

abril 2014



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 13 Nº 56

CONTENIDO

EDITORIAL

Servicio de Alimentación Hospital Manuel Arriarán

TEMA

Constipación en Pediatría

PREGUNTA AL ESPECIALISTA

¿Los nuevos males del usuario de la Red?

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada

Dra. Marcela Godoy Peña

Dr. Francisco Prado Atlagic

SECRETARIA

Yini Esbeile Luna

SERVICIO DE PEDIATRÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

Santa Rosa 1234 - SANTIAGO

FONOFAX: 2556 6792



■ www.saval.cl **SAVAL**

Revista de circulación exclusiva para personal médico



Lukanex®

MONTELUKAST / SAVAL

Todas las presentaciones
para **RESPIRAR MEJOR**



Lukanex® (Montelukast)

- Lukanex® Comp. Recubiertos 10mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 5mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 4mg x 40
- Lukanex® Sobres con Granulado 4mg x 40



GARANTÍA
INVIMA

Nueva Planta SAVAL
Tecnología de Punta
Certificada según normas
Internacionales

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl
y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL

• EDITORIAL •

SERVICIO DE ALIMENTACIÓN HOSPITAL MANUEL ARRIARÁN

Gladys Romero Hernández
Nutricionista. Hospital Manuel Arriarán B.

El primer recuerdo que viene a mi mente del Hospital Manuel Arriarán, es cuando siendo muy pequeña iba de la mano de mi madre a control médico, siendo recibida en ese entonces por un joven médico, quien al verme extendía sus brazos para recibirme. Por supuesto yo corría a sus brazos y me alzaba. Que felicidad ese encuentro, era lo que mitigaba mi dolor y hacía más tolerante las próximas citaciones.

De ese entonces visualizo una gran casona con recintos cerrados, de corredores con ventanales de vidrio, amplios espacios y jardines. Me vienen a la memoria los rosales trepadores y buganvillas de la entrada, las palmeras, ceibos, jacarandaes y los añosos pimientos que aún, porfiadamente persisten.

Con el paso del tiempo, transcurrieron los años y volví, ya una profesional recién egresada, para ser sincera a disgusto, porque encontraba el Hospital muy antiguo y feo, tal vez me dejaba llevar por la infraestructura, que por mi juventud no sabía valorar. El cargo a desempeñar era un reemplazo maternal, pre y postnatal, que acepté porque mi decisión era trabajar pronto. Terminado este período, me quedé como era habitual en esa época, sin remuneración ni esperanza de cargo, solo atraída por la calidad profesional y humana del equipo de colegas, el entorno del personal de alimentación y personal en general de los servicios clínicos.

Dios permitió que la cátedra del profesor Dr. José Bauzá Frau del Hospital Roberto del Río,

se trasladara al Hospital Arriarán donde posteriormente me encontré con el Dr. Roberto Infante Yávar, una de las personas que me apoyó junto con el Dr. Llodrá y como tutor de Tesis el Dr. José Bauzá, para recibir mi título.

El Dr. Infante Yávar, con la gentileza que lo caracterizaba, hizo de ese encuentro una magia, ofreciéndome un cargo a través de la cátedra del Profesor Bauzá, pues en ese momento tenían la posibilidad de solicitar profesionales para la nueva planta de funcionarios. Ello permitió quedarme definitivamente en el Hospital Arriarán.

Como pueden percibir, la opinión que tenía se revirtió aún más, pues la calidez y acogida de mis colegas de la época, el tiempo que compartimos fue muy gratificante. Era un grupo apoyador, jóvenes palomas blancas de impecables uniformes, de tela que se almidonaba, igual que las tocas que usábamos y zapatos blancos, todas de un mismo estilo de presentación, como se acostumbraba en cada grupo de acuerdo a su rol. En la Central de Alimentación había un comedor donde llegábamos diariamente, más o menos a la misma hora a almorzar; esta convivencia alrededor de una mesa, compartiendo la misma alimentación normal de los pacientes era acogedora. Nuestra conversación era variada y entretenida, muchas veces temas relacionados con los pacientes, relatos técnicos y experiencias del día. Todo ello permitía enriquecer nuestros conocimientos, agregándose una entrega incondicional, lo que hizo un equipo cohesionado, transparente, sin doble estándar, una excelente voluntad y

disposición de ayuda mutua en lo profesional y personal. Éramos un grupo de vocación y servicio público, todo trabajo que emanaba de los niveles superiores y/o requerimientos propios, eran realizados por todas, cada una exponía sus ideas con respeto, sin descalificaciones ni afán de lucimiento. Así surgía el desarrollo de la misión, estábamos muy bien organizadas, programadas y cumplidoras de nuestras funciones; las órdenes de los superiores eran para cumplirlas no para discutir las, la disciplina, establecida en forma tácita, permitía un orden lógico, sin cuestionamientos, tareas que todas asumíamos con agrado, con la satisfacción del deber cumplido; nuestro lugar de encuentro era el comedor, nos sentíamos bien. Contábamos con valores básicos y esenciales entregados por una familia de clase media, donde el esfuerzo predominaba. No nos interesaban las apariencias, teníamos riqueza espiritual, que nos hacía personas felices, positivas, altruistas, nadie luchaba con individualismo, egoísmo o sentido de competencia, actuábamos solidariamente como grupo, no existían los sub-grupos, éramos uno solo.

