

revista
CHILENA DE
NEURO-PSIQUIATRÍA

AÑO 58, VOL 42, Nº 1, ENERO-MARZO 2004

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA. CHILE

www.sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fundada en 1932

Presidentes

1946-1948	Hugo Lea-Plaza	1969-1970	Aníbal Varela	1988-1989	Selim Concha
1950	Guillermo Brinck	1971-1972	Mario Poblete	1990-1991	Jaime Lavados
1954-1955	Octavio Peralta	1973	Mario Sepúlveda	1992-1993	Fernando Lolas
1957	Héctor Valladares	1974-1976	Guido Solari	1994-1995	Jorge Méndez
1958	José Horwitz	1977-1978	Sergio Ferrer	1996-1997	César Ojeda
1962-1963	Ricardo Olea	1979	Jorge Grismali	1998-1999	Fernando Díaz
1964	Rodolfo Núñez	1980-1981	Guido Solari	2000-2001	Andrés Heerlein
1965-1966	Armando Roa	1982-1983	Jorge Méndez	2002-2003	Fredy Holzer
1967-1968	Jorge González	1984-1985	Fernando Vergara	2003-2004	Enrique Jadresic
		1986-1987	Max Letelier		

Editores de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

1947-1949	Isaac Horwitz	1962-1964	Jacobo Pasmanik	1994-1995	César Ojeda
1954	Isaac Horwitz	1965-1966	Alfredo Jelic	1996-1997	Fredy Holzer
1955	Gustavo Mujica	1967-1980	Rafael Parada	1998-2002	Hernán Silva
1957-1958	Gustavo Mujica	1981-1993	Otto Dörr	2003-2004	Jorge Nogales-Gaete

Maestros de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Maestros de la Psiquiatría Chilena

1991	Juan Marconi
1994	Armando Roa
1997	Mario Sepúlveda
1999	Fernando Oyarzún P.
2001	Otto Dörr
2003	Rafael Parada

Maestro de la Neurooftalmología Chilena

1993	Abraham Schweitzer
------	--------------------

Maestros de la Neurología Chilena

1990	Jorge González
1995	Jaime Court
1998	Camilo Arriagada
2002	Fernando Novoa

Maestros de la Neurocirugía Chilena

1992	Héctor Valladares
2000	Jorge Méndez

Directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Período 2004

Presidente	Enrique Jadresic
Vicepresidente	Nelson Barrientos U.
Secretario General	Juan Maass
Tesorero	Arnold Hoppe
Director de Publicaciones	Luis Risco
Presidente Anterior	Fredy Holzer

Comisión de Neurología y Neurocirugía

Secretario Ejecutivo

Nelson Barrientos U.

Directores

Rómulo Melo

Jorge Mura

Renato Verdugo

Comisión de Psiquiatría

Secretaria Ejecutiva

Gloria Gramegna

Directores

Pablo Arancibia

Eduardo Correa

Coordinadores Grupos de Trabajo

GDT de Psiquiatría Biológica

GDT de Enfermedades Extrapiramidales

GDT de Psicoterapia

GDT de Cerebrovascular

GDT de Cefalea

GDT de Psiquiatría Social

GDT de Demencia

GDT Cirugía de Base de Cráneo

GDT Historia de la Psiquiatría

GDT de Adicciones

GDT de Psicopatología

GDT de Medicina Psicosomática

GDT de Psiquiatría Forense

GDT de Epilepsia

GDT de Psicopatología de la Mujer (en formación)

GDT de Patología Vascular Neuroquirúrgica (en formación)

GDT de Neuromuscular

GDT de Esclerosis Múltiple

Marcela Rojas

Pablo Venegas

Niels Biedermann

Walter Feuerhake

Ninette Muñoz

Rafael Sepúlveda

Patricio Fuentes

Jaime Pinto

Enrique Escobar

Daniel Martínez

Rafael Parada

Carlos Cruz

Alejandro Koppmann

Sergio Castillo

Eduardo Correa

Patricio Loayza

Marco Antonio Soza

Jorge Barahona

Representantes ante Sociedades Internacionales

Asociación Mundial de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica Latinoamericana

Federación Mundial de Neurología

Federación Latinoamericana de Neurocirugía

Sociedades Psiquiátricas Francesas

World Federation of Skull Base Societies

Sociedad Latinoamericana de Cirugía de Base de Cráneo

The Movement Disorder Society

Enrique Jadresic

Juan Maass

Jorge Tapia

Fredy Holzer

Rafael Parada

Jaime Pinto

Armando Ortiz

Pedro Chaná

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría es el órgano oficial de expresión científica de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubren aspectos básicos y clínicos de las tres especialidades, incluyendo: artículos de investigación, experiencias clínicas, artículos de revisión, estudios de casos clínicos, comentarios sobre nuevas investigaciones o publicaciones, análisis de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos a la luz de la medicina basada en la evidencia, cartas, investigaciones históricas y reseñas bibliográficas.

La revista está indexada en EMBASE/Excerpta Médica Latinoamericana, LILACS (Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud, <http://www.bireme.org/abd/E/ehomepage.htm>), ScIELO (Scientific Electronic Library Online, <http://www.scielo.cl/scielo.php>) y Latindex (Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, <http://www.latindex.unam.mx/>).

Forma parte de la Federación de Revistas Neurológicas en Español.



Toda correspondencia editorial debe dirigirse a: Dr. Jorge Nogales-Gaete, Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Carlos Silva V. 1292, Depto. 22. Plaza Las Lilas, Providencia, Santiago de Chile, Casilla 251, Correo 35, Santiago, Fono 232 9347, E-mail: editorial@sonepsyn.tie.cl - Página Web: www.sonepsyn.cl - Publicación Trimestral. Valor Número: \$ 8.000. Suscripción Anual (franqueo incluido) \$ 24.000. Suscripción extranjero US\$ 45.

Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría

Fundada en 1947

Editor

Jorge Nogales-Gaete
Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

Editores Asociados

Neurocirugía

Patricio Tagle
*Hospital Clínico
Universidad Católica*

Neurología

Jaime Godoy
*Hospital Clínico
Universidad Católica*

Psiquiatría

Gustavo Figueroa
*Universidad
de Valparaíso*

Comité Editorial

Andrés Heerlein

Fernando Ivanovic-Zuvic

Rodrigo Salinas

Jorge Sanchez

José M. Selman

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Instituto de Salud Pública

Práctica Privada

Clínica Las Condes

Secretaria

Evelyn Sepúlveda

Consejo Editorial Internacional

Renato Alarcón (EE.UU.)

Fernando Barinagarrementeria (México)

Germán Berríos (Inglaterra)

Oscar del Brutto (Ecuador)

Exuperio Díez-Tejedor (España)

Manuel Dujovny (EE.UU.)

Oscar Fernández (España)

Santiago Giménez-Roldán (España)

Gerhard Heinze (México)

Roberto Heros (EE.UU.)

Otto Kernberg (EE.UU.)

Marco T. Medina (Honduras)

Christoph Mundt (Alemania)

Eugene Paykel (Inglaterra)

Gustavo Román (EE.UU.)

Daniel Rosenthal (Alemania)

Norman Sartorius (Suiza)

Roberto Sica (Argentina)

Consejo Editorial Nacional

Nelson Barrientos

Jaime Court

Pedro Chaná

Hernán Davanzo

Archibaldo Donoso

Otto Dörr

Ramón Florenzano

Fredy Holzer

Rodrigo Labarca

Fernando Lolas

Juan Marconi

Jorge Méndez

Leonardo Muñoz

Fernando Novoa

César Ojeda

Fernando Oyarzún P.

