación con prednisona oral por un período de 5 a 7 días (específicamente, Querion de Celso). Siempre controlar con exámenes de laboratorio por tratarse de medicamentos con alto índice de hepatotoxicidad.

A continuación, describiremos brevemente las entidades clínicas superficiales provocadas por hongos:

### Tiña capitis

Es provocada por los géneros de hongos *Microsporum* y *Trichophyton* y, en este caso, el tejido comprometido es el cuero cabelludo y pelo. En Chile, el patógeno más frecuente es *M. Canis*, transmitido por contacto directo con perros, gatos y conejos.

#### a) Tiña capitis no inflamatoria:

- Es la forma más frecuente en Chile, Se observan placas circulares, bien delimitadas, con descamación fina, eritematosas o de color ceniciento, con presencia de pelos fracturados. (Figuras 1 y 2)

#### b) Tiña capitis inflamatoria:

- Querion de Celso: principalmente producido por *M. Canis* y *T. Mentagrophytes*. Se observa una placa alopecica solevantada, de tamaño variable, fluctuante y sensible, con presencia de pústulas y costras miceléricas. Al comprimir la



Figuras 1 y 2. Tiña capitis no inflamatoria.

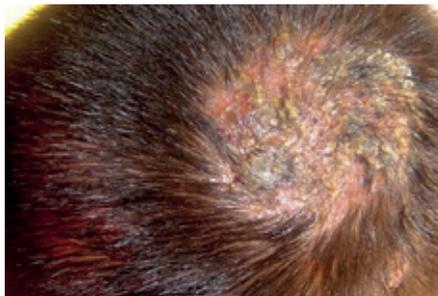


Figura 3. Tiña capitis inflamatoria "Querion de Celso".

piel del cuero cabelludo hay salida de material purulento por los orificios foliculares (signo de la espumadera). (Figura 3)

### Tiña corporis o circinada (tiña de piel lampiña)

Incluye toda manifestación en piel lampiña excepto ingles, palmas y plantas. En niños el agente etiológico más frecuente es el *T. rubrum*.

La forma clínica más habitual se conoce como Tiña circinada, que se inicia como mácula que crece centrifugamente de forma rápida. Se transforma en una lesión tipo anular, con borde activo de crecimiento eritematoso y a veces papulovesiculosos. (Figuras 4 y 5)



Figuras 4 y 5. Tiñas corporis.



Figura 6. Tiña incognita.

**Tiña incógnita:** Tiña que ha sido tratada con corticoides o inmunomoduladores tópicos, lo cual provoca una evolución tórpida y una clínica poco característica. Puede tener elementos microvesiculosos aislados. Suele ser difícil de diagnosticar, tanto inicialmente, como en consultas sucesivas, por eso es tratada de forma errónea por tiempos muy largos (Figura 6)

### Tiña cruris

Es una infección por dermatofitos de la zona genital, región púbica e inguinal. Los predisponentes son: calor, humedad, maceración y oclusión de la piel, y los principales agentes son: *T. rubrum*, *T. interdigitale* y *E. floccosum*.

Clínicamente, implica eritema y prurito intenso en pliegue inguinal formando placas eritemato-amarronadas o de color piel de bordes bien definidos. (Figura 7)



Figura 7. Tiña cruris.

### Tiña pedis

Es más frecuente en escolares y adolescentes. Involucra los espacios interdigitales y planta de pie, y los agentes principales son: *T. rubrum*, *T. interdigitale*. Los predisponentes incluyen humedad local, hiperhidrosis, maceración, y calzado oclusivo.



Figuras 8 y 9. Tiña Pedis Intertriginosa simple.

Las tiñas pedis suelen clasificarse en cuatro tipos de presentación clínica:

- 1. Intertriginosa simple:** Es la más habitual. Presenta eritema, maceración, fisuras y descamación pruriginosa de los espacios interdigitales. (Figuras 8 y 9)
- 2. Intertriginosa compleja:** al cuadro clínico descrito previamente se agrega mal olor y dolor, y suele haber presencia de sobreinfección.
- 3. Vesicular aguda o inflamatoria:** se observan vesículas y ampollas sobre placas eritematoescamosas, con prurito, ardor y dolor, en la cara interna del pie, planta y espacios interdigitales.
- 4. Hiperqueratósica:** es generalmente crónica, hay descamación, fisuras y eritema leve en placas. Suele afectar los bordes laterales y respetar el dorso. Usualmente bilateral. Requiere tratamiento sistémico.

Un importante diagnóstico diferencial de la tiña en pediatría es la dermatitis plantar juvenil. Ambas entidades clínicas, sólo pueden distinguirse con examen micológico directo y cultivo.

#### Tiña ungueal / Onicomiosis

Es poco frecuente en niños y suele asociarse a tiña pedis o manum. Sin embargo, existe un grupo de niños que tienen una incidencia aumentada, como los portadores de Sd. de Down y/o inmunodeficiencias, o traumas previos. El organismo más frecuentemente aislado es el *Trycophyton rubrum*.

