

Julio 2008



BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 7 Nº33

CONTENIDO

EDITORIAL

Hospital Manuel Arriarán Barros y la permanente partida de profesores

TEMA

Hospital Josefina Martínez:
La propuesta de un hospital amigo

EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada
Dra. Cristina Casado Forascepi
Dra. Marcela Godoy Peña

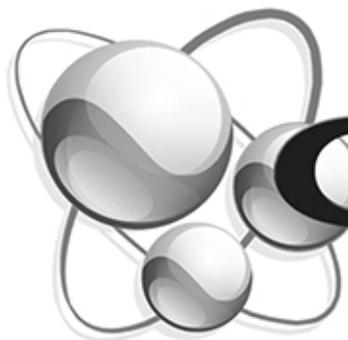
SECRETARIA

Angelina Díaz Poblete

SERVICIO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
CAMPUS CENTRO UNIVERSIDAD DE CHILE
Santa Rosa 1234 - SANTIAGO
FONOFAX: 556 6792



www.savall.cl



CEFIRAX[®]

Cefpodoxima / SAVAL

EFICACIA Y SEGURIDAD BETALACTÁMICA

MÁS CERCA DE SUS PACIENTES

En ITUs no complicadas
de niños y adultos



Introducido
por Laboratorios SAVAL
en Chile

www.saval.cl



ITU no complicada:
100 mg (1/2 comp.) o
5 mg/Kg/dosis c/12 horas
(Sin sobrepasar 100 mg / dosis)

comprimidos
ranurados

LS
SAVAL

2

Cómoda Administración

2 veces al día
Niños y Adultos

• EDITORIAL •

**HOSPITAL MANUEL ARRIARÁN BARROS Y LA PERMANENTE
PARTIDA DE PROFESORES**

Francisco Barrera Quezada

ORÍGENES DE LA PEDIATRÍA EN CHILE

Mucho tiempo hubo de transcurrir, después que por Real Cédula de España, durante el reinado de Carlos V en 1613, se señalara la imperiosa necesidad de contar con un Hospital en Chile, dando ello origen al Hospital San Juan de Dios para adultos, en terrenos donados el 3 de octubre de 1553 (“Día del Hospital”). Entra en funciones en marzo de 1554.

Mientras en América española surgían vientos libertarios, en 1802 en Francia, se creaba el primer Hospital dedicado exclusivamente a la atención de niños, transformando un Asilo de Niños en el “Hospital Enfant Jesús”. Pronto le seguirían Alemania y Austria.

La primera preocupación notable por la salud de la infancia desvalida en Chile, se remonta a 1761, en que por Real Cédula de Carlos III, se crea en la que hoy es la actual calle Huérfanos el “**Hospicio de Pobres, Hospital de Expósitos y de recogimiento de mujeres arrepentidas**”. En dicho lugar se albergaron los huérfanos, quienes entraban por un torno, muchas veces de noche y en el más oscuro anonimato. Dicho Hogar estaba a cargo de la Congregación de las Hermanas de la Providencia, dedicada a la protección de la infancia desvalida. Activa participación le cupo a **Sor Bernarda Morín**, en cuyo recuerdo existe una calle en la Comuna de Providencia, una plaza y una efigie en el frontis de la Capilla de la Providencia. Esta “Casa de Huérfanos”, tendría gran importancia en la creación del primer hospital de niños y por costumbre de uso, la calle en que estaba situada tomaría su nombre. Posteriormente, alrededor de 1885

y durante el gobierno de Don Domingo Santa María, la Casa de Huérfanos (o de Expósitos), se trasladó a la Chacra de la Providencia, ubicada en el sector de Providencia y que podía albergar hasta 1000 niños (origen del Hospital Luis Calvo Mackenna). Además, a través de distintas donaciones, se construyeron los Talleres de la Casa de Huérfanos, que permitió albergar jóvenes de 14 a 20 años, especializándolos en carpintería, sastrería y zapatería. Finalmente se constituiría en la Casa Nacional del Niño.

Mientras tanto, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, hacía esfuerzos por motivar a los estudiantes de medicina en el aprendizaje de las enfermedades de la infancia. Encargó al Profesor Francisco Javier Tocornal Grez exponer algunas enfermedades de niños, fundamentalmente Difteria, Asma y Epilepsia. Escasa motivación despertaban sus clases.

En Septiembre de 1900, la Casa de Ejercicios San José creada a sus expensas (Moneda esquina de Almirante Barroso), se transforma en un **Hospital Provisorio de Niños**. Luego correspondería a las raíces del Hospital Roberto del Río. En 1908, se consideró la necesidad de construir otro hospital, ahora en el sector Sur de Santiago, aprovechando un legado del Filántropo Don Manuel Arriarán Barros. Especial rol en la construcción, fundación y desarrollo del Hospital Manuel Arriarán le cupo al **Dr. Alfredo Commentz Loffler**, quien asumiría prontamente como Jefe de Servicio, llegaría a ser un eminente pediatra y Profesor Extraordinario de Pediatría de la Universidad de Chile. Impulsor además de la Escuela

de Enfermeras y el reglamento para el Servicio de infecciosos.

