

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN EN PEDIATRÍA: CORAZÓN DE LA PUERICULTURA MODERNA

PREVENTION STRATEGIES IN PEDIATRICS: CORE OF MODERN CHILD AND ADOLESCENT CARE

DR. NELSON A. VARGAS C. (1)

1. PROFESOR TITULAR DE PEDIATRÍA. DIRECTOR DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL OCCIDENTE. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email:
nvargas@med.uchile.cl

RESUMEN

Con esquemas conceptuales se propone una forma de organizar la promoción de salud y la prevención para niños, niñas, adolescentes y sus familias y cuidadores. Se propone formular diez preguntas secuenciales, cuyas respuestas facilitarán el diseño de actividades de promoción y prevención para grupos y para niños y adolescentes individuales. Se propone áreas y grupos que requerirían mayor esfuerzo y se plantea que los beneficios de la promoción y prevención van más allá de una generación y que al hacerlas en una generación se cosechará buenos resultados aún en niños que no están en gestación.

Palabras clave: Prevención, Prevención en la infancia, Prevención en la adolescencia, Puericultura.

SUMMARY

Based upon conceptual models a way to organize health promotion and prevention for children and adolescents is proposed. This way includes ten sequential questions whose answers will allow a better activities design. Targets for these

activities are children, adolescents (as single individuals or groups), their families and those who take care of them. More demanding groups and areas are proposed and as a broad an important idea it is believed that health promotion and prevention benefits go beyond a generation and that efforts done in current or younger generations will yield under children that for the time being are not even under gestation.

Key words: Prevention -Prevention in childhood -Prevention in adolescence - Children care.

INTRODUCCIÓN

Los objetivos de la pediatría moderna incluyen metas para la niñez, la adolescencia y, considerando la vida como un continuo, para construir -desde la infancia- la salud del adulto y de la tercera edad. En cualquier momento que se cuide de un niño o niña, la especialidad tiene -como tarea importantísima e irrenunciable- preocuparse de construir y proteger la salud de las edades siguientes de la vida. Esta misión futurista del quehacer pediátrico reviste mayor importancia con la prolongación de la esperanza de la vida humana ocurrida durante el siglo XX. El conocimiento moderno ha reafirmado que la salud de la edad

media y la tercera edad de la vida dependen, en medida significativa, de lo ocurrido en todas las etapas precedentes. Por ejemplo, hay evidencia de que la salud del adulto mayor va a depender incluso de lo ocurrido en la vida intrauterina y el período neonatal (1-5) y, naturalmente, la construcción de la salud futura va más allá de solucionar las enfermedades que ocurren en la infancia y adolescencia y se extiende a la puericultura.

La prevención es un rol de toda la sociedad y toda la gente. Muchos problemas, por ejemplo los de riesgo ambiental urbano, requieren modificaciones estructurales de la ciudad (medidas pasivas, como la mejor iluminación o la creación de pasarelas e instalación de vallas) y responsabilidad de la administración urbana. Sin embargo, el éxito de las medidas pasivas va a ser menor si la población no colabora (medidas activas: que la gente use la pasarela).

Pese a esta responsabilidad de todos, recae en el médico y -muy especialmente- en el pediatra la responsabilidad de dirigirla, motivarla y encauzarla.

A pesar de la relevancia de esta misión, el mayor conocimiento de numerosas enfermedades (antiguas, nuevas y aparentemente nuevas) ha llevado que, a menudo, este rol constructor y futurista sea desplazado a lugares secundarios. Así, el interés de los pediatras, presionados para ejercer una función curativa, corre el riesgo de concentrarse en esta tarea, descuidando los aspectos del cuidado que apuntan a la salud futura. El problema se visualiza desde varias esferas y, por ejemplo, no es infrecuente que la revisión de un programa docente de pediatría -tanto de pre como de postgrado- tenga el discurso de la promoción de la salud y la prevención, sin actividades que lo respalden.

¿Porqué enfatizar la promoción de la salud y la prevención en pediatría? La construcción de la salud pasa por conseguir dos logros: muy buena promoción de la salud y muy buena prevención de las entidades nosológicas. Ambos son fundamentales en la puericultura moderna y no se concibe un buen cuidado de la población sin ellos. La ventaja de este enfoque radica en que la relación costo/beneficio de las acciones de promoción y prevención es notablemente mejor que la observada en las medidas de tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, sus consecuencias o secuelas (6).

