

Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra

NELSON A. VARGAS C.¹, ARNOLDO QUEZADA L.²

1. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
2. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Presidente Sociedad Chilena de Pediatría 2005-2006.

ABSTRACT

Epidemiology, new paediatric morbidity and paediatrician role

Objective: Describe and analyze the principle changes in child health during the last decades, identify new challenges and relate them to the paediatrician role in this area. **Method:** Review of biomedical literature and national statistics related to infant health. **Results:** The biodemographic parameters of health care have shown a positive evolution, demonstrating the success of preventive programs and mother-child health supervision. The most frequent causes of death have changed, being now emerging diseases, excess nutritional disorders and chronic pathologies; in the future, infant mortality will concentrate on congenital and perinatal diseases. Drugs and alcohol abuse and sexual activity begin at an early age, with increase in adolescent pregnancy. The paediatrician role (lawyer of the rights of children) is to detect pathologies and guide a multidisciplinary health team capable of promoting children health and prevent diseases. The final goal is to contribute to a better life quality of old people.

(**Key words:** health level, paediatric attention, epidemiology, paediatrician role).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 103-110

RESUMEN

Propósito: Describir y analizar los principales cambios de la salud infantil durante las últimas décadas, reconocer nuevos desafíos y relacionarlos con el rol del pediatra en este escenario. **Material y Método:** Revisión de literatura biomédica y de estadísticas nacionales relacionadas con la salud infanto juvenil. **Resultados:** Los indicadores biodemográficos, de salud y atención han tenido una evolución favorable que refleja el éxito de los programas de prevención y control de salud materno infantil aunque subsisten inequidades cuya magnitud se acentúa al comparar unidades administrativas de menor tamaño y grupos étnicos determinados. Las principales causas de muerte han cambiado dando paso a enfermedades emergentes, trastornos nutricionales por exceso y patologías crónicas. A futuro, es probable que las muertes infantiles se concentren en las afecciones congénitas, perinatales y en otras mal definidas del período neonatal precoz. El consumo de alcohol y drogas, así como la actividad sexual, son cada vez más tempranos; mientras el sedentarismo llega a magnitudes importantes y hay una alta proporción de nacidos fuera del matrimonio, en especial en adolescentes. La mayor sobrevivencia aumenta el número y complejidad de quienes deben recibir atención, incrementando la necesidad de capacitación y los costos asociados al avance tecnológico. Rol: Se sugiere que el Pediatra –abogado de los derechos del Niño- debe detectar y dar

Correspondencia a:
Dr. Nelson Vargas C.
E-mail: nvargas@med.uchile.cl

a conocer las desigualdades, pesquisar patologías y liderar un equipo de salud multidisciplinario amplio que trabaje en red y sea capaz de promover la salud infantil y adolescente; prevenir enfermedades y diagnosticar, tratar y rehabilitar los enfermos. Estas últimas misiones deben reforzarse en algunos riesgos específicos. La meta final es contribuir a producir ancianos sanos y con buena calidad de vida. Todo ello obliga a mantener una capacitación permanente y, por la alta exigencia de trabajo, a protegerse del agotamiento personal.

(**Palabras clave:** Nivel de salud, atención pediátrica, epidemiología, rol del pediatra).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 103-110

En nuestro país, muchos indicadores biodemográficos y de salud han experimentado notables cambios en las últimas décadas; mientras la población -con crecimiento bajo, comparable a algunos países industrializados- se ubica preferentemente en las ciudades, tiene analfabetismo bajo y una distribución por edad que revela su envejecimiento progresivo. En el área de salud, la esperanza de vida al nacer ha aumentado a 77,4 años con marcada diferencia a favor de las mujeres, la atención profesional del parto es casi universal y los nacidos vivos con bajo peso al nacer llegan a 5,4%. La mortalidad general e infantil se han reducido a cifras de un dígito y, si bien existen desigualdades por áreas geográficas y nivel socioeconómico, éstas son estrechas.

Esta realidad, producto de medidas sanitarias y programas de salud paralelos al progreso económico, sociocultural y educacional, ha significado un cambio epidemiológico importante: las principales causas de muerte se han modificado, algunas enfermedades han desaparecido o dejado de ser problemas de salud y han aparecido nuevos desafíos y prioridades.

Los objetivos de este artículo son describir los principales cambios ocurridos, reconocer los nuevos desafíos y relacionarlos con el rol del pediatra en este nuevo escenario.