Rafael Parada

David Rojas

David Sáez

Hernán Silva

Marcelo Trucco

Renato Verdugo

Alfredo Yáñez

Arturo Zuleta

Traducción de resúmenes

Phillipa Moore

Álvaro Cavieres

Renato Verdugo

Editorial

Introducción al conflicto de intereses

Conflicts of Interest: an Introduction

Patricio Tagle..... 7

Artículos Originales / Original Articles

Conflicto de interés: una reflexión impostergable. Panel del comité editorial

Conflicts of Interest: An Unpostponable Issue. Editorial Committee Panel

Jorge Nogales-Gaete, Patricio Tagle, Jaime Godoy, Andrés Heerlein,

Jorge Sánchez-Vega, Fernando Ivanovic-Zuvic, José M. Selman, Rodrigo Salinas..... 9

El conflicto de intereses en medicina: una preocupación de la Sociedad de Neurología,
Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)

Conflicts of Interest: A Concern of the Society of Neurology,
Psychiatry and Neurosurgery (SONEPSYN)

Enrique Jadresic, Eduardo Correa..... 22

Conflicto de intereses en la relación clínica

Conflicts of interest in the clinical setting

Armando Ortiz-Pommier..... 29

Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con Clozapina

Metabolic disorders in schizophrenic patients treated with Clozapine

Patricia Muñoz, Roberto Gallardo 37

Artículo de Opinión / Opinion Article

Reflexiones sobre la formación de un neurólogo clínico en Chile:
la obligación de hacer lo mejor que podamos

A view of training neurologists in Chile:
we should be doing our best

Gonzalo Álvarez..... 43

Club del Artículo / Paper Club

Terapia neuroprotectora de la Enfermedad de Parkinson

Neuroprotective therapy in Parkinson's Disease

Marcelo Miranda, Octavio Azaldegui 49

Interconsulta Neurológica en la Unidad de Tratamiento Intensivo

Neurological Consultations in Intensive Care

Patricio Mellado..... 53

Comentario de Libros / Books Review 55

Instrucciones para los Autores 61

Introducción al conflicto de intereses Conflicts of Interest: an Introduction

We have prompted a local discussion on the very timely issue of conflicts of interest in order to incorporate an official declaration into our publication. This editorial serves as a general introduction to the matter from the dynamics of communication. This issue of the journal also includes three articles on conflicts of interest based on the reflections of the Editorial Committee, the SONEPSYN Board, and the Ethical Council.

Key words: *conflicts of interest, ethical conflicts, medical communication*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 7-8

Desde los inicios de la humanidad, la comunicación entre los seres humanos ha sido esencial para su desarrollo. Es posible que en un comienzo, estuviera dirigida a establecer el bien común, para lo cual hayan sido suficientes algunos gestos o sonidos, de escasa complejidad que surgieron espontáneamente. Cuando las comunidades fueron creciendo y diversificándose, se hizo necesario transmitir elementos más complicados surgiendo el lenguaje. La evidente aptitud del lenguaje para comunicar las ideas, sentimientos, órdenes, ha constituido la base para la formación de los grupos, es decir el punto de partida de la sociedad y la cultura. Curiosamente en la medida que el hombre fue perfeccionando esta poderosa herramienta, y descubriendo otras, es decir civilizándose, el entendimiento entre los seres humanos se transformó un problema. La invención de la escritura en Mesopotamia o de los números en Súmer, junto con facilitar el intercambio de culturas, contribuyeron a destacar las diferencias entre los individuos desencadenando conflictos de poder. De tal modo, las confrontaciones bélicas o psicológicas han marcado la historia de la humanidad.

Podría argumentarse que hace algunos siglos, la lentitud con que se transmitía el conocimiento influyó en la incomprensión entre las personas. Es verdad, Isabel La Católica se demoró 6 meses en ser informada sobre el descubrimiento de América, con las consecuencias geopolíticas que ello pudiera significar. Sin embargo, en nuestro siglo, el avance de la tecnología permite que las noticias puedan ser difundidas en forma inmediata, a pesar de lo cual asistimos a acuerdos que llevan a consecuencias desastrosas.

Algunos sostienen que la variabilidad genética de la especie humana es un factor extremadamente importante que impide una buena relación. Si así fuere, estaríamos condenados a no poder entendernos por el solo hecho de pensar en forma diferente, lo cual a mi juicio es la absoluta negación de la inteligencia. James F. Welles, en su interesante libro "The Story of Stupidity. A history of Western idiocy from the days of Greece to the moment you saw this Book" (1), desarrolla en forma amena las dificultades que han existido a través de la historia en las relaciones interpersonales, siendo una de sus conclusiones la tendencia a encasillarnos en modelos rígidos

(religiosos, económicos, sociales) los cuales pasan a ser únicos e inmutables. El disentir no es posible, generando en los que están en la cima la peligrosa oportunidad del poder y para los que no lo están la envidia y la desconfianza.

Consciente del problema, la Asamblea General de Naciones Unidas en 1998 proclamó el año 2001 como el año del diálogo, señalando el secretario general Kofi Annan que “el diálogo... es una oportunidad para que las personas de diferentes culturas y tradiciones, sea que vivan en las antípodas o en la misma calle se conozcan mejor”.

Este concepto que parece tan obvio no es fácil llevarlo a la práctica. Desde la perspectiva de la actividad médica llama la atención la incapacidad que tenemos de intercambiar ideas en forma libre y auténtica. Algunas veces no nos atrevemos a criticar un determinado planteamiento por temor a dañar a nuestro interlocutor y en el otro extremo no nos detenemos a reflexionar sobre una opinión distinta sin considerarla una agresión. La tan socorrida “discusión con altura de miras” es excepcional y la mayor parte de las veces no es interesante y pasa desapercibida.

Es mi opinión que en nuestra Sociedad, la mayor parte de los problemas de relación interpersonal no existirían si intentáramos conocernos más profundamente a través del diálogo. Así como nuestras virtudes serían reconocidas y nuestras falencias comprendidas y quizás aceptadas. No tendríamos que estar certificando nuestra honestidad y buena voluntad contribuyendo naturalmente al bien común que fue el objetivo de nuestros primitivos antecesores.

Es en este contexto, de enaltecer la comunicación y la transparencia de las relaciones, con un sano supuesto de la vigencia de la honestidad y buena voluntad y en ausencia de un caso negativo particular que contamine el análisis, es que hemos creído propicio como comité editorial iniciar el intercambio de opiniones sobre el tema “conflicto de intereses” de plena y creciente actualidad en el ámbito editorial biomédico, incluso nacional (2, 3). En este número publicamos tres artículos al respecto desarrollados por el Comité Editorial de la Revista (4), Directorio de SONEPSYN (5) y Grupo de Trabajo de Ética de SONEPSYN (6).