La forma más frecuente de presentación en niños es la subungueal distal y lateral.

Se caracteriza por engrosamiento y por un cambio de color generalmente blanquecino amarillento de la lámina ungueal de una o de varias uñas; desprendimiento en capas o ruptura distal "onicolisis". (Figuras 10 y 11)



Figuras 10 y 11. Tiña ungueum u onicomiosis.

#### Candidiasis muco-cutáneas

Infección aguda o crónica producida por levaduras del género *Cándida*, de las cuales la más común es *C albicans*. Afecta piel, uñas y membranas mucosas.

La *cándida* es parte de la microflora comensal de mucosas humanas, y se puede volver patógena oportunista. Los factores de riesgo para ello son: disfunción endocrina, enfermedades genéticas, uso de antibióticos, corticoterapia, cambios en flora normal, inmunosupresión, desnutrición, obesidad.

#### Formas localizadas

- **Muget** se presenta en recién nacidos y lactantes como placas blancas confluyentes en mucosa bucal de fácil remoción, dejando a la vista una mucosa hiperémica.
- **Queilitis angular:** afectación de los pliegues bucales en forma de fisuras dolorosas sobre base eritematoescamosa inflamada, asociadas a maceración.
- **Intértrigo candidiásico:** se puede ubicar en axila, ingle, interglúteo, submamario y abdomen. En los lactantes es de especial importancia en el área del pañal. Es favorecido por la humedad y oclusión.
- **Vulvovaginitis:** La gran mayoría de mujeres son portadoras de *C albicans* en tracto genital, la que se vuelve patógena ante ciertas condiciones (uso de antibióticos o corticoides, diabetes, embarazo). Existe eritema y edema de pared vaginal y vulva, asociado a prurito marcado y leucorrea blanquecina. Dentro de los diagnósticos diferenciales se deben considerar infecciones bacterianas, dermatitis de contacto, reacción a cuerpo extraño o abuso sexual.

#### Abordaje de las micosis superficiales

La mayoría de los casos de tiña corporis y tiña pedis pueden ser tratadas con antimicóticos tópicos. En cambio, la tiña capitis debe tratarse con antimicóticos orales.

En cuanto al tratamiento de la onicomiosis, varía según la cantidad de uñas afectadas debido a que en niños el uso de antimicóticos en laca puede ser de utilidad, lo que no ocurre en adultos. Sin embargo, si la afección compromete varias uñas, el tratamiento debe ser oral.

## Cuidados generales de las micosis (para el tratamiento y evitar recurrencias)

Es importante recordar que se debe educar a los pacientes y padres sobre las medidas generales, tanto para una adecuada respuesta al tratamiento, como para prevenir recurrencia, incluyendo:

- Mantener uñas cortas y limadas.
- Evitar traumatismos ungueales.
- Evitar humedad, secado exhaustivo dedo por dedo de ambos pies y de áreas con reserva de humedad (cuello, axilas, ingles), con toalla nova o con aire frío de secador.
- Calzar zapatos anchos y cómodos.
- Reducir hiperhidrosis de pies.
- Ventilar zapatos al sol.
- Limpiar utensilios como corta uñas o similares.
- No compartir calzados.
- Tratar precozmente tiña pedis.
- Uso de spray desinfectantes en calzado y/o lavado de zapatillas.
- No automedicarse y consultar a un especialista en caso de dudas para optimizar el tratamiento tópico o sistémico según el caso. [ee](#)



# 63° Congreso Chileno de Pediatría: Concepción te espera del 26 al 29 de noviembre

**Dr. Rodrigo Zenteno G.** / Vicepresidente Sociedad de Pediatría de Concepción. Coordinador Local del 63 Congreso Chileno de Pediatría.



En Concepción, por séptima vez, estamos esperando a los pediatras de Chile y del extranjero, con los brazos abiertos para compartir conocimientos, experiencias, honrar a nuestros maestros, congratular a los investigadores y, por sobre todo, disfrutar del encuentro pediátrico más esperado del año.

Podemos decir que este Congreso es el “primero” post pandemia, dado que el de Arica correspondió al de 2020, y los anteriores fueron online o híbridos. Tal vez por ese motivo es que las Ramas y Comités de nuestra Sociedad Chilena Pediatría (SOCHIPE) han mostrado tanto interés en participar. De hecho, las actividades científicas se iniciarán la mañana del martes 26 de noviembre, para así dar un justo espacio de participación a todos sus requerimientos.

Este Congreso coincide con los 80 años de la Sociedad de Pediatría de Concepción (SOPECO), los 100 años del Ministerio de Salud y los 100 años de la Facultad de Medicina de Concepción, donde muchos de nosotros nos formamos como médicos y también como pediatras.

