

noviembre 2015



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 14 Nº62

CONTENIDO

EDITORIAL

Corresponsabilidad paterna

TEMA 1

Origen y desarrollo del Servicio de Urgencia Infantil

TEMA 2

Unidad de Enfermedades Infecciosas

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada

Dra. Marcela Godoy Peña

Dr. Francisco Prado Atlagic

SECRETARIA

Yini Esbeile Luna

SERVICIO DE PEDIATRÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

Santa Rosa 1234 - SANTIAGO

FONOFAX: 2556 6792



■ www.saval.cl **SAVAL**

Revista de circulación exclusiva para personal médico



Trex[®]

AZITROMICINA / SAVAL

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



*Reporte Chile IMS Junio 2015.

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)



invimã

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

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.

LS
SAVAL

• EDITORIAL •

CORRESPONSABILIDAD PATERNA

Dra. Sofía Aros A.
 Pediatra Neonatóloga Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán
 Profesor Asociado Universidad de Chile. Directorio SOCHIPE.

El concepto de corresponsabilidad parental dictamina que tanto el padre como la madre tienen la misma responsabilidad en cuanto al desarrollo, educación, bienestar y salud de sus hijos. En algunas naciones, este término, ha aparecido de manera reciente al ir equiparando más el papel del padre y el de la madre. Ambos trabajan fuera de casa y cuidan a sus hijos, por lo que deben tener las mismas responsabilidades al respecto.

El Orden Jurídico resguarda este principio. El Código Civil de Chile en la Ley 20.680, del 21 de junio de 2013, establece el principio de corresponsabilidad parental como criterio rector de la actuación de los padres, cualquiera sea su situación convivencial. Y en el artículo 224 inciso primero señala: toca de consuno a los padres, o al padre o madre sobreviviente, el cuidado personal de sus hijos. Este se basará en el principio de corresponsabilidad, en virtud del cual ambos padres, vivan juntos o separados, participarán en forma activa, equitativa y permanente en la crianza y educación de sus hijos.

En la **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO** se establece:

Artículo 7: Todo niño tiene derecho a conocer a sus padres y ser cuidado por ellos.

Artículo 9: El niño tiene derecho a vivir con uno o ambos padres excepto cuando se considere que ello es incompatible con el interés superior del niño. El niño que esté separado de uno o de

ambos padres tiene derecho a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres.

Artículo 18: Los padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza del niño, y el gobierno les prestará la asistencia apropiada.

Naciones Unidas también ha hecho referencia a la participación de los padres; en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) se afirmó la necesidad de “promover la equidad de género en todas las esferas de la vida, incluyendo la familia, la vida comunitaria, y alentar y permitir que los hombres tomen responsabilidad por sus comportamientos sexuales y reproductivos y por sus roles familiares y sociales” y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) se refiere al principio de responsabilidades compartidas y afirma que los intereses de las mujeres pueden ser enfrentadas sólo “en asociación con los hombres”.

Este concepto es aplicable tanto en familias constituidas en forma tradicional (padre, madre, hijos), como en familias monoparentales, reconstituidas y ampliadas (suma abuelos, tíos, otros). Considerando que en el mundo y por cierto en nuestro país, el número de divorcios es creciente y aumentan las diversas familias mencionadas, se hace indispensable que la sociedad resguarde el cumplimiento de la corresponsabilidad. El establecimiento de determinados regímenes de relaciones personales entre padres e hijos no sólo afecta los derechos e intereses individuales

de los padres, sino que relevantemente concierne al progresivo desarrollo social y afectivo de la persona menor. La preocupación fundamental debe ser el desarrollo integral del niño.

La corresponsabilidad parental incluye como ejes fundamentales:

- **Compromiso**, tiempo en interacción cara a cara con el niño.
- **Accesibilidad**, estar física y psicológicamente presente para atender las necesidades del niño.
- **Responsabilidad**, asumir las tareas de cuidado y bienestar día a día.

En especial, es necesario reforzar la labor del padre, ya que como equipo de salud debemos facilitar y fomentar la paternidad activa. Es básico comprender que el padre puede ser progenitor o adoptivo, la interacción con el hijo debe ser independiente de la relación con la madre y puede residir o no con el niño. La presencia integral del padre cumpliendo funciones afectivas, psicológicas, educativas, de soporte emocional y de cuidado, es lo deseable para todo individuo.