Referencias

1. Welles JF, The Story of Stupidity. A history of Western idiocy from the days of Greece to the moment you saw this Book. Olympia Whashington Mt. Pleasant Press 1988. Disponible en URL: <http://www.webroots.org/library/usahist/tsos-jw0.html>
2. Reyes H, Palma J, Andresen M. La importancia de declarar un conflicto de intereses en las revistas médicas. Rev Med Chil 2003; 131:7-9
3. El conflicto de intereses en las revistas biomédicas. Rev Med Chil 2003; 131: 93-94
4. Nogales-Gaete J, Tagle P, Godoy J, Heerlein A, Sanchez-Vega J, Ivanovic-Zuvic F, *et al.* Conflicto de interés: una reflexión impostergable. Panel del comité editorial. Rev Chil Neurop-Psiquiat 2004; 42: 9-21
5. Jadresic E, Correa E. El conflicto de intereses en medicina: una preocupación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN). Rev Chil Neurop-Psiquiat 2004; 42: 22-28
6. Ortiz-Pommier A. Conflicto de intereses en la relación clínica. Rev Chil Neurop-Psiquiat 2004; 42: 29-36

PATRICIO TAGLE
Editor Asociado de Neurocirugía

Conflicto de interés: una reflexión impostergable. Panel del comité editorial

Conflicts of Interest: An Unpostponable Issue. Editorial Committee Panel

Jorge Nogales-Gaete, Patricio Tagle, Jaime Godoy, Andrés Heerlein, Jorge Sánchez-Vega, Fernando Ivanovic-Zuvic, José M. Selman, Rodrigo Salinas

Our Editorial Committee presents a panel discussion on conflicts of interest in order to formulate a reflection on the issue. The panel defines "conflict of interest" both in general terms and specifically for publishing, and analyses other scenarios in medical practice in which conflicts of interest could potentially be a problem. The purpose of explicit declarations on conflicts of interest is evaluated as a means of bringing about greater preventive transparency, which is the key to community control over the problem. Finally, an analysis is made of cases and examples in which the interests were not made clear, as well as a study of how users of biomedical information are affected when they learn of conflicts of interest.

From the information presented in the panel discussion, it can be concluded that conflicts of interest do indeed exist, that it is an issue that must inevitably be addressed, and that it is naïve to suppose that it is a problem that can easily be brought under control. We must create instruments to make the relationships and ties natural to our daily activities more transparent. Many of those who openly declare their conflicts of interest have healthy ties. In a scenario of explicit declarations, undeclared ties are potentially suspect by their very nature. A group consensus on an issue does not result in immediate behavior changes, but it is a first step that must be taken immediately. The possibility of a particular slant must be taken into consideration in a systematic analysis of any article, even in those articles backed by a group of professionals or by scientific associations. Finally, to distance oneself from the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors is an unwise and isolating course of action for a biomedical publication.

Key words: conflict of interest, medical ethics, professional practice, publishing policy
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 9-21

Introducción

En una reunión de equipo editorial en que confrontábamos los aspectos de formato de nuestra revista respecto de las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (1, 2), notamos que el tema "conflicto de intereses" no era considerado explícitamente en nuestras instrucciones a los autores, práctica de cre-

ciente incorporación en las revistas de este tipo, aunque de manera diversa (3). Nuestro primer acuerdo fue darnos un tiempo para recabar información sobre el tema y comisionar a un miembro del equipo editorial para proponer un formato de declaración de conflicto de intereses, si es que finalmente nos parecía pertinente. A poco andar visualizamos que el tema en análisis podía generar impacto en situaciones extra editoriales de la Sociedad de Neurología,

Comité Editorial Revista Chilena Neuro-Psiquiatría.

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN), generando “precedentes” para otras situaciones, funciones y roles de la sociedad, fuera del límite de nuestra competencia autónoma como comité editorial. Por estas razones solicitamos la anuencia del directorio de SONEPSYN para decidir si continuábamos con el tema, pidiendo además si la respuesta era positiva, la colaboración explícita del Directorio y del Grupo de Trabajo de Ética de SONEPSYN, para poder comentar el tema en una mirada global. Finalmente, compartimos con el directorio que la ausencia de todo conflicto coyuntural de conocimiento público, en este tema, constituía una buena oportunidad de tratarlo con libertad, profundidad y visión de futuro.

Por esta razón en este artículo, junto con comunicar a nuestros lectores y colaboradores, sean autores o revisores árbitros, de la incorporación de una forma de declaración de conflictos de interés en nuestra revista, les presentamos este panel, donde el Comité editorial revisa algunas de las connotaciones del tema.

El editor, Dr. Jorge Nogales-Gaete, actúa en este panel como moderador.

Panel

Introducción del Moderador: No obstante la globalización de los conceptos, es útil partir reconociendo que carecemos de una cultura a nivel local, en el tema de conflicto de intereses, a pesar de algunas acciones de posicionamiento del tema por algunos referentes nacionales (2, 4). Por otro lado, sería ingenuo pensar que éstos no ocurren en nuestro medio. Conflicto de interés, en general, ha sido definido como una situación donde un juicio o acción que debería estar determinado por un valor primario definido por razones profesionales o éticas, podría estar o aparecer influido por un segundo interés (5, 6). A nivel editorial esto ocurre cuando un participante en el proceso de arbitraje y publicación (autor, revisor-árbitro y editor) tiene vínculos o actividades que podrían influir su juicio inadecuadamente, afecte o no afecte de hecho al juicio (3). Algunos autores han planteado que la denominación conflicto de intereses sugiere connotación peyorativa desde la partida, por lo que plantean diferenciaciones entre conflicto de intere-

ses, intereses conflictivos, intereses en competencia e intereses contrapuestos (7, 8). Las diferenciaciones semánticas no nos parecen fundamentales, en la medida que definamos y entendamos de qué estamos hablando. El objetivo central es salvaguardar la salud del enfermo como valor primario, lo que se traducirá, entre otros aspectos, en cautelar la integridad de la investigación clínica y sus productos (publicación de resultados). La forma más usada para prevenir o alertar de estos eventuales conflictos de interés es dejar una constancia pública y explícita de la existencia de situaciones o circunstancias de vínculo potencialmente influyentes, sin que esto signifique prejuzgar o admitir la verificación de determinadas conductas (9).

Moderador: Pregunta para el Dr. Andrés Heerlein.

Si consideramos el concepto de conflicto de intereses que nos hemos dado, la posibilidad de ocurrencia de situaciones de esta naturaleza supera el ámbito editorial. ¿En qué esferas de la práctica profesional médica podemos reconocer potenciales conflictos de interés?

Dr. Andrés Heerlein: El conflicto de interés puede analizarse desde la perspectiva de la ética médica. El Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association (10) señala claramente que “la profesión médica es única, y que los médicos siempre deben poner en primer lugar los intereses de sus pacientes. De esta manera, cuando el interés económico de un médico entra o amenaza con entrar en conflicto con el mejor interés del y para su paciente, el médico debe asegurarse de priorizar los intereses de su paciente y de no sacar provecho de él (10).

Siendo la medicina también una actividad laboral, donde confluyen múltiples intereses económicos, la emergencia de conflictos de interés es una posibilidad real y frecuente. Desde la aceptación de “obsequios” de parte de instituciones comerciales cercanas al ejercicio médico como viajes, invitaciones, etc., en adelante, el médico se verá continuamente expuesto a instancias que lo pueden conducir a una situación de conflicto de intereses, especialmente cuando ostenta posiciones de mayor influencia, poder o nivel económico. Los “obsequios” no

necesariamente tienen que conducir a una situación de conflicto de intereses, especialmente cuando son de menor valor económico, pero pueden amenazar la absoluta neutralidad e imparcialidad necesaria al momento de tomar una decisión médica, como lo es, por ejemplo, la indicación de un determinado procedimiento, la recomendación de un instrumento particular o la prescripción/recomendación de un fármaco específico. Y al parecer, no siempre es fácil mantener una absoluta neutralidad e imparcialidad cuando se reciben “obsequios” sustanciosos, como lo son por ej. viajes al extranjero, lujosos viajes nacionales, etc.