Por eso, junto con agradecer la confianza del Directorio SOCHIPE por asignarnos nuevamente la responsabilidad de ser anfitriones y coorganizadores de este Congreso, el número 63, vemos una gran oportunidad de conmemorar estas significativas instancias. De esta forma, e imbuidos del espíritu de los niños y niñas que los pediatras llevamos en nuestro interior, queremos celebrar estos tres cumpleaños apagando cientos de velas.

## Los desafíos

El escenario actual es muy diferente al que nos correspondió asumir en el

Congreso 57, en 2017, dado que la industria farmacéutica, gran colaboradora en ese entonces, ha reducido drásticamente su apoyo por diversos motivos. La necesaria e ineludible “compliance” se comporta como un “artista no grato” en medio de este evento pediátrico en el que los participantes pueden disfrutar con entera libertad de las diferentes actividades del Congreso, a través de una convivencia sana y alegre.

Aun así, la Sociedad de Pediatría de Concepción (SOPECO), se encuentra realizando gestiones para recibir de la mejor forma a los pediatras de Chile, ofreciendo y colaborando con SOCHIPE en una parrilla científica atractiva, además de organizar actividades culturales, recreativas y deportivas que complementarán el desarrollo científico del Congreso.

El Centro de Eventos SURACTIVO, al igual que en 2017, será la sede del Congreso, porque ofrece espacios acogedores y protegidos frente a eventuales inclemencias del tiempo. Además, la industria farmacéutica contará con espacios cómodos para mostrar y promover sus productos en el marco adecuado y transparente que ponemos a tu disposición.

## El programa

El martes 26 de noviembre las actividades científicas se iniciarán con los llamados cursos o conferencias precongreso que finalizarán con la actuación de una Orquesta Juvenil. Con esta presentación daremos una “simbólica bienvenida oficial” a los adolescentes en esta nueva etapa que, como pediatras, nos corresponderá asumir.

El miércoles 27, alrededor del mediodía, haremos la inauguración oficial

para así contar con la mayor participación posible, finalizando la jornada con un cóctel de bienvenida para todos los congresales.

El jueves 28, además de las actividades científicas, tendremos una tarde deportiva a la que, desde ya, te invitamos a participar y donde además esperamos nos acompañe alguna de nuestras embajadoras deportivas olímpicas y, tal vez, finalizar la jornada de ese jueves con un evento sorpresa.

Y así llega el último día, el viernes 29, jornada de despedidas, premiaciones y la tradicional Reunión de Socios SOCHIPE. Finalizaremos el día y el Congreso con una cena bailable y el cambio de mando en que nos deja el Dr. Jorge Fabres, quien se convirtió en un gran apoyo para la Sociedad de Pediatría de Concepción.

Tenemos muchas ideas y planes para agasajar a nuestros invitados. Entre otras, se cuentan visitas guiadas a la Universidad de Concepción, con epicentro en la Casa del Arte que posee una excepcional pinacoteca, y la visita a la exposición en homenaje a los 100 años de la Facultad de Medicina de la Universidad Concepción que se montará en la misma Casa del Arte. También esperamos contar con otras sorpresas...

Paralelamente, nos encontramos gestionando algunas conferencias sobre Inteligencia Artificial y temas vinculados con el bienestar socioemocional de los niños, niñas y adolescentes, que esperamos lleguen a materializarse.

En suma, pretendemos contar con un vasto programa científico, cultural, deportivo y social, que permita a los congresales vivir intensamente este Congreso.

La Sociedad de Pediatría de Concepción cuenta con el Instagram @ENTREPEDIATRASCCP; los invitamos a que nos sigan, pues en esta cuenta tendremos información local actualizada del Congreso y, al mismo tiempo, les permitirá contactarse directamente con nosotros ante dudas o preguntas que responderemos con mucho agrado.

Estimados Pediatras de Chile, en nuestro Congreso no estarán Los Tres, tampoco los Bunkers. Concepción -ciudad creativa de la música por la UNESCO y ciudad de la Independencia-, los espera en noviembre con un sólo sueño: el sueño de hacer un Congreso inolvidable.

¡Los esperamos!