Nuestra sociedad tiende a limitar el rol del padre focalizando su rol sólo en juegos, paseos y tareas escolares, excluyéndolo de lo cotidiano. El equipo de salud perpetúa estereotipos de género dominante, muchas veces los hombres no son incluidos en las entrevistas (controles prenatales, controles de salud del niño sano), los profesionales se dirigen más a las madres estando ambos presentes, no son considerados en las indicaciones de salud y de cuidado, o son vistos como actores secundarios o poco relevantes en las tareas de crianza. Incluso a aquellos hombres que quieren participar en esas tareas se les presentan barreras para hacerlo dando a entender que son

asuntos de mujeres. Estas miradas y prácticas de las instituciones refuerzan la idea tradicional de que el cuidado de los niños es competencia de las madres y se pierde una ventana importante para avanzar hacia la corresponsabilidad. La inercia de NO cambiar es un mal generalizado.

Existe amplia evidencia de los efectos positivos en el desarrollo del niño cuando hay presencia paterna de calidad.

Una revisión de 16 estudios longitudinales demuestra que la participación activa y regular con el niño predice una serie de resultados positivos y aunque ninguna forma específica ha demostrado dar mejores resultados que otra, pareciera ser mejor con cohabitación. También establece que quienes tuvieron un padre involucrado en su infancia presentaron después menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley, menor vulnerabilidad económica, mejor desarrollo cognitivo, mejor rendimiento escolar y menor estrés en la edad adulta.

Otro estudio publicado en 2006, muestra que los niños con padre comprometido presentan mejor desarrollo físico y mental, mayor autoestima, motivación para estudiar, mejor rendimiento académico. También optimiza habilidades sociales, mejora la tolerancia al estrés, disminuye consumo de alcohol y drogas y minimiza riesgos en salud sexual. Además el PADRE involucrado está más satisfecho y más sano y la MADRE de esa familia mejora su salud física y mental.

En el control de salud existen múltiples instancias de potencial participación del padre:

- Consulta de regulación de fertilidad
- Controles durante la gestación

- Nacimiento: parto, parto y puerperio
- Control de niño sano
- Talleres grupales de habilidades parentales para padres
- Visita domiciliaria
- Atención integral del niño hospitalizado

El incorporar al hombre de manera activa en el parto y nacimiento trae importantes beneficios como brindar mayor apoyo y tranquilidad a la madre durante el proceso, promover el apego temprano y el vínculo afectivo bidireccional padre-hijo desde el mismo momento del nacimiento. Así se logra estimular y fortalecer la construcción del rol paterno y se facilita la conexión con su niño y la vivencia directa de emociones nuevas y enriquecedoras para su paternidad, estimulando los lazos emocionales, afectivos y de protección hacia su hijo.

En el momento del **nacimiento** de un niño, el equipo de salud debe ocuparse de la ubicación adecuada del padre en la sala de partos, de explicar etapas del proceso y procedimientos que se van efectuando, respetando intimidad y silencio. Se le debe indicar cómo puede ir acompañando física y psicológicamente a la madre durante el proceso y apoyar que realice las primeras interacciones que sean posibles: recibir al bebé, cortar el cordón, acompañarlo mientras se le hace el test de APGAR. En lo posible, facilitar que él también haga contacto piel a piel con el recién nacido.

La asistencia del hombre al **control de niño sano** permite fortalecer su propia imagen de padre,

integrarlo al cuidado doméstico y la crianza de su hijo, hacerlo partícipe de la promoción de la salud y el desarrollo de la persona menor. Le permite legitimar la expresión de sus emociones y promueve el cuidado de su propia salud física y mental, una alimentación saludable, consumo moderado de alcohol, controles preventivos de salud.

Durante la **hospitalización** se busca favorecer el acompañamiento del niño. Debe considerarse una ocasión para apoyar actitudes promotoras de apego seguro y mejorar las prácticas de cuidado de madres y padres. Incorporar al hombre de manera activa en un contexto de hospitalización mejora las habilidades parentales de cuidado, facilita las relaciones entre los integrantes de la familia, promueve un estilo de crianza respetuosa, el buen trato hacia los niños, disminuye el maltrato infantil y las negligencias en el cuidado y la crianza. Nuestro Servicio de Pediatría tiene una excelente experiencia con la integración del padre en igualdad de condiciones a la madre durante la hospitalización de un niño.

Es muy sencillo favorecer la corresponsabilidad paterna. Los equipos de salud tienen una importante misión en procurar todas las acciones necesarias para integrar al padre en las distintas actividades mencionadas. El simple hecho de dirigirse a la madre y al padre en la entrevista de la atención de un niño y considerar en todo momento a ambos en igualdad de condiciones, abrirá un mundo maravilloso a ese padre y a ese hijo que guardará para siempre la imagen de un padre involucrado.