La fijación de límites económicos definidos para la categorización de estos “obsequios” y la necesidad de exigir la total transparencia frente a los pacientes y a sus pares son conductas que han demostrado eficacia en la prevención de los conflictos de intereses. No obstante, algunos autores han promovido la política de “tolerancia cero” en el ámbito de los obsequios, al destacar las dificultades en el establecimiento de los límites éticamente aceptables. Esta conducta parece especialmente recomendable para todos aquellos cargos médicos que podrían llegar a ser más vulnerables a situaciones de conflicto de intereses, como por ejemplo, cargos directivos en Sociedades Científicas, Departamentos o Servicios, etc. Teniendo en vista este problema, el Directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile aprobó en 1999 un documento que reglamenta con claridad la conducta esperada de los miembros del directorio en su relación con la Industria Farmacéutica. No obstante, no contamos con información acerca de los eventuales avances en estos temas que pudiera haber provocado la aprobación de dicho documento.

El médico también se ve amenazado por situaciones de conflicto de intereses cuando desarrolla actividades económicas paralelas al ejercicio de su profesión y que puedan verse favorecidas, en cualquier forma, por el ejercicio simultáneo de ambas actividades. Así, por ejemplo, hay colegas que indican o sugieren la realización de determinados exámenes en instituciones de las que ellos mismos son socios o parte interesada. Otros colegas promueven o recetan medicamentos de instituciones farmacéuticas propias o con las cuales tienen vín-

culos comerciales, obteniendo un doble beneficio al prescribir dichos productos.

Algunos médicos niegan la existencia de este tipo de conflictos de interés. Sin embargo, la mayoría de los Consejos de Ética Médica, nacionales e internacionales, así como casi todos los escritos relacionados con este tema, coinciden en señalar que al médico le debería estar vedada la participación en toda forma de comercialización o distribución de agentes farmacológicos, ya que al recetarlos, recomendarlos o difundirlos, va a generar un ingreso personal adicional, absolutamente ajeno a los intereses del paciente, dañando seriamente la relación médico-paciente.

Es por ello que el Colegio Médico de Chile ha considerado necesario incluir expresamente esta situación en un artículo de su Código de Ética (11):

ARTICULO 49º: Les está prohibido a los médicos aceptar y recibir cualquier índole de pagos que pueda significar connivencia comercial en la atención profesional, como por ejemplo, de farmacias, ópticas, laboratorios, productores de aparatos ortopédicos; asimismo, les está vedado vender medicamentos, prótesis o similares.

Otra situación en la que se suelen producir conflictos de interés se relaciona con las asociaciones comerciales entre los médicos e instituciones que prestan, apoyan o generan servicios de salud rentados, ya que pueden conducir a una doble renta del facultativo al momento de indicar una determinada acción. Así mismo, el médico que favorece la derivación de pacientes hacia su propio centro de atención, o a un centro donde tiene intereses comerciales, puede incurrir en situaciones de conflicto de interés. En este sentido, el mismo artículo del Código de Ética del Colegio Médico de Chile es muy claro al señalar:

“De la misma manera, se entenderá grave contravención a las normas de ética profesional, todo acto de pago, promesa, ofrecimiento o atención efectuada por los médicos al personal administrativo de Servicios de Bienestar, Clínicas o cualquier organismo público o privado para obtener o retribuir la derivación de pacientes.”

Finalmente, hay otras situaciones en la práctica médica que pueden conducir a un conflicto de intereses. Por razones de tiempo no podemos enumerar todas, pero tal vez sea adecuado revisar algunas. En el área de la investigación clínica frecuentemente se produce un conflicto de intereses cuando un médico percibe un ingreso económico al incorporar a pacientes a un proyecto de investigación determinado, sin que el paciente esté informado de los beneficios que obtendrá el médico. Esto es incluso válido para todos aquellos proyectos en que se cuenta con el consentimiento informado del paciente, ya que éste generalmente no hace mención de los beneficios económicos que percibirá el equipo de investigadores médicos con la participación del paciente.

Junto con ello es necesario destacar que este tipo de investigación ha demostrado tener significativamente menos validez y confiabilidad que la investigación clínica independiente (12). Friedmann *et al.* encontraron en JAMA y New England Journal of Medicine una significativa correlación entre conflicto de intereses y obtención de resultados “favorables al financista” (12). Esto es particularmente relevante para los Comités Editoriales de Revistas especializadas, que frecuentemente reciben trabajos científicos financiados por la Industria Farmacéutica, y que tienden a encontrar resultados favorables a los productos de ésta (12). En una reciente revisión sobre los posibles conflictos de intereses en investigaciones psicofarmacológicas entre 1992 y 2002, Warner y Gluck refieren haber registrado más de 28% de publicaciones con conflicto de intereses no reconocidos públicamente (13).

Todo ello conduce a cuestionar seriamente la validez de la información científica que manejamos en la actualidad, especialmente la que proviene de estudios clínicos vinculados directa o indirectamente con instituciones comerciales. De hecho, Seigel informa de una elevada tasa de errores metodológicos o simplificaciones estadísticas en el análisis de los resultados de estudios clínicos financiados por la industria farmacéutica (14). La presencia de conflictos de interés en la investigación médica amenaza seriamente su calidad y confiabilidad, pudiendo tener consecuencias negativas,

como lo son: problemas de salud, minimización de efectos colaterales, aumento de mortalidad, mala calidad en la investigación, probabilidad de favorecer al financista, publicación diferida o sesgada de los datos, etc.

En los últimos años los médicos han estado continuamente expuestos a situaciones de conflictos de interés. Tan sólo en el año 2000 en EE.UU. la Industria Farmacéutica gastó US \$ 15.7 billones en promoción y marketing, el que está dirigido principalmente a gestos y actos de promoción entre los médicos (15). Y estas cifras se encuentran en expansión.

El Council on Ethical and Judicial Affairs de la AMA ha concluido que, en general, los médicos deben abstenerse de participar en acciones médicas que puedan derivar en una ganancia secundaria que pueda constituir un conflicto de intereses (10). Así mismo, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) incluyó expresamente el tema de conflictos de intereses en su célebre Declaración de Madrid (16). Cabe recordar que esta declaración ética fue suscrita y ratificada en 1996 por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile (SONEPSYN).

Moderador: pregunta para el Dr. Jaime Godoy.

En el ámbito editorial el conflicto de intereses más común y “demostrable” reside en las relaciones financieras de algún protagonista del proceso (autor, revisor-árbitro y editor), con alguna compañía farmacéutica, directamente o a través de lazos familiares inmediatos. Sin embargo, el conflicto se puede producir también por otras razones, tales como relaciones personales, rivalidad académica, o pasión intelectual (1-3, 9).

¿Cómo visualiza Ud. esta situación a nivel nacional, y como podrían detectarse otros conflictos, no financieros, como los mencionados?

Dr. Jaime Godoy: El problema que discutimos radica, en lo editorial, por una parte, en la posibilidad de sesgar el diseño, resultados, discusión o conclusiones de una publicación científica en razón de determinados vínculos que alguno de los autores tenga con instituciones de cualquier tipo y, por otra, en el derecho que tiene el lector de te-

ner la información necesaria para evaluar la existencia de posibles distorsiones. Probablemente la principal salvaguarda en este sentido es el sistema establecido y ampliamente validado de someter los trabajos a un comité editorial y revisión por pares, quienes son los primeros llamados a pesquisar cualquier sesgo, evidente o sutil, del origen que sea. El segundo filtro importante es el lector concienzudo, quien también tiene la responsabilidad de enjuiciar críticamente lo que lee. El problema también se presenta para la difusión del conocimiento, ya que no puede ignorarse que el análisis hecho por los árbitros y editores también puede contener sesgos, ya sea por distintas orientaciones científicas, rivalidades profesionales, académicas o simple animadversión personal. Aunque esta distorsión es más difícil de controlar (3).