En aquel tiempo teníamos que ser más creativos con los recursos que teníamos. Nuestra base eran los alimentos convencionales fórmulas nutricionalmente adaptadas, porque no existía la gama de productos comerciales que existen hoy en día. Contábamos con fórmulas sin lactosa, sin gluten, la famosa *“Bomba Talbot”* para quemados, la presentación de la *“bandeja de prueba”* para estimular el apetito de los pequeños desnutridos, la dieta modular original de la Dra. Sonia San Martín, Gastroenteróloga Infantil, la que al principio no fue exitosa porque se aplicaba tardíamente. Contamos con preparaciones para pacientes neurológicos,

nefrópatas, etc. El buen resultado de la planificación de estas dietas, al margen de lo técnico, eran las preparaciones realizadas por nuestras auxiliares de alimentación. Personal comprometido con su quehacer, capacitado y supervisado directamente por la Nutricionista a cargo; como entre todos nos ayudábamos, conseguíamos análisis bacteriológicos y proximales para tener certeza higiénica y nutricional; era una sociedad donde nadie se atribuía los éxitos, éstos eran del equipo multidisciplinario que participaba en la recuperación de los pacientes, la evidencia de donde provenía, se recibía con humildad, así seguíamos luchando para ser mejores en forma integral.

Las hojas del calendario idas, nos han hecho olvidar situaciones vividas, que hoy recuerdo con nostalgia y a la vez con la dicha profunda de haber compartido con personas de alma, mente y cuerpos sanos, a quienes llevaré por siempre en mi corazón, a esas “Dietistas” hoy Nutricionistas por revalidación de título. Nuestro pensar y actuar eran muy semejantes, destaco con mucho cariño a Nancy Valdés, hoy jubilada feliz. Su entrega como persona, formación y apoyo a los demás, permitió que hiciera muchos cursos de postgrado. En general ante estas circunstancias u otras que se presentaban, nuestro equipo cumplía sin quejas, reclamos por cansancio, por calor o frío, porque los Servicios Clínicos estaban distantes, algunos externos, incluso fuera del Hospital. En calle San Francisco, estaba la Sala Cuna y Jardín Infantil y el Sanatorio Susana Palma donde debíamos rotar mensualmente, estaba ubicado en el paradero 1 de Gran Avenida (frente a la plaza Placer).

Por ese entonces, también se rotaba por

la Central de Alimentación por un período de un año. Cuando teníamos que salir a Consultorios por 6 meses, una compañera cubría los Servicios de la persona ausente.

Las Nutricionistas y las Auxiliares de Alimentación éramos una familia feliz, celebrábamos el 29 de Julio el Día del Auxiliar de Alimentación, el Director de turno autorizaba el ágape y asistía a lo que organizábamos las Nutricionistas. Nosotros preparábamos todo y servíamos a nuestro personal en agradecimiento y por el afecto que sentíamos por nuestras fieles colaboradoras.

El Hospital Manuel Arriarán era una **“Gran Familia”**, celebrábamos en conjunto el Día del Hospital. Que hermosos recuerdos de esos bellos jardines y la alegría de las labores y asados compartidos, una alegría respetuosa y sana; la Navidad, celebración de los hijos del personal y de los pacientes y porque no recordar también la Primera Comunión de los pacientes de Segunda Infancia, organizado por la Enfermera del Servicio, el sacerdote del Hospital y la Nutricionista que coordinaba el desayuno especial para los niños, familiares de ellos y personal del Servicio. En una ocasión, recibí una grata sorpresa por parte de los padres de los pacientes: un maravilloso canastillo de camelias rosadas en gratitud por lo que hacíamos por sus hijos y por nuestra entrega personal profunda, comprometida.

En la época del Hospital Arriarán, las Nutricionistas éramos muy trabajólicas, dispuestas siempre a cooperar en lo que se nos solicitara. En relación con la alimentación y la nutrición, realizamos muchas actividades educativas con la comunidad, desarrollamos temas que impartíamos a los Profesores de las escuelas del sector, coordinadas

por la Educadora Sanitaria Srta. Delia Báez, quien dictaba temas de relaciones humanas a nuestro grupo.

En ese entonces, como pueden observar, no había Nutricionistas en los Consultorios, y puedo contarles, con mucha satisfacción, lo que hicimos voluntariamente varios veranos. En las tardes asistíamos a los Consultorios del área, a dar atención a las madres y orientarlas en la importancia de la higiene y manipulación de alimentos; la programación y preparación de una alimentación equilibrada; saber qué comprar y cómo; saber dónde comprar para utilizar mejor su presupuesto familiar. En la época del Programa de las diarreas y la desnutrición, la organización del equipo provenía de los Pediatras, quienes nos trasladaban a los lugares donde ellos atendían a sus pacientes. A la vuelta, **los dirigentes vecinales nos acompañaban hasta que tomábamos locomoción**. Eran personas gentiles, amables, cariñosas que velaban por nuestra integridad por el apoyo que recibían, éramos también muy jóvenes. Además los visitábamos en sus domicilios para comprobar si practicaban nuestras enseñanzas, en lo relativo a la limpieza y aseo del hogar para evitar enfermar.

Así, gracias a nuestro esfuerzo reconocido, obtuvimos a nivel del MINSAL, el primer cargo de Nutricionista en Salud Pública, el que fue destinado al Consultorio Los Nogales, y de común acuerdo, las tres más fanáticas JR - RV - GR decidimos dejarlo a la más apasionada Rosario Vila, “Charito” para las amigas.

El trabajo en clínica, al lado del paciente, era en equipo, en una comunicación fluida, coordinada, precisa, resolutive de comprensión y ayuda en los

diferentes desempeños, en bien de los pacientes, esta actitud nos permitía realizar nuestro trabajo con gran entusiasmo y humanismo.