Referencias:

- 1.- Acta Paediatr. 2008;97(2):153-8.
- 2.- Pediatrics 2006;117):e637-45.
- 3.- Perspect. Psicol. 2013; 9:55-64.
- 4.- www.crececontigo.gob.cl

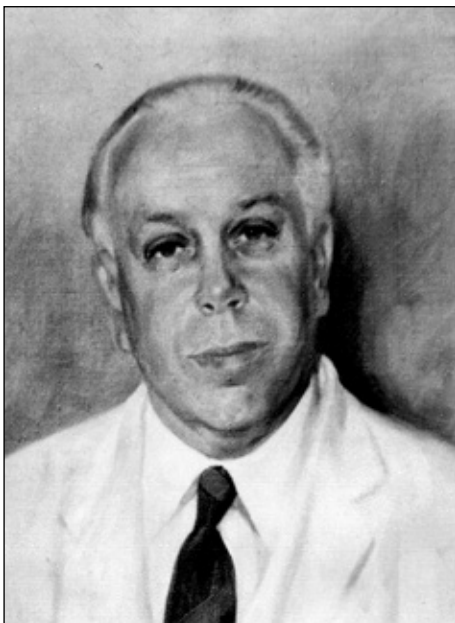
• TEMA 1 •

ORIGEN Y DESARROLLO DEL SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL

Dr. Santiago Rubio A.
Dr. Francisco Barrera Q.

El Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán fue pionero en América Latina. Desde su ubicación original en el Hospital Manuel Arriarán y trasladado este hospital al nuevo y flamante edificio contiguo del Hospital Paula Jaraquemada, inicia un injusto peregrinar por diversas dependencias de este nuevo Complejo hospitalario, hasta lograr hace sólo un par de años su ubicación definitiva en el subterráneo del edificio CDT.

Ilustración 1: Dr. César Izzo Parodi. Cirujano Infantil y Ortopedista Hospital Manuel Arriarán. Destacada participación en la creación del Primer Servicio de Urgencia Infantil en América Latina.



Establecido y ya en pleno funcionamiento el flamante nuevo Hospital Manuel Arriarán, en la década de 1930 surgieron las primeras dificultades, relacionadas particularmente con la atención de los pacientes infantiles en horario fuera de policlínico y además con la solución

de los problemas generados en la permanencia hospitalaria de los niños.

Las urgencias infantiles ambulatorias eran atendidas en la Asistencia Pública, cuya orientación médica era fundamentalmente para emergencias en adultos, relacionadas con accidentes, hechos violentos y una que otra emergencia médica. Reclamaban los equipos de salud de la “Posta Central”, que no estaban preparados para la atención de la Urgencia Infantil, para lo cual era indispensable contar con equipos médicos pediátricos con algún grado de especialización.

La atención de los niños hospitalizados en Pediatría y Cirugía en el Hospital Arriarán era efectuada habitualmente por el Director del Hospital, aunque ocasionalmente algún integrante del equipo, motivado por la patología del niño o su alto grado de compromiso institucional, contribuía a la solución de la consulta solicitada.

La Dirección del Hospital Manuel Arriarán, a cargo del Dr. Iván Prieto Nieto (que inicia su período en 1938), estaba muy preocupada de las necesarias transformaciones materiales y la organización interna del Hospital. Eran tiempos en que las elevadas cifras de Mortalidad Infantil requerían de importantes modificaciones que permitieran disminuir la letalidad. La diarrea y desnutrición, los frecuentes brotes y epidemias de Sarampión. Poliomielitis, Tuberculosis, Difteria, Viruela, Varicela e incluso Cólera eran la patología

imperante. Junto a ello, la pobreza del país en esos tiempos, las pésimas condiciones sanitarias, el alcoholismo y la prostitución eran flagelos que atacaban sin previo aviso. Era frecuente en aquellos tiempos que muchos niños que se hospitalizaban, no dormían en sus cunas. No era su costumbre. En las noches, cuando se hacía presente la “Guardia Médica”, las auxiliares informaban que aquellos niños que se acostaban en el suelo, cerca de la calefacción, no podían dormir de otra manera. En la jerga médica eran denominados “los niños de cajón”, dado que en su casa dormían en un cajón grande que correspondía a los así denominados cajones azucareros. Por otra parte, con alguna frecuencia, se observaba al “niño del carro”, aludiendo a niños que llegaban con la amputación de alguna extremidad (habitualmente inferior), al sufrir el atropello por un carro o tranvía. De hecho, a menos de una cuadra del hospital había una estación terminal de estos tranvías y mucho de ellos circulaban por las calles Avenida Matta, Portugal, Santa Rosa, Victoria, San Diego.

Convencido de que una Residencia médica bien organizada constituye la mejor garantía de una atención correcta, continua y eficiente, el equipo liderado por el Dr. Prieto se enfoca al problema de su reorganización. Como ya se ha mencionado, en los primeros años de vida del Hospital las tareas de residente fueron desempeñadas de hecho por el médico jefe del establecimiento. Posteriormente se crearon dos cargos de residente, un internista y un cirujano. En el año 1938 los residentes llegaron a ser tres, que ejercían sus funciones en días alternos.