El 5 de Junio de 1917, en un homenaje póstumo y con la delicadeza de aquellos tiempos, la Junta Central de Beneficencia acordó darle el nombre de Hospital Dr. Roberto del Río Soto Aguilar al primer hospital de niños del país y Manuel Arriarán Barros al construido en el sector Sur y que había comenzado tímidamente a funcionar por allá por 1913. Con posterioridad, en los terrenos de la Casa Nacional del Niño se construiría otro Hospital de Niños, inaugurado en julio de 1942 y que llevaría el nombre del Dr. Luis Calvo Mackenna, fallecido en 1937.

LA PERMANENTE PARTIDA DE PROFESORES

Con frecuencia, destacados pediatras de estos dos únicos hospitales pediátricos de la época (Manuel Arriarán y Roberto del Río), debían partir para asumir funciones en los nuevos hospitales y servicios clínicos que se iban creando. Muchos se iniciaron en el Hospital Manuel Arriarán.

Entre ellos, el Dr. Julio Schwarzenberg Lobeck, proveniente de una esforzada familia alemana de Osorno, quien una vez titulado en 1916 en el Hospital Roberto del Río, se destaca inicialmente en el Hospital San Francisco de Borja. Luego se desempeña en el Hospital Manuel Arriarán, llegando a ser su Primer Director Médico. Durante su administración, que perduró más de 15 años, hizo un maravilloso trabajo junto a los profesores Eugenio Cienfuegos Bravo y Alfredo Commentz Loeffler. Grandes esfuerzos desplegó para la creación de la Escuela de Enfermería en el Hospital Arriarán y notable preocupación por incorporar el Servicio y Asistencia Social en todos los hospitales. Luego se uniría en el recientemente creado Hospital Luis Calvo Mackenna en 1942, al Profesor Aníbal Ariztía

Ariztía como su Jefe de Clínica y Profesor. Finalmente, los últimos diez años de su carrera profesional los dedicó a la organización del Servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.

La siguiente partida que el Hospital Manuel Arriarán debe lamentar corresponde a los Drs. Adalberto Steeger Schaefer y Eduardo Cassorla Levy. El Dr. Steeger, nació en Puerto Montt y estudió en el Liceo Alemán de dicha ciudad. Alumno brillante e interno destacado y premiado, trabajó inicialmente Ad-honorem junto al Profesor Eugenio Cienfuegos Bravo, llegando a ser su Jefe de Clínica (carg o ansiado y respetado por muchos). Desde 1928 a 1954 fue Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Manuel Arriarán.

El Dr. Eduardo Cassorla, nacido en Temuco y titulado en la Universidad de Chile en 1936, se desempeñó Ad-honorem en el Hospital, hasta que viaja a Estados Unidos a perfeccionarse en Pediatría, enfermedades infecciosas y endocrinología. A su regreso, continúa en el Hospital Arriarán hasta 1954, época en que se traslada junto con el Dr. Adalberto Steeger S. al servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Posteriormente se haría cargo como Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Exequiel González Cortés, sucediendo al Dr. Arturo Baeza Goñi, también proveniente del Hospital Manuel Arriarán.

En 1962, el Profesor Julio Meneghello Rivera ganaba el Concurso de Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Roberto del Río. Debe emigrar de su cargo de Jefe de Sección del Hospital Manuel Arriarán Barros, pero no lo hará solo, pues le acompañan un grupo selecto de ayudantes, entre los cuales estaban los Drs. Enrique Fanta Núñez, Isidoro Horwitz

Campos, Oscar Undurraga Alemparte, Alfredo Patrí Merino, Alejandro Manterola Araya, Mafalda Rizzardini Palietí, Carmen Aguiló Puyol, Eugenia Emparanza del Solar, Eduardo Silva Silva, Jorge Vildósola San Martín, Guillermo Repetto Dapello y otros. Ello se tradujo en un grave daño al equipo médico del Hospital Arriarán. Su partida no dejó de estar rodeada de dramatismo, eran tiempos de definiciones que bien podrían cambiar y de hecho así fue, el rumbo de la historia de la pediatría en ambos hospitales. Pero lo anterior no sería todo. Otro duro golpe debería recibir el restante equipo médico del Hospital, dado que otro Jefe de Medicina Pediátrica, Profesor Arturo Baeza Goñi, tomó la decisión de irse como Jefe de Servicio al naciente Hospital Exequiel González Cortés, también acompañado de algunos discípulos, entre los cuales incluso estaba su propio hijo, Dr. Florencio Baeza Donoso. Además le acompañaría el Dr. Eric Simpferdorfer, quien pronto asumiría como Director de dicho hospital.

Es posible que simultáneamente por esos tiempos, al menos tres de los jefes de servicio de los hospitales pediátricos, hubieran estado vinculados inicialmente al hospital Manuel Arriarán.