Para graficar nuestro quehacer profesional, tuve la oportunidad de participar en el Programa Médico en casa dirigido por el Jefe de Programa Materno Infantil. Entre los Pediatras, recuerdo al Dr. Francisco Beas Franco, lo destaco porque siempre mi exposición era después de él, este evento se realizó en el único auditorium central que existía en nuestro Hospital Arriarán. Recuerdo el tema de la Desnutrición, donde se presentó una paciente, a través de *“rotafolio”* único medio visual accesible, donde se señaló desde los inicios de su hospitalización, su estadía en el Servicio Clínico, toda su evolución, hasta llegar a mostrar a una niña hermosa, recuperada, gracias al trabajo en equipo, donde cada uno aportaba lo suyo con esmero y la recompensa del logro obtenido.

Permítanme recordar con mucho afecto a médicos connotados de ese entonces, el destacado Dr. Alejandro Maccioni Seis dedos con su interrogatorio en sus visitas, así tuve la necesidad de memorizar la composición química de algunos alimentos, para poder responderle el valor nutricional que tenían relación directa con la patología de los pacientes. Ello, a través del tiempo me sirvió para aplicarlo en el Servicio de Nutrición, cuyo Jefe de Unidad el Dr. Oscar Errázuriz, muchas veces llamaba al orden, para iniciar la visita, con un silbato, a las 8 hrs. AM en punto, al margen del horario de ingreso que tuviéramos. Si yo era la más rápida en aparecer, caía en mi propia red, rápidamente pedía que le dictaran preparaciones a dar a los pacientes, uno a uno, con sus aportes macronutrientes y finalmente por kilo de peso, con el tiempo me di cuenta que

le agradaba ponerla a uno en trance emocional, donde la habilidad mental tenía que ir a su ritmo.

Entre tantos Pediatras que trabajaron con mis colegas, tengo una lista, cada uno con sus propias características personales y exigencias profesionales. Entre ellos el Dr. Rodolfo Burdach Weil (Q.E.P.D.), el Dr. Luis Semprevivo Curotto, con quien compartimos muchas Navidades con la Dra. Jimena Guerrero Rose y todos los integrantes de la Unidad de Infecciosos. Aún conservo en el intercambio del amigo secreto un par de paños italianos para secar loza, provenientes de algunos de los viajes del Dr. Luis Semprevivo C., al parecer esto no era tan secreto. Siguiendo en el pasado, no podría olvidar al Dr. Carlos Hidalgo Saavedra, amigo y uno de los mentores en mi formación profesional, cuyos consejos recuerdo con mucho cariño. Entre otros galenos el Dr. Iván Contreras Hermosilla, médico tratante, parco, buen mozo y serio, en el buen sentido; el Dr. Claudio Ferrada A., atrayente, poseedor de una innata distinción en el trato con sus colegas, personal y pacientes; la Dra. María Eugenia Willshaw, de quien recibí observaciones personales que enriquecieron mi manera de ser. Tengo bellos recuerdos de momentos compartidos, su matrimonio, su primer hijo, paseos realizados. También tengo presente a la Dra. María Inés Sims S. (Q.E.P.D.) con quien conversábamos temas de actualidad femeninos, en especial en fiestas patrias, cuando organizaba un festín dieciochero y escapábamos a comprar las famosas empanadas Roysar; el Dr. Dino Curotto Arado, médico tratante, Jefe de Unidad y Docente de la U. de Chile, sencillo en su quehacer y humano en su actuar; el Dr. Andrés Varas Alfonso, destacado por su caballerosidad y afable sonrisa. Recuerdo cuando en mi juventud, llegaba a la sala y me decía sonriente *“Srta., por favor, tenga la bondad*

de cerrar la puerta, déjala como la encontré”, o cuando me decía *“está bien, para Ud. problema existente, problema resuelto, así deberían ser todas las personas”*; el Dr. Santiago Rubio Arce, con quien trabajé años después en el Servicio de Pediatría del H. Paula Jaraquemada, hoy H.C.S.B.A. sólo tenía referencias de él, a través de mis colegas, muy buen médico, humano y sensible, tenía una debilidad: pedirle a mi colega Eugenia Moreno, *“una presita de pescado frito”*, cuando se preparaba para los niños mayores porque lo encontraba rico y bien elaborado. Recuerdo su infaltable presencia las noches de Año Nuevo, después de las 24 hrs., en que llegaba a saludar al personal de turno. La Dra. Lina Boza C. la conozco de sus inicios laborales, siempre muy profesional, luchadora y entregada por completo a sus pacientes, gran capacidad de trabajo y estilo organizacional, sinceramente la admiro mucho. El Dr. Miguel Ferrari A., profesional del cual recuerdo varias facetas, una de ellas y predilecta para él, cuando yo contaba que era de una apuesta figura, tostado con un abundante pelo castaño, con uniforme blanco, era, de un gran atractivo, para recrear la vista, tenía una vanidad sana cuando me decía: *“mijita, cuente como era yo”*.

El Dr. René Artigas N., entregó todo su tiempo y pasión profesional a los niños quemados, tarea en la cual pusimos todos nuestros esfuerzos y experiencia en el campo de la nutrición.