El primer paso dado en beneficio de la reorganización de la residencia del Hospital fue la

incorporación de una cuarta plaza de médico con el fin de lograr la creación de un equipo de dos internistas y dos cirujanos y de implantar el servicio de residencia sobre la base de turnos cortos y sucesivos; fue así como a partir del año 1939 la residencia fue ejercida por cuatro médicos y según el sistema de relevos. Siempre con el objetivo de lograr un mayor perfeccionamiento para este servicio y a través de la observación de los hechos diarios que ocurrían, se vislumbró en aquella época la idea de fundar un servicio de guardia permanente y de primeros auxilios sobre la base del personal de médicos residentes en funciones. La idea encontró nuevo fundamento en los frecuentes reclamos interpuestos por la Asistencia Pública en el sentido de que la clientela infantil que llegaba a sus servicios y que era referida a los hospitales de niños no era bien atendida en estas instituciones. La irregularidad notada tenía su explicación en el hecho de que los turnos de residentes eran cubiertos sólo parcialmente; ello y la franca declaración de los dirigentes de la Asistencia Pública de aquella época en el sentido de la imposibilidad de procurar en sus servicios una correcta atención de carácter pediátrico, reforzó nuestro propósito tendiente a la creación de un Servicio de Urgencia sobre la base del trabajo de nuestros residentes, reforzado en cuanto fuera necesario hasta obtener la creación de cinco equipos de guardia compuesto cada uno de ellos por un cirujano especializado y por un pediatra. Planteando nuestro propósito y estudiado nuestro proyecto por la Dirección General de Beneficencia y por la Honorable Junta Central, se obtuvo la autorización necesaria para la fundación de la Posta Infantil de primeros auxilios, servicio que refundido con la residencia fue denominado de Residencia, Guardia y Primeros Auxilios. Fundamental rol en esta trascendente

tarea le cupo al Dr. César Izzo Parodi, destacado especialista en Cirugía Infantil y Ortopedia, Presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría (período 1946-47), fundador y Presidente de la Sociedad de Ortopedia y Traumatología y Presidente del Capítulo Chileno de la Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología. Su compromiso y empuje fueron trascendentales en esta prometedora visión de futuro. Al igual que los Drs. Roberto del Río, Alfredo Commentz, y Luis Calvo Mackenna, su muerte lo sorprendió prematuramente a los 55 años de edad.

La planta de médicos residentes fue ampliada hasta el número de diez (5 cirujanos y 5 internistas), las transformaciones locales se iniciaron con la mayor premura y el día 2 de enero de 1942 la Posta Infantil, primer servicio de esta naturaleza en Sudamérica, abrió sus puertas a la atención del público. Entre su equipamiento inicial pudo contarse con el primer “pulmón de acero” llegado al país (alcanzando a disponer de 4), para la atención de los niños con Poliomielitis. Tuve oportunidad de conocer dicho pulmón de acero, guardado en una oficina del Pabellón Errázuriz, como mudo espectador de los profundos cambios que se observaban en Pediatría. A la sazón, el Dr. Iván Prieto Nieto era el Presidente en ejercicio de la Sociedad Chilena de Pediatría. Pese a las previsiones tomadas, los primeros pasos de este nuevo servicio fueron difíciles; el local consultado no resultó lo suficientemente amplio para su creciente actividad y para el funcionamiento de sus servicios anexos. Todo aquello se fue superando paulatinamente gracias a la iniciativa de los propios residentes y a la comprensión de las autoridades respectivas hasta lograr, en el año 1943, su instalación y ubicación definitiva, una organización eficiente y una modalidad de

trabajo de la cual se percibió un legítimo orgullo. Los anexos incorporados a la Posta Infantil durante el año 1943 lo constituyen el pabellón quirúrgico, el servicio de transfusión de sangre, el laboratorio de urgencia, la sala de yeso y algunas dependencias de servicio. El movimiento estadístico de la Posta Infantil prueba en forma evidente el creciente respeto con que sus actividades se han impuesto ante el público y entre los demás servicios asistenciales de la capital, todos los cuales recurren a ella en demanda de atención de urgencia infantil. En el año 1942 se efectuaron más de 10.500 atenciones y en el año 1943 las atenciones alcanzaron a cerca de 13.000.

Ilustración 2: Cirujanos integrantes del Servicio de Urgencia Infantil, décadas de 1960, 1970, 1980.