Una mirada rápida a las medidas de promoción y prevención permite agruparlas, al menos, en dos grupos: a) aquellas útiles y necesarias para toda la población de niños, niñas y adolescentes y b) aquellas específicas para grupos particulares, que apuntan a aspectos seleccionados que se debe considerar en el cuidado de estos grupos.

Una ventaja adicional es que la población percibe y valora la actitud preventiva del pediatra. Tratar estos puntos en una entrevista puede considerarse indicador de buena calidad de la atención que se entrega y de actitud global, de compromiso, con la salud del niño o joven que se atiende. Estos puntos hacen que la atención vaya más allá de un encuen-

tro puntual para solucionar un episodio de enfermedad y muestran que quien atiende se plantea en una perspectiva mayor y más completa.

CONCEPTUALIZACION. El diccionario de la Real Academia Española de la lengua define, en su tercera acepción, como "promoción" (Del lat. *promotĭo, -ōnis*) a la "elevación o mejora de las condiciones de vida, de productividad, intelectuales, etc." (7). En medicina, se entiende como promoción de salud a un conjunto de medidas inespecíficas que refuerzan y protegen a ésta en varias facetas. En pediatría se postula que todos los niños y niñas deben beneficiarse de las medidas de promoción (7).

El mismo diccionario define "prevención" (Del lat. *praeventĭo, -ōnis*), en su segunda acepción, como la "preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo" (8).

La conceptualización médica clásica (9) de la prevención identifica tres tipos secuenciales de ella: primaria (apunta a reducir la aparición de un daño); secundaria (intenta reducir el impacto del daño, cuando este ya ha ocurrido, y debe más bien llamarse "diagnóstico precoz y tratamiento") y terciaria (apunta a reducir las consecuencias de la enfermedad y debe más bien llamarse "rehabilitación").

La gama de acciones posibles que ofrece este esquema en la medicina moderna es enorme. Por ello, este artículo se concentrará en la prevención primaria, es decir, en una o varias medidas específicas que protegen contra un daño especial.

Naturalmente, realizar prevención adecuada exige hacerlo en forma consciente, organizada y constante, sin oportunidades perdidas.

Con estas ideas como contexto, el propósito de este artículo es proponer una estrategia organizativa para programar y ejecutar promoción de la salud y prevención en la práctica pediátrica. La buena organización del trabajo preventivo exige diagnósticos adecuados de las condiciones de ejercicio profesional para adaptar el quehacer cotidiano a ellas y, con esta premisa, una parte importante de las preguntas mencionadas apunta a tener clara la situación en que se realiza la prevención.

La prevención pediátrica es parte fundamental de la puericultura, debe plantearse siguiendo la organización de ella y apuntar a las características de la población joven que cuidamos. En la puericultura existen cuidados secuenciales, organizados en el tiempo. Esto significa que nuestra estrategia debe incluir cuidados a nivel prenatal, perinatal y postnatal que, además, consideren el ambiente en que se realiza la crianza.

Propondremos diez preguntas sucesivas, cuyas respuestas nos lleven a mejorar la planificación de nuestro trabajo promocional y preventivo y a dar un mejor servicio a quienes cuidamos. Las respuestas nos conducirán a acciones concretas de prevención.

Las palabras “programar” o “planificar” pueden generar temor e inseguridad en quienes leen este artículo, por sugerir un trabajo mecánico y de escritorio. No obstante, lo que se propone es fácil de implementar en cualquier tipo de atención.

PRIMERA PREGUNTA: ¿Atiendo individuos o grupos de niños/as y jóvenes?

La respuesta orienta a diseñar actividades dirigidas a individuos (con sus familias y ambiente) o grupos (incluyendo sus familias y cuidadores).

El trabajar con grupos puede, por ejemplo, motivar al diseño de: planes de evacuación en caso de emergencia; desarrollo grupal de habilidades para la vida; prevención social del matonaje, del abuso y de la violencia; educación colectiva para la paz y para la democracia, fomento de la lactancia materna y muchas otras iniciativas que apuntan a conjuntos de personas.

En el caso de atender individuos y no grupos estructurados, el diseño de la prevención puede ser mucho más fino, personalizado y pormenorizado.

