



BOLETIN

Servicio de Pediatría
HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría
UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 15 Nº63

CONTENIDO

EDITORIAL

El Paradigma de las Residencias Pediátricas

TEMA 1

Mi Experiencia como Médico General
de zona en Calbuco

TEMA 2

Comunicación de malas noticias

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada
Dra. Marcela Godoy Peña
Dr. Francisco Prado Atlaglic

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**

Trex[®]

AZITROMICINA / SAVAL

La marca de **azitromicina** líder en Chile*



*Reporte Chile IMS Febrero 2016.

Presentaciones Pediátricas de TREX[®]

- TREX[®] Envase con 15 ml de suspensión (200 mg / 5 ml)
- TREX[®] Envase con 30 ml de suspensión (200 mg / 5 ml)
- TREX[®] Suspensión Forte: envase con 20 ml de suspensión (400 mg / 5 ml)
- Nueva Presentación TREX[®] SUSPENSIÓN FORTE: Envase con 30 ml de suspensión (400 mg / 5 ml)



invima

Unidad | **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico.

www.saval.cl

LS
SAVAL

• EDITORIAL •

EL PARADIGMA DE LAS RESIDENCIAS PEDIÁTRICAS

Sofía Aros A., Francisco Barrera Q., Francisco Prado A.
 Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 Departamento de Pediatría, Campus Centro, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

En Latinoamérica, junto a Cuba y Costa Rica, Chile ha tenido un descenso sostenido de la mortalidad infantil en los últimos 100 años. (Figura 1)

Para la última década se observa un efecto piso, con estabilización de la tasa de mortalidad informada para el año 2014 de 7,02 por mil recién nacidos vivos.

Estos importantes resultados sanitarios han provocado que la tolerancia a eventuales complicaciones relacionadas con la morbilidad pediátrica general y sobre todo las muertes prematuras evitables, puedan ser utilizadas positivamente como eventos adversos centinelas, de modo tal que permitan servir para intervenciones de mejoramiento continuo.

De este modo, y fundamentalmente en la formación de postgrado, los hospitales clínicos universitarios han cambiado su perfil. La desaparición de patologías que se acompañaban de alta tasa de letalidad y secuelas como enfermedades infectocontagiosas (Viruela, Poliomiélitis, Sarampión, Difteria), Gastroenteritis aguda y de la desnutrición primaria han requerido que los esfuerzos para mantener la disminución de la tasa de mortalidad infantil y otros resultados secundarios como promover la ganancia de años de vida ajustados a calidad de vida (AVAC) se centren en notables avances estructurales de los sistemas sanitarios que soporten procedimientos de diagnóstico y nuevas terapias, que aborden desafíos crecientes en oncología,

enfermedades con alta carga genética, pacientes con necesidades especiales en salud, dependencias tecnológicas y emergencias pediátricas que requieren resolución tiempo dependiente en medicina de urgencia e intensivo.

El 2 de enero de 1942 se inaugura la Posta Infantil del Hospital Manuel Arriarán, primer servicio de esta naturaleza en América del Sur. La atención médica del servicio de Pediatría del hospital era ejercida por los médicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Manuel Arriarán, que contaba inicialmente con 5 cirujanos y 5 pediatras. Previo a ello el mismo médico Director del establecimiento resolvía las urgencias hospitalarias. En 1977 se da otro paso trascendente en la atención de la residencia del servicio, incorporando a los médicos en formación en Pediatría de la Universidad de Chile a un régimen de turnos semanales. Finalmente, en 1988, se crea la Unidad de Residencia del servicio clínico, desempeñada por médicos pediatras post becados.

Actualmente, la Unidad de Residencia está constituida por dos médicos pediatras residentes, acompañados por becados e internos con un rol docente asistencial.

Aún cuando, como consecuencia natural, la contribución de los programas de formación en Pediatría ha sido transformar médicos generales en médicos especialistas en pediatría,

destinados a enfrentar los problemas en salud infantojuvenil más habituales en los distintos niveles de complejidad, estos programas se estructuran con turnos de residencia en un servicio clínico, como una actividad transversal a la duración completa del plan de formación.

Este pilar sostiene y articula rotaciones por distintas subespecialidades, unidades de apoyo y la atención primaria en salud. En este escenario de trabajo preferentemente conectado con las actividades de turnos en residencia hospitalaria, es importante reflexionar en relación al perfil y habilidades que el residente en formación debe tener.

¿Es importante el diagnóstico etiológico en el paradigma de la atención en salud en el escenario de la guardia pediátrica de piso?

Por décadas se ha entendido que el diagnóstico etiológico permite el más alto estándar en los cuidados del niño hospitalizado. No obstante, focalizarse en enfrentar el manejo inicial del paciente en exclusiva atención a la etiología específica, en muchas oportunidades, puede inducir a desperfilar el manejo integral basado en la evaluación sistémica del paciente.

Ejemplos abundan, pero hagamos un análisis práctico. Lactante de 18 meses con dificultad respiratoria, febril, taquicárdico y con signos de mala perfusión. Su enfoque se orienta a priorizar el tratamiento quirúrgico del empiema pleural y se difiere el tratamiento del shock séptico. Como resultado final se asiste al desarrollo de un shock refractario.

El residente debe modificar su aproximación, priorizando la evaluación y categorización

oportuna del estado funcional del enfermo. No debe diferir los tiempos y ventanas de oportunidad. Debe liderar estas acciones promoviendo el enfoque integral e integrado por el equipo de salud.

Sus habilidades y destrezas obligan a estándares mínimos que deben ser acreditables y permanentemente reevaluados. Deben estar presentes siempre aproximaciones escalonadas que incluyan la integración de los diagnósticos localizatorios y sindrómicos con el posible diagnóstico etiológico. Sin embargo las acciones conducentes a estabilizar al paciente, incluyendo estándares de traslado seguro son más importantes que las acciones comandadas por las derivadas de los diagnósticos etiológicos, descontextualizados del estado funcional del paciente.

Lo mismo debe establecerse respecto del registro de los sucesos en la ficha clínica, hecho fundamental que, sin embargo, no puede priorizarse por sobre las acciones destinadas a evitar el deterioro clínico y potencial mortalidad del paciente inestable hasta que se logre su estabilización funcional.

En el otro extremo, los eventos clínicos que se sucedan en un contexto de mortalidad cierta, si son enfrentados mediante una evaluación sistémica, compartiendo la toma de decisiones y la autonomía en las deliberaciones del propio paciente y su familia, contribuye a aliviar la carga emocional vinculada a la asistencia de la muerte de niños y adolescentes, tanto a los padres como a los equipos de salud. La dignidad de la muerte, con cuidados y decisiones paliativas que incluya analgesia y sedación controlada, no deben plantearse como aproximaciones compasivas sino como determinantes obligatorios del residente.