**Directiva de la Sociedad de Pediatría de Concepción (SOPECO), de izquierda a derecha: Dr. Rodrigo Zenteno (Vicepresidente), Dr. Jaime Tapia (Presidente), Dr. Juan Nazar (Tesorero), Dr. Raúl Barria (Encargado de Redes Sociales), Dr. Merardo Aravena (Secretario)**



**De izquierda a derecha: Dr. Jaime Tapia (Presidente SOPECO), Dra. Ana María Moraga (Decana Facultad de Medicina Universidad de Concepción), y Dr. Rodrigo Zenteno (Coordinador local 63 Congreso Chileno de Pediatría).**

## Nuevos Socios

Queremos dar la bienvenida a los nuevos socios de SOCHIPE:

Fernanda Araya Kutsher  
María Mercedes Coneo Rangel  
Lorianis Torín Sánchez  
Francisca Belén Sáez Correa  
Carmen Ludeña Mendoza  
Valentina Vásquez García  
Víctor Hugo Henzi Fernandez  
Patricio Montesinos Oyarzún  
Gustavo Keilhold Zapata  
Jorge Varas González  
Derkje Acosta Van Dillewyn  
Javiera Díaz Aguirre  
Andrea Valenzuela Aedo  
María Matheus Guerrero  
Nicole Mc Graw Chacón  
María Paz Vergara Betanzo  
Carlos Alberto Guzmán Moncada

Nicole Iturrieta Guaita  
Juan Pablo Rojas Beytia  
Sebastián Arrieta Estay  
Paula Valenzuela Schuler  
María José Alegría Pávez  
Macarena Sandoval Seguel  
Vanessa Villagra Astudillo  
Abigail Martínez Palomo  
Mirexys Bermúdez González  
Carolina Valdebenito Santelices  
Hulizay Paola Alzate Hernández  
Katherine Caniulao Ríos  
Estefanía Henríquez Coronado  
Angélica Salazar Zapata  
Constanza Del Valle Retamal  
Francisca Sánchez Barraza  
Wensuyen Bonilla Oliveros

Diannara Victoria Guevara Torres  
Hussein Saheli Saheli  
Jessie Fernández Villarroel  
Ignacia Andrea Pérez San Martín  
Pablo Andrés Caro Santana  
Katherina Linn Vidal  
Daniela Quiroga Marcet  
Pablo Avilez Coronado  
Angela Pardo Correa  
María Natalia Gutiérrez Giralde  
Yuraima Díaz Pantaleón  
Mery Iamarino Jiménez  
Ignacia Rojo Rioseco  
Roxelin Villasmil González  
Catalina Errázuriz Díaz  
Victoria Sánchez Mercol  
Gabriela Sáez Escobar

Rebeca Poggini Sepúlveda  
María Ignacia Lozano Adriasola  
Edigmar Josefina Perlanete Navas  
Verónica Medina Soto  
Rocío Henríquez Valdés  
Zhimei Gao  
Diana Torres Azcarate  
Ana Mata García  
Tatiana Espinoza Palma  
Andrea Escobar Apel  
Alberto Torres Gueren  
Felipe Hiriart Guines  
Pamela Marchant Alarcón  
Cristina Leyton Blanca



# Princesas, príncipes e infantes que llegaron a reinar

Arnoldo Quezada L. Ex Presidente Sociedad Chilena de Pediatría 2007-2008. Comité de Cultura y Arte SOCHIPE.



En los siglos anteriores a la invención de la fotografía, los retratos de personajes tenían la importancia de guardar el recuerdo del retratado y entre la realeza sirvieron además como carta de presentación de él o la prometida en matrimonios concertados para conservar o aumentar los lazos de poder territorial, establecer alianzas político-estratégicas y resguardar los intereses comerciales de las coronas reinantes. Los retratos de niños y adolescentes de la realeza incluidos en este artículo fueron ejecutados entre los siglos XV al XVII y, como se relata en varios casos, los datos históricos y biográficos de los autores son escasos y a veces no definitivamente confirmados.

**“Retrato de Felipe el Hermoso”** (ca. 1499) según un original del Maestro de la Leyenda de la Magdalena (Bernaert van der Stockt). Óleo sobre tabla. Museo del Louvre, París, Francia.

La imagen muestra al joven Felipe de medio perfil con mirada perdida, labios y rasgos faciales bien delineados, nariz perfilada y cabellos largos cobrizos. Sobre la cabeza se incluye un gorro de terciopelo rojo adornado con cintas doradas y un lazo en el centro frontal. Viste una capa triangular oscura sin mangas y un grueso collar dorado con un pendiente. En el ángulo inferior izquierda se ve parte de su mano. La historia cuenta que Felipe nació en Brujas (Países Bajos) en 1478. Según la detallada descripción del cronista Lorenzo de Padilla era de alta estatura, rostro gentil, ojos hermosos, manos largas y albas, diestro en el ejercicio de las armas, buen jinete, aficionado al juego de pelota, al caminar se la salía la rótula y el mismo se la volvía a acomodar. Era amable con los criados y sentía mucho amor por su esposa. En 1495 cuando tenía alrededor de 16 años contrajo matrimonio con la princesa Juana de Castilla apodada posteriormente “La Loca”. Subió al trono en 1504 y gobernó extensos territorios dando origen a una nueva dinastía reinante en España y sus dominios de la época. Murió en Burgos en 1528 a los 28 años y existen varias hipótesis sobre la causa de su muerte entre las cuales se ha planteado envenenamiento o la peste para la cual también existe un documento descriptivo de un prestigioso médico que atendió al enfermo en sus últimos

“Retrato de Felipe el Hermoso” (ca. 1499) según un original del Maestro de la Leyenda de la Magdalena (Bernaert van der Stockt). Museo del Louvre, París, Francia.