Acción derivada de la respuesta: decisión de diseñar un programa de prevención grupal, individual o mixta.

SEGUNDA PREGUNTA: ¿De qué edades son los niños o jóvenes que atiendo?

La respuesta orientará a una buena aplicación del criterio de anticipación y a la adecuación de las actividades preventivas que se imagine.

Acción derivada: revisión, para adecuar actividades y contenidos a las edades correspondientes y a las inmediatamente futuras.

TERCERA PREGUNTA: ¿En qué sistema atiendo: privado (institucional o práctica médica individual) o público?

Esta interrogante apunta a clarificar si mi estrategia cuenta con recursos del estado o de una institución o sólo debo idear y diseñar actividades que sean enteramente de mi responsabilidad.

En la atención de urgencia la gente suele acudir buscando solución rápida para un problema que se teme severo. Es posible que, en esa situación, la gente esté mucho menos receptiva para las ideas de promoción y prevención, lo que no descarta que se puedan realizar estas con la adecuación pertinente.

Acción: Adecuación del programa a los recursos y forma de trabajo del sitio donde se inserta la atención.

CUARTA Y QUINTA PREGUNTA: ¿Qué factores de riesgo y daños detecto? y ¿de qué magnitud son estos factores?

El conocimiento de estos factores ayuda a diseñar intervenciones específicas o a dar mayor profundidad o frecuencia a las intervenciones habituales en sujetos o grupos de mayor exposición a riesgos determinados (10-15).

La búsqueda de factores debe apuntar a detectar riesgo biológico, psicológico y social (este último incluyendo el riesgo ambiental).

La información viene, en medida importante, de una anamnesis detallada y profunda que cubra lo prenatal, perinatal, postnatal, familiar y ambiental.

Cuatro ejemplos de la importancia de estas preguntas:

a).- En la pediatría actual se conocen muy bien los riesgos de los niños con muy bajo peso al nacer. En consecuencia, una buena atención debe incluir prevenciones especiales para ellos.

b).- Las familias con oncogenes y dislipidemias son otros ejemplos de intervenciones y actitud alerta que pueden ayudar a mejorar su atención. Preguntas específicas de la anamnesis que ayudan a obtener esta información son: ¿de qué ha muerto la gente en su familia? ¿saben si tienen colesterol alto?, etc.

c).- Un tercer grupo, que en la actualidad puede estar siendo muy numeroso, es el de niños y adolescentes que quedan solos en algún momento del día. Este parece ser un factor insuficientemente estudiado en la realidad nacional actual. La disminución del tamaño familiar y la incorporación de las madres a la fuerza de trabajo pudiesen estar condicionando el incremento numérico de estos niños, que están expuestos a riesgos más intensos que los demás.

d).- La psicología moderna señala que los niños criados con estilos parentales permisivos o autoritarios pueden evolucionar hacia comportamientos inadecuados, que desadaptan y pudiesen causar problemas en su vida futura. Por ende, resulta importante establecer el estilo de crianza de un niño en particular, para actuar en consecuencia.

Un riesgo que ha ido adquiriendo mayor actualidad es el ambiental (10-15). La pediatría moderna considera el ambiente donde viven y se desarrollan niños y jóvenes que, en los aspectos preventivos, debe recibir mucha atención. Por ejemplo, en la prevención de traumatismos, el diagnóstico de riesgo ambiental puede ayudar a la puesta en marcha de medidas pasivas o activas. Pasivas son aquellas en que la gente no necesita crear o modificar conductas: lomos de toro en las calles, vallas a la salida de los colegios, mejor iluminación y otras. Activas son las que comprometen la participación personal de las personas: usar casco, coderas y rodilleras al andar en bicicleta, amarrarse los cordones de los zapatos, etc.

La consideración por el ambiente va más allá del ambiente físico y debe incluir el ambiente psicológico y social. La Figura 1 muestra un ejemplo de cómo analizar los riesgos para diseñar actividades de promoción y prevención en una perspectiva ambiental.

Acción derivada: adecuación y eventual personalización de las intervenciones a los factores de riesgo detectados

SEXTA PREGUNTA: ¿Estoy cubriendo las áreas psicológica, social y biológica o sólo me concentro en la última?