Las potenciales fuentes de conflictos de interés son muchísimas y no se relacionan sólo con nexos con compañías farmacéuticas. Es evidente que la sola pertenencia a una institución, llámese Universidad, Hospital o Clínica, puede generar un cierto sesgo, y no es raro estimar incluso que éstos pueden deberse a la especialidad o al tipo de práctica de los autores. Sin embargo, puede estimarse que el derecho del lector de considerar posibles sesgos queda salvado por la identificación del lugar de trabajo y especialidad de los autores, de regla en todas las publicaciones.

Mucho más difícil de detectar es el conflicto de interés producto de rivalidades personales o académicas y aún más difícil evitarlos, porque, como se ha comentado editorialmente, son parte de la naturaleza humana y no posibles de erradicar y nos afectan universalmente (3). El *British Medical Journal* cuenta con un sistema que no hace obligatorio pero permite declarar conflictos no financieros, incluyendo "fuerte antipatía", "relación cercana", "convicción personal o religiosa", etc. (17). Puede ser de interés en este sentido que, para estos casos y al menos a nivel de árbitros, se pregunte por la posibilidad de inhabilitación en razón de conflictos de interés, de un modo general y sin expresión de detalles (17).

De entre todos los posibles conflictos de interés, el generado por el dinero es probablemente el que más suspicacias genera y es el que probablemente primero se viene a la mente cuando se habla del

tema. En ese sentido, la declaración de estos vínculos se justifica más por transparencia. Ella permite entregar al lector la posibilidad de enjuiciar por sí mismo la existencia de eventuales distorsiones interesadas. Esta declaración, de transparencia más que de conflicto de interés, debe ser hecha según normas claras, objetivas y de aplicación universal, para evitar que sea el propio autor quien decida si estima que hay conflicto potencial o no, y más bien reservándolo como un derecho del lector.

Moderador: pregunta para el Dr. Patricio Tagle.

En el ámbito de las relaciones entre la industria y los médicos, uno de los problemas es cuándo considerar a un obsequio como potencial causa de conflicto de intereses y, por tanto, declarable. Algunos piensan que siempre. Otros han establecido todo aquello que exceda lo nominal (18). Otros han establecido algunas cifras: US\$ 10.000, por compañía, por año, dentro de los tres años que preceden a una publicación (6, 7). El Comité de Ética y Derechos Humanos del American College of Physicians, publicó en el 2002 dos documentos (19, 20) donde analiza, en la dinámica de los conflictos de intereses, la relación de la industria con los médicos y sus organizaciones. Para establecer si los regalos, viajes y subsidios de la industria a los médicos podrían concitar reparos éticos, propone algunas preguntas valorativas en lugar de montos de dinero, para guiar la autorreflexión sobre el tema. 1. ¿Qué podrían pensar mis pacientes y la opinión pública acerca de los regalos recibidos? 2. ¿Cómo me sentiría si el regalo fuese informado a través de los medios de comunicación? 3. ¿Cuál es el propósito de un regalo de la industria a un médico? 4. ¿Qué podrían pensar mis colegas acerca de esta situación? 5. ¿Qué podría pensar yo, si mi propio médico aceptara estos regalos?

¿Qué comentario le merecen las formas de aproximación mencionadas?, ¿considera válidas las preguntas para nuestro medio?, ¿sugiere usted otro sistema?

Dr. Patricio Tagle: Sin duda que la entrega de obsequios por parte de la industria puede constituir una forma de influencia no deseable en el quehacer médico. Si bien es cierto la mayoría de las veces esto no ocurre intencionalmente, diversos análisis

llevan a pensar que indirectamente ocasionarían distorsiones en la actitud de los médicos que pueden entorpecer la correcta función que deben desarrollar (6, 18). Debemos aceptar que la industria, por definición, debe intentar rescatar sus inversiones en el mercado y para ello recurren lícitamente a herramientas de publicidad o difusión que no siempre coinciden con los principios que rigen el ejercicio de la medicina.

Esta situación, que se viene observando desde hace algunos años en las naciones desarrolladas, actualmente en nuestro medio está plenamente vigente dado el grado de globalización alcanzado por el país, de tal modo que soslayar el tema sería una irresponsabilidad.

Para contestar la pregunta creo que es necesario distinguir la relación con las empresas que se lleva a cabo en forma colectiva (sociedades, departamentos, instituciones médicas etc.) de la que afecta a los médicos como individuos. Respecto a la primera, los “regalos” o donaciones deben especificar claramente el fin que persiguen estableciéndose las ventajas que pueden significar para la atención de nuestros pacientes, para la educación o para el avance de la ciencia médica. Cuando compromete a los médicos como individuos el tema es más complejo, ya que depende de la conciencia de las personas, siendo difícil desarrollar normas que no atenten contra la libertad del acto médico. En este contexto no me parece adecuado lo sugerido por algunas publicaciones en el sentido de dimensionar el tipo de “regalo”, aceptando aquellos que no sobrepasen determinados montos de dinero (6). A mi entender, además de no ser comparable universalmente, significa participar de las normas que rigen circunstancialmente el mercado, las cuales, como ya hemos señalado anteriormente, difieren de las que sustentan la actividad médica. El clasificar el producto regalo, como proponen otros (19), de acuerdo a la cuantía (pequeños, moderados, importantes, etc.) conduce a una abstracción que hace fácilmente vulnerable su evaluación.

Mucho más interesante me parece apelar a la conciencia de cada profesional, no como una instancia ocasional en el momento de enfrentarse ante una situación puntual, sino como una re-

flexión amplia que signifique encauzar actitudes éticas que deben normar nuestra vida como personas (culturización). Las inquietudes planteadas en relación a la opinión del entorno me parece que favorecerían la toma de decisiones. Está claro que la sociedad está sujeta a cambios, pero desde mi punto de vista las acciones que conduzcan al bien común deben ser prioritarias. Desde este punto de vista, considero imprescindible distinguir categorías de importancia. En mi opinión, el primer lugar está dado por nuestro ambiente más próximo, es decir, el núcleo familiar, al cual debiéramos responder plenamente si decidiera cuestionarnos. No menos atingente es el juicio que nuestros pacientes y nuestros pares ejercen ante nuestro comportamiento receptivo. Sin embargo, para obtener de ellos una respuesta idónea es fundamental que exista el respeto y confianza necesaria para el análisis, lo cual no siempre es posible. Para facilitar esta situación, pienso que las Sociedades Médicas gremiales o científicas, las Universidades y las Instituciones profesionales en general serían el mejor referente al cual acudir en el momento de tomar decisiones. Los medios de comunicación y la opinión pública creo que están demasiado contaminados por los aspectos contingentes, de manera que no debieran intervenir en los potenciales conflictos de intereses o hacerlo a un nivel menor.

En conclusión, estimo que el problema no tendría solución a través de imposiciones o normativas. La mejor forma de encararlo es en base a la propia conciencia de cada individuo, creando una cultura ética que permita juzgar nuestras determinaciones con absoluta transparencia. La educación pertinente es un factor básico que debiera inculcarse en las Escuelas de Medicina no sólo como conceptos teóricos sino, principalmente, con el ejemplo por parte del estamento docente.