En suma, el apropiado manejo de las diversas

patologías y las recomendaciones de tratamientos específicos resultan insuficientes para el trabajo en residencia si no están desarrolladas las habilidades y destrezas para enfrentar las condiciones de urgencia, fuera de los escenarios de cama crítica. Los requerimientos de traslado seguro y la oportunidad en las acciones de estabilización son atributos y perfiles que definen el ser residente.

Cada uno de los médicos que se desempeñan en la guardia, desde los residentes de primer año hasta el residente sénior, deben mantener un entrenamiento en las cartillas de emergencias pediátricas. Deben conocer el carro de paro, los complementarios tecnológicos que estos tienen y las primeras acciones y aquellas de continuidad en un niño gravemente enfermo.

La transferencia de la responsabilidad del residente a otras residencias de apoyo, a las jefaturas que deben sustentar los aspectos estructurales y los procesos de atención, a los modelos de enfermería y otros, generan paradigmas de ineficiencia en salud. Lo que impacta el costo, altera la calidad de vida, perpetúa la comunicación no efectiva y desperfila los roles, de quienes son los referentes y en los que se basan aquellos que están dando los primeros pasos en la formación.

En suma, el apropiado manejo de las competencias diagnósticas y las oportunas recomendaciones de tratamientos específicos pueden resultar insuficientes para el trabajo en equipo de residencia sino están desarrolladas las habilidades y destrezas necesarias para enfrentar las condiciones de urgencia que se presentan fuera de los escenarios de unidades de paciente crítico.

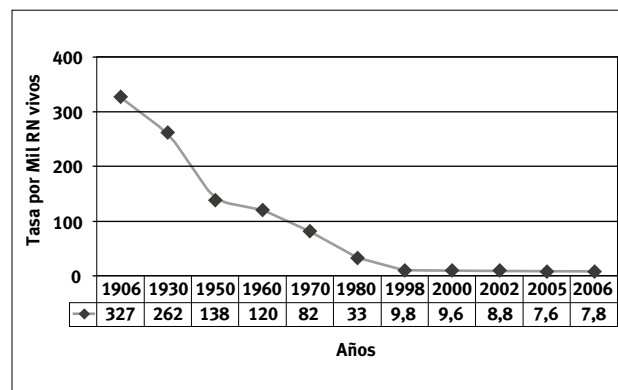
Conocer y saber establecer los requerimientos de traslado seguro y la oportunidad en las acciones de estabilización del menor que se atiende, son atributos y competencias que definen el ser un buen residente. Son paradigmas deseables la solidaridad entre los integrantes de los grupos de residentes, la trasmisión de estos conceptos hacia los médicos en formación de pregrado y postgrado, y el proceso de capacitación creciente de estos últimos para la toma de decisiones guiadas.

El autoanálisis y la autogestión surgen, entonces, como necesarios e imperativos para minimizar el error y también aprender de él. No hay gestión del riesgo sin identificar las brechas que cada uno tenemos respecto a estos estándares recomendables.

Ser residente es un acto de coherencia para con los derechos de los pacientes y la comunidad.

Su perfil es un constante de cambios que al igual que los pacientes, requieren capacidad de liderazgo, de resiliencia y empatía para el máximo logro posible con eficacia, eficiencia y respeto a preceptos bioéticos.

Figura 1
Disminución de Mortalidad Infantil en Chile (1906-2006).



Referencias:

- 1.- American Academy of pediatrics, Academic Pediatric Association. Society of Hospital Medicine. The pediatrics hospital medicine core competencies. A Framework for Curriculum Development By the Society of Hospital Medicine. 2010. www.journalofhospitalmedicine.com. Hospital Medicine 2010;5(4):Suppl 2.
- 2.- Society of Critical Care Medicine. Pediatric fundamental critical care support. Segunda edición. Junio 2013.

• TEMA 1 •

MI EXPERIENCIA COMO MÉDICO GENERAL DE ZONA EN CALBUCO

Francisco Barrera Q.
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

EL PROGRAMA DE MÉDICO GENERAL DE ZONA

El 22 de julio de 1955, durante el segundo gobierno de Carlos Ibáñez del Campo (el General de la Esperanza), a través de un decreto del entonces Servicio Nacional de Salud (creado en 1952), se establece el “Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de Zona (MGZ) en el país”. Destacada participación en esta novedosa y trascendental planificación del Chile de aquellos años, le cupo al Dr. Bogoslav Yuricic T., en aquella época Sub Director del Servicio Nacional de Salud. La medida se enmarcaba en una serie de reformas sociales, que incluían educación, vivienda, seguridad social y salud. Ésta última área había entrado en una fase de reorganización que incluyó la necesidad de descentralizar la atención médica, llevándola a zonas remotas y carentes, destinando

para ello a jóvenes médicos para que desarrollaran experiencia y optaran posteriormente a becas de especialización y a una carrera funcionaria. Todo en un ámbito de integración con las comunidades.

El programa, que este año 2015 cuenta con 1400 profesionales, de entre 25 y 34 años, ha cumplido 60 años desde su creación, ocasión en la que el Colegio Médico efectuó un reconocimiento a la labor de todos aquellos profesionales que cruzaron el desierto, ríos y lagos, para llevar la medicina a quienes lo requerían. También fue el momento en que las antiguas y nuevas generaciones de MGZ analizaran los avances y deudas en el sector; las mismas que derivaron en movilizaciones en todo el país a comienzos de ese año, en demanda por mayores incentivos y mejoras laborales para el plan, que está a cargo del Ministerio de Salud.

Ilustración 1: Dr. Bogoslav Yuricic Turina



Dr. Bogoslav Yuricic Turina: Nació en Punta Arenas en 1908, se tituló de Médico en la Universidad de Chile en 1934. En 1944 se titula de Especialista en Salubridad en la Escuela de Salubridad de la U. de Chile y luego Master in Public Health en la Columbia University, en Estados Unidos. Médico Residente del Sanatorio de San José de Maipo, y en el año 1940 Director del Sanatorio de Putaendo. En 1952 le corresponde la difícil tarea de emprender la puesta en marcha de un Servicio de Salud, nacido de cuatro grandes y tradicionales instituciones: la Dirección General de Beneficencia, la Dirección General de Sanidad, el Seguro Obrero Obligatorio y la Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia. Su gestión la realiza con gran éxito y entran en actividad las 13 Zonas de Salud a lo largo del país, que operaron con gran impacto para la salud pública chilena durante 25 años. En 1952, gana por concurso el cargo de Sub-Director Ejecutivo del SNS, que desempeña hasta 1958. Luego asume diversas tareas en organismos internacionales.