Cambios ocurridos

Indicadores biodemográficos, de salud y atención. Según el Instituto Nacional de Estadísticas, en 2006 Chile tenía 16 432 674 de habitantes que, en su mayoría, vivían en zonas urbanas (86,8%) con crecimiento inorgánico de las ciudades. De ello derivan pro-

blemas de la calidad de vida -contaminación ambiental, dificultades en el transporte y el acceso a viviendas-; así como problemas laborales, con las consecuencias que estos y otros cambios desfavorables tienen en la salud biopsicosocial. La tasa de natalidad es de 15,1 por 1 000 habitantes y los menores de 15 años representan menos de un tercio de los habitantes (25,7%, en el censo de 2002, cifra que en 1970 era 39,3%), mientras los mayores de 65 años se acercan al 8,1%. El alfabetismo, concordante con las mejoras en educación, alcanza a 95,7% (99% en niñas y niños mayores de 10 años).

La esperanza de vida al nacer, traduciendo el descenso de la mortalidad, ha aumentado en forma progresiva y llega a 80,4, en las mujeres y 70,4, en los varones. La mortalidad general es en la actualidad 5,2 por 1 000 habitantes y la mortalidad materna, 17,1 por 100 000 nacidos vivos.

La atención profesional del parto alcanza a 99,8% y los nacidos vivos con bajo peso al nacer, al 5,4%.

La mortalidad infantil -7,8 por 1 000 y en nivel comparable a países industrializados- está entre las tres más bajas de América Latina, logro muy significativo si se considera que en 1960 era 120,3. De acuerdo a cifras del año 2000, en América hay sólo 7 países, entre un total de 31, con mortalidad infantil bajo 10 por 1 000, a diferencia de Europa, donde la mitad de los países exhibe estos valores.

El componente neonatal llega al 63% de la mortalidad infantil y la mortalidad infantil tardía al 37%, con 2,9 por 1 000 nacidos vivos, invirtiendo sus porcentajes en relación a la década de 1960. Las muertes infantiles, en 2003, llegaron a 1 323. Todo esto refleja el éxito de los

programas de prevención y control de salud materno infantil.

Si se analizan las tasas de mortalidad infantil por regiones, en los últimos 30 años se ha logrado una disminución muy importante para alcanzar, en 2003, pocas diferencias interregionales con cifras que oscilan entre 7,5 en la III Región y Metropolitana y 10,1 en la XI Región. Entre las provincias hay oscilaciones mayores, desde 6,1, en Curicó, hasta 14,3, en Arauco, diferencias que se acentúan entre las comunas donde el 10% de las 336 del país duplican el promedio nacional y 6 lo cuadruplican, con valores máximos que llegan a 41 por 1 000, en Camiña, y 50 por 1 000, en Portezuelo. Parece importante destacar esta realidad que apunta a acciones pendientes para lograr mayor equidad y señala dificultades para lograr mayores descensos, ya que las estrategias deben orientarse en forma dirigida.

Cambios epidemiológicos. Las principales causas de muerte han cambiado en forma destacable: algunas enfermedades infectocontagiosas, las diarreas complicadas y la desnutrición se baten en retirada y dan paso a enfermedades emergentes, trastornos nutricionales por exceso y patologías crónicas. En esta nueva realidad influyen diversos factores, destacando:

- El mejor nivel de vida por el saneamiento ambiental, vivienda y educación (la instrucción materna correlaciona con mortalidad infantil y con algunas causas de enfermedad).
- La amplia cobertura de los programas de salud materno infantil (control de la embarazada y de salud del niño, inmunizaciones, programas de alimentación complementaria, programas específicos de pesquisa y tratamiento, etc).
- La planificación familiar y paternidad responsable con impacto en tasas de fecundidad y riesgos perinatales y maternos.
- El progreso científico y tecnológico de la medicina y la salud pública, aplicado en forma adecuada a la atención en salud.

Si se comparan los principales grupos de causas de mortalidad infantil en las tres últimas décadas se aprecia que las tasas de las causas

respiratorias bajaron de 28 a 0,5; las infecciosas trasmisibles de 19,7 a 0,2 y las perinatales de 16,7 a 3. Estas últimas, junto a las congénitas -con tasa de 2,8- ocupan actualmente los primeros lugares y generan en conjunto el 74% de todas las causas, lo que contrasta con lo que ocurría en 1970, cuando las respiratorias e infecciosas trasmisibles alcanzaban el 48% del total. Las causas específicas se ordenan de la siguiente manera con sus respectivas tasas: cardiopatías congénitas (0,86), bajo peso de nacimiento (0,63), muerte súbita (0,49), dificultad respiratoria del recién nacido (0,42), neumonía (0,34) y anencefalia (0,21).