El ejercicio pediátrico debiese ser integral, cubriendo las tres áreas mencionadas arriba. No obstante, una mirada somera a la práctica actual revela que el área biológica concentra mayor atención.

El control que ejerce el equipo de salud infantojuvenil sobre los condicionantes del área psicosocial es menor que el que se obtiene en el área biológica pero ello no anula la necesidad de dar atención y esfuerzo a ella.

En la promoción de la salud existen medidas que, simultáneamente, aportan beneficios en dos o tres áreas. El fomento del apego y la lactancia materna, por ejemplo, ejercen un impacto benéfico tanto en el área biológica como en la psicológica.

Acción derivada: análisis del programa para comprobar que se incluye promoción de la salud y prevención en las tres áreas.

SÉPTIMA PREGUNTA: ¿Estoy pensando y trabajando con anticipación?

Anticipación es diseñar actividades de prevención para la edad actual del niño y, también y necesariamente, para la edad venidera más próxima.

Por ejemplo: la lucha contra la ingesta de tóxicos legales e ilegales debe iniciarse temprano en la vida y no en el momento en que los niños empiecen a explorar esta área. Igualmente, el fomento de la lactancia natural debe empezar cuando niñas –y niños- se encuentren en la infancia, para transformar este hábito en un valor cultural y afectivo.

La anticipación es, sin duda, una estrategia crucial.

Acción derivada: adecuación del programa, incluyendo las actividades con anticipación.

OCTAVA PREGUNTA: ¿Trabajo en equipo y en red?

La crianza actual de los niños -buena o criticable, como quiera que sea- se ha transformado en una tarea que asume la sociedad entera. Por ello, es muy importante mantener una buena comunicación con el niño y sus cuidadores. El equipo que cría ha crecido y se ha diversificado y la crianza ya no es responsabilidad exclusiva de la familia y del equipo de salud. En ella intervienen, entre muchos, la sala cuna; el jardín infantil; el colegio; los ídolos infantiles y juveniles y, muy fundamentalmente, la televisión. Naturalmente, esto exige estar en contacto

FIGURA 1. EJEMPLO DE ANÁLISIS DE DAÑOS QUE CONSIDERAR AL ORGANIZAR EDUCACIÓN PREVENTIVA CONSIDERANDO SU COMPONENTE AMBIENTAL Y SUS GRUPOS DE RIESGO MAYOR

EDAD DE INICIO DEL RIESGO	RIESGO O DAÑO (LUGAR FRECUENTE)	COMPONENTE AMBIENTAL	EJEMPLO DE GRUPO VULNERABLE
< 1 año	Apego inadecuado	Fuerte	NANEAS*
	Caídas	Fuerte	Defecto visual
	Accidente de tránsito (vehículo)	Fuerte	Niños que viajan a diario
	Quemaduras (domicilio)	Fuerte	Niños solos
	Atragantamiento	Fuerte	
	Sofocación	Fuerte	
	Electrocución (domicilio)	Fuerte	
	Enfermedad infecciosa prevenible	Menor	
1-6 años			
Escolares	Accidente de tránsito (calle)	Fuerte	Niños solos

* niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud.

-directo o indirecto- con estos otros actores del cuidado infantojuvenil, para trabajar en equipo y en red.

Una red se caracteriza porque sus puntos están interconectados y con jerarquías en niveles comparables. La analogía con el trabajo del equipo de salud moderno es muy clara: sugiere que hay considerar y respetar a los demás integrantes y mantener comunicación frecuente con ellos. La red de crianza es similar y una buena conexión entre quienes intervienen en el cuidado debería redundar en mejores logros.

La familia como integrante de la red. A pesar de la inestabilidad de la pareja moderna y de sus crisis frecuentes y profundas (16, 17), la familia sigue teniendo el rol central en la crianza de la inmensa mayoría de los niños. Por ejemplo, en la prevención del hábito de fumar, en la creación del hábito de usar casco al andar en moto o bicicleta se ha comprobado un efecto muy claro del ejemplo paterno.

En familias que ahora son muy frecuentes, donde la madre trabaja, las abuelas siguen siendo determinantes en los estilos de vida de los niños y deben ser consideradas y consultadas. Estos ejemplos confirman que toda la familia debe ser parte integrante y muy activa de la red de prevención.