*"Juana I de Castilla" (ca. 1500). Juan de Flandes. Museo de Historia del Arte (Kunsthistorisches) Viena, Austria.*



*"Retrato de la infanta Ana de Austria" (hacia 1609). Rodrigo de Villandrando, Escuela española. Museo Sa Bassa Blanca, Mallorca, España.*

días donde refiere fiebre, sudoración, dolores costales, hemoptisis, exantema violáceo generalizado, enantema, compromiso de conciencia y sopor.

**El Maestro de la Leyenda de la Magdalena.** Su nombre definitivo no se ha establecido pero la mayor probabilidad actual es que corresponda a Bernaert van der Stockt. Fue un pintor flamenco activo entre 1483 y 1527 (fechas aproximadas), era hijo de Vrancke van der Stockt también pintor y sucesor de van der Weyden como pintor oficial de la ciudad de Bruselas. Sus obras las realizaba sobre tablas y este apodo proviene de un retablo de nueve piezas sobre la vida de Santa María Magdalena que en la actualidad se encuentra disperso en diferentes museos de Europa. Existe evidencia que estuvo en Castilla, que realizó obras para la reina Isabel la Católica y un retrato del rey Carlos I, fechado entre 1520 y 1522. También de su autoría, en el Museo de Historia del Arte en Viena existe un retrato del joven Felipe el Hermoso que porta en sus manos un halcón y una copia de este óleo sobre tabla se exhibe en el Museo Sa Bassa Blanca de Mallorca. Murió en 1537.

**"Juana I de Castilla"** (ca. 1500). Juan de Flandes. Museo de Historia del Arte (Kunsthistorisches) Viena, Austria.

La luz está centrada en el gracioso rostro ovalado de finos rasgos. Los cabellos cobrizos aparecen tomados por un adorno con detalles brillantes. El vestido blanco con numerosas aplicaciones y detalles tiene un amplio escote que deja ver las tiras de un colgante. En el borde inferior sobre la zona central del pecho se ven los elegantes dedos finos y largos de la mano derecha con el índice extendido. Juana I nació en Toledo (España) en 1479, hija de los Reyes Católicos Isabel I de Castilla y Fernando II de Aragón. Durante su infancia y juventud recibió formación en religión y urbanismo, danza, música, artes ecuestres e idiomas. Tras la muerte de sus hermanos llegó a ser la heredera de las coronas de los reinos de sus padres. A los 17 años se casó con su primo Felipe el Hermoso con quien tuvo 6 hijos. De acuerdo con la tradición ese matrimonio se concertó para afianzar estrategias y poderes políticos y comerciales. Ha sido apodada como Juana la Loca por sus comportamientos, celos, excentricidades y acciones disparatadas sin que exista acuerdo sobre la patología psiquiátrica que sufrió. En el Museo Nacional de Bellas Artes en Santiago de Chile se conservan dos óleos de Raymond Monvoisin donde aparece Juana junto al lecho de muerte de su marido Felipe.

**Juan de Flandes.** Sus datos biográficos son

escasos, probablemente por su ascendencia y estilo flamenco nació en algún lugar de Bélgica alrededor de 1465. Llegó a Castilla (España) a finales del siglo XV y en 1496 la reina Isabel la Católica lo contrató como pintor de la corte. Es autor de numerosas obras que incluyen retratos, retablos para la reina y para varias iglesias y catedrales españolas, escenas bíblicas e imágenes religiosas. Su cuantiosa productividad se exhibe en museos de varias ciudades europeas como Madrid, Amberes, París, Londres, Praga, Berlín, Ginebra y Viena, como también en América en México y Estados Unidos. Murió en Palencia (España) en 1519.

**"Retrato de la infanta Ana de Austria"** (hacia 1609). Rodrigo de Villandrando, Escuela española. Museo Sa Bassa Blanca, Mallorca, España.

Ana luce un elegante vestido color rosa con diseños y la confección destaca hombreras y mangas de corte peculiar que permiten ver otra prenda grisácea recogida, al lado derecho terminada en un fino encaje. El rostro bien iluminado revela finos rasgos, cabello rubio rizado sujeto por una cinta blanca en forma de flor, todo el conjunto facial destacado por una gran gola de encaje. La mano derecha con el meñique separado sostiene la gran cruz de piedras preciosas colgada al cuello y cubre el pecho.

La crónica destaca que Ana poseía una colección de joyas que incluía cruces como la que aparece en el cuadro y además profesó una fuerte devoción religiosa. Este retrato de la hija de Felipe III, rey de España de la dinastía Habsburgo, fue realizado cuando la infanta tenía nueve años, y cinco años después se casó con Luis XIII llegando a ser reina de Francia.