Destacan los Drs. Alberto Veloso Novoa (arriba al centro), a su izquierda el Dr. Carlos Gutiérrez Ravello, Dr. Efraín Volosky, Alfredo Raimann Neumann (arriba N°10) a su lado derecho los Drs. Samuel Gelfenstein, Héctor Paredes y detrás de ellos Dr. Mario Hermosilla. Carlos Saavedra Valdivia (abajo tercero izq. a der.), Miguel de la Fuente Villalón (al centro), Patricio Barraza Ruiz y Alberto Salamón Ogaz (a su costado derecho).

El año 1942, con la inauguración de la Posta Infantil de Primeros Auxilios, marca otra fecha de innegable progreso en el desarrollo del Hospital Manuel Arriarán. El local en que funciona el

servicio en referencia era el que en el plan primitivo de construcción del hospital estaba destinado a habitación de las enfermeras internas y que en el momento de su adaptación estaba cedido a la Escuela de Enfermeras para dormitorios de las alumnas.

Especial interés manifestó el Dr. Iván Prieto en que las dependencias imaginadas en un principio para destino de habitación de enfermeras, alumnas y empleados de servicio hayan sido dedicadas a fines que atañen más directamente al bienestar de los enfermos y a la necesidad de ampliación de los distintos servicios. Tal ha ocurrido con el departamento del personal de infecciosos, dedicado con el mismo propósito al Servicio de Otorrinolaringología y con el primer piso del pabellón Valentín Errázuriz, habilitado para servir a la Posta Infantil y al policlínico de cirugía.

En cuanto a trabajo médico se refiere, el Dr. Prieto logró una innovación interesante y que constituyó el primer paso hacia la organización del futuro; nos referimos al régimen del internado médico con trabajo full-time. Su organización visionaria demostró de manera fehaciente las ventajas que significaría para el futuro la implantación definitiva de esta nueva orientación. Siempre con una notable visión de futuro observó que sólo disponía de un médico interno para los servicios clínicos de la sección de medicina interna. Con el correr del tiempo, y obtenida la creación de nuevos cargos de esta naturaleza pudo disponerse de médicos internos en las distintas secciones del Hospital, en los servicios independientes y en los Institutos Científicos con lo cual se aseguró definitivamente la necesaria continuidad de la acción y la mejor y más pronta atención de los

enfermos y, sin que fuera su intención, logró sembrar las bases del futuro desarrollo de los servicios clínicos, las nuevas y emergentes sub especialidades pediátricas y un promisorio desarrollo de la investigación clínica, liderada en las décadas siguientes por el Profesor Julio Meneghello Rivera, Fernando Monckeberg Barros y Francisco Beas Franco.

Siempre en su actitud visionaria señalaba el Dr. Prieto que un sereno estudio de la planta de médicos del establecimiento y del rendimiento médico-horas de trabajo ha de llevar al convencimiento de nuestras autoridades asistenciales que el trabajo full-time es el único compatible con una atención eficiente y acabada de nuestra atención hospitalaria. Época de ejemplar compromiso con la salud infantil, en la cual hubo médicos que se desempeñaban ad honorem en el servicio de Urgencia Infantil y en los servicios clínicos de Pediatría y Cirugía Infantil. De hecho, el Dr. Santiago Rubio Arce, uno de los más connotados pediatras del Hospital Manuel Arriarán, debió esperar veinte años para lograr un cargo remunerado en dicho hospital.

El Dr. Alejandro del Río Soto Aguilar que se destaca como la más sobresaliente figura de su época en la materia, contribuyó en forma decisiva desde su cargo de sub administrador del establecimiento, a cimentar las bases del Hospital de Niños Manuel Arriarán. El prestigio logrado por este Primer Servicio de Urgencia Infantil en Chile y en el extranjero, reconoce su origen en el genio creador del Prof. del Río; los administradores con quienes colaboró, don Germán Riesco y don Ismael Valdés Valdés, supieron rodear al profesor del Río del máximo de posibilidades para desarrollar su acción, el empuje otorgado por el

Dr. César Izzo P., médico Jefe del Servicio de Urgencia Infantil, logró establecer un ejemplar equipo de trabajo; el correr del tiempo ha sabido respetar y acrecentar todo aquel programa de realizaciones que inició el profesor del Río en beneficio directo de las clases necesitadas del país.

Para establecer comparaciones en el Hospital Manuel Arriarán con las escuetas cifras estadísticas enunciadas en las primeras líneas de este trabajo, consignamos las siguientes, que corresponden al año 1943: número de consultas 74.364, enfermos hospitalizados 5.512. La planta de empleados del establecimiento es en la actualidad la siguiente: médicos 65, asistentes sociales 5, farmacéuticos 2, dentistas 2, enfermeras 31, personal administrativo 21, personal auxiliar 79 y personal de servicio 105.