Junto a lo anterior, y como su natural consecuencia, el Profesor José Bauza Frau se traslada al Hospital Manuel Arriarán, acompañado a su vez por otro grupo de pediatras, entre los cuales podemos mencionar a Roberto Infante Yávar, Augusto Winter Elizalde y otros. Pronto, el Dr. Bauzá Frau se rodeó de un importante grupo de pediatras resueltos a mantener la pediatría en su querido hospital. Muchos de ellos habrían de brillar con luz propia, destacándose en los ámbitos nacional e internacional. Podemos recordar al Dr. Roberto Infante Yávar y Santiago Rubio Arce (1^{er}

y 2^o Premios Julio Schwarzenberg), Dr. Alejandro Maccioni Seisdedos, tempranamente alejado de la Pediatría clínica y cuya partida todavía lamentamos, Dr. Fernando Monckeberg Barros a quien se le ha definido como “Padre de la Nutrición en Chile” y al Dr. Abraham Steckel, reconocido hematólogo, quien falleciera prematuramente en los momentos que quizás eran los preliminares de su reconocimiento internacional. Muchos otros nombres nos vienen a la memoria o han quedado en un injusto olvido. Mientras tanto, Cirugía Infantil también se preparaba a vivir momentos difíciles. De ellos, la partida del Dr. René Artigas Nambrard a fines de 1973, para ejercer la labor de Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Exequiel González Cortés. El Dr. Fernando Monckeberg Barros opta por crear el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), por allá por inicios de la década de 1970-1972. Nuevamente un grupo de destacados pediatras e investigadores marcha con él a esta nueva institución. Entre ellos, la Dra. Marta Colombo (quien destacaría con singular brillo en el campo de las Enfermedades Metabólicas), el Dr. Oscar Brunser T., Abraham Steckel, Iván Contreras Hermosilla y otros. Durante un tiempo le acompañaría también el Dr. Alejandro Maccioni S.

Habiendo sucedido en el cargo de Jefe de Servicio al Dr. José Bauza Frau, el Dr. Alejandro Maccioni Seisdedos dedica sus mayores esfuerzos a revitalizar la Pediatría, apoyado por su incondicional amigo y colega Dr. Santiago Rubio Arce. Sin embargo, el Dr. Maccioni opta por retirarse prematuramente de la jefatura, trasladándose por un breve periodo al INTA, para luego lamentablemente abandonar la medicina clínica.

Talvez, los distinguidos, entusiastas y tesoneros

maestros que emigraron no vislumbraron que su decisión cambiaría la historia de la pediatría chilena, impactando profundamente también en la historia de la pediatría en América Latina, dado que el Hospital Roberto del Río se transformaría en un polo de desarrollo docente asistencial a nivel latinoamericano y el Dr. Julio Meneghello Rivera sería el pediatra más destacado y reconocido en el continente americano.

Es probable que dentro de los costos de largo plazo que hubo que pagar por la emigración de tantos distinguidos pediatras y finalmente los profesores Meneghello y Baeza Goñi, haya estado el no construir la anhelada torre pediátrica del Complejo Hospitalario Paula Jaraquemada (actual Hospital Clínico San Borja Arriarán). Ello significó otro grave daño, no ya en su recurso humano sino en la postergación de la modernización de la estructura física. Para siempre quedarían sepultados los anhelos del equipo médico del Hospital. La caída del gobierno de Allende, la llegada del gobierno militar, los cambios en políticas de salud, el auge de la medicina privada hacían insostenible dicho anhelo.

No, no sólo el Hospital Manuel Arriarán Barros había cedido generosamente mucha de sus mejores gentes para nutrir los nacientes hospitales pediátricos, sino que además no se le permitiría renovar su planta física e incluso debía ceder parte de sus terrenos para un hospital de adultos. Sería cosa del destino que a diferencia de los otros centros, no pudiera disponerse de un hospital de niños. El Dr. Alejandro Maccioni Seisdedos se enfrentó a la terrible disyuntiva de mantenerse en el viejo edificio hospitalario o emigrar a una parte del 8º piso del flamante edificio del naciente Complejo hospitalario. Con su brillante y reconocida capacidad intelectual

optó por emigrar, sabiendo que ello era enterrar los anhelos de la “Torre Pediátrica”. El Dr. Maccioni era un reconocido y entusiasta ajedrecista, que además cantaba muy bien los tangos, sobretodo de Carlitos Gardel. Tal vez haya sido la jugada de ajedrez más difícil que le correspondió, o el tango más amargo, dado que nos encontrábamos en “jaque mate”. Tempranamente se retiró de las actividades asistenciales, administrativas y docentes, en realidad abandonó la medicina, para dedicarse a otras actividades ajenas al quehacer médico tradicional. Muchas veces lo fui a visitar a su casa, cercana a Américo Vespucio, para convencerlo de que lo necesitábamos en el servicio clínico, sin embargo su respuesta era cada vez más tajante **“no me vengas a buscar, no volveré al hospital. Incluso debo confesarte que jamás debí haber estudiado medicina”**. Curiosa crisis vocacional tardía, pero en una persona de su brillantez intelectual y solidez moral, debe haber fundamentos muy profundos y valederos. Creo, sin temor a equivocarme, que nos habríamos sentido muy reconfortados y fortalecidos en nuestros valores si Don Santiago Rubio y Don Alejandro Maccioni, nos hubiesen acompañado más tiempo.

Otros destacados pediatras que irían por otros rumbos, fueron los Drs. Luis Siemprevivo Curotto, Andrés Varas Alfonso, Oscar Undurraga Alemparte (hospital de Carabineros). Santiago Rubio Arce, Eduardo Welch Waldemar y Bernardo Valdés (Hospital Militar). Algunos de ellos ocuparían jefaturas de servicio en dichos hospitales. Unos años más tarde, otro gran impacto remecería a nuestro querido Hospital M. Arriarán: Fernando Novoa Sotta, para muchos el más distinguido neurólogo infantil chileno y su esposa Martita Colombo, optarían sabiamente por irse a la Región de Valparaíso.

Fuente:

Libro: “Hospital Manuel Arriarán Barros Memorias y Vivencias” Autor: Francisco Barrera Q.