En su descendencia, dos hijos, Anita María y Andrés, serían médicos destacados. Anita María fallece trágicamente el 6 de mayo de 1963 en la así denominada “Tragedia del Arriarán” y Andrés que luego de su beca de obstetricia seguiría en la senda de la administración, al igual que su padre. Una lancha que surca los canales e islas del archipiélago de Quinchao, entregando salud hasta los últimos rincones llevaría el nombre de Anita María Yuricic.

“Se necesitan recursos humanos suficientes, mejor y mayor infraestructura, además de herramientas para hacer diagnóstico. También, que exista una cantidad acorde de becas de especialización, porque si en unos años eso se deteriora, se pierde el estímulo de ser General de Zona”. Comenta Felipe Cayupi, uno de los principales líderes de este destacado y esforzado grupo de profesionales médicos, que posteriormente a su creación, incluyó a Dentistas Generales de Zona.

Hoy, existen diversas organizaciones y actividades que tienden a darle vida y estímulo a este grupo de profesionales, destacando la Agrupación de MGZ, Congresos científicos y Concurso literario y fotográfico. Con el transcurso del tiempo, el Programa original ha sufrido diversas modificaciones, siendo siempre los pilares fundamentales la destinación de profesionales jóvenes a provincia y la posibilidad posterior de acceder a una especialización. El Programa y Concurso CONISS 2016 invita a los egresados de la última promoción médica a la Etapa de Destinación y Formación (EDF), referida como Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud y regida por el Artículo 8° de la Ley 19.964. Suena fuerte lo de “retención”, pero debe referirse a la tardía intención de reencantar a los profesionales médicos y odontólogos con la salud estatal.

MI EXPERIENCIA COMO MÉDICO GENERAL DE ZONA

En mi situación personal, me motivó profundamente la idea de ser MGZ, ojalá en Chiloé, dado que había participado durante tres años en trabajos comunitarios de verano en aquellas maravillosas islas y lugares. Territorio que marcaría intensamente mi futuro desempeño

profesional, al menos en sus inicios. Habíamos conversado en nuestro grupo de futuros colegas lo interesante que sería ir a desempeñarse como MGZ en algún lugar muy apartado, lejos del mundanal ruido y que tuviéramos la posibilidad de ejercer la medicina como nosotros pensábamos que debería hacerse. Nuestra juventud e intrepidez así lo requería. Acordamos con Sergio Aitken, colega y gran amigo irnos juntos posiblemente a Calbuco, incorporando al grupo a su esposa Patricia, enfermera universitaria. Durante nuestros estudios habíamos asistido voluntariamente por un año a un turno de la Posta de Urgencia de Chiloé con Ñuble e hicimos el Curso de tres meses en la Posta Central que nos permitía trabajar en los servicios de Urgencia. Importante formación complementaria para lo que vendría después.

Un lluvioso día de abril de 1970, jugando un partido de Baby football en la cancha de Chiletra (por allá por Vivaceta), en el entretiem po se acerca un joven colega cuyo nombre supimos después (Dr. Jorge Minguell Uribe), quien señala que necesita dos colegas y en lo posible una enfermera para incorporarse a su equipo de salud en Calbuco. Ofrece cargos médicos y de enfermera y contrato a partir del 1° de junio de 1970. Nuestra respuesta fue muy rápida, concursamos y quedamos de ir a conocer el nuevo y flamante hospital, inaugurado en febrero de 1969, dado que el viejo edificio inicial inaugurado en 1907, había sido consumido por las llamas de un incendio que arrasó con el pueblo, la trágica noche del 11 de octubre de 1962.

El fin de semana siguiente partimos a conocer Calbuco. El pueblo y el nuevo edificio del hospital llenaron todas nuestras aspiraciones.

Ya contratados en el hospital iniciamos nuestra

labor el primer lunes de junio de 1970, con todas las ansias de un profesional joven.

El hospital de Calbuco se había visto beneficiado con este programa de MGZ, creado por el Servicio Nacional de Salud. Previo a nosotros habían estado el Dr. Silvio Roncone S., el Dr. Carlos Yurac B., cuya familia materna era de Chiloé, su esposa, Dra. Gloria Romero, el Dr. Hernán Moya S. y la Dra. Mónica Bruzzone O. El Dr. Roncone había contraído matrimonio con una dama de la sociedad calbucana. Todos ellos profesionales que habían desarrollado un excelente trabajo y generado en la comunidad un profundo sentimiento de gratitud hacia el equipo médico.

El departamento de Calbuco está ubicado al sur de la provincia de Llanquihue, abarcando parte del continente y numerosas islas. El pueblo (que junto con la isla Grande de Chiloé fueron los últimos enclaves de España en Chile) fue fundado en 1682 por el maestro de campo, Capitán Francisco Hernández Ortiz quien ordena levantar una empalizada y funda el “Fuerte San Miguel de Calbuco”, en homenaje a la imagen del santo que los acompañó durante toda la travesía. La imagen hoy es guardada en la Iglesia Parroquial, creada en 1710 por orden del obispo de Concepción, iniciando la presencia evangelizadora Jesuita en el área. Ese mismo año llegan 166 indios chonos provenientes de las islas Guaitecas. El párroco calbucano les cede la isla Huar, pero distintos problemas les hacen regresar al Sur.

En esa época su población alcanzaba a 24.885 habitantes, de los cuales 4728 eran “urbanos”. Su división administrativa consideraba 19 distritos: Chayahué, Codihué, Aguantao, Daitao, San Rafael, El Rosario, Quetrolauquén, Alfaro, Chucahue,

Puluqui, Machil, Chechil, Llaicha, Calbuco, Caicaén, Quihua, Quenu, Chidhuapi y Tabón. La mayoría correspondía a islas o poblados en las grandes islas de Calbuco y Puluqui. Calbuco perdió su condición de isla en 1968, por un piedraplén de 180 metros que la une a continente. Previo a ello, los pacientes eran trasladados en camilla, a pulso, hasta la ribera cercana al continente. Posteriormente pudo disponerse de dos ambulancias, una en la isla y otra que esperaba el balseo en el continente. Su economía era monoprodutiva (industria conservera) y primitivamente agrícola.