Quisiera destacar al Dr. Carlos Allende Gaete (Q.E.P.D.), uno de los Directores del Hospital Arriarán, quien llegaba a la Central de Alimentación a las 07:30 de la mañana y me decía *“contento, Señor, contento”*. Así éramos felices y sonrientes. Existía en alimentación, la autogestión, con presupuesto anual, al llegar octubre nos sobraba

dinero y preparábamos exquisiteces en el régimen normal: arroz a la valenciana; pollo arvejado, en ese tiempo el pollo era un lujo; empanadas; humitas; pastel de choclo; asados de vacuno; ensaladas con aceitunas. Todo preparado manualmente por nuestro personal dado que contábamos con algunos equipos de cocina que se mantenían en buenas condiciones.

Todos los funcionarios teníamos gran capacidad de trabajo para desempeñar nuestras tareas, nunca reclamamos por exceso de trabajo, sí por las bajas remuneraciones.

Volviendo al Dr. Allende, época de los más bellos jardines del Hospital Arriarán, era una de sus satisfacciones pasearse y contemplar las rosas, la naturaleza existente. Nuestra conversación era cercana por afinidades de trabajo, por el afán personal, me pidió que hiciera algunos cursos en el Instituto de Salud Pública, lo cual no me agradaba. El Dr. Allende era perseverante en sus ideas, de tal modo que finalmente le hacía caso, él se sentía gratificado, porque la primera vez que postulé, obtuve el tercer lugar del grupo multidisciplinario. En verdad tenía razón, amplió mi horizonte del conocimiento, del aprendizaje y del desarrollo personal; sufrí como no lo pueden imaginar, un año duro, que hoy recuerdo satisfecha y agradecida.

Esto me inspiró a seguir haciendo otros cursos, la meta del Dr. Allende, era que fuera Nutricionista Jefe del Hospital que estaba construyéndose, hoy Hospital Clínico San Borja Arriarán (H.C.S.B.A.), su visión futurista se cumplió y recuerdo con mucho cariño y nostalgia cuando me decía: *“cuando seas Nutricionista Jefe de ese Hospital, yo estaré muerto y espero que te acuerdes de mis*

palabras y de mis consejos”... Gracias, doctor por creer en mí, espero no haberlo defraudado en mí accionar, he velado por la comunidad hospitalaria, de acuerdo a los recursos disponibles y la capacidad y apoyo del entorno.

A través del tiempo, la sociedad y el sistema de vida ha cambiado, la velocidad de avance de las ciencias y la tecnología ha dado origen a nuevas generaciones, que deben trabajar muchas veces en ambientes impersonales, individualistas, altamente competitivos. La crisis de valores, el exitismo, el consumismo de hoy puede arrastrarlos inconcientemente. Ojalá pudiéramos rescatar lo bueno del pasado y construir sobre ello. Un profesor decía que el hombre destruiría al hombre, felizmente esto ha sido parcial, aún existen personas con ética y valores espirituales, que disfrutaban de las cosas simples de la vida, la verdadera riqueza del alma que se refleja en nuestro quehacer diario.

Especial mención al Dr. Francisco Barrera Quezada, persona rica en sentimientos, humano, excelente médico, colaborador incansable de la medicina y de sus pacientes, comprensivo y empático, sencillo, humilde pero firme en sus decisiones y en la defensa de sus ideas y principios. Con él tuve la oportunidad de trabajar en diversos proyectos de investigación, integrando además el equipo mi amiga la Enfermera Sonia Escobar M., una de las grandes profesionales destacadas en la bella época del Hospital Arriarán, y la Dra. M. Jesús Rebollo G., de generación joven, de quienes tendría que hacer un capítulo aparte.

Del Dr. Barrera, aprendí que para estar bien con las personas algo difíciles, lo mejor era permanecer a doscientos metros de distancia, me

lo dijo una vez en un impasse que él presencié. Hasta el día de hoy lo aplico; él reforzó mi interés por la lectura, me prestaba libros, porque antes, más que ahora se me perdía el dinero, simbólicamente, como a muchos.

Como con muchos otros, siempre ha estado presente en mis debilidades de salud y momentos de profunda tristeza, en estos momentos me embarga una gran pena, lloro, corren mis lágrimas, las que no puedo controlar, créame, es verdad, usted ha sabido interpretar mis sentimientos, en la partida de mi madre a la eternidad, me dijo: ***“Gladys, te conozco, cuídate, estás fingiendo. Así era y así es”.***

Dr. Barrera mi gratitud por la oportunidad que me dio de participar en esta evocación, que ha sido de gran relevancia para mí y un deseo que quería realizar y que se me ha cumplido.

Gracias a todos, a los que también he omitido, mis disculpas, sólo me resta decirles que la vida es bella, en todos los planos de nuestra existencia, sólo depende de nosotros, no culpen al destino ni a nadie. Aunque es difícil pero no imposible, la mejoría continua de nuestras acciones nos hace personas dignas en el presente y nos permite elevar nuestro espíritu.

Mi visión de los tiempos actuales dista mucho del pasado, estamos frente a una sociedad enferma por la vida acelerada, el stress, por alcanzar en corto plazo, lo que a nuestros padres y abuelos les costó toda una vida, la economía de mercado y el consumismo han confundido sus principios y valores.

Desde 1991, año en que se creó el Departamento

de Alimentación y Nutrición y la jefatura se seleccionó por concurso interno del área, recuperamos la celebración del día del Auxiliar de alimentación, tradición que se había perdido y que retomamos desde entonces. Es muy gratificante en lo personal, pues tengo el convencimiento que nuestro personal auxiliar sabe responder en los momentos difíciles, son personas cooperadoras, abnegadas, de excelente voluntad y predisposición, mi reconocimiento y gratitud para cada uno de ellos.