La incorporación de la computación a la medicina ha significado un cambio mayor en la forma de atender a la gente. En la actualidad se puede tener comunicación inmediata y simultánea -por correo electrónico- con padres individuales y agrupados. Ello permite estar más cerca de la gente y entregar información masiva. Por ejemplo, una actitud preventiva es que equipo que atiende envíe un correo masivo, informativo, cuando aparece una nueva vacuna o cuando, en una comunidad, hay un brote epidémico o una situación riesgosa para la salud. Las ventajas de esto y su valoración por la gente redundarán en satisfacción o adhesividad de la población a su sistema de cuidado.

Acciones derivadas: análisis del programa de promoción y prevención para:

- Certificar que se trabajará en equipo y en red.
- Comprobar que se incluye a la familia.
- Verificar que hay comunicación bidireccional frecuente.
- Creación de base de datos y grupos de correo que permitan lo anterior.

NOVENA PREGUNTA: ¿Cuido niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS)?

Los NANEAS, en medida importante, se superponen con aquellos con condiciones crónicas. A causa de ello, surge el riesgo de concentrarse en su patología y descuidar los aspectos de promoción de la salud y de prevención en el cuidado.

Otros grupos de riesgo muy alto son los de niños institucionalizados para su cuidado. En estos grupos, además de las medidas de prevención, se requiere acentuar la participación de la familia o sus sucedáneos.

Acción: ideación e implementación de programas ad hoc, que enfatizan la política de "puertas abiertas" y lo multidisciplinario.

DECIMA PREGUNTA: ¿Cómo evalúo mis logros?

La evaluación de las acciones educativas del pediatra y de las medidas de prevención -exceptuando las vacunas- no es tan frecuente ni fácil y requiere investigación epidemiológica y administrativa. Existen ocasiones en que se consigue mejorar la conducta de las personas sin impactar claramente en los objetivos perseguidos. Un ejemplo de ello es lograr mejores conductas preventivas de los envenenamientos en los hogares, sin reducir por ello la frecuencia del problema (18). De esta forma, es muy importante evaluar, de forma completa, la eficacia y eficiencia de las acciones en términos de:

- Reducción del problema
- Reducción de costos que el problema demanda

Acción: modificación de aspectos del programa de acuerdo a los resultados.

ÁREAS Y GRUPOS QUE EXIGEN MAYOR ESFUERZO

La rápida transición epidemiológica ha condicionado una variación muy importante de la morbilidad, mortalidad y letalidad de las enfermedades. La misma rapidez hace que la definición de áreas prioritarias sea cambiante.

- A comienzos del siglo XXI existe un número creciente de herramientas de prevención para el área biológica; siendo las vacunas el mejor ejemplo. No hay duda que el esfuerzo por inmunizar debe acentuarse y diversificarse (19, 20).

- Otra área muy importante es el fomento de los estilos de vida saludable, que rendirá frutos durante toda la vida (21-23). Por ejemplo, el equipo de salud puede fomentar el ejercicio, desprestigiar el hábito de fumar y motivar sobre numerosos temas de salud reproductiva.

- La prevención de traumatismos, quemaduras y envenenamientos -por la frecuencia y severidad del tema- es otra área que debe considerarse prioritaria.

- Las habilidades para la vida y la educación para la paz, dentro del área psicosocial, también aparecen como un tema que demanda mayor inversión de esfuerzo y tiempo. Esta área se relaciona con las capacidades humanas de incorporarse a grupos, aportar, ser felices y controlar la violencia (24, 25).

Como ya se dijo, todos los niños deben recibir prevención intensa. No obstante, existen grupos que demandan mayor esfuerzo e intensidad de ella. Entre estos se podría mencionar los siguientes:

- NANEAS
- Niños y niñas que quedan solos. En este grupo se puede ampliar la prevención de muchos problemas. Por mencionar algunos: traumatismos, quemadura y accidentes de tránsito; abuso y obesidad.
- Nacidos con muy bajo peso al nacer (incluidos en los NANEAS).
- Niños y niñas institucionalizados. Estos grupos requieren, al menos, esfuerzos preventivos en seguridad biológica y en el desarrollo de habilidades para la vida.