Había una excelente dotación de escuelas y una de las situaciones que me produjo asombro fue ver como los niños que salían de los bosques iban silbando para encontrarse y agruparse con sus compañeros. Como en el país vasco, pero en ese caso son gritos característicos (irrintzi, grito gutural estridente y prolongado en zonas montañosas de las provincias vascongadas) emitido con diversos propósitos.

Al integrarnos al equipo de salud local, percibimos que la comunidad tenía malas condiciones de vida y serios problemas de salud:

- Alta tasa de parto sin atención profesional.
- Una tasa de mortalidad infantil de 193.3 por mil RN vivos, una de las más altas del país y una tasa de mortalidad neonatal de 104,9 por mil RN.
- Elevada tasa de desnutrición infantil, fundamentalmente de tipo marásmica.
- Elevada tasa de Tuberculosis, con muchos pacientes, niños y adultos jóvenes con meningitis tuberculosa. Unido a lo anterior, alta incidencia de sarampión con resultado de muerte por sus complicaciones. Ello nos hizo sospechar de la eficacia y cumplimiento del programa de vacunación.

- Alta tasa de enfermedades respiratorias agudas.
- Alta tasa de parasitosis, fundamentalmente parásitos redondos, que en la jerga local se denominaban sapos. Nada más ingrato que al descubrir los niños hospitalizados, se apreciaba un ovillo de parásitos en la cuna. Peor aún al almuerzo con frecuencia había tallarines, de un aspecto muy similar.
- Elevada tasa de alcoholismo.
- Alto índice de ruralidad, a veces extrema.

Había tanto que hacer y tan pocos recursos, sin embargo teníamos una fe enorme que podíamos salir adelante. La unión del equipo era férrea y su Director y líder natural estaba empeñado en que podíamos mejorar la salud local. En las reuniones periódicas de Consejo técnico se diseñaba la estrategia a seguir para enfrentar los flagelos ya mencionados. El personal profesional estaba integrado por 3 médicos, 2 enfermeras, 1 matrona, 1 dentista, 1 químico farmacéutico (hija del químico farmacéutico dueño de la única farmacia del pueblo y esposa del alcalde). Con posterioridad se agregaron otros profesionales, alcanzando a 4 médicos, 4 enfermeras, 2 dentistas, 2 matronas, 1 tecnóloga médica, 1 asistente social.

El Dr. Sergio Aitken L., había sido auxiliar de anestesia en la Maternidad del hospital San F. de Borja, habiendo logrado una importante experiencia en el manejo de la patología gineco-obstétrica. De hecho, rápidamente creó una atención expedita en esta especialidad. Incluso junto con el Director del hospital se pusieron en **contacto con las parteras de la comunidad**, visitaron sus huertos, las hierbas utilizadas para el embarazo, parto y puerperio y colaboraron en la atención brindada por ellas. Actividad que permitió disminuir el parto domiciliario, mejorar

las condiciones del Recién Nacido y disminuir la morbimortalidad del binomio madre-hijo. Junto a ello, se percibió la necesidad de crear un **hogar de acogida** para la embarazada con riesgo o de proveniencia rural, de tal modo que en fecha cercana al parto la embarazada quedaba en el hogar, distante media cuadra del hospital. Ello permitió mejorar las condiciones y oportunidad de la atención del parto, puerperio y Recién nacido.

Me correspondió asumir la tarea de la salud del niño. Con el Dr. Sergio Aitken y la enfermera asignada a Pediatría, diseñamos un mapa del pueblo y sus localidades que permitió identificar 17 niños con desnutrición de 3^{er} grado y alto riesgo de muerte. Todos estos niños los hospitalizamos para una evaluación de riesgo nutricional, parasitosis, anemia y raquitismo e intervenidos en éstos aspectos. **Logramos que ese primer año ninguno de estos niños falleciera**, lo que impactó muy positivamente en la elevada tasa de mortalidad infantil. Dicha experiencia fue exitosamente presentada en unas jornadas de manejo de la desnutrición, lideradas por el Dr. Fernando Monckeberg B. a comienzos de 1973. Al mismo tiempo se inició el manejo de los otros grados de desnutrición, para evitar que evolucionaran a 3^{er} grado y su riesgo de muerte. De tal modo que la mortalidad infantil bajó de 195.3 x mil RN vivos (año 1968) a 55.3 x mil RN vivos en 1972. La mortalidad neonatal bajó de 104.09 x mil a 29.2 x mil.

Dada la confirmación de nuestras sospechas de incumplimiento del Programa de vacunación y registros no confiables se asignó una enfermera para profesionalizar al máximo dicha importante tarea, particularmente en BCG y vacuna del sarampión. El sarampión era un flagelo que

periódicamente se hacía cargo del fallecimiento de un número importante de niños de alrededor de un año de edad. De hecho, muchas veces vimos como el bote en que traían un niño enfermo se devolvía a la mitad del canal. Las auxiliares me decían “la alfombrilla se llevó al angelito doctor”. Triste, muy triste situación. Se logró una cobertura en BCG de 25.7% en 1969 a 90.2% en 1972. Similar mejoría se observó en vacuna Sarampión.

Con el Dr. Sergio Aitken ideamos un aparato transiluminador de cráneo, similar al que conocimos y utilizamos en el hospital Arriarán. Nuestra intención era hacer transiluminación en los niños desnutridos para confirmar o descartar un hematoma subdural crónico, complicación frecuente en la desnutrición. Junto a ello hacíamos muchas radioscopías y radiografías con el equipo que disponía el hospital. Rápidamente surgió el rumor que nosotros le veíamos el cerebro a los niños. Incluso el alcalde de la época preguntó si podríamos “verle su cerebro”. El tiempo y los avances en Imagenología le darían la razón al alcalde, cuya familia provenía de la Isla Chanllid, sector muy apartado de Calbuco y Puerto Montt. Además acudía mucha gente a “pasarse por los rayos”, costumbre de aquella época, con lo cual quedaban muy contentos y mejoraban ostensiblemente de salud.

Que interesante habría sido crear en aquellos tiempos el **Programa de Madre Acompañante**, que tanto beneficio generaría muchos años después en el Servicio de Pediatría del HCSBA. El paradigma de aquellos años no permitía una visión tan futurista, aunque los padres de los niños hospitalizados deambulaban por el hospital y pernoctaban en el bote que los había llevado al pueblo.