Sucesivamente y desde su fundación han sido administradores o directores del Hospital Manuel Arriarán, las siguientes personas: Don Germán Riesco, 1910-1916; don Ismael Valdés Valdés, 1916-1927; don Juan Valdés Ortúzar, 1927-1929; don Domingo Edwards Matte, 1929-1931; el Dr. Julio Scwarzemberg Löbeck, 1931; el Dr. Eugenio Cienfuegos Bravo, 1931-1932; el Dr. Agustín Inostroza, 1932-1938 y el Dr. Iván Prieto Nieto de 1938 adelante. Más adelante destacarían la Dra. Adriana Carreteros y particularmente el Dr. Francisco Mardones Restat.

Con el transcurrir de los años, se consideró un alto honor el pertenecer al equipo de médicos del Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Manuel Arriarán, integrado por profesionales de trayectoria excepcionalmente destacada en el ámbito

profesional, académico y científico. Entre ellos puede mencionarse a los pediatras Drs. Julio Meneghello Rivera, Alejandro Maccioni Seisdedos, Santiago Rubio Arce, Rodolfo Burdach Weil, Andrés Varas Alfonso. Entre los cirujanos infantiles de partes blandas a los Drs. Alberto Veloso Novoa, Carlos Gutiérrez Ravello, Héctor Paredes, Patricio Vera Cáceres. Una vez consolidada la incorporación de los ortopedistas, recordamos especialmente a César Izzo Parodi, Alfredo Raimann Neumann, Miguel de la Fuente Villalón, Carlos Saavedra Valdivia. Junto a ellos, tantos otros que han caído en el injusto olvido.

Cabe mencionar el aciago accidente del 6 de mayo de 1963, en que una explosión de un balón de gas con ciclopropano, al interior de un pabellón quirúrgico tronchó la vida de dos pequeños pacientes y 4 promisorios colegas cirujanos, entre los cuales destacan la Dra. Ana María Juricic joven becada de anestesia y el Dr. Mario Torres Kay experimentado anestesista, a la sazón Presidente de la Sociedad Chilena de Anestesiología. Todo el hospital se vistió de luto, particularmente los servicios quirúrgicos y el Servicio de Urgencia Infantil.

En el transcurso de 1977 y años siguientes, una vez trasladado el Hospital Manuel Arriarán a dependencias del nuevo hospital Paula Jaraquemada, pudo observarse su permanencia junto con el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, en el Antiguo hospital. Luego inicia un largo peregrinar, sin lograr una ubicación definitiva, a pesar de su reconocida trayectoria en el ámbito nacional y latinoamericano. Otro amargo resultado de la prometida y fracasada Torre Pediátrica del flamante Complejo Hospitalario.

• TEMA 2 •

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

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

Ya creado y en funciones, el Hospital Manuel Arriarán, debía impulsarse al desarrollo de las diversas orientaciones del quehacer pediátrico, en áreas que hoy son subespecialidades. Entre ellas, la Infectología Pediátrica.

El escenario de comienzos de siglo 20 era complicado. Tasas de Mortalidad Infantil con cifras informadas de al menos 330 por mil recién nacidos vivos, entre las más altas del mundo e incluso con un importante sub registro. Tan alta Mortalidad Infantil era explicada por alteraciones digestivas y perturbaciones nutritivas ligadas a la alimentación, enfermedades infecciosas específicas, otras enfermedades infecciosas, trauma obstétrico y prematurez. Frecuentes epidemias y brotes de viruela, sarampión, tuberculosis, difteria, neumonías complicadas, meningitis bacteriana correspondían a las denominadas enfermedades infecciosas. Ello se desprende del conocido estudio del Dr. Luis Calvo Mackenna, a fines de la década de 1920, solicitado por la Sociedad de las Naciones. Causas importantes de mortinatalidad, siguiendo los mismos estudios de Calvo Mackenna eran la sífilis, el trauma obstétrico, la prematurez y la procidencia de cordón.

La viruela fue erradicada de América observando el último caso en abril de 1971. En el mundo su erradicación demoró algún tiempo más (durante la década de 1980). Tal era el temor que se tenía a la enfermedad que en los inicios de la década de 1970 los problemas en relación a viruela derivaban básicamente de la mantención de la