Moderador: pregunta para el Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic

Considerando la visión común (5, 6) que el conflicto de intereses alude a una condición y no a una conducta y que por tanto lo importante son las circunstancias y no el resultado de éstas, la opción sugerida por ICMJE y seguida por numerosas revistas

de realizar una declaración explícita de conflicto de intereses que exponga toda circunstancia considerable potencial fuente de conflicto, ¿es posible? ¿Constituye una solución al problema?

Dr. Fernando Ivanovic-Zuvic: En la práctica médica de nuestros días es un hecho habitual que el médico se vea enfrentado a elegir entre diversas opciones la más adecuada para su paciente. A menudo este ejercicio implica optar por un procedimiento terapéutico que no siempre asegura su mejoría, lo que sólo puede ser válido en algunos casos, pero en otros se debe recurrir a procedimientos paliativos que empíricamente poseen resultados semejantes. En ambos casos y como producto del avance en los psicofármacos y otros procedimientos terapéuticos el médico tiene ante sí una gran variedad de alternativas. Más aún, la industria farmacéutica o similares constantemente ejercen sobre el facultativo diversas formas de influencia en esta toma de decisión. Esta situación se puede decir que se constituye como “un hecho de los tiempos” y forma parte tanto del desarrollo de la investigación médica como de las relaciones económicas que se establecen en la sociedad actual.

Debemos destacar que el que decide libremente sobre la sanación de un trastorno o enfermedad es el propio médico, que se ve enfrentado ante su conciencia y su ética. Su accionar se fundamenta en el rigor de la práctica clínica, de la ciencia y sobre todo en su propia experticia y sabiduría. Sin embargo, también debe adoptar una posición ante las diversas formas de influencia que ejercen las instituciones y la industria sobre su práctica profesional.

Esta situación sin duda ha variado desde los tiempos que se formularon los primeros códigos éticos sobre el acto médico tal como fueron señalados por Hipócrates en su juramento, que aún en nuestros días se utiliza en el ejercicio de la medicina. Tal como lo plantearon los griegos, dicho marco ético representó la búsqueda de la excelencia y las virtudes del hombre mediante el ejercicio médico al más alto valor moral que de hecho dignificaron y lograron expandir las técnicas sanatorias obteniendo el respeto y la aceptación por los pacientes y la sociedad. La medicina no sólo

representó una técnica sino que también un arte. Este código hipocrático reglamentó las acciones del médico señalando algunos aspectos, que en términos generales son aceptados hasta nuestros días tales como la voluntad de auxiliar, la justicia, la honestidad, el respeto por el ser humano y la vida (21). Sin embargo, el ejercicio de la profesión ha variado actualmente, tanto por la disposición de los pacientes hacia la terapia, como por las relaciones económicas y de interés prevalecientes. De hecho, la propia personalidad del facultativo se ha alejado de la visión del mundo griego, siendo reemplazado por la figura del médico inserto y representante de nuestra época, de la cual no se puede sustraer.

En lo que respecta al conflicto de intereses, el accionar del médico queda mediatizado por las características de las relaciones sociales y económicas, por lo que en sus decisiones intervienen factores a menudo no tan evidentes. Tales hechos han sido formulados por pensadores que han señalado que detrás de los actos humanos se esconden intereses no explícitos, tal como se puede apreciar en las obras de Freud, Marx y Nietzsche, que nos alejan de las ingenuas observaciones de los griegos (22-24). De este modo, se establece la sospecha que acciones aparentemente beneficiosas esconden otras motivaciones que consciente o inconscientemente desplazan la relación médico-paciente en forma unilateral para el beneficio de uno de ellos, en este caso del médico incluso en desmedro del paciente. Esta situación vulneraría al acto de fe que hace el paciente ante el profesional, quien obtendría beneficios pervirtiendo la confianza y los fundamentos mismos del acto médico.

Por estos motivos se hace necesario que el médico explicité en la medida de lo posible cualquier potencial circunstancia que pueda originar un conflicto que desequilibre la relación médico-paciente para favorecerlo, de modo tal que la sospecha o las circunstancias derivadas del sistema económico actual no desfiguren la esencia del acto médico y la confianza que caracteriza esta relación. De este modo se permitiría que se complete el proceso terapéutico en armonía de las partes, manteniendo los elementos fundamentales de la delicada relación médico-paciente.

Moderador: pregunta para el Dr. José Miguel Selman

Un artículo de Stelfox *et al.* (25), sobre los conflictos de intereses en el caso de los bloqueadores de los canales de calcio, pone en tensión al menos dos aspectos: primero sugiere que las conclusiones de algunos investigadores podrían estar favorecidas por sus relaciones con la industria y, segundo, muestra la falla en las prácticas de declaración de intereses, aún en un ambiente altamente sensibilizado. Por otro lado en nuestro país Reyes *et al.* (4), planteaban con agudeza que sería ingenuo esperar que la sola publicación de normas éticas sea suficiente para generar declaraciones y prácticas ajustadas.

¿Cómo visualiza la relación entre la industria y la investigación médica y qué valor asigna al proceso de declaración de intereses, como mecanismo regulador, a la luz de los antecedentes mencionados?

Dr. José Miguel Selman: El trabajo de Stelfox *et al.* evalúa la posibilidad de que los investigadores que afirman la tesis de que los bloqueadores del calcio son seguros en el tratamiento de la hipertensión arterial se encuentren ligados financieramente a las industrias farmacéuticas que los fabrican (25). La respuesta es claramente afirmativa ya que un 96% de ellos tenía algún tipo de relación financiera con dicha industria. En comparación, solo un 60% de los autores tienen una posición neutral y un 37% de ellos una opinión crítica. Por su parte, los autores con una posición crítica frente a los bloqueadores del calcio no se encontraban más relacionados con la industria de productos competidores (beta-bloqueadores, inhibidores de enzima convertidora, diuréticos y nitratos). Las categorías de relación analizadas fueron los fondos para gastos de viajes, honorarios por charlas, soporte de programas educacionales, financiamiento de investigación y empleo (25). A pesar de que el instrumento empleado fue una encuesta realizada a los propios autores con todas las limitaciones que ésta pueda tener, el nivel de asociación fue sorprendentemente alto. Los autores proponen un mecanismo de declaración de conflicto de interés para los autores a través de un cuestionario con preguntas simples y concretas para ser evaluado por el Comité Editorial al momento de ser evaluado el trabajo para su publicación. De esta manera la comunidad médica y

el público estarían en una mejor posición para evaluar los resultados de dichos estudios.

A pesar de que los conflictos de interés probablemente siempre han existido, su importancia hoy día es mayor debido a que las grandes sumas de dinero que se requieren para financiar una investigación hoy provienen, en una proporción mayor, del sector privado. Las relaciones de los investigadores con la industria son a veces sutiles, y muchas veces se encuentran confundidas con el bien común. Así, a través de esta relación se obtienen fondos para docencia e investigación que no se encuentran disponibles a través de otros conductos. Frente a este tema, que afecta directamente a la credibilidad de la investigación científica, la comunidad tiene el derecho de conocer al menos la presencia de una relación entre los autores y la industria que provee algún tipo de financiamiento. El solo hecho de que exista este tipo de relación no invalida las conclusiones de un estudio, pero el hecho de que se encuentre reconocida y publicada le da transparencia al proceso. Por otro lado, creo que la declaración de conflicto de interés no contribuye a evitar el que se oculte información, cuando es negativa para un determinado producto. Parte de la responsabilidad de los editores es evaluar la presencia de conflicto de interés y la consistencia de la declaración. El traspaso de esta información a los lectores al menos permite agregar un elemento más al juicio crítico con que debe evaluarse una publicación. Sin embargo, toda declaración de este tipo será necesariamente un aporte voluntario de parte de los investigadores y por tanto sujeta a error por omisión. Creo que la discusión abierta de este problema en el seno de las sociedades científicas permitirá al menos un control ético por parte de los pares.