Que, en nuestro desempeño, ojalá todos estemos tratando de reparar el barco para navegar mejor, pues el océano que nos espera no tiene límites, a veces el oleaje nos deja al borde de la playa, pero volvemos de todas maneras a ese océano

inmenso, bonito, que necesita que lo amemos. Que nuestra barca tenga sus velas firmes para equilibrarnos ante los temporales, no naufragar, seguir, porque después de la tempestad viene la calma, al invierno le sigue la primavera, con sus verdes tiempos, árboles en flor, el cantar de las aves y la renovación del espíritu, así, llegaremos a tierra firme. En el muelle, nos esperan quienes padecen un dolor o clamor por una atención digna, necesitan nuestro apoyo y atención entregada con esmero y oportunidad para ser personas con estilo de vida saludable y feliz, entregar su amor a su familia y a la sociedad.

Ánimo, con equidad, compromiso, participación efectiva y capacidad de entrega. Espero ver una salud sana para todos, en un mundo mejor a través del amor, como Dios quiere.

Nota del editor:

La Srta. Gladys Romero Hernández, hizo toda su carrera profesional en el Hospital Manuel Arriarán B. y Hospital Clínico San Borja Arriarán, acogiéndose a jubilación el año 1994. Su emotivo y maravilloso relato lo escribió ya jubilada y en agradecimiento a la oportunidad de haber trabajado junto a un comprometido equipo de salud.

Fuente: Hospital Manuel Arriarán Barros: Memorias y Vivencias

• TEMA •

CONSTIPACIÓN EN PEDIATRÍA

Dra. Elizabeth Navarro Díaz, Becada Gastroenterología Infantil. Universidad de Chile
Dr. Eduardo Chávez Cortés, Gastroenterólogo Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Definición:

Dificultad en la defecación que se manifiesta como disminución en la frecuencia de evacuaciones o en la percepción de que el proceso de defecación es difícil, doloroso o incompleto.

Epidemiología

Afecta a 1,5-7,5% de niños en edad escolar con una prevalencia mundial estimada de 3%. Constituye 1,5-6% de las consultas al pediatra y hasta 25% de las consultas de gastroenterología. Hay historia familiar de constipación en 28-50% de los casos, con un máximo de prevalencia entre los 2 y 4 años, etapa en que se inicia control esfinteriano. 17 al 40% de los casos se inician el primer año de vida.

Fisiología:

Mecanismos de continencia

-Al llegar la materia fecal a la ampolla rectal produce distensión, lo que lleva a un aumento de la presión intraluminal, dando lugar a dos reflejos: rectoanal inhibitorio (relajación del esfínter anal interno) y rectoanal excitatorio (contracción refleja del esfínter anal externo). Además se produce contracción voluntaria del esfínter y músculo puborrectal, produciéndose angulación del canal ano-rectal (ángulo 80-90°) que es el mecanismo más importante para la continencia fecal gruesa.

-Recto tiene capacidad de acomodarse al volumen de materia fecal que contiene, disminuyendo la presión intraluminal lo que interrumpe actividad refleja.

-Durante el sueño disminuye actividad tónica del canal anal, aumenta la actividad motora del recto con propagación de la contractilidad en forma retrógrada, lo que mantiene la continencia.

Mecanismos de defecación

-En el RN y lactante es una respuesta refleja.

-El estímulo para iniciar la defecación es la distensión del recto. Mediante la maniobra de Valsalva se sobrepasa la presión del esfínter externo, el piso pélvico desciende y avanza el bolo fecal.

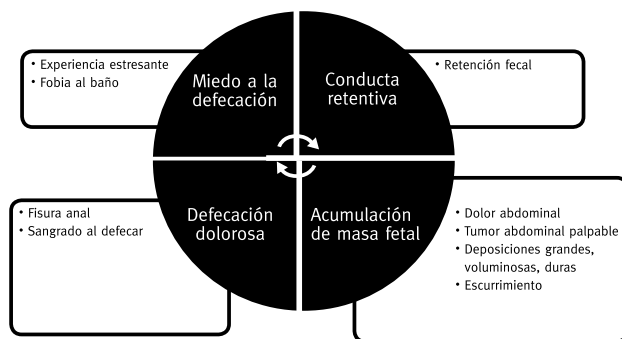
-Una vez iniciada la expulsión, ya no es necesario aumentar la presión intraabdominal mediante Valsalva, ya que por el reflejo anocólico se producen contracciones propulsivas. Una vez completada la evacuación, el piso pélvico asciende y el canal anal se colapsa.

Fisiopatología

Hay 3 períodos en la vida, vulnerables para que se produzca constipación: cuando se introduce la alimentación no láctea, al iniciar el entrenamiento del control esfinteriano y cuando se inicia la escolaridad.

En estos pacientes la defecación se convierte en una experiencia estresante, lo que lleva a evitar la evacuación (conducta retentiva), acumular deposiciones en recto, llevando a un aumento del umbral defecatorio, acumulándose cada vez más deposiciones, haciendo el proceso progresivamente más dificultoso.

El recto lleno lleva a ensuciamiento (con la expulsión de gases), fatiga de musculatura pélvica y a incontinencia urinaria e ITU por la presión que ejerce la masa fecal sobre la vejiga.



Diagnóstico

Es clínico, basado en historia y examen físico. Es importante preguntar por las horas en que se elimina el meconio, entrenamiento del control esfinteriano, edad de inicio de la constipación, características de las deposiciones, síntomas asociados a defecación, dolor abdominal, sangrado, incontinencia fecal, si se aprecia conducta retentiva y síntomas urinarios.