Entre los factores condicionantes que se correlacionan de forma significativa con la mortalidad infantil están la desocupación, la desnutrición de la madre embarazada y el bajo peso de nacimiento. También tienen trascendencia la edad (15 años o menos o mayor de 40 años) y escolaridad maternas (analfabetismo o menos de 6 años de escuela) y orden de nacimiento (más de 7). Al contrario, son protectores el peso mayor de 3 kg al nacer y la madre con más de 12 años de estudios y económicamente activa.

Otra circunstancia importante es la etnia: en el censo de 2002, el quintil más vulnerable tenía 11,5% de alguna de las etnias consultadas, que se reducía a 1,1%, en el menos vulnerable.

Nuevos desafíos

A futuro, es altamente probable que las muertes infantiles se concentren en las afecciones congénitas, perinatales y en otras mal definidas del período neonatal precoz.

Preescolares y escolares son -en general- considerados sanos, percepción que probablemente afecta negativamente la implementación de controles y estrategias de salud importantes para ellos. En estos grupos, las enfermedades son en general de predominio agudo y la primera causa de mortalidad son los traumatismos, accidentes y envenenamientos, donde las iniciativas de prevención no han logrado impactar en forma significativa. Surge, entonces, otra tarea pendiente.

Las tres causas principales de hospitalización en niños de 5 a 9 años, en cifras absolutas, son los traumatismos, apendicitis y neumonía. En el grupo de 10 a 19 años corresponden al parto, los traumatismos y las complicaciones del embarazo.

Los adolescentes (49% mujeres) representan el 17,8% de la población y el 84,5% vive en zona urbana. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles en este grupo de edad, el año 2002, fue de 0,36 y representó el 1,2% de todas las causas de muerte. Los principales problemas de salud corresponden a los traumatismos y violencias, trastornos nutricionales por exceso, problemas psicosociales asociados a la sexualidad y al consumo de sustancias lícitas e ilícitas y a los cánceres. En escolares, las cifras de sobrepeso y obesidad son alarmantes; mientras encuestas revelan que la prevalencia de alcoholismo y beber problema llega a más de 20% y el consumo de drogas ilícitas alcanza cifras parecidas. Adicionalmente, el inicio del consumo de alcohol y drogas, así como de la actividad sexual, es cada vez más temprano; mientras el sedentarismo en escolares de 13 a 15 años de la región Metropolitana alcanza al 40%, en varones y a 51%, en mujeres.

En relación a embarazo de la adolescente algunos datos señalan que si a todas las edades el porcentaje de nacidos fuera del matrimonio es cercano al 45%; en madres entre 15 y 19 años sube a 80,1% y en menores de 15 años, al 95%. Los nacimientos por 100 mujeres de 15 a 19 años de edad muestran diferencias notables entre comunas como Vitacura^{2,3} y La Pintana^{3,20}.

En la actualidad podemos decir que en salud infanto juvenil las enfermedades inmunoprevenibles, numerosas enfermedades agudas y las nutricionales por déficit están bajo control o siendo eliminadas como problemas significativos de morbimortalidad. En contraste, emergen en forma preocupante, la violencia, el maltrato, las malformaciones congénitas, las neoplasias y los trastornos nutricionales por exceso.

Es relevante destacar que la mayor sobrevida de recién nacidos y niños con patología aguda severa aumenta el número y la complejidad de los niños que deben recibir atención, incrementando la necesidad de capacitación y los costos asociados al avance tecnológico.

Rol del pediatra

Aspectos generales. Los médicos son también ciudadanos. Actuando como tales y desde su perspectiva particular parece importante la tarea de contribuir a disminuir las desigualdades señaladas al comienzo de este artículo. Esta acción demanda, en primer lugar, detectar y cuantificar la desigualdad. En segundo lugar, surge la necesidad de darla a conocer y, luego, convencer a la comunidad y autoridades y promover y proponer las medidas de corrección y equidad.