**Rodrigo de Villandrando.** Su fecha y lugar de nacimiento no están bien establecidos, pero probablemente nació en Madrid cerca de 1588. Su padre era músico de la corte española. Este pintor recibió formación con otros retratistas cortesanos y llegó a ser un aventajado discípulo, destacándose por cuidar los detalles, los entornos y representar sus personajes con estricta fidelidad. Su prestigio le permitió ser reconocido como pintor del rey y predecesor de Velázquez, además de tener una buena situación económica mejor que otros artistas de su época. Su temática abarcó retratos de la realeza donde destacan el rey Felipe IV y su esposa Isabel de Borbón, y obras religiosas conservadas en monasterios y conventos. Falleció en Madrid en 1622.

**“Retrato de Luis XIII delfín de Francia vestido con casaca de seda blanca”** (hacia 1616). Frans Pourbus el Joven. Museo Sa Bassa Blanca, Mallorca, España.

De acuerdo con el título de la obra el príncipe heredero de la corona de Francia viste una casaca blanca con bordados marrón sobre los hombros, la pechera y las mangas. Una banda azul en diagonal sobre el pecho y una gorguera blanca rematada con finos encajes completan el vestuario. El rostro juvenil muestra rasgos bien delimitados, labios pequeños, mirada altanera y cabello oscuro bien peinado con rizos. La data del retrato indica que habría sido realizado poco después del matrimonio con la princesa española Ana de Austria cuando ambos tenían alrededor de 15 años.

**Frans Pourbus el Joven.** Nació en Amberes (Bélgica), en 1569. Junto a su abuelo y a su padre formaron una dinastía de pintores. En la época del Renacimiento perteneció a la Escuela flamenca y su estilo se ha incluido dentro del manierismo internacional, estilo que imperó en el arte de Europa durante el siglo XVI, iniciado en Italia y difundido en las cortes reales, caracterizado por una ruptura con los cánones de la armonía y el equilibrio del clasicismo renacentista y el empleo de colores “disonantes”. Conoció a Pedro Pablo Rubens y trabajó en varias ciudades de su país natal, Austria e Italia. Llegó a ser pintor del rey Luis XIII de Francia luego de obtener la ciudadanía de esa nación. Obtuvo gran prestigio por la realización de retratos para personajes, miembros de la corte flamenca, para los regentes españoles en Países Bajos y reinas de Francia, siguiendo influencias de las escuelas italianas y españolas. Obras suyas se



**“Retrato de Luis XIII delfín de Francia vestido con casaca de seda blanca”** (hacia 1616). Frans Pourbus el Joven. Museo Sa Bassa Blanca, Mallorca, España.

encuentran en importantes museos de París, Madrid, Ámsterdam, Londres y Nueva York. Falleció en París en 1622.

**“La infanta Margarita en traje azul”** (ca. 1659). Diego de Velázquez. Óleo sobre lienzo 127 x 107 cm. Kunsthistorisches Museum, Viena, Austria.

Obra realizada un año antes de la muerte del pintor cuando la infanta tenía 8 años. Está representada de acuerdo con la moda de la época con vestido azul y plateado en forma de cono, que lleva sobre la pechera una banda dorada y tiene destellos metálicos potenciando la luminosidad del cuadro. El rostro de la infanta con las mejillas sonrosadas expresa timidez y aburrimiento ante la jornada de posar para el artista. Hojas de laurel recogen el cabello rubio y los brazos alargados llegan a los extremos del traje dando un toque de mayor gracia. El pintor realizó numerosos retratos de Margarita, también incluida en el cuadro familiar de “Las Meninas”. A los 12

años la infanta hija de Felipe IV fue prometida en matrimonio a su tío Leopoldo I de Habsburgo y se convirtió en Emperatriz de Austria.

**Diego de Silva y Velázquez** nació en Sevilla (España) en 1599. A los 10 años ya se reveló como hábil dibujante y recibió entrenamiento con reconocidos pintores españoles. Admirador de Caravaggio en sus inicios y luego de la escuela flamenca y el naturalismo barroco. A los 22 años llegó a ser pintor de la corte de Felipe IV donde tomó contacto con Pedro Pablo Rubens que marcó un nuevo rumbo en su estilo. En un primer viaje a Italia conoció las obras de destacados pintores como Tiziano, Tintoretto, el Veronés y José Ribera el Español. Al regresar a Madrid fue encargado de la decoración del Palacio del Buen Retiro. De vuelta a Italia realizó otra de sus obras maestras, el retrato del Papa Inocencio X. Édouard Manet integrante del movimiento impresionista calificó a Velázquez como



*"La infanta Margarita en traje azul" (ca. 1659). Diego de Velázquez. Óleo sobre lienzo 127 x 107 cm. Kunsthistorisches Museum, Viena, Austria.*

el "príncipe de los pintores" ya que es considerado un pionero en el posicionamiento de este estilo con un adelanto de dos siglos. "Las Meninas" se considera una obra maestra del arte universal. Recibió la misión de organizar los esponsales de Luis XIV, el Rey Sol, y la infanta María Teresa de la Casa de los Habsburgo, hija del rey Felipe IV de España y de la princesa Isabel de Francia ambos tíos de Luis XIV, por lo que la nueva pareja eran primos. Falleció en 1660.