Moderador: pregunta para el Dr. Jorge Sánchez-Vega

El sentido de las declaraciones de conflicto de interés, en una publicación o investigación, es advertir al lector sobre potencial causal de sesgo, para que éste lo incluya en su análisis. ¿El conocimiento u omisión de estos antecedentes podría efectivamente afectar a un médico al momento de tomar la decisión de prescribir un fármaco o procedimiento? Chaundry *et al.*, publican un estudio al respecto (26).

¿Podría usted primero exponer los resultados y luego comentar su significado?

Dr. Jorge Sánchez-Vega: La pregunta del Editor se enmarca en un aspecto más general de la práctica médica y que dice relación con precisar cuáles son los factores que influyen en la prescripción médica y qué peso específico tienen las publicaciones efectuadas por los laboratorios farmacéuticos. De manera simplista, se podría afirmar que dado el alto monto de recursos que las compañías farmacéuticas dedican a difundir sus productos, efectivamente las publicaciones de los laboratorios influyen en la decisión de los médicos. Existen pocos estudios en que se mida directamente el peso específico que tienen las publicaciones efectuadas por los laboratorios farmacéuticos. En cambio, sí existen estudios que analizan los factores que determinan la conducta de los médicos en el momento de prescribir un fármaco.

EL ESTUDIO DE CHAUDHRY. Chaudhry *et al.* (26), evaluaron la manera cómo los lectores valoran un artículo científico, cuando los autores declaran ser empleados de un laboratorio farmacéutico. Eligieron al azar 300 lectores del British Medical Journal (BMJ): la mitad del grupo recibió un artículo en el que los autores se identificaban como empleados de una firma farmacéutica ficticia. La otra mitad recibió el mismo artículo pero los autores se identificaban como trabajadores de un centro ambulatorio de salud sin ninguna relación con las compañías farmacéuticas. Se les solicitó que evaluaran la investigación en cinco áreas: interés, importancia, relevancia, validez y credibilidad. El artículo elegido fue publicado con anterioridad en el BMJ (27), y se refería a la constatación que el dolor provocado por el herpes zoster dificulta las actividades diarias de los pacientes. Se pidió la autorización a los autores y, con acuerdo de ellos, se pusieron autores con nombres ficticios.

El análisis estadístico de las respuestas mostró que los lectores que recibieron la versión en la que se indicaba el conflicto de intereses valoraron peor el artículo en cada una de las variables medidas, es decir, al conocer la existencia de un posible conflicto de interés opinaron que el estudio era significativamente menos interesante, importante, relevante, válido y creíble. A partir de estos resultados se puede inferir que la pertenencia de los

autores a una compañía farmacéutica influye negativamente en la valoración que los lectores médicos hacen de los estudios publicados.

Esto es tanto más notable dado el hecho que el artículo no tiene relación con algún producto farmacéutico ni con prescripciones médicas, por lo que se podría suponer que no existen conflictos de interés (28). Es decir, se podría suponer que la desconfianza de los lectores del BMJ es global y no necesariamente relacionada con algún interés farmacéutico directo. Y si es así, se puede suponer también que cuando los resultados dicen relación con el uso de algún fármaco esta desconfianza aumentaría. De modo que a priori los médicos no tenderían a prescribir fármacos a partir de las publicaciones de los laboratorios farmacéuticos... Veamos que tan así es.

Existen varias publicaciones que intentan precisar los factores que influyen en la prescripción médica. En 1992 se publicó un artículo que reveló que los médicos generales al momento de prescribir se basaban principalmente en la opinión de los médicos especialistas (29). En 1996 el BMJ (30) muestra que entre ellos existen múltiples factores que influyen en su conducta: el volumen y la autoridad que entrega la información, la opinión de sus colegas, la opinión de los especialistas, la mejor comprensión del modo de acción de los fármacos, los resultados clínicos, la propia experiencia con pacientes específicos, y el costo del fármaco (30). Las reuniones clínicas, los artículos científicos, los cursos de actualización no parecían influir de manera determinante pero contribuyen a preparar el cambio (5). Cuando el médico cambia su prescripción lo hace de un modo tentativo y paulatino, esperando un feedback positivo proveniente de sus pacientes: si ello ocurre confirma su decisión; en caso contrario vuelve a la prescripción anterior (30). La presencia de efectos secundarios desagradables o resultados clínicos pobres o mediocres fueron estímulos suficientes para que el médico dejara de prescribir el fármaco en cuestión (30). Otro estudio en 1996 (31), muestra que el costo de un fármaco influencia negativamente la decisión de prescribirlo. También se ha concluido que los médicos generales ingleses tendían a ser estables y conservadores en su mane-

ra de prescribir (32). En un año de seguimiento se encontró solamente un 5% de cambio del total de las prescripciones y el cambio era motivado tanto por las indicaciones del hospital como por la opinión de los especialistas y por la información de los visitadores médicos (33). Se mostró que los médicos generales daneses, cuyas recetas representan el 80% del total de fármacos prescritos en Dinamarca, modifican muy poco sus prescripciones y los cambios son el resultado de múltiples factores: los artículos científicos, las recomendaciones de los especialistas, las reuniones clínicas, los congresos, la experiencia personal, la opinión de colegas de trabajo, y la información entregada por las compañías farmacéuticas (33).

Otros artículos constatan: que la opinión de los médicos especialistas (34) y las indicaciones del hospital base (35) son importantes en las prescripciones de los médicos generales irlandeses.

En Australia (36) se constató que las fuentes de información de los médicos generales son dos: las recomendaciones de los especialistas y las informaciones entregadas por los visitadores médicos y la de los médicos especialistas australianos son: la opinión de los colegas, las reuniones clínicas, la información aportada por los visitadores médicos, los artículos científicos y otras lecturas (revisas médicas, libros, guías clínicas) (36).

En el mismo estudio (36) se preguntó acerca de la importancia que los médicos daban a la información aportada por los visitadores médicos, y paradójicamente ambos grupos de médicos subestimaron la importancia de este tipo de información. Este último resultado coincide con otro anterior obtenido de los médicos peruanos, quienes también asignan poca importancia a la información entregada por los laboratorios farmacéuticos (37).

La conducta frente a fármacos nuevos difiere entre los médicos generales y los especialistas (38).

Los especialistas prescriben fármacos nuevos casi solamente en su especialidad, usan pocos fármacos nuevos y sus prescripciones se basan principalmente en la evidencia científica (38).

Los médicos generales, en cambio, indican más fármacos nuevos en un amplio rango de condicio-

nes, y la información de los laboratorios farmacéuticos es importante (38).

En conclusión, se puede afirmar que los médicos ven con desconfianza los artículos cuyos autores indican una pertenencia a un laboratorio, subvalora la influencia de la publicidad y sus decisiones para prescribir un fármaco se basan en una compleja red de factores; constituida por: el tipo de información, la autoridad que la entrega, las reuniones clínicas, la opinión de especialistas y de sus colegas, las guías clínicas, los resultados clínicos observados, la importancia de los efectos secundarios, el costo del fármaco, las indicaciones de su hospital, la información aportada por los laboratorios. En esta red ningún elemento aislado es determinante en la decisión final del médico.