El examen físico debe ser completo, importante poner atención en examen tiroideo, presencia de masa fecal en examen abdominal, signos de disrrafia, realizar un examen neurológico completo, evaluar la región perianal, hacer tacto rectal cuando hay sospecha de impactación fecal y en la primera consulta. Peso y talla, evaluar la curva de crecimiento pondoestatural.

Para diagnosticar una constipación funcional se usan los criterios de Roma III:

1 mes de al menos 2 de las siguientes características en lactantes y menores de 4 años y 2 meses en mayores de 4 años:

- 2 o menos deposiciones por semana.
- Al menos 1 episodio de incontinencia fecal (ensuciamiento) por semana.
- Historia de retención de heces.
- Defecación dolorosa y heces duras.
- Presencia de masa fecal en recto o masa abdominal palpable.
- Historia de paso de evacuaciones que obstruyen el baño.

“Banderas rojas”

Hay señales de alarma que orientan a causa orgánica de constipación, son casos que deben ser evaluados por el especialista, pues van a requerir estudio:

- Inicio muy precoz (<1 mes)
- Retraso en eliminación de meconio >48 horas
- Ausencia de conducta retentiva
- Retraso pondoestatural
- Ampolla rectal vacía
- Anomalías pigmentarias
- Sangrado (ya sea rectorragia o sangre oculta en deposiciones).
- Examen neurológico alterado
- Examen perianal alterado
- Fístula perianal
- Gran distensión abdominal
- Historia familiar de Enfermedad de Hirschprung
- Fiebre
- Vómitos biliosos
- Sin respuesta a tratamiento convencional

Exámenes complementarios

Se realizan cuando se sospecha una causa orgánica (“banderas rojas”) y ante la presencia de constipación intratable (aquella que no responde a manejo óptimo por al menos 3 meses).

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es ayudar al niño a sobrepasar el estrés emocional que implica el proceso de defecación y disminuir ansiedad de familia.

Los pilares del tratamiento son:

- Educación
- Desimpactación
- Mantención

Las recomendaciones en la dieta son mantener una alimentación saludable, ingesta de fibra normal (cantidad de fibra en gramos = edad en años + 5) y fomentar la ingesta de líquidos (agua).

En cuanto a hábitos:

- Fomentar la actividad física
- Planificar el uso regular del baño, después de las comidas principales.
- Refuerzo positivo de conducta, uso de calendario.

Tratamiento farmacológico:

Laxantes osmóticos

• Polietilenglicol: polímeros lineales de óxido de etileno, no absorbible en tracto gastrointestinal por su alto peso molecular. Impide la absorción de agua de las heces. Bien tolerado, no produce flatulencia.

• Lactulosa: disacárido sintético de galactosa-fructosa resistente a la hidrólisis por las enzimas digestivas. Fermenta en colon, dando lugar a productos que ejercen efecto osmótico, atrayendo agua a luz intestinal, produciendo un aumento

del tamaño de bolo fecal y del peristaltismo. Sus efectos adversos son flatulencia y dolor cólico. Tarda 2-3 días en iniciar efecto.

Tratamiento de desimpactación:

• Vía oral o rectal.

• Busca la rápida eliminación de materia fecal y disminución de la incontinencia.

• Enemas de fosfato: 2 cc/kg, contraindicados en los menores de 2 años y pacientes con falla renal.

• Polietilenglicol con o sin electrolitos: 1-1,5 gr/kg/día vía oral por 3 a 6 días

Tratamiento de mantención:

• El objetivo es reestablecer el hábito intestinal normal, mantener el recto vacío y prevenir la reimpactación:

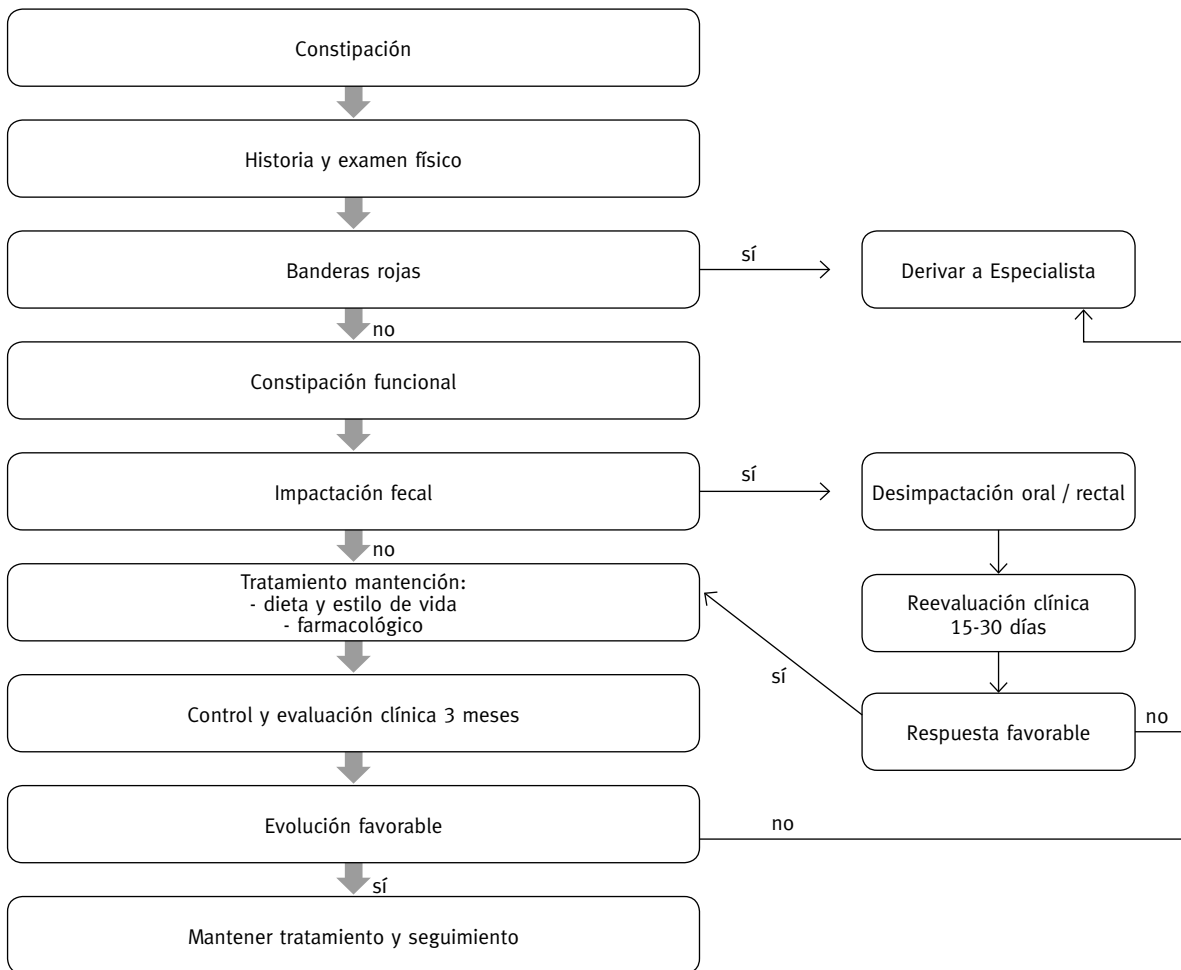
- Polietilenglicol con o sin electrolitos 0,3-0,8 gr/kg/día