Al trabajar con individuos supuestamente sanos se hace necesario reforzar el diagnóstico precoz mediante pesquisas poblacionales. Esta área, a menudo con excelente relación costo/beneficio, podría ser más desarrollada con un trabajo pediátrico acucioso. Específicamente, se podría enfatizar en las pesquisas de trastornos de la audición y visión.

En su trabajo con enfermos el Pediatra debe realizar una medicina basada en el enfermo y no en la enfermedad; contribuir a mejorar la relación médico-enfermo-familia y humanizar la atención. Ello le exige preocuparse de su propia salud emocional y mental.

Adicionalmente, debe seguir asumiendo el liderazgo de un equipo de salud multidisciplinario amplio, trabajando en red, capaz de promover la salud infantil y adolescente; prevenir enfermedades y diagnosticar, tratar y rehabilitar los enfermos. Por lo tanto, debe asumir tareas de integración y coordinación en la perspectiva de dar continuidad al ciclo vital, procurando que las buenas condiciones de salud de los grupos a su cuidado conduzcan al logro de adultos y ancianos sanos y con buena calidad de vida. En base a los cuidados de la salud reproductiva e infantil debe proyectar la salud del adolescente y del adulto.

El pediatra actual debe proporcionar a cada niño las herramientas necesarias para lograr su máximo desarrollo acorde con su potencial genético y la adaptación a un entorno cambiante para que pueda disfrutar de una edad adulta con buena calidad de vida, con sus funciones biológicas, psicológicas y sociales conservadas, de tal manera que le permitan prolongar al máximo su vida activa y productiva. Esto obliga

a preocuparse de las enfermedades que deben ser prevenidas desde la infancia: enfermedades crónicas, obesidad, secuelas de enfermedades recuperadas, traumatismos y envenenamientos, problemas del medio ambiente, problemas psicosociales, educacionales, alteraciones del crecimiento, desarrollo y las conductas de riesgo ("nueva morbilidad").

Capacitación. Para cumplir su larga lista de roles el Pediatra debe estar preocupado de su desarrollo profesional, con capacitación y perfeccionamiento continuos, actitud crítica y aplicación de conocimientos actualizados. La evolución de la Medicina y la salud del niño y del adolescente han hecho imperiosa la capacitación en temas trascendentes. Estos, entre muchos otros, incluyen: desarrollo normal y sus componentes; así como formas de detección precoz de los trastornos y manejo de los mismos; técnicas de comunicación para entrevista a padres y niños; uso de guías anticipatorias preventivas de problemas de comportamiento; manejo de niños con trastornos del desarrollo o necesidades especiales, estructura familiar, adopción y cuidado de niños en instituciones y necesidades de niños en riesgo: pobreza, familias disfuncionales, víctimas de abuso.

Igualmente, el Pediatra debe ser el abogado de los Derechos del Niño y quien fomente la humanización de su cuidado. Esto incluye la defensa de su derecho a la vida; del derecho a la compañía de sus padres y a la lactancia materna, en particular durante su hospitalización y, naturalmente, el derecho a no ser hospitalizado, o bien serlo en forma transitoria, cuando su hogar otorgue mayores y mejores cuidados que el hospital. En cualquier caso, la hospitalización debe ser lo más breve posible.

Otro derecho básico del niño es el ser considerado en su dimensión biopsicosocial.

En el caso particular de la hospitalización el Pediatra debe defender el derecho a visitas abiertas y a mantener su vinculación psicosocial con su medio habitual; así como a que sus padres o quienes los sustituyen se incorporen al equipo de salud; a no ser discriminado de otros niños en el acceso y disfrute de los medios humanos, terapéuticos y a las condiciones ambientales necesarias para su mejoría.

Promoción y protección de la salud infantil, adolescente y del futuro adulto. En la perspectiva de que el Pediatra sea el primer promotor de la salud del adulto, la importancia del trabajo sobre los factores de promoción y protección está fuera de discusión. En la larga lista de factores destacan:

- Adopción de estilos de vida saludables: la población envejece y ello aumenta la carga de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. La promoción de salud debe prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas fomentando los estilos de vida saludables y enseñando la detección de sus factores de riesgo.
 - Promoción de los ambientes saludables. Esta tarea naturalmente trasciende a la Pediatría, pero no la excluye y es un pilar vital de la buena salud de la población. Entre otros efectos contribuye a una menor morbimortalidad por traumatismos, lesiones del tránsito, intoxicaciones y violencias.
 - Adquisición de habilidades para la vida. Estas han sido clasificadas de varias formas, por ejemplo: en cognitivas, sociales y emocionales. Con cualquier clasificación, siempre se asigna relevancia a la autoestima, conciencia de sí mismo, capacidad de resolver problemas, asertividad, empatía, desarrollo de buenas relaciones interpersonales y manejo adecuado de emociones.
- En este grupo hay que considerar la promoción de la resiliencia. Los niños que viven en situaciones de riesgo para su salud física y psíquica -tales como pobreza extrema, maltrato infantil, enfermedad mental de sus padres, padres alcohólicos o drogadictos, abandono-, manifiestan desajustes en la conducta. Sin embargo, algunos son capaces de sobreponerse a estas adversidades y lograr un desarrollo positivo y adecuado; es decir, son capaces de tener una vida sana viviendo en un ambiente insano. En pediatría, resiliencia se refiere a la capacidad de niños y adolescentes de salir adelante a pesar de vivir en situaciones adversas y de desarrollarse psicológicamente sanos y exitosos. Es la capacidad de surgir ante la adversidad, adaptarse, recuperarse e incluso ser transformados por ella y, así, acceder a una vida

significativa y productiva. No es un atributo con el cual los niños nacen ni adquieren durante su desarrollo, sino que surge de la interacción entre factores personales y sociales; es decir es un proceso interactivo entre el niño y su medio y, por lo tanto, se manifiesta diferente en cada individuo. Se activa frente a situaciones de estrés prolongado y severo, lo cual genera una serie de situaciones que pueden determinar mayor resistencia pero, en otros casos, mayor vulnerabilidad. Esto va a depender de condiciones genéticas, del temperamento del niño, de experiencias anteriores, del medio en que vive y del desarrollo de ciertas capacidades y destrezas. El perfil del niño resiliente se ha resumido en cuatro características principales: competencia social, resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y futuro. La resiliencia debe ser promovida – en el ámbito familiar, educativo y comunitario- desde el nacimiento hasta la adolescencia, estimulando todas las áreas: afectiva, cognitiva y conductual.

- Proyecto de Vida. Estrechamente ligada al desarrollo de las habilidades para la vida se encuentra la recomendación de que el Pediatra fomenta, en el adolescente temprano y medio la formulación de proyectos de vida, reconocidos como factor de promoción y protección de la salud.
- Protección de la salud mental y la capacidad intelectual. La magnitud del problema de salud mental en Chile, en todas las edades, se supone muy grande pero no ha sido bien dimensionada. En el manejo del mismo parece razonable enfocar la salud en forma integral dentro del ciclo vital: los cambios familiares y de la estructura social son responsables en forma importante de estos problemas.

En esta área destaca la protección contra el maltrato que incluiría, entre muchas otras cosas, la vinculación temprana, el fomento del apego, la promoción de un clima familiar adecuado (con interacciones correctas, respeto de características individuales, aceptación, comunicación, interés por las necesidades, jerarquía) y la creación y fomento de una red de apoyo. El maltrato se relaciona

con múltiples factores sociales, familiares e individuales, destacan el antecedente paterno o materno de haber sido maltratado, las diferentes formas de disfunción y violencia intrafamiliar, el embarazo no deseado, la alteración de los vínculos, la disfunción familiar y la mala situación socioeconómica.

Por su parte, la disfunción familiar reconoce como factores asociados el estrés, el debilitamiento de la red familiar y de apoyo y de la imagen paterna. Todo ello atenta contra el desarrollo global y psicosocial del niño y la estabilidad de las relaciones.

Ciertos rasgos de personalidad como falta de autocontrol, de respeto a los demás, de sensibilidad social, agresividad e impulsividad son predictores de consumo de sustancias ilícitas.

Estrechamente ligada con este aspecto se encuentra la pediatría del desarrollo y el comportamiento, que debe estudiar -entre muchas otras cosas- las dificultades de aprendizaje y desempeño escolar y realizar el diagnóstico temprano y el tratamiento de las alteraciones del desarrollo y/o comportamiento.