**"Carlos II de España a los 10 años de edad"** (hacia 1671). Juan Carreño de Miranda. Óleo 210 x

147 cm. Museo de Bellas Artes de Asturias, Oviedo, España.

Este retrato nos muestra al hijo de Felipe IV y Mariana de Austria completamente vestido de negro, aunque en el traje se destacan botones dorados de la casaca, el cinturón que sostiene una espada en diagonal y los pantalones hasta la rodilla, calzas blancas y zapatos planos también negros. A causa de la endogamia de sus antecesores de tres generaciones, el niño ha sido descrito como "enfermizo y tarado" y su facies parece indicar una dismorfia. Además, presentó

raquitismo y epilepsia según los reportes médicos de la época. El príncipe aparece de pie, con un pañuelo o papel doblado en su mano derecha y la izquierda apoyada sobre una consola sostenida por leones tallados en madera. La cara iluminada es pálida y los cabellos rubios y largos. En los muros del fondo se ven cortinajes recogidos y probablemente dos cuadros enmarcados en la pared, el piso es cuadrículado en tonos más claros. Carlos II nació en Madrid en 1661 y a los cuatro años accedió al trono de España bajo la regencia de su reina madre. A los diez años su maestro particular lo describe como "poco aventajado", aunque lee y escribe. A pesar de sus limitaciones físicas e intelectuales reinó durante 35 años.

**Juan Carreño de Miranda** nació en Avilés (España) en 1614. Su padre era mercader de pintura y de origen noble. En 1625 la familia se trasladó a Madrid. Se considera continuador del estilo de Velázquez y recibió influencias de Rubens y van Dyck. A los 32 años asume el cargo de pintor de cámara del rey Carlos II de España. Su temática comprende grandes óleos y frescos de altares, techos de palacios, temas religiosos y retratos de personajes, de la realeza, enanos y bufones. Obras suyas se encuentran en importantes museos como Louvre de París, El Prado de Madrid, MOMA de Nueva York y otros países, como México y Polonia. Falleció en Madrid en 1685.



*"Carlos II de España a los 10 años de edad" (hacia 1671). Juan Carreño de Miranda. Óleo 210 x 147 cm. Museo de Bellas Artes de Asturias, Oviedo, España.*



# Los sufridos becados

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

La vida de un Servicio de Pediatría se mueve en dos planos: en uno superficial están los médicos, que llegan cerca de las ocho y se van cerca de las trece, y en el otro, más profundo y permanente, está el resto de los profesionales, el personal auxiliar y el administrativo, que siguen cascando en la tarde y algunos en la noche. Se comprende que las vivencias de unos y otros sean diferentes, y que los primeros no sepan realmente nada de las cosas sabrosas que ocurren en este nosocomio, como los amores tempestuosos e ilícitos, las posturas de cuernos y otras aventuras.

Pero, quienes en realidad son dueños del servicio son los becados y su continuación, los residentes (si los hay), quienes están a cargo de la parte médica durante las cuatro quintas partes del tiempo. Curiosamente, con todo el conocimiento que tienen de la verdadera situación asistencial, su opinión rara vez se consulta y sólo a veces se les invita a algún Comité.

Y aquí hemos llegado al punto vital. Los becados, como están para aprender, tienen una posición jerárquica harto débil, que permite a algunos médicos del staff abusar y descargar en ellos sus errores. Supongamos que un niño de dos años se cae de su cuna y se hace un cototo. La primera reacción es culpar al becado; la segunda a la auxiliar por descuidada; la tercera a la enfermera, por no supervisar. Entonces el Jefe interviene y dice:

- La responsabilidad final es del becado. Cuando yo era becado, hacíamos turnos con el guatón Zutano y el pelado Merengano. Antes de acostarnos, el guatón recorría todas las cunitas y amarraba, personalmente, a los niñitos inquietos, mientras el pelado les sacaba los flatitos.

Yo quedo estupefacto... ¿Me traiciona, con los años, la memoria? ¡Pero si el guatón Zutano, después de comer como chanchito, se acostaba a las diez, dormía como un bendito y entregaba turno en pijama! ¡Si una vez que hubo un paro en Lactantes, tuvieron que llevarle el niñito a la residencia, le hizo un huequito en su cama y lo *ambuceó* hasta que los dos hicieron tuto! ¿Y el pelado Merengano sacando chanchitos? ¡Si le daba asco la caca de los lactantes y evitaba examinarlos, a menos que la auxiliar rociara la



cuna con Chanel 5, perfume que se obtenía en Farmacia con petición para medicamentos de uso ocasional, en hoja especial, firmada por el jefe de Infecciosos!