vacuna y sus variadas complicaciones (enfermedad por virus vacuna, encefalitis). Aparecida la terapia anti TBC (primer reporte de descubrimiento de estreptomocina es de 1943) se pensó que en un plazo relativamente breve esta sería erradicada. Grave error. La naturaleza le tenía deparada una desagradable sorpresa a la ciencia médica (Virus de inmunodeficiencia humana y su complicación con TBC). El sarampión en Chile fue virtualmente erradicado en 1992, aunque se observaron dos casos aislados e importados. Lo mismo pudo observarse posteriormente en el resto de América, con un pequeño brote terminal en Brasil. Persiste la amenaza de su reaparición, por brotes aislados con caso índice proveniente de otros países y la creciente conducta de no vacunar a los niños. La poliomielitis se consideró erradicada oficialmente de nuestro país en julio de 1994 y al año siguiente es erradicada de América, siendo observado el último caso en la sierra de Perú en 1990, por lo tanto, transcurridos 5 años, se declara continente libre del flagelo. Aún quedan muchos adultos con secuelas de poliomielitis, hoy ya mayores de 30 años. En forma silenciosa y sin darnos cuenta, la difteria ha desaparecido de nuestro país. Tal vez sea una de las enfermedades infecciosas que se retiró de la manera más caballerosa, sin alardes, espectáculo ni farándula. Fundamentales cambios se observaron en el tratamiento de la Meningitis bacteriana, con el descubrimiento de la penicilina (1928), sulfamidas (1932) y Cloranfenicol (1947). Aunque hubo un severo brote a inicios de la década de 1940 provocada por meningococo W 135. Estos tres antibióticos constituyeron la terapia triasociada clásica de la década de 1950,

1960, hasta la aparición de las nuevas cefalosporinas de tercera generación. En todo este cambio epidemiológico tuvieron un rol fundamental los médicos salubristas y entre ellos, particularmente el Dr. Manuel Barros Borgoño, quien recorría todo Chile enfatizando en medidas de prevención primaria como el control sanitario, el Programa Nacional de Inmunizaciones y el aislamiento de casos índices e incluso sospechosos.

Del mismo modo se ha avanzado significativamente en las técnicas diagnósticas de enfermedades infecciosas, sobretodo en base a Biología molecular, hoy al alcance de la medicina privada y con importantes esfuerzos, en casos calificados, de la medicina pública hospitalaria.

Todo lo anterior explica como las unidades de Enfermedades Infecciosas de los diversos hospitales pediátricos han debido reorganizarse, suprimiendo las salas de hospitalización, los numerosos aislamientos y transformándose en unidades interconsultoras y de atención ambulatoria. Persisten sin embargo dificultades diagnósticas y terapéuticas en las enfermedades virales, aunque ha habido importantes avances.

En los inicios de la Especialidad, los primeros intentos de profundizar conocimientos en el área de la Infectología Infantil, correspondieron al Dr. Adalberto Stegger Schaefer. Como muchos otros pediatras, de origen alemán. Su familia provenía del Sur de Chile y al igual que otros hizo sus primeros estudios en el Colegio Alemán y luego en el Internado Nacional Barros Arana. Alumno brillante e interno destacado en el Hospital Arriarán, incluso recibió el “Premio Clin” por su desempeño y compromiso. Egresó en 1926

y su tesis versó sobre “Las infecciones intestinales del lactante”. Como tendía a usarse en esa época, terminó su sólida formación en Europa. Con posterioridad gana la beca Harvard, Universidad en la cual permanece dos años. Precursor del desarrollo de la especialidad, sus primeras publicaciones científicas versaron sobre difteria, quimioterapia, meningitis. En su trayectoria profesional, llega a ser Jefe del Servicio de Infecciosos y luego Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Manuel Arriarán (1928 a 1954). Posteriormente se traslada junto con el Dr. Julio Schwarzenberg Löbeck, al nuevo servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, de reciente creación. Sus trabajos científicos estaban relacionados con: Tuberculosis, Sífilis, Bacteriología, Inmunología, Profilaxis de Coqueluche, Meningitis, Encefalitis, Tifus exantemático, Síndrome disentérico, Síndrome de Waterhouse-Friedericksen, Poliomieltis, Virus coxsackie, Hepatitis y coma hepático, Insuficiencia renal aguda y diálisis extracorpórea. Publica el primer libro en Chile de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Aunque costaba seguir su ritmo de trabajo e inducía a estudiar incansablemente a su equipo médico, logró el cariño y respeto de todos.

Posteriormente le corresponde al Dr Eduardo Cassorla Levy, interesarse por el desarrollo de la Infectología, dado su conocimiento de la especialidad era el interconsultor habitual en patología infecciosa del niño en el Hospital Arriarán. Nacido en Temuco, donde hizo sus primeros estudios, culmina su enseñanza de Humanidades en el Instituto Nacional de Santiago. Se titula de médico en 1936, egresando de la Universidad de Chile. Con posterioridad viaja a EE.UU. becado por la Academia Americana de

Pediatría a las universidades de California, Illinois y Kingston Avenue Hospital (Nueva York), para su formación en Pediatría, Enfermedades infecciosas y Endocrinología. Trabajador infatigable, tanto en su desempeño en el Hospital Arriarán, como en su consulta privada, donde, al igual que muchos de sus colegas de la época, hacía visitas domiciliarias hasta avanzadas horas de la noche. Luego, en 1954, se traslada junto con Stegger al Hospital San Juan de Dios como Jefe de la Unidad de Infecciosos. Continuaría su infatigable trabajo logrando una destacada carrera asistencial y académica, culminando como Jefe de servicio de Pediatría en el Hospital Exequiel González Cortés y Decano de la Facultad de Medicina Sur de la Universidad de Chile.