CUÁNDO EMPEZAR. La prevención que servirá a una generación empieza en la generación anterior. Con esta premisa, muchas actividades que se hagan con los niños de hoy darán frutos en los hijos que ellos tengan. Adicionalmente, hay esfuerzos que deberían rendir frutos

en dos o más generaciones. Ejemplos de actividades con impacto en varias generaciones, que deberían hacerse en los niños de hoy, son:

- Fomento del apego
- Fomento de la lactancia materna
- Desprestigiar los tóxicos legales, en especial el cigarrillo
- Fomento de habilidades para la vida
- Estimulación de la crianza con estilo comunicacional autoritativo
- Fomento de la salud reproductiva.

Una idea final, pero no por ello menos importante es que la promoción y la prevención de los tiempos que corren deben ser integrales, sin limitarse a los aspectos biológicos. Para ello se necesita la participación social, de gente informada y motivada. Así, se estará más cerca de la meta de salud, bienestar y felicidad en la vida y, particularmente, en la tercera edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Molina M, Casanueva V, Cid X et al. Perfil lipídico en recién nacidos con retardo del crecimiento intrauterino. *Rev Méd Chile* 2000; 128 (7): 741-8.
- Aros S, Cassorla F. Posibles determinantes perinatales de morbilidad en la edad adulta. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 307-315.
- Milinarsky A, Fischer S, Giadrosich V et al. Densidad mineral ósea en escolares nacidos prematuros. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1289-1294.
- Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán JM, Althabe O. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica* 1999. 5 (6): 373-385.
- Hübner ME, Ramírez R. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 931-8.
- Vío, F. Política de promoción de salud en Chile. En: Vargas N.A. *Pediatría Diaria para el Bicentenario*. Imprenta Manuel Aguirre. Santiago de Chile. Octubre 2007.
- http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_US=3&LEMA=Promoción. Consultado el 22 de Agosto de 2009.
- <http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPOBUS=3&LEMA=Prevención>. Consultado el 22 de Agosto de 2009.
- Cova F, Aburto B., Sepúlveda M., Silva M. Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psyche*. 2006. 15 (1): 57-65.
- Brent R., Weitzman M. The Pediatrician's role and responsibility in educating parents about environmental risks. *Pediatrics* 2004; 113: 1167-1172.
- García H. Actualización. Factores de riesgo y prevención en diabetes mellitus tipo 1. *Rev Chil Pediatr*. 2001; 72 (4): 285-291.
- Cáceres D, Adonis M, Retamal C et al. Contaminación intradomiciliaria en un sector de extrema pobreza de la comuna de La Pintana. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 33-42
- La contaminación ambiental en tres grandes urbes latinoamericanas. *Rev Panam Salud Pública*. 1999. 6 (3): 210-210.
- Herskovic P, Cabello C, Dossi MT y cols. Encuesta telefónica sobre posición al dormir en lactantes menores de un año que asisten a una muestra de salas cuna privadas en Santiago de Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2001; 72 (6): 528-530.
- Saavedra R, Contreras C, Cortés L, Cornejo E. Quemaduras en niños por volcamiento de cocina. *Rev Chil Pediatr*. 2001; 72 (2): 121-127.
- Vargas N.A, Villar C, Lastra A. Cambio de pareja progeneradora en puérperas de un hospital de la región metropolitana: frecuencia y factores asociados. *Rev Med Chile*. 2004. 132 (6): 719-724.
- Vargas NA. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Rev Chil Pediatr*. 2001; 72 (2): 77-80.
- Kendrick D., Smith S., Sutton A., Watson M., Coupland C., Moulvaey C., Mason Jones A. Effect of education and safety equipment on poisoning-prevention practices and poisoning: systematic review, meta-analysis and meta regression. *Arch. Dis. Child*. 2008; 93: 599-608.
- Díaz M, Lagomarsino E, Cavagnaro F. Guía de inmunizaciones para pacientes pediátricos con patología renal crónica. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73 (1): 27-33.
- Martínez JL. Palivizumab en la prevención de infección por virus respiratorio sincicial. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73 (1): 9-14.
- Salinas J, Vío F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(4):281-288.
- 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 Publica* 2003. 14 (4): 223-225.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273(5):402-407.
- Kohn R, Levav I, Alterwain P et al. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2001. 9 (4): 211-218.
- Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 561-68.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.