El Dr. Jorge Minguell U., además de ser un excelente

y exigente Director del hospital, tenía clara afición y competencia en Cirugía de adultos, logrando poco a poco un alto prestigio en el pueblo y en las provincias de Llanquihue y Chiloé. De hecho, con alguna frecuencia llegaba gente de otros pueblos, incluso Puerto Montt que solicitaban sus servicios como cirujano (várices, amputaciones, hemorroides, colecistectomías, manejo de heridas penetrantes).

Dado que pude asistir a un Curso de Tisiología en el hospital San Juan de Dios en Santiago, con el Dr. Victorino Fargas y su equipo. Me hice cargo del Programa de Tuberculosis, creando una **Central de pesquisa y tratamiento** que, por su excelente organización, fue visitada por muchos profesionales de otros hospitales. Entre ellos una enfermera que posteriormente sería mi esposa. En aquellos tiempos el Programa de Tuberculosis era una verdadera lucha contra el flagelo. De hecho, en Chile, muchos médicos y profesionales de enfermería sufrieron de esta enfermedad, entre ellos el Dr. Félix Bulnes Cerda, en cuyo recuerdo lleva su nombre dicho hospital. Se logró aumentar la cobertura de vacunación con BCG, aumentar la pesquisa de TBC, disminuir el abandono de tratamiento y en más largo plazo disminuir la tuberculosis meníngea y miliar.

Del mismo modo, con el Dr. Jorge Minguell y la asistente social del hospital impulsamos un **Programa de Lucha antialcohólica**, siguiendo las enseñanzas del Profesor Juan Marconi Tassara, siquiatra experto en Programas de erradicación del Alcoholismo. Cariñosamente apodado “el profe” o “el sheriff” por sus más íntimos. Definido como uno de esos seres que caminan por la vida sin poder evitar que una profunda huella quede a su paso. Sus trabajos en alcoholismo

fueron pioneros en nuestro país y quisimos aprovecharlas para nuestro Programa en Calbuco. Esta interesante actividad nos permitió lograr el cariño de las señoras de Calbuco, pueblo en el cual la ingesta alcohólica era desde temprano, diaria y copiosa. Con frecuencia entrábamos a los bares y tugurios del pueblo a sacar algún integrante del **club de abstemios Nueva Esperanza**, que había recaído o era inducido a una recaída. Recuerdo más de alguna vez, en pleno gobierno militar, haber entrado a uno de estos bares, reprochando la conducta cobarde de sus amigotes, sacar al abstemio en recaída del lugar y llevarlo a su casa. Muchos de estos alcohólicos en proceso de recuperación eran dueños de carnicerías. Cuando llegaba a mi casa y mi señora me mostraba la mejor carne que nos habían llevado de regalo, mi pregunta preocupado era ¿quién recayó ahora? Era una clara señal.

La extrema ruralidad del Departamento de Calbuco con sus islas y localidades costeras era otro desafío tremendo. Una enfermera que trabajaba en Puerto Montt en Epidemiología, decidió emigrar a Calbuco. Sus conocimientos de Epidemiología y Salud Pública permitieron crear un excelente **Programa de Salud Rural**, con visitas periódicas del equipo de salud constituido por dentista, a veces médico, enfermera, matrona y técnicos paramédicos. La lancha que se utilizaba para estos viajes había sido dada de baja por el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), reacondicionada por el hospital, aunque persistían problemas de estiba, que se solucionaban con una gran piedra. Tarea fundamental de algunos de los integrantes del equipo en las situaciones de mar gruesa era acomodar la piedra para que la lancha no se hundiera. Era tan rudimentaria que en un concurso abierto para ponerle nombre,

ganó el de **“La distrófica”**. Muchas veces me tocó ir a avanzada hora de la noche, con mi perro (El Llanquihue), al muelle a esperar al equipo de terreno, temiendo una zozobra.

Nuestro **perro Llanquihue** era un personaje en el pueblo. Su tarea primordial era acompañar todas las mañanas a los consultantes que iban al hospital, distante media cuadra. Cuando tenía que operar, sobre todo en la noche, me acompañaba hasta la pieza de vestir. Cambiado de ropa para la operación, se hacía cargo de mi vestimenta, echándose sobre ella y no permitía que nadie se acercara. Los funcionarios de adrede iban a molestarlo, pero no había caso, era un muy buen perro guardián. Además le gustaban los curantos y muchos profesionales y funcionarios del hospital lo pedían prestado para asistir con él a un curanto en algún lugar del pueblo.

Con el propósito de mejorar la educación en salud de la población algunos profesionales utilizamos el método de **Organización y Desarrollo de la Comunidad**, aprendido del Profesor Amador Neghme y Dr. Roberto Belmar, ambos de la cátedra de Parasitología de la Universidad de Chile. Largas y nocturnas jornadas de educación, hasta avanzadas horas de la noche. Era tal nuestro entusiasmo y el de los centros de Madres, que no nos dábamos cuenta de la hora. No satisfechos con estos resultados se cambió al método **“Plataforma mínima operante para la Comunidad en Salud” que contenía 15 unidades básicas**. Lucida actuación en esta actividad le cupo a la enfermera a cargo del Programa de Salud Rural, que tenía experiencia en trabajos con la comunidad, con esta otra metodología. Además todo estaba enriquecido con milcaos, chapaleles, roscas chonchinas, chochoca (o trotroyeco) y

mate, aunque más de alguna vez también chicha de manzana, ronpon o mistela.

Otra manera de integrarnos a la comunidad fue a través de la participación en el Club de Pumas local, asociación de juego de pin pon, incorporación al conjunto de música de Calbuco y al campeonato de football. En Calbuco sólo se jugaba Basketball en la cancha techada del Gimnasio comunal. Por interés y motivación personal, creé y presidí la asociación de Baby football local, generando 6 equipos (hospital, magisterio, bancarios, municipalidad, Indap y carabineros). De ese momento en adelante el Baby football sería el deporte techado por excelencia.

Nuestros contactos con el hospital San Francisco de Borja de Santiago, permitieron establecer un **convenio docente asistencial**, pudiendo contar con alumnos, internos, becados chilenos y extranjeros (Cuba, Colombia, Estados Unidos). Ello nos permitió participar en las tareas docentes. Muchos de estos internos posteriormente volvieron al mismo Calbuco u otro hospital de la Región como Médico General de Zona. Entre ellos el Dr. Andrés Yuricic, hijo del Dr. Bogoslav Yuricic, creador del Programa de MGZ.