• TEMA •

HOSPITAL JOSEFINA MARTÍNEZ: LA PROPUESTA DE UN HOSPITAL AMIGO

Dr. Francisco Prado, Dra. Mireya Méndez
Hospital Josefina Martínez

RESUMEN

El Hospital Josefina Martínez (HJM) nació por la disposición testamentaria de Doña Josefina Martínez de Ferrari para dar cuidados y tratamiento a niños enfermos de tuberculosis provenientes de familias con escasos recursos económicos y alta vulnerabilidad social. Con el desarrollo del país y los cambios epidemiológicos que esta nueva realidad representaba, el HJM ha diferenciado su crecimiento en abordar en forma integral y especializada el cuidado y tratamiento de niños con condiciones crónicas y compromiso respiratorio. Fundamentalmente determinado por enfermedades neuromusculares, fibrosis quística, displasia broncopulmonar grave y bronquiolitis obliterante post infecciosa que necesitan cuidados tecnológicos especiales en las áreas de oxigenoterapia, rehabilitación respiratoria, tos asistida, estudios especializados del sueño, ventilación mecánica prolongada invasiva y no invasiva. Las funciones de este centro lo permiten caracterizar como un hospital de transición desde las unidades de paciente crítico al cuidado domiciliario supervisado por los Programas Ministeriales en Salud Respiratoria del Gobierno de Chile. En este escenario se desarrollan proyectos de educación, capacitación e investigación como parte de los campos clínicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el concepto de un hospital amigo, no excluyente y abierto a la comunidad.

Palabras Claves: Josefina Martínez de Ferrari, cuidados tecnológicos especiales, propósitos.
Correspondencia: Francisco Prado Atlagic.

Subdirector Médico HJM, Coordinador Programa Nacional Ventilación no Invasiva MINSAL, Profesor Auxiliar de Pediatría Pontificia Universidad de Chile. Mail: panchoprado2004@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Fundación Josefina Martínez de Ferrari, fue creada por disposición testamentaria de Doña Josefina Martínez de Ferrari en memoria de sus padres Don Marcial Martínez y Doña Constanza de Ferrari, con el propósito de construir, equipar y mantener en la ciudad de Santiago, un Hospital para niños enfermos de tuberculosis menores de 16 años, provenientes de familias con escasos recursos económicos del país. Luego de su muerte en Londres en 1923, la señorita Josefina Martínez de Ferrari, socia de la Liga Chilena contra la tuberculosis y hermana del aquel entonces embajador de Chile en Gran Bretaña, Marcial Martínez de Ferrari, donó gran parte de su fortuna con el propósito de construir un Hospital de Enfermedades Respiratorias denominado "Hospital para niños Josefina Martínez de Ferrari". Su personalidad jurídica fue concebida por el Ministerio de Justicia en Febrero de 1940, durante el gobierno de Don Pedro Aguirre Cerda, siendo inaugurado el 3 de Agosto de 1945. Su primer consejo directivo estuvo formado por los señores Javier Figueroa Larraín, Salvador Izquierdo Sanfuentes, Alberto Mackenna Subercaseaux, Santiago Riesco y Don Emilio Bello Codesido, siendo este último, el primer presidente de la Fundación hasta su fallecimiento, ocurrido en 1963. Le sucedieron en el cargo, Doña Laura Martínez de Pérez Peña, sobrina de Doña

Josefina hasta 1976; el doctor Raúl Matte Larraín (primer director y médico tratante del Hospital) hasta 1988; el doctor Roberto Infante Yávar hasta 1999; el doctor José Manuel Borgoño Domínguez hasta su sensible fallecimiento en Diciembre del 2004; Don Gonzalo García Balmaceda hasta marzo del 2006 y el doctor Ignacio Sánchez Díaz, su actual presidente.

Por voluntad expresada por la propia fundadora, con los recursos que se obtuvieran de la liquidación de sus bienes, debían adquirirse terrenos para construir un edificio dotado de las instalaciones y equipos necesarios para el funcionamiento del futuro Hospital. Por su parte, el inmueble ubicado en la calle Moneda 856, que fuera propiedad de sus padres, debería destinarse a rentas para sufragar los gastos que demandara el nuevo hospital. A comienzos de la primavera de 1945, el Hospital Josefina Martínez de Ferrari, comenzó su funcionamiento en un edificio de cinco pisos, diseñado para atender hasta 200 pacientes pediátricos, rodeado de áreas verdes, ubicado en la avenida Vicuña Mackenna, comuna de Puente Alto (actualmente es el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Luis Sótero del Río). Entre 1945 y 1971, el doctor Raúl Matte Larraín ocupó el cargo de primer director del Hospital, siendo sucedido por el doctor Sergio Ibáñez Quevedo hasta 1995, el doctor Iván Cabrera Aguirre fallecido en 1996, el doctor Andrés Varas Alfonso hasta el 2004 y la doctora Mireya Méndez, quien es su directora actualmente.

LA ÉPOCA DE ORO

Desde un comienzo, este centro se dedicó al tratamiento global y recuperación nutricional de niños con escasos recursos económicos con tuberculosis, provenientes de todas las regiones del país. En 1973, en vista de la

notable disminución de la tasa reportada de tuberculosis en el país, gracias a mejores condiciones sanitarias y el inicio del tratamiento anti-tuberculoso, la Fundación suscribió un contrato con el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente a fin de que este servicio pudiera utilizar la capacidad de este edificio y sus instalaciones para atender pacientes de diversas patologías a cambio de contribuir con los altos costos hospitalarios generados.