Aspectos específicos. Teniendo en cuenta las principales causas de morbimortalidad en el escenario actual, existen problemas relativamente bien delimitados que enfrentar:

Bajo peso al nacer. El predominio de la mortalidad neonatal ha puesto sobre el tapete la enorme importancia de este factor de riesgo. Se conocen varios condicionantes sobre los cuales es posible actuar: tabaquismo materno activo o pasivo durante el embarazo, elevada paridad, analfabetismo o baja escolaridad de la madre, edad materna, embarazo adolescente, falta de control prenatal, enfermedades maternas transmisibles (rubéola, toxoplasmosis, varicela, VIH), enfermedades maternas no transmisibles (diabetes mellitus, epilepsia, hipertensión arterial). La malnutrición materna, además de ser un factor de riesgo para mortalidad infantil, influye en un mayor riesgo cardiovascular y otras condiciones patológicas de la vida adulta.

Malformaciones congénitas. Existen también factores de riesgo conocidos tales como: edad materna y paterna avanzadas, consanguinidad, consumo de teratógenos (anticonvulsivantes, hormonas, antineoplásicos), alcoholismo, obesidad y bajo peso materno (se asocia además a patología del embarazo, retardo de crecimiento intrauterino, enfermedades crónicas y malformaciones congénitas), consumo excesivo de vitamina A, contaminación química y microbiológica de alimentos, exposición a tóxicos (metales pesados, pesticidas y microorganismos).

Como factores protectores durante el embarazo se conocen la alimentación rica en frutas y verduras, peso materno adecuado y aporte apropiado de ácido fólico. El programa de suplementación de la harina de trigo con ácido fólico ha tenido resultados impactantes en la disminución de defectos del tubo neural y un efecto aparente en la disminución de la mortalidad.

Enfermedades respiratorias. Las infecciones virales son la principal etiología en los niños pequeños. Algunas medidas de prevención de su transmisión pueden ser propiciadas por los pediatras sobre todo en la toma de conciencia de la importancia de vacunar a los niños contra la influenza; el lavado de manos y el aislamiento hospitalario. En las salas de espera influyen desfavorablemente el contacto con otros enfermos, la contaminación ambiental y la exposición al humo de cigarrillo.

En 1990 las muertes por neumonía estaban asociadas a nivel socioeconómico bajo, edad menor de 6 meses, falta de accesibilidad a los servicios de salud, desnutrición, antecedente de bajo peso al nacer, malformaciones congénitas (especialmente cardíacas) y obstrucción bronquial. Ahora, probablemente, se asocian otras enfermedades crónicas, tabaquismo y madre adolescente.

La displasia broncopulmonar tiene como factor condicionante al bajo peso de nacimiento y sus complicaciones y es, probablemente, una enfermedad en aumento.

Aspectos nutricionales. La malnutrición temprana, ya desde el período fetal, puede conducir a resistencia insulínica y diabetes mellitus

después de los 50 años. Además, condiciona mal desarrollo cerebral, mal crecimiento corporal, alteración de la masa muscular y programación metabólica, menor capacidad cognitiva, rendimiento escolar y probablemente altere la capacidad intelectual.

El índice de masa corporal (IMC) elevado es predictor de hipertensión arterial, y la obesidad e historia de dislipidemia se relacionan con riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas.

Atención de pacientes crónicos infantiles. Este grupo de niños, creciente en tamaño, exige que el Pediatra sea capaz de crear e incorporarse a equipos de salud diferentes, que involucren a la familia en su quehacer, atendiendo de una forma que considere los aspectos éticos y humanizados. Este tipo de enfermos hace imprescindible optimizar los cuidados ambulatorios que deben trabajar en conexión con equipos intrahospitalarios, con escuelas, con grupos comunitarios y de cuidados paliativos.

La diversidad de criterios diagnósticos, entre otras razones, impide que haya una medición exacta de la prevalencia de las principales enfermedades crónicas; sin embargo, parece muy probable que los grupos más frecuentes sean los de afecciones respiratorias (asma, síndrome bronquial obstructivo a repetición, displasia broncopulmonar, oxígeno dependientes y fibrosis quística; aunque esta última trasciende al grupo). Naturalmente, también son numerosos los grupos de afecciones neurológicas, renales y gastroenterológicas.

Cánceres. Si bien las leucemias y linfomas son las enfermedades neoplásicas más frecuentes en los niños, hay otros tipos de cáncer que pueden tener algunas formas de prevención. Existe información bastante sólida sobre el efecto nocivo de la exposición a tóxicos ambientales, del tabaquismo en la producción de cáncer de pulmón, de la exposición solar en los cánceres de piel, de la infección con virus de la hepatitis B y hepatocarcinoma y de la infección con virus papiloma y cáncer uterino. En países donde se incorporó la vacunación contra estos agentes infecciosos se han conseguido resultados muy alentadores en la disminución de las respectivas neoplasias.