Otro precursor, importante e incansable colaborador en el campo de la Infectología en el Hospital Manuel Arriarán, el Dr. Enrique Fanta Núñez, logró destacarse en el plano nacional e internacional. Luego de sus estudios en la Escuela Pública de Curicó esquina de Portugal en Santiago, continúa en el Instituto Nacional, siendo tempranamente elegido como el **“Mejor Institutano”**. Terminados sus estudios de Medicina en 1950, pasa a ser Ayudante Ad Honorem de la Cátedra de Pediatría de los profesores Arturo Baeza Goñi y Julio Meneghello Rivera, en el Hospital Arriarán. Tuvo estudios en el extranjero en las universidades de Génova (Profesor Fanconi) y Heilderberg (Alemania). Dirigió la Unidad de Infectología del Hospital Arriarán, en tiempos en que la meningitis bacteriana y sus complicaciones era una patología frecuente. Junto a ello, las neumonías post sarampión y estafilocócicas. El Dr. Fanta se distinguió siempre por su muy alto grado de compromiso con los pacientes y el Servicio de Pediatría. Reconocido en las

Universidades de Chile y Católica como el maestro de varias generaciones de médicos chilenos y latinoamericanos. A decir de muchos, **“el primero en llegar y el último en irse”**, tal era el cariño que le tenía a su hospital y su labor. Sus visitas y reuniones diarias en la Unidad eran percibidas como altamente formadoras, aunque por su carácter firme y riguroso era temido y respetado por sus alumnos.

Estos tres precursores de la Infectología pediátrica le dieron una sólida impronta a la especialidad, tanto en el plano local como nacional.

Dicha impronta, con similares características, se mantuvo con el Dr. Luis Siemprevivo Curotto, de ascendencia italiana (proveniente de Génova, región de Dórbora). Debió volver a esta región de Italia acompañando a un hermano afectado de tuberculosis. Gran alegría causó a sus padres y familiares, comerciantes vecindados en Valparaíso, su título profesional de médico en la Universidad de Chile el año 1942. Inicialmente discípulo y ayudante del Dr. Juan Noé, pronto pasaría a desempeñarse ad Honorem en el Hospital Manuel Arriarán y también en el Hospital de Carabineros, en donde llegaría a ser jefe de servicio de Pediatría y Comandante de Sanidad. Tuve la oportunidad de conocerlo como Jefe de la Unidad de Infecciosos del Hospital Arriarán y trabajar junto a él en mi período de beca de Pediatría. De contextura alta e imponente, muy disciplinado, amable aunque riguroso, reconocido por todos por su generosidad y destreza clínica. Profundamente comprometido con la salud del niño, llegaba muy temprano a la unidad, de tal modo que cuando nos aparecíamos, ya conocía todos los pacientes hospitalizados. Formó un excelente grupo de trabajo integrado entre otros

por Eduardo Welch Valdemar, Rodrigo Cassorla Golugoff, Rubén Gamboa y la participación de la Dra. Jimena Guerrero (Bacterióloga). Tal era su grado de compromiso con la Pediatría y salud del niño, que no tuvo “tiempo para formar una familia”, aunque como buen italiano estuvo siempre rodeado por sus familiares de la colonia.

Ya en esta etapa, a mediados de la década de 1970, se estaba planificando el pronto traslado al nuevo hospital, con una Unidad de Enfermedades Infecciosas en que su perfil patológico y epidemiológico había sufrido profundos cambios.

La desaparición de algunas enfermedades infectocontagiosas (viruela, poliomielitis), la disminución y pronta desaparición del sarampión, difteria. La modificación del comportamiento de las meningitis, con diagnóstico más oportuno, terapias más modernas, aparición de las nuevas penicilinas semi sintéticas, cefalosporinas de tercera generación.

Todo esto y mucho más hacía sospechar profundos cambios en la Unidad, se presumía la disminución y desaparición de sus camas, atención ambulatoria y su rol de interconsultores en los servicios clínicos.

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



invimã



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

Unidad | **Pediatría**

■ www.saval.cl

Elaborado y distribuido por
Laboratorios Saval S.A.





Planta Farmacéutica SAVAL

Tecnología de Punta

Certificada según normas
Internacionales



invimö