En 1984, se llegó a un acuerdo con el Servicio Nacional de Salud, mediante el cual se logró la permuta del Hospital de la Fundación, por un edificio de propiedad del Ministerio de Salud, construido recientemente y con capacidad para 50 pacientes. Este edificio, ubicado en el camino a las Vizcachas, hoy avenida Camilo Henríquez, es donde funciona actualmente el Hospital de la Fundación. El mismo año, se suscribió un convenio de asistencia médica con el Servicio Nacional de Salud, por el cual el Hospital de la Fundación se comprometía a entregar atención a pacientes menores de edad, con afecciones respiratorias y beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, convenio que continúa vigente hasta nuestros días. En compensación, el Hospital de la Fundación percibe mensualmente un aporte del Servicio equivalente al 25-35% del costo promedio por día cama ocupado. Durante la década de los 80, se registró el último caso de tuberculosis tratado en el HJM y gracias a la virtual erradicación de esta enfermedad en nuestro medio, se han generado cambios sustanciales en los objetivos iniciales de la Fundación, derivando su atención hacia otras enfermedades emergentes como displasia broncopulmonar, fibrosis quística, bronquiolitis obliterante o daño pulmonar crónico principalmente postviral, permitiendo así seguir brindando atención

médica integral a niños de escasos recursos con afecciones respiratorias crónicas, inicialmente en el campo de la oxigenoterapia prolongada, mucho antes del inicio del actual Programa Ministerial de Oxigenoterapia Ambulatoria.

ÉPOCA ACTUAL, UN NUEVO DESAFÍO

El año 2002, se comenzó a analizar la posibilidad de participar en nuevos Programas Nacionales como el de Asistencia Ventilatoria, lo cual obligaría a introducir mayores cambios e inversiones, adecuándolo a la demanda y cuidado de pacientes crónicos respiratorios complejos. En la actualidad, el HJM dispone de 50 camas incluyendo dos salas con 16 cupos para niños con ventilación mecánica prolongada a través de traqueostomía. Al Hospital ingresan niños desde el período de recién nacido hasta los 14 años 11 meses, beneficiarios de Fonasa, provenientes de cualquier punto del país, con enfermedades respiratorias crónicas oxígeno-dependientes o con necesidades especiales de rehabilitación respiratoria, tos asistida, ventilación mecánica prolongada invasiva y no invasiva y estudios especializados para la pesquisa de trastornos respiratorios del sueño. **La tabla 1 y 2** muestra los criterios de ingreso para ventilación mecánica prolongada. **La figura 1** muestra el flujograma de ingreso al programa de apoyo ventilatorio del HJM.

El inicio de esta nueva etapa ha ayudado a disminuir la alta tasa de ocupación en los hospitales públicos de las camas de cuidados críticos por niños en ventilación mecánica prolongada, que durante el año 2006 en la Región Metropolitana alcanzaba el 30%. Desde el 2006 durante las Campaña de Invierno se habilitan dos salas de 6 camas para cuidados básicos y una sala de intermedio con la

complejidad necesaria para entregar ventilación mecánica no invasiva (AVNI) en pacientes agudos. **La tabla 3** muestra los criterios de ingreso para AVNI en pacientes agudos. La reciente incorporación de un polisomnógrafo, abre un capítulo nuevo de investigaciones y estudios en el área del sueño en pacientes neuromusculares cada vez más complejos, que permitirá la detección temprana de problemas respiratorios y el ensayo precoz de ventilación no invasiva con equipos generadores de flujo (BiPAP) en pacientes con hipoventilación nocturna y gases sanguíneos normales en vigilia, con objeto de disminuir las complicaciones respiratorias y mejorar la calidad de vida. El uso protocolizado de dispositivos de tos asistida ha demostrado disminuir la tasa de las exacerbaciones infecciosas endobronquiales, atelectasias y necesidad de antibiótico, en niños con enfermedades neuromusculares, fibrosis quística y otras enfermedades con daño pulmonar crónico y bronquiectasia como son la enfermedad de cilio inmóvil y la bronquiolitis obliterante postviral.

EL FUTURO

Gracias a los avances y logros durante las etapas previas, hemos trazado objetivos futuros mediatos y a largo plazo buscando la consolidación y desarrollo de nuevos proyectos que se sustenten en la colaboración mutua con el Ministerio de Salud, con el mundo universitario, las sociedades científicas nacionales y latinoamericanas. Se encuentra en fase de edición en la Revista Chilena de Neumología Pediátrica las Guías de Ventilación Mecánica Prolongada. El trabajo clínico se ha supeditado a la consolidación de la educación de los pacientes y sus familias, de la integración social y escolar con un fuerte rol participativo de

enfermería, de las unidades de Servicio Social y psicología. Permitiendo un vínculo más cercano con derechos sociales obtenibles a través del Fondo Nacional del Discapacitado (FONADIS), municipalidades, Servicios de Salud, Tribunales de la Familia y otras instancias. El rol del kinesiólogo se ha diversificado en el manejo de la terapia ventilatoria, rehabilitación respiratoria con entrenamiento de la musculatura respiratoria a través de válvulas de umbral regulable y protocolos de entrenamiento de la musculatura no respiratoria de extremidades inferiores.