Traumatismos, accidentes y violencias.

Convertidos en epidemia del siglo, a pesar de múltiples iniciativas preventivas y educativas no se ha logrado impactar favorablemente en ellos.

Síndrome de muerte súbita. Esta causa de mortalidad infantil ha ido en aumento sin clara explicación. Existe información que evitar la posición prono al dormir es útil en su prevención.

Gestión de acciones y programas de salud. En las complejas sociedades modernas la capacitación del Pediatra en gestión de programas de salud adquiere interés particular. Dentro de ella aparece la necesidad de integrar las acciones de salud entre sí y con otros programas. En la Pediatría integral resulta muy importante la acción coordinada con los programas de salud de la mujer, del adolescente, del adulto, de salud mental y salud odontológica.

Recursos profesionales calificados. La demanda por satisfacer la larga, a ratos agotadora, lista de exigencias para el desempeño ideal podría explicar la prevalencia potencialmente alta de agotamiento médico.

Formar Pediatras es un proceso largo y caro y se hace imprescindible tomar conciencia de lo conveniente que resulta proteger un recurso tan valioso. Medidas que se puede proponer en este sentido son, sin duda, la división, el pormenorizar y especializar el trabajo. Esto exige una tarea de equipo y trabajo en red, para poder satisfacer la demanda planteada por el cuidado integral de los niños del siglo XXI.

Referencias

- 1.- *Instituto Nacional de Estadística.* Infancia y Adolescencia en Chile. Censos 1992/2002. Servicio Nacional de Menores. Santiago de Chile. Mayo 2005.
- 2.- *Instituto Nacional de Estadística.* Como ha cambiado la vida de los chilenos. Santiago de Chile. Septiembre 2004.
- 3.- *Ministerio de Salud de Chile.* División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Octubre 2002.
- 4.- *Szot J.* Epidemiología de la desigualdad: diferencias en la mortalidad infantil en comunas de nivel socio-económico opuesto, Chile 1998. *Rev Chil Salud Pública* 2003; 7: 7-12.
- 5.- *Vargas NA.* Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72: 77-80.
- 6.- *Ministerio de Salud de Chile.* Encuesta Nacional de Salud 2003. www.minsal.cl
- 7.- *Florenzano R, Sotomayor P, Otava M, et al:* Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en farmacodependencias juveniles. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72: 219-33.
- 8.- *Sociedad Chilena de Pediatría.* Declaración de Pucón. XLI Congreso Chileno de Pediatría. 2001. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73: 197.
- 9.- *Vieira M:* La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. *Rev Chil Pediatr* 2003; 74: 197-205.
- 10.- *Aedo C:* Evaluación Económica de la Prolongación del Postnatal. Informe Final. Sociedad Chilena de Pediatría. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. 2002.
- 11.- *Consejo Nacional de Promoción de la Salud.* Vida Chile. Acta de Huechuraba. I Congreso Chileno de Promoción de la Salud. Santiago. Agosto 1999.
- 12.- *Burrows R, Gattas V, Leiva L, Barrera G, Burgueño M:* Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1155-62.
- 13.- *Committee on psychocial aspects of child and family health.* Guidance for effective discipline. *Pediatrics* 1998; 101: 723-8.
- 14.- *De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J:* Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2003; 41: 65-76.
- 15.- *De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J:* Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2002; 40: 9-21.
- 16.- *De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J:* Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 347-60.
- 17.- *Jacoby E, Bull F, Neiman A:* Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14: 223-5.
- 18.- *Krishnaswamy K, Naidu AN, Prasad MP, Reddy GA:* Fetal malnutrition and adult chronic disease. *Nutr Rev* 2002; 60: 35-9.
- 19.- *Declaración de Cataluña.* La prevención de las enfermedades cardiovasculares: *Rev Panam Salud Pública.* 1997; 2: 77-101.
- 20.- *Nazer J, Antolini M, Juárez ME, et al:* Prevalencia al nacimiento de aberraciones cromosómicas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Período 1990-2001. *Rev Méd Chile.* 2003; 131: 651-8.
- 21.- *Salinas J, Vio F:* Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14: 281-8.
- 22.- *Wolff M:* Cambios epidemiológicos en las enfermedades infecciosas en Chile durante la década 1990-2000. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 353-62.