Estábamos tan entusiasmados con nuestra labor, que no percibimos el **clima de beligerancia y división del país**. De tal modo que ya bastante transcurrida la mañana del 11 de septiembre de 1973, supimos que había habido un golpe de estado en el país y que la conducción del gobierno había sido asumida por los militares. La visita del Jefe de plaza, General Sergio Leigh Guzmán (hermano del integrante de la Junta de gobierno), nos ubicó claramente en lo que venía. Luego de un corto período de planificación, seguimos trabajando casi igual que siempre. El

hospital y su equipo gozaban de un prestigio ganado con esfuerzo y perseverancia.

Dado que no estaban permitidas las actividades de grupo y ya transcurridas algunas semanas, acogiendo la sugerencia de los colegas me comuniqué con el Jefe de Plaza de Calbuco (Comisario Carrasco en grado de Mayor). Con el mayor respeto le solicité nos permitiera reiniciar nuestras partidas de naipes (en esa época el “poto sucio” y la “podrida”). El mayor Carrasco nos otorgó el permiso, aunque con una condición: También quería integrarse a dichas partidas.

Por diversas razones, Calbuco fue privilegiado en ese período turbulento. Solo fue exonerado el Director del hospital, quien pudo hacer su beca de perfeccionamiento en Oncología en Santiago. Hoy, radicado en España, fue Director del hospital de Valencia por varios años. Al año siguiente (1974), el Dr. S. Aitken retornó a Santiago a hacer una beca de Obstetricia. Previo a su partida, en 1972, había llegado el Dr. Hugo González Dettoni, quien era un excelente médico clínico con inclinaciones hacia la Medicina Interna. Siendo Director del hospital, un día viernes, una madre agradecida por haber recuperado la salud de su hijo, me llevó una gallina viva. Otro paciente me había llevado el mismo día un chuico de chicha de manzana. Ambos quedaron olvidados en la oficina de la Dirección. Al llegar el día lunes me llevé una gran sorpresa. El chuico de chicha había fermentado y saltado el corcho y derramado en el piso. La gallina con hambre y sed, bebió lo único que tenía a su alcance (la chicha de manzana). Borracha a más no poder y con diarrea, despreocupadamente se hizo en toda la correspondencia dispersa en la oficina (especialmente los confidenciales), quedando literalmente “la gran cagada”.

En otro momento, tocan a la puerta de la casa del Director. Al ir a ver quien tocaba el timbre, me encontré con una legión de grandes centollas que me habían dejado de regalo y que marchaban hacia el interior de la casa. Como pudimos con mi señora las recogimos, echamos a un saco y al día siguiente fue un exquisito manjar. Desde ese tiempo me han gustado las centollas y cada vez que las como me asoma el recuerdo.

Con la sensación de que habíamos logrado varias de las metas planteadas, el Director quiso presentar nuestra experiencia y concursar en el Colegio Médico. Recibió el **Premio Colegio Médico de Chile al mejor equipo de Salud**. En la presentación efectuada por el Director del hospital, uno de los integrantes del jurado dudó de los excelentes resultados obtenidos, particularmente el descenso de la mortalidad infantil. Muy alterado el catalán Jordi Minguell le dijo “Doctora. Si no me cree, revise las defunciones en el Registro Civil”.

En 1975, consideramos con mi esposa que la etapa estaba cumplida. Retornamos a Santiago a hacer una beca de Pediatría en el hospital Manuel Arriarán. Consideraba tal mi grado de ignorancia que pensé seriamente en la posibilidad de retornar a Calbuco. Dejar la Eritroblastopenia aguda de Gasser, el Síndrome de Reye, la coagulación intravascular diseminada, la falla de la 21 hidroxilasa y otras enzimas en la hiperplasia suprarrenal virilizante, la ornitil transcarbamilasa y el ciclo de la urea, la Diabetes infantil, para otros. Siempre hay gente más inteligente y preparada que uno. Además echaba mucho de menos

los curantos. Sin embargo pudo más el ansia de aprender.

El 7 de abril de 2007 se cumplieron 100 años de la fundación del Hospital de Calbuco. En su aniversario, se invitó a tres ex directores del hospital. Tuve el honor, junto con el Dr. Carlos Yurac B. y el Dr. Jorge Minguell U., de estar entre los ex directores invitados. Grato ambiente de recuerdos y camaradería. En dicha oportunidad nos acompañó el Dr. Patricio Hevia Rivas, en representación y Presidente de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud. Tuvimos la oportunidad de conversar con Esteban Barruel, escritor calbucano citado en la fuente de esta breve reseña, cuyo verdadero nombre es José Roberto Barría Vargas, a quien conocí a través de su padre Don Roberto Barría, gran tenor calbucano.

Revisando la interesante publicación de los Drs. Rubén Puentes y Arturo Galletti, colegas y amigos de Concepción, percibo que, al menos en aquellos años, nuestra permanencia como MGZ en las diversas comunidades tuvo un alto grado de compromiso, un profundo sentido social y un afán increíble por hacer cosas. Tal vez nuestra juventud nos llevó a ser imprudentes, impulsivos y con el pensamiento que podíamos cambiar el mundo, cometimos errores. Sin embargo aún, ya transcurridos 40 años, cuando visitamos Calbuco la gente nos saluda con cariño, respeto y agradecimiento. Si pudiéramos reiniciar dicha etapa, no cometeríamos los mismos errores, pero no me cabe duda que cometeríamos otros.

Fuente:

- 1.- Díaz Ximena: El Médico General de Zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. Cuadernos médico sociales. Marzo 1972.
- 2.- Minguell J., Barrera F., Aitken S.: Hospital de Calbuco: Premio Colegio Médico 1972. Cuadernos médico sociales 1972.
- 3.- Barruel E., et al: Historia cotidiana y contemporánea del pueblo de Calbuco en el siglo XX. Calbuco 2002.
- 4.- Carvajal Y., Minguell J., Vásquez H., Yurac C: Calbuco, Castro, Quellón 1962-1973. Memoria y Salud en la XII Zona. Impresora Maval Ltda. Santiago de Chile enero 2007.
- 5.- Mansilla-Utchal J., Milton J.: Historia de la Salud en Calbuco en CUADERNOS CAICAEN, Historia y Folklore desde las Islas. 2008.
- 6.- Puentes R., Galletti A.: Vivencias de Médicos Generales de Zona en el Chile del ayer. I.S.B.N: 978-956-358-695-4. Primera edición 2015.

• TEMA 2 •

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Marcos Contreras, Marina Bonfill.
 Psicólogos Unidad de Oncología Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

El conocimiento de algunas habilidades de comunicación pueden resultar útiles a la hora de mejorar la técnica comunicativa de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares, diagnosticados de enfermedades que ensombrecen su pronóstico vital o sus expectativas de futuro.