- Lactulosa 1-3 cc/kg/día

• Mantener al menos 2 meses y esperar 1 mes con deposiciones normales para disminución gradual hasta suspensión.

Pronóstico

En general es bueno, pero es un manejo a largo plazo. 50% a 80% de los niños se recupera después de 5 a 10 años, respectivamente. Se estima que hasta un 30% llega a ser un adulto constipado.



Bibliografía:

- Clinical Practice Guideline: Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006.
- Guías de práctica clínica en pediatría, Complejo Hospitalario San Borja Arriarán. VI edición, 2013.
- Macrogol (polyethyleneglycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. Arch Dis Child 2009.
- Novel and Alternative Therapies for Childhood Constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2009.
- Constipation in children and young people. NICE clinical guidelene 2010.
- Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. AEPED. Gastroenterología y nutrición. Estreñimiento y encopresis. 2010.
- Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. SEGHN. 2011. Fisiología de la motilidad intestinal/ Estreñimiento.
- Eficacia, tolerancia y seguridad a largo plazo del polietilenglicol 3350 con electrolitos en el tratamiento del estreñimiento funcional en niños. An Pediatr (Barc). 2013.
- Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr, February 2014.

• PREGUNTA AL ESPECIALISTA •

¿LOS NUEVOS MALES DEL USUARIO DE LA RED?

Dr. Francisco Moraga M.
Nutriólogo Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán

LOS iDISORDERS

Es indiscutible que la vida es más fácil gracias a la tecnología, pero esto está teniendo un costo desde la salud mental. La adicción a las redes sociales y a los dispositivos electrónicos es real y se están describiendo muchos trastornos, un área emergente de problemas de salud, llevando a acuñar el término “iDisorders” para referirse a signos y síntomas propios de trastornos psicológicos -estrés, insomnio y la necesidad compulsiva de probar toda nueva tecnología-, producto de cambios en la capacidad del cerebro para procesar la información y de relacionarse con el mundo, atribuibles al uso diario de los medios de comunicación y la tecnología.

Estos son algunos ejemplos de esta nueva morbilidad.

NOMOFOBIA

(“no-mobile-phone phobia”)

Se refiere a la sensación de angustia, ansiedad o miedo irracional que se experimenta cuando se dan situaciones como la pérdida del celular, batería agotada y falta de señal. Recientemente, un estudio hecho por la BBC en Gran Bretaña reveló que el 66% de la población sufre nomofobia, lo que supone un aumento del 53% con relación a un sondeo realizado en 2008 por la misma empresa, la que dio origen al nombre.

La caracterización del afectado es: “suele tener baja autoestima, introvertido, pocas habilidades de socialización y en su tiempo libre sólo usa

el móvil, algo que va unido a no tener otras actividades de ocio”. Esta fobia fue vinculada a la adicción a la tecnología, específicamente con la necesidad de revisar constantemente cada mensaje, alerta o sonido que genera el teléfono, elevando considerablemente los niveles de estrés. Ya está incluida en el DSM-5.

SÍNDROME DE LA LLAMADA IMAGINARIA

(Phantom Ringing / Vibration Syndrome)

De acuerdo con estimaciones internacionales, el 70% de los usuarios de celulares ha sufrido alguna vez la alucinación de que su celular ha sonado o vibrado sin que en realidad lo hubiera hecho.

Esto sucede porque nuestro cerebro ha empezado a asociar el móvil con cualquier impulso que recibe. La denominación aparece por primera vez en la caricatura ilbert (Scott Adams) en 1996 como “phantom-pager syndrome” haciendo referencia a los buscapersonas, los dispositivos más usados entonces; en 2012 el Macquarie Dictionary lo incluye como “la palabra del año”.