Para optimizar los procesos clínicos, administrativos y académicos se están reforzando las modalidades de gestión conducentes al mejoramiento continuo y búsqueda de estándares de calidad. La complejidad en el manejo y cuidado de nuestros niños, ahora en el campo de la ventilación mecánica prolongada, ha requerido de cambios estructurales que continuarán durante los próximos 5 años, permitiendo crear los espacios físicos y las voluntades que soporten acrecentar nuestras responsabilidades en educación, capacitación e investigación clínica. Más aún, cuando los Programas Ministeriales han convertido al HJM en un centro de derivación para el manejo de condiciones respiratorias crónicas, con el propósito de aumentar y facilitar la difícil transición desde el hospital a su integración familiar y manejo domiciliario.

Es muy importante recordar que las características del HJM hacen improbable la realización de nuestra misión sin una visión multiprofesional donde el área especializada en neumología respiratoria infantil, sea tan sólo una más en la aproximación integral que nuestros niños necesitan. A lo largo del tiempo, hemos

aprendido que la rehabilitación de cada uno de nuestros niños nos sorprende gratamente estimulando a todo el equipo de cuidadores. Estas bases nos permitirán consolidar el HJM como centro formador de alumnos de pre y postgrado de enfermería, kinesiología y medicina (nacionales y extranjeros) estimulando diversas áreas de investigación clínica en patologías del sueño, alternativas de ventilación prolongada por traqueostomía, valoración e intervención nutricional especializada, válvulas de fonación y proyectos de evaluación integral de calidad de vida relacionada a salud.

El compromiso final para con nuestros niños es promover su inserción familiar, social y escolar, poniendo los cuidados, tecnología y conocimientos al servicio de lograr la mejor calidad de vida posible.

En resumen, los propósitos a un corto y mediano plazo se vinculan a la consolidación de aspectos asistenciales, docentes y de extensión sustentados en la siguiente visión:

1. Explorar la dimensión de un hospital líder, dispuesto a crecer diferenciándose en el área de los cuidados respiratorios especializados.
2. Consolidar los puentes con el mundo universitario y con los programas ministeriales dispuestos en estas áreas de desarrollo.
3. Estimular el perfeccionamiento continuo de sus profesionales y técnicos.
4. Desarrollar proyectos de investigación clínica.
5. Desarrollar diversos programas de educación

y extensión para profesionales, no profesionales, padres y cuidadores.

mejoramiento continuo conducentes a las acreditaciones necesarias.

6. Explorar dimensiones de demanda externa a través de proyectos de rehabilitación respiratoria, medicina del sueño y otras áreas complementarias.

8. Fortalecer una misión cristiana, acogedora y no excluyente sustentada en la voluntad de quien fuese fundadora y visionaria de esta obra, Josefina Martínez de Ferrari.

7. Desarrollar estándares de calidad de

Referencias:

1. Sagredo M. José Manuel Borgoño: Perfil humano. Rev Chil Salud Pública 2004; 3: 49-50.
2. Méndez M, Prado F, Navarro S, Sánchez I. Rol de un hospital especializado en los cuidados respiratorios de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas. En: Enfoque clínico de las enfermedades respiratorias del niño. Sánchez I, Prado P. Ediciones Universidad Católica. 1^{era} Edición. 521-28.
3. Bertrand P, Fehldmann E, Lizama M et al. Asistencia ventilatoria a niños Chilenos: 12 años de experiencia. Arch Bronconeumol 2006; 42: 165-70.
4. Fauroux B, Boffa C, Desguerre I, Estournet B, Trang H. Long-term noninvasive mechanical ventilation for children at home: a national survey. Pediatr Pulmonol 2003; 35: 119-25.
5. Ward S, Chatwin M, Heather S, Simonds A. Randomised controlled of non-invasive ventilation for nocturnal hypoventilation in neuromuscular and chest wall disease patients with daytime normocapnia. Thorax 2005; 60: 1019-1024.
6. Young HK, Lowe A, Fitzgerald DA, Seton C, Waters KA, Kenny E, Hynan LS, Iannaccone ST, North KN, Ryan M. Outcome of noninvasive ventilation in children with neuromuscular disease. Neurology 2007; 68: 198-201.
7. Mellies U, Ragette R, Dohna C, Boehm H, Voit T, Teschler H. Long-term Noninvasive Ventilation in Children and Adolescents with Neuromuscular Disorders. Eur Respir J. 2003; 22: 631-636.
8. Fauroux B, Lofaso F. Non-invasive mechanical ventilation: when to start for what benefits ?. Thorax 2005;60;979-980
9. Simonds A. Recent Advances in Respiratory Care for Neuromuscular Disease. Chest 2006; 130: 1879-1886.
10. Simonds AK. Respiratory support for the severely handicapped child with neuromuscular disease: ethics and practicality. Semin Respir Crit Care Med 2007; 28: 342-54.
11. Vega LE, Contreras I, Prado F, Méndez M, Sánchez I. Hospital Josefina Martínez: Una breve reseña histórica. Revista Neumología Pediátrica 2007; 2: 3-5.