La existencia de una comunicación efectiva entre el médico y el paciente, sobre todo en las unidades médicas donde la información que debe transmitir el médico pueden comprometer las expectativas de vida del paciente será de suma importancia para mitigar la angustia que se experimenta a nivel psicológico, contribuyendo al proceso de adaptación frente a una nueva situación.

Buckman (1984) define una mala noticia como aquella “que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”. Otros autores como Bor, Miller, Goldman y Scher (1993) la definen como “situación donde hay un sentimiento de no esperanza, una amenaza al bienestar mental o físico de la persona, riesgo de alterar un estilo de vida establecido o donde el mensaje entregado transmite pocas opciones de vida”.

Un déficit de comunicación causa angustia innecesaria, no sólo para los pacientes sino también a sus seres queridos.

El paciente o los familiares del mismo cuando acuden a la consulta médica presentan una doble necesidad, Saber y Entender y Sentirse Comprendidos.

La necesidad de Saber y Entender puede ser satisfecha por las explicaciones de los resultados de los exámenes, las opciones de tratamiento o pronóstico, implica el abordaje del nivel cognitivo.

Paralelamente necesita Sentirse Comprendido a través de una comunicación verbal (preguntas de reaseguración) y no verbal (establecer contacto visual) denominándolo comportamiento empático y que abarca el nivel emocional.

A partir de lo anterior, se propone que las habilidades de comunicación deben ser enseñadas en un marco que implica dos enfoques, cognitivo y emocional. Estos dos modelos se ajustan, se integran y tienen el potencial para poder satisfacer la doble necesidad de los pacientes.

A continuación vamos a presentar un modelo llamado SPIKES (Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al; 2000) que propone un esquema de 6 fases que integra esta doble necesidad:

- 1.- **S** setting; (Configuración de la entrevista)
- 2.- **P** perception; (Percepción)
- 3.- **I** invitation; (Invitación a la información)
- 4.- **K** knowledge; (Dar conocimiento)
- 5.- **E** empathy ; (Empatía)
- 6.- **S** summary. (Estrategia y resumir)

S setting: Configuración de la entrevista:

En esta primera fase el equipo médico revisa y comparte la información con el equipo

multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermera, asistente social...). Además se debe reservar un tiempo para poder realizar la entrevista en un espacio tranquilo, dónde puede haber intimidad, sillas para todos y pañuelos de papel. Se citan los padres del paciente, en el caso de los adolescentes, los padres determinan si el paciente va estar presente en la reunión.

P perception: Percepciones del paciente:

El equipo médico debe averiguar que sabe el paciente o los padres de éste, que percepción tienen de la situación. Por ese motivo, antes de comunicar los resultados, el médico debe hacer preguntas abiertas para crear una imagen del conocimiento que tienen.

Por ejemplo: “¿Qué le han dicho acerca de su situación médica hasta ahora?” o “¿Comprende la situación médica actual? Con base en esta información se puede corregir la información errónea y adaptar las malas noticias a lo que entiende el paciente.

I invitation: Preguntar al paciente ¿Cómo quiere se le dé la información?:

En el momento de comunicar un diagnóstico o unos resultados, el equipo médico explorará a través de preguntas simples acerca de ¿Cuánta información quieren saber?. La mayoría de los pacientes expresan un deseo de información completa sobre su diagnóstico, pronóstico, y los detalles de su enfermedad, pero otros no lo hacen. El médico debe escuchar al paciente para saber explícitamente cuál es su deseo de información. Por ejemplo: “¿Cómo le gustaría que le entregue la información sobre los resultados de la prueba? “o “¿Le gustaría que le diera toda la información o esbozar los resultados y pasar más tiempo discutiendo el plan de tratamiento?”.

Si los pacientes no quieren saber los detalles, se deja la puerta abierta para que verbalicen las preguntas que les puedan surgir más adelante.

Puede ser que el paciente huya de la información, mecanismo de defensa psicológico válido, puede ser más probable que se manifieste cuando la enfermedad se vuelve más grave.

K knowledge: Conocimiento y dar información al paciente:

Advertir al paciente que se le va a dar una mala noticia, puede disminuir el impacto que sigue a la divulgación de malas noticias y puede facilitar el procesamiento de la información.

Por ejemplo: “Por desgracia tengo una mala noticia para decirles” o “Siento decirte que...”.

En el momento de comunicar la información es importante:

- Dar información en pequeños trozos y comprobando que el paciente comprende lo que se le está comunicando. Será importante explicar desde el inicio del tratamiento, los protocolos que se han seguido y los resultados que se han ido obteniendo.
- Adaptarse al nivel de comprensión y vocabulario del paciente.
- Evitar la brusquedad excesiva ya que es probable dejar al paciente enojado, con una tendencia a culpar al mensajero de las malas noticias.
- Se debe respetar y dar espacios de silencio para que el paciente pueda ir asimilando la información que se le da. Respetar que quiera parar en algún momento y cerciorarnos que comprende lo que se le está explicando.
- Cuando el pronóstico es malo, evitar el uso de frases como “No hay nada más que podamos hacer por usted.” Esta actitud es incompatible con el

hecho de que los pacientes a menudo tienen otros objetivos terapéuticos importantes como un buen control del dolor y alivio de los síntomas.

E empathy: Empatía

Este es uno de los desafíos más difíciles en la entrega de malas noticias. El manejo de las emociones del paciente es uno de los retos más difíciles a la hora de dar una mala noticia. Las reacciones emocionales de los pacientes pueden variar del silencio por la incredulidad, a el llanto, la negación, o la ira.

Cuando los pacientes reciben malas noticias, a menudo su reacción emocional es una expresión de shock, el aislamiento, y pena. En esta situación, el médico puede ofrecer apoyo y solidaridad a la paciente al dar una respuesta empática. La clave para una respuesta empática se encuentra en:

Reconocer: Pareces muy molesto por la noticia. Usted parece tranquilo, ¿Me puede decir lo que siente?.

Entender: Su reacción ante esta noticia es completamente natural.

Apoyar: No importa lo que pase, vamos a estar aquí para apoyarte durante este proceso.

Explorar la emoción: Quiero saber más sobre lo que está sintiendo en este momento, ¿Qué es lo que más le preocupa, que es lo más urgente?.

Hasta que una emoción no disminuye será difícil pasar a discutir otras cuestiones. Si la emoción no disminuye a la brevedad, será útil seguir dando respuestas empáticas hasta que el paciente

recobre la calma. Los médicos también pueden utilizar las respuestas empáticas al reconocer su propia tristeza u otras emociones como por ejemplo: “Deseaba también que las noticias fueran mejores”. Puede ser una muestra de apoyo para seguir la respuesta empática con una declaración de validación, lo que permite al paciente saber que sus sentimientos son legítimos.