DEPRESIÓN “SOCIAL”

(Facebook Depression)

La AAP la describió en 2011 y se puede producir, por ejemplo, cuando un usuario no logra la popularidad esperada al ver las actualizaciones de estado, sus publicaciones en el muro, y las fotos que ha subido, llevando a sentir síntomas depresivos, angustia y frustración a niveles

patológicos. Esto puede tener mayor impacto psicosocial en niños con baja autoestima. Algunas personas se deprimen porque tienen pocos “amigos” en redes sociales (Facebook, MySpace) o son impopulares en sitios de juego virtual o no captan seguidores en sus cuentas de Twitter o blogs, por ejemplo.

CIBERMAREO

(Cybersickness)

La palabra nace en los noventa y se refiere al mareo que sentían los usuarios de aparatos de realidad virtual. Actualmente, se amplía a la desorientación y mareo que sienten algunas personas al interactuar con ciertos entornos digitales.

Recientemente, usuarios del iOS 7 de Apple expusieron estos problemas físicos por el nuevo diseño: el efecto parallax -vaivén del fondo de pantalla cuando movemos el celular-, el zoom al salir y al entrar en las aplicaciones y la alta resolución de la pantalla.

ADICCIÓN A INTERNET

(Internet Addiction - Problematic Internet Use)

El Trastorno de Adicción a Internet se describió en USA en 1996 y se refiere al uso excesivo de la web y la necesidad de estar todo el tiempo conectado, hasta el punto que esto interfiere con la vida diaria. El usuario medio de celular comprueba su dispositivo cada seis minutos y medio (lo que equivale a 150 veces al día), según una reciente encuesta de Huff-Post/YouGov.

A veces esta condición es la manifestación de un trastorno obsesivo-compulsivo, un déficit

atencional o sociopatías. Otras veces se presenta como un trastorno de dependencia específica como adicción a juegos online, cibersexo o apuestas.

CIBERHIPOCONDRIA

(Cyberchondria)

Es adquirir el convencimiento de padecer algún mal tras haber leído al respecto en la web. El problema es que uno puede empezar a encontrarse realmente mal a causa del efecto nocebo, denominación que se da al efecto contrario al del uso de placebo. Es similar a la hipocondría, sólo que las dolencias son conocidas a partir de la navegación en el ciberespacio.

EFECTO GOOGLE

Es cuando el cerebro retiene menos información de la que es posible, como consecuencia de la posibilidad de acceder a ella en cualquier momento, lo que evita, consciente o inconscientemente, el esfuerzo de retener información en la memoria de los individuos: todas las respuestas están a un sólo click de distancia y, por lo tanto, se recuerdan menos. Esta situación es especialmente frecuente en jóvenes profesionales y puede ser de alto riesgo entre médicos o miembros de equipos de salud.

DEPENDENCIA A LOS VIDEOJUEGOS ONLINE

(Internet Gaming Addiction)

Esta es una de las enfermedades cibernéticas más comunes. Se estima que los que la padecen pasan alrededor de 17 horas al día en los juegos en línea, por lo que desatienden tareas realmente importantes, como ir a la escuela o al trabajo. Está incluido en la Sección 3 del DSM-5.

FOMOFobia O “TEMOR A PERDERSE ALGO”

(Fear of Missing out)

Caracterizado por la ansiedad que sufren algunas personas por perderse un buen momento, un momento divertido, o por la preocupación de que otras personas estén teniendo más diversión y experiencias gratificantes que ellos, a través de la red. Esto lleva al deseo de permanecer continuamente conectados con lo que otros están haciendo en las redes sociales, perdiéndose en la vida de otros.

Sin duda que te has identificado con más de uno de estos trastornos.

Las tecnologías de la información y comunicación (TICs) han significado, sin duda, un enorme avance para la humanidad y constituye un valioso instrumento de aprendizaje para nuestros niños. Pero dado que la tecnología seguirá progresando para penetrar en la sociedad aún más profundamente, es que tenemos que estar preparados para reaccionar positivamente e incorporarlas eficiente y sanamente a nuestra vida diaria, y a la vez ser capaces de entregar formas de integrar esta tecnología a nuestra cotidianeidad, previniendo en nuestros pacientes un uso no saludable de estos avances.



Notas

Fecha:

Large empty grid for notes.

Abril 2014

Calendar for April 2014 with days of the week and dates.

Mayo 2014

Calendar for May 2014 with days of the week and dates.

Junio 2014

Calendar for June 2014 with days of the week and dates.

Dolo drops[®]

DICLOFENACO RESINATO 1,5%

Diseñado
para el pediatra



GARANTÍA
INVIMA

Nueva Planta SAVAL

Tecnología de Punta
Certificada según normas
Internacionales

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl
y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL

En terapia antialérgica

Zival[®]

FORTE

LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO / SAVAL

Valora las diferencias

NUEVA PRESENTACIÓN



- Mayor concentración (5mg/5ml)
- Más días de tratamiento (120ml)
- Dosis exacta (jeringa + tapón)
- Sin azúcar, endulzado con sucralosa
- Sin colorantes

Presentaciones pediátricas familia ZIVAL[®]

- 5 mg / ml x 20 ml solución en gotas
- 2,5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral
- 5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral



GARANTÍA
INVIMA

Nueva Planta SAVAL
Tecnología de Punta
Certificada según normas
Internacionales

Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.savalc.cl y/o a través de su representante médico. Material promocional exclusivo para Médicos y Químicos Farmacéuticos.



Unidad | **Pediatría**

■ www.savalc.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

SAVAL

M0178