Tabla 1. Criterios de Selección para Ventilación Mecánica Invasiva

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Condición clínica estable sin cambios importantes en parámetros de ventilador en las últimas tres semanas.	Estado vegetativo crónico y/o mínimo responsivos, anaencefalia, síndromes cromosómicos letales: trisomía 18, 13.
Estabilidad hemodinámica.	Enfermedades neuromusculares de progresión rápida: Atrofia espinal congénita tipo I.
Requerimientos de O ₂ con FiO ₂ inferior a 0.5, PIM no mayor de 25 cms de agua y PEEP no mayor de 8 cms de agua.	Enfermedades del parenquima pulmonar terminales: daño pulmonar crónico postviral, fibrosis quística.
Vía aérea estable: Traqueostomía permeable (Sin malacia y/o sin granulomas obstructivos que condicionen obstrucción de la vía aérea).	
Hipercapnea sin acidosis respiratoria.	
Trastorno de deglución resuelto: gastrostomía y/o alimentación por sonda.	

Tabla 2. Criterios de Selección para Ventilación Mecánica No Invasiva

Criterios de Selección	Inclusión	Exclusión
Condición clínica estable, sin cambios importantes de los parámetros de AVNI en las últimas tres semanas.	1.- Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica y síndromes de hipoventilación nocturna secundarios a patología que cumplan los siguientes criterios: - Saturometría nocturna continua anormal (SpO ₂ <90% >10% del tiempo de sueño). - CVF <50% valor predicho, Pimax <40cms de H ₂ O, Peak flow tos bajo 150 l/m. - GSA: PaCO ₂ >50 mmHg, EB >4mEq/l.	Enfermedad neuromuscular de progresión rápida.
Necesidad de soporte ventilatorio nocturno por tiempos de permanencia no mayor a 10 horas.	2.- Pacientes con enfermedad neuromuscular de progresión lenta o estacionaria.	Trastorno de deglución con ausencia de protección glótica.
Hipercapnia sin acidosis respiratoria.	3.- Pacientes con compromiso primario o secundario del comando ventilatorio y síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS).	Necesidad de soporte ventilatorio por más de 10 horas o ausencia de autonomía respiratoria fuera de soporte de presión positiva.
IPAP/EPAP no superior a 20/8 cms de H ₂ O.		Menor de 6 meses (relativo).

Figura 1. Flujograma ingreso programa apoyo ventilatorio - Hospital Josefina Martínez

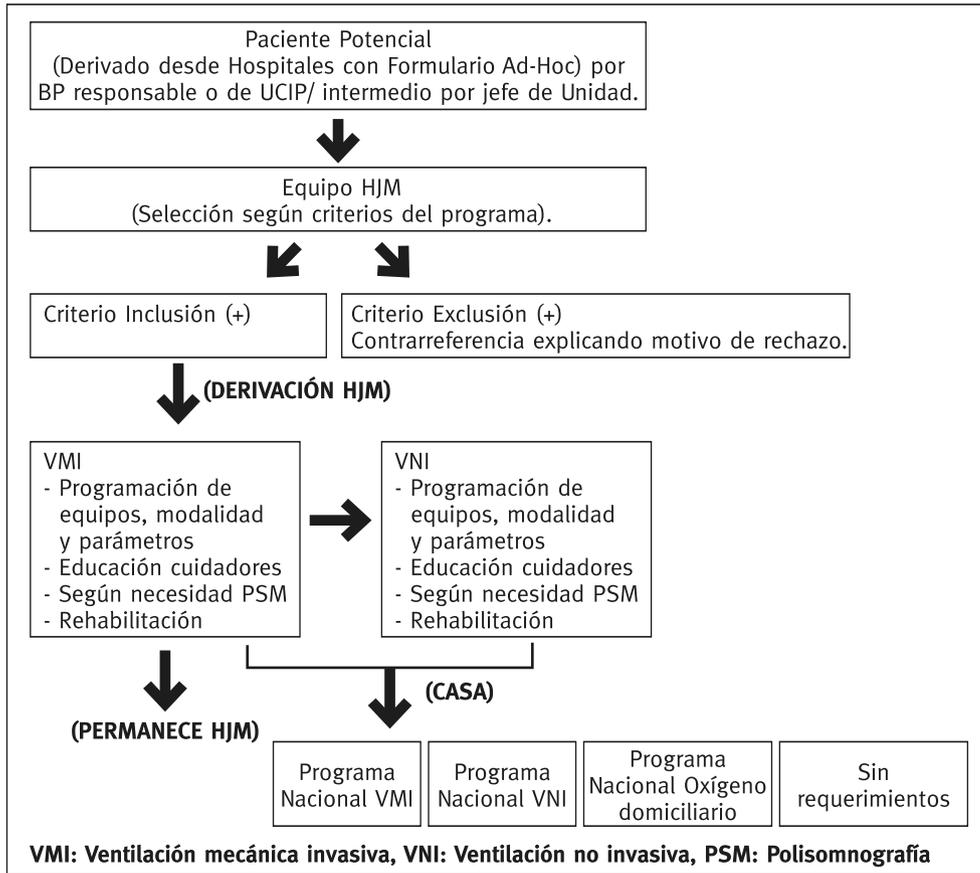


Tabla 3. Criterios de Selección para AVNI en Insuficiencia Respiratoria Aguda (HJM)