S summary: Estrategia y resumir

Los pacientes que tienen un plan claro para el futuro son menos propensos a sentirse ansiosos e inseguros. Antes de discutir un plan de tratamiento, es importante preguntar a los pacientes si están listos en ese momento para ese debate. Compartir la responsabilidad de la toma de decisiones con el paciente también puede reducir cualquier sensación de fracaso por parte del médico cuando el tratamiento no tiene éxito.

Se recomienda realizar preguntas dirigidas a verificar que los padres y/o el paciente entendieron el plan propuesto, se pretende que la toma de decisiones pueda ser compartida. Explorando el conocimiento del paciente, expectativas y esperanzas permitirá al médico para entender dónde está el paciente y para iniciar la discusión de ese punto.

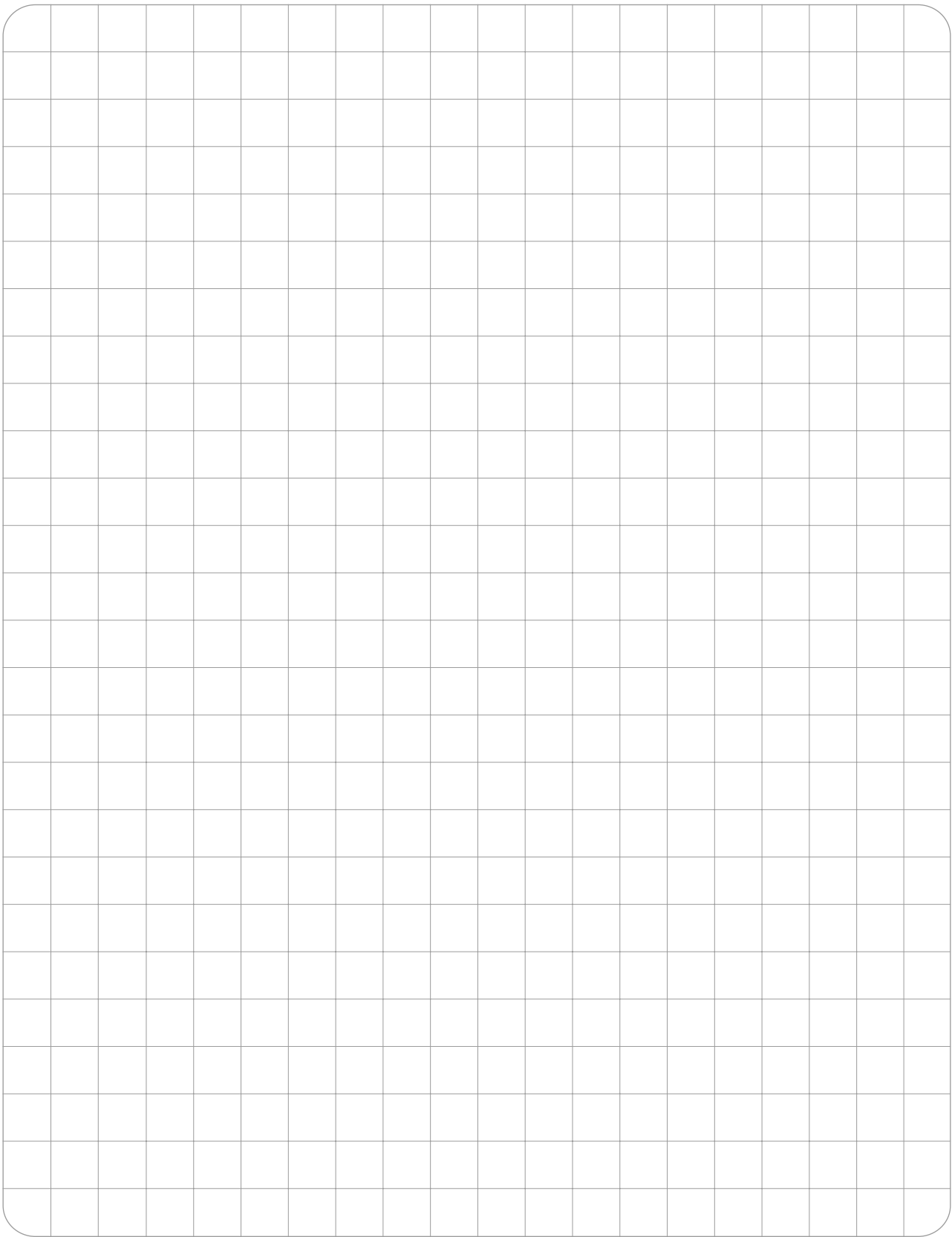
Por ejemplo: “¿Esto te hace sentido?” o “¿Tienes claro el siguiente paso?”

En conclusión, comunicar una mala noticia al paciente de una manera adecuada no es una habilidad opcional, es más bien una parte esencial de la práctica profesional, motivo por el cual este tópico cada vez cobra mayor relevancia.

Fuente:

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al: SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news—Application to the patient with cancer. *Oncologist* 5:302- 311, 2000.
- Bensing JM, Dronkers J: Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 30:283-298, 1992.
- Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The Meaning of Bad News in HIV Disease: counselling about dreaded issues revisited. *Counsel Psychol* 1993; 6: 69-80.
- Buckman R, Kanson Y. Breaking bad news: a six-step protocol. En: Buckman R, editor. *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992. p. 65-97.
- Liesbeth M. Current State of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patient's need to know and need to feel known. *Journal of Clinical Oncology* 2014; 31:3474-3478.

Fecha:



Notas:



En terapia antialérgica

Zival[®]

LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO / SAVAL

Valora las diferencias



Presentaciones Pediátricas de 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



inVima



Unidad | **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico.

www.saval.cl

LS
SAVAL

Cooperación Científica Laboratorios SAVAL

Centro SAVAL Acceso personalizado a información biomédica

- Una red de centros a lo largo del país
- Atención profesional especializada en búsqueda de información
- Bases de datos de nivel mundial
- Artículos a texto completo
- Diseño de presentaciones y material gráfico
- Actividades de extensión científica
- Auditorios y salas de reuniones



Planta Farmacéutica SAVAL

- Tecnología de vanguardia
- Certificada según normas internacionales



invima

Laboratorios SAVAL

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en www.saval.cl y/o a través de su representante médico.

www.saval.cl

LS
SAVAL

IM0330