Sé que fueron, como todos, becados sufridos, pero no perfectos. Ellos reciben a medianoche el ingreso complejo, vomitando, boqueando, deshidratado y patidifuso, le ponen un poquito de bicarbonato, dos puff de beta-sálvetedios, unas gotitas de potasio, una pizca de oxígeno y una untadita de hipoglos en el potito. A la mañana siguiente el niño está sentado en la cama, leyendo el Condorito, con su ficha clínica completa, los gases a punto y el rompecabezas armado. Entonces llegan los médicos a pasar visita y dicen:

- ¡Qué disparates hicieron! Secretaria, ubíqueme al turno de anoche.

Aparecen los pobres, contritos y asustados, a recibir su lección: se ha demostrado que el hipoglos, cuya fórmula química es "H1-K-glucosa-S", activa la enzima pirulín pirulasa, desencadenando la cascada del complemento, las linfoquinas por las

esquinas y el shock cuántico; que el potasio con el oxígeno forman el oxiuro potásico, una especie de gusano tóxico para el ano, de manera que al darle un puff, el niño hace ipaff! y *kaputt*.

Lo que en ese momento de su colega piensa el becado, en cuanto hombre, es irreproducible en una revista decente como esta; lo que piensa en cuanto médico, y que no osa ni puede decir, es:

- ¿Y acaso no se mejoró, jetón?

## Observaciones y confesiones:

- 1.- El autor de este artículo nunca hizo beca y entró al hospital por la ventana.
- 2.- Donde se ha escrito "hombre", debe entenderse "hombre y mujer".
- 3.- La contratación de residentes en mi hospital, hace ya unos veinte años, alivió la carga de los becados por lo ocurrido en los turnos, pero no de su trabajo en sala.
- 4.- Como médico de staff durante cuatro décadas fui docente de unos 360 becados, manteniendo hasta ahora amistad con un puñado de ellos. Otros me maldicen todavía. **ee**

**ABR** | Terapias artísticas como contribución a la salud de los NNA

**MAY**

Preparándonos para el invierno (Versión 2023)

**Diplomado** Infectología pediátrica (Versión 2023)

**Diplomado** Metodología de la investigación científica

Trastorno del espectro autista (Versión 2023)

**JUN**

**Diplomado** Cuidados de NANEAS y sus familias (Versión 2023)

El cuidado idóneo de todo niño quemado

Farmacología para pediatras

Transporte del paciente crítico pediátrico y neonatal

Enfermería en cuidados intensivos pediátricos dirigido a TENS

LGBTQIA+: Comprendiendo la diversidad y su inclusión (Versión 2023)

**JUL**

**Diplomado** Atención del recién nacido y patologías de los primeros 28 días (Versión 2023)

**Diplomado** Formación de competencias en pediatría

Ventilación mecánica. Desde el servicio de urgencia hasta la UCI pediátrica (Versión 2023)

Trastornos del sueño en pediatría

**Diplomado** Neurodesarrollo desde el seguimiento del niño de alto riesgo (Versión 2023)

Cuidados de salud de NNA con síndrome de Down en atención primaria

Actualización para kinesiólogos en el cuidado respiratorio crítico pediátrico

**AGO**

Modelo integral de rehabilitación del paciente complejo: Disminuyendo su discapacidad

**Diplomado** Endocrinología y diabetes

Cultura para integrantes del equipo de salud

Nefrología intensiva en pediatría

Reumatología pediátrica

Laboratorio respiratorio y función pulmonar para el pediatra general

**SEP**

Inteligencia Artificial: Desafío y oportunidad en medicina

**Diplomado** Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en pediatría y neonatología

Pediatría ambulatoria

**Diplomado** Ginecología pediátrica: De lo clásico a lo emergente (Versión 2023)

Alergias en pediatría: De la sospecha al manejo (Versión 2023)

Adolescencia: Un complejo desafío clínico

**OCT**

Cuidados intensivos pediátricos

Infecciones neonatales

Trastornos alimentarios en la niñez y adolescencia

\*Programa sujeto a modificación





# XIX CONGRESO CHILENO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

XIX Jornadas de Enfermería Intensiva Pediátrica  
X Jornada de Kinesiología Intensiva Pediátrica

08 AL 11  
OCTUBRE  
2024

Cursos Precongreso 08 de Octubre

CLUB LA SERENA, AV. DEL MAR 1000, LA SERENA

MODALIDAD  
PRESENCIAL

Información y Envío de Trabajos en  
>>> [sochipe.cl/intensivo2024](https://sochipe.cl/intensivo2024)



Sociedad  
Chilena  
de Pediatría