Indicación	Indicación	Criterio de Selección
a. Insuficiencia respiratoria aguda:	b. Insuficiencia respiratoria crónica con exacerbación aguda (neumonía, atelectasias, postoperatorios):	Criterios de inclusión:
1.- Neumonías. 2.- Crisis Asmática/bronquiolitis.	1.- Enfermedades neuromusculares. 2.- Cifoescoliosis. 3.- Fibrosis quística. 4.- Daño Pulmonar Crónico (displasia broncopulmonar, bronquiolitis obliterante post-viral).	Uno o más de los siguientes criterios: 1.- Dificultad respiratoria moderada a severa establecida por el aumento del trabajo respiratorio (uso de musculatura accesorio) y frecuencia respiratoria mayor al límite superior para la edad. 2.- Necesidad de fracción inspirada de oxígeno (FiO ₂) >0.4 y SpO ₂ < de 93% o relación entre la PaO ₂ y la FiO ₂ (PaFi) <200. 3.- Hipercapnea con PaCO ₂ >45 mm Hg, pero pH no inferior de 7,25. 4.- Progresión del compromiso pulmonar clínico y radiológico.

XVII CURSO DE EXTENSIÓN EN PEDIATRÍA

PEDIATRÍA AMBULATORIA - SERVICIO Y DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA - COMPLEJO HOSPITALARIO SAN BORJA ARRIARÁN

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

1º DE ABRIL AL 25 NOVIEMBRE 2008

MARTES 08:15 - 09:15 HRS. AUDITORIO N° 2 PISO 8º

TEMAS

ABRIL

- 01 Patología GES
- 08 Alergia respiratoria: visión del broncopulmonar
- 15 Laringitis ¿Qué hay de nuevo?
- 22 Novedades en Asma: guías GINA
- 29 Estridor congénito: valoración y manejo

DOCENTES

- Dra. Begoña Yarza S.
- Dr. Andrés Koppmann A.
- Dra. Hortensia Barrientos I.
- Dra. Lina Boza C.
- Dr. Francisco Prado A.

MAYO

- 06 Navegando por la Web
- 13 Bullying. Tribus urbanas
- 20 Conductas de riesgo en adolescentes. Prevención
- 27 Violencia social y familiar

DOCENTES

- Sr. L. Alberto Lindermeier B.
- Dra. Eldreth Peralta V.
- Dra. Eldreth Peralta V.
- Dra. Patricia Urrutia M.

JUNIO

- 03 Radiología y columna
- 10 Imagenología en Ginecología infantil
- 17 Examen físico del recién nacido (RN)
- 24 Evaluación del RN con malformación

DOCENTES

- Dr. Aníbal Espinoza G.
- Dr. Aníbal Espinoza G.
- Dra. Sofía Aros A.
- Dra. Nancy Unanue M.

JULIO - Receso contingencia plan de invierno

AGOSTO

- 05 Obesidad y patología secundaria en niños
- 12 Probióticos. Indicaciones basadas en la evidencia
- 19 Alimentos transgénicos
- 26 La mejor pauta de alimentación en el primer año de vida

DOCENTES

- Dr. Francisco Moraga M.
- Dra. Sylvia Crouchet M.
- Dra. M. Jesús Rebollo G.
- Dra. M. Jesús Rebollo G.

SEPTIEMBRE

- 02 Alergias alimentarias
- 09 Interpretación perfil hepático
- 16 Trastornos de la deglución
- 23 Casos clínicos cardiológicos
- 30 Trastornos del ritmo cardíaco

DOCENTES

- Dr. Ignacio Arteche G.
- Dra. Marcela Godoy P.
- FA. Vanessa Studer L.
- Dra. Erna Lueg F.
- Dra. Claudia García C.

OCTUBRE

- 07 Infecciones cruzadas en pediatría ambulatoria
- 14 Novedades en vacunas
- 21 Infecciones que no debemos olvidar: sífilis, TBC, Otras
- 28 Manejo ambiental del inmuno deficiente

DOCENTES

- Dr. Luis Delpiano M.
- Dra. Carmen Luz Avilés L.
- Dr. Rodrigo Vásquez de K.
- Dra. Carmen Luz Avilés L.

NOVIEMBRE

- 04 Fonoaudiología y pediatría
- 11 Pesadillas y terror nocturno
- 18 Lesiones vasculares cutáneas
- 25 Historia de la mujer en la pediatría

DOCENTES

- FA. Rodrigo Morales F.
- Dra. Alejandra Hernández G.
- Dra. Paola Castillo C.
- Dr. Francisco Moraga M.

INFORMACIONES:

Enriqueta Goubet C. - **E-Mail:** pedicent@med.uchile.cl **Fonos:** 556 6792 - 574 8926 - **Fax:** 554 1398

Organiza: Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán - Departamento de Pediatría U. de Chile Campus Centro
Serv. de Salud Metropolitano Central - Dir. Atención Primaria

Auspician: Laboratorios SAVAL - Nestlé Chile S.A. - Fundación Pediátrica

Valor Curso: \$35.000



Trex[®]

AZITROMICINA / SAVAL

SIMPLE Y AVANZADA TERAPIA ANTIBIÓTICA



Eficacia y calidad al alcance de todos



Óptimo cumplimiento de terapia



Presentaciones adecuadas a las necesidades terapéuticas



KIT SAVAL
de preparación



Muxelix[®]

Hedera helix L.

Inspirado en la Naturaleza

- Envase con 120 ml
- Exclusivo sabor dulce con aroma a caramelo
- Libre de azúcar, alcohol y colorantes