Moderador: Finalmente, un ejemplo de un conflicto de interés. En la actualidad existe controversia sobre el caso de las guías de práctica clínica de la American Heart Association que recomiendan el uso de Alteplasa (tPA) en el manejo con trombolisis del infarto cerebral agudo (39, 40). Las circunstancias del gran apoyo de la industria farmacéutica relacionada con la Asociación Cardiológica Americana, consistente en 11 millones de dólares en una década y la remoción del Dr. Hoffman, el único panelista disidente, del comité que realizó las recomendaciones, configuran un caso de conflicto de intereses. En este caso las circunstancias no declaradas oportunamente han adquirido gran relevancia independientemente del real impacto que estos factores hayan tenido o no en los resultados, conclusiones y recomendaciones. Coincidentemente, la American Stroke Association ha emitido recomendaciones que orientan sobre las relaciones entre investigadores y quienes financian ensayos clínicos (41). Es claro que tener vínculos y relaciones, es parte natural de la convivencia y trabajo en una red social, por lo que compartimos plenamente la sentencia que “tener conflicto de intereses no es un pecado; el pecado sería no declararlo” (2).

Moderador: pregunta para el Dr. Rodrigo Salinas.

¿Que lecciones nos deja una situación como la expuesta? ¿La declaración de conflicto de intereses es considerada en el análisis formal de los ensayos clínicos, de las revisiones sistemáticas y sus productos afines o derivados (guías clínicas, recomendaciones, protocolos)?

Dr. Rodrigo Salinas: Las revisiones sistemáticas y las guías clínicas basadas en ellas han llegado para quedarse. Nuestra práctica profesional, que tradicionalmente basaba sus decisiones en una juiciosa mezcla de experiencia propia, enseñanza de los maestros, razonamiento fisiopatológico y recomendaciones de expertos, de improviso durante la década de los noventa se vio cuestionada desde distintos ángulos. El cuestionamiento, sin embargo, no iba dirigido a una teoría o práctica en particular. Era más amplio. Iba dirigido a la forma cómo tomábamos las decisiones en salud (42). La constatación de asombrosas variaciones en la práctica clínica, sumado al crecimiento exponencial de los costos de la salud, y a la brecha existente entre la demostración de la eficacia (o ineficacia) de una intervención y su adopción (o abandono) en la práctica cotidiana, dieron pie a este cuestionamiento que nos obligó, no sin cierto grado de reticencia, a remirar la forma como juzgábamos la eficacia –y por consiguiente la pertinencia– de nuestras acciones diagnósticas y terapéuticas.

La respuesta vino por el lado de la transparencia. El respaldo natural y obvio que nuestras acciones deben tener en la información científica debía señalarse en forma explícita, transparente, de manera que quienes hiciesen uso de ella, pudiesen juzgar críticamente si en su generación se habían adoptado las precauciones necesarias para evitar la presencia de sesgos que pudiesen conducir a conclusiones erróneas. La transparencia debía alcanzar, además, a los posibles conflictos de intereses, que afectasen a los intereses primarios a los cuales debe servir éticamente la investigación científ-

ca biomédica. Estos sesgos, sin embargo, no sólo pueden presentarse en la generación de la información científica sino también en el proceso de análisis secundario de la misma, que puede tomar la forma de revisiones sistemáticas, para luego ser adaptadas a guías de práctica clínica o recomendaciones de consenso. Los sesgos metodológicos en la recolección de la información buscan ser evitados a través de una metodología explícita y reproducible de recolección y análisis de la información, que define como tal a la revisión sistemática. Los sesgos derivados de eventuales conflictos de intereses, dada la imposibilidad material de erradicarlos, deben ser –por su parte– declarados en forma transparente.

Esta necesidad de transparencia ha sido derechamente abordada por organizaciones dedicadas a perfeccionar las metodologías de análisis secundario de la investigación científica, como es el caso de la Colaboración Cochrane, que en su sitio web (43) entrega las siguientes instrucciones, en lo que se refiere a declaraciones de conflictos de intereses, dirigidas a los autores de revisiones sistemáticas: “Los investigadores deben declarar [en el protocolo] cualquier conflicto de intereses que pudiese influir su juicio, incluyendo eventuales conflictos personales, políticos, académicos u otros, especialmente los de carácter económico [.....] Los conflictos de intereses económicos, particularmente, deben ser declarados. Éstos incluyen haber recibido beneficios en dinero, bienes, hospitalidad o subsidios, de cualquier fuente que tenga algún interés en los resultados de la revisión...”.

Lo ocurrido en la elaboración de las guías clínicas sobre la terapia trombolítica del accidente cerebrovascular, elaborados por la American Heart Association, a lo cual hace alusión el moderador en su pregunta, no hace más que destacar el rigor que debe existir al momento de elaborar revisiones sistemáticas o guías clínicas en la exigencia de declaraciones de conflictos de intereses por parte de todos sus autores.

Con motivo de incorporar la declaración de conflicto de interés en nuestra revista, el comité editorial presenta un Panel sobre el tema. En éste, se define conflicto de interés en términos generales y editoriales, así como se analizan otros escenarios de la práctica médica con potenciales conflictos de intereses. Se evalúa el sentido de las declaraciones explícitas de conflicto de interés, como expresión de preventiva transparencia, clave del control comunitario del problema. Finalmente se evalúan casos y ejemplos de subnotificación de intereses y el impacto del conocimiento de los conflictos de intereses en los usuarios de la información biomédica. De la información presentada en el panel es posible concluir que: el conflicto de interés existe, el aludirlo es inevitable, el pensar controlarlo con facilidad es ingenuo. El generar instrumentos que sirvan para transparentar relaciones y vínculos que son naturales en nuestro quehacer, es necesario. Muchos de los que declaran sus conflictos de interés tienen vínculos sanos. En un escenario de declaraciones explícitas los vínculos no declarados por ese solo hecho resultan potencialmente sospechosos. El acuerdo y consenso conceptual en un tema tarda en cambiar conductas, pero el paso inicial es impostergable. La responsabilidad de pensar en el sesgo, como manera sistemática de análisis de un artículo, es una responsabilidad indelegable, incluso en aquellos artículos que cuentan con gran soporte corporativo profesional o de sociedades científicas. Finalmente el abstraerse de las pautas del International Committee of Medical Journal Editors, es editorialmente imprudente e insular.

Palabras clave: conflicto de interés, ética médica, práctica profesional, política editorial

Referencias

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication. Disponible en URL: <http://www.icmje.org/index.html>
2. El Conflicto de intereses en las revistas biomédicas. Rev Med Chil 2003; 131: 93-94
3. Barcat J, Del Bosco C. Conflicto de intereses. Medicina (Buenos Aires) 2003; 63: 87-89
4. Reyes H, Palma J. La importancia de declarar un conflicto de intereses en las revistas médicas. Rev Med Chil 2003; 131: 7-9
5. Smith R. Beyond conflict of interest. Transparency is the key. BMJ 1998; 317:291-292
6. Tobin MJ. Conflicts of interest and AJRCCM: restating policy and a new form to upload. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 1161-1164
7. Alpert JS, Furman S, Smaha L. Conflicts of interest: science, money and health. Arch Intern Med 2002; 162: 635-637
8. Foster RS. Conflicts of interest: recognition, disclosure, and management. J Am Coll Surg 2003; 196: 505-517
9. Camí J. Conflicto de interés e investigación clínica. Med Clin (Barc) 1995; 105: 174-179
10. Council on Ethical and Judicial Affairs. American Medical Association. JAMA 1992; 267: 2366-2369
11. Código de Ética. Colegio Médico de Chile, 1985. Disponible en URL: http://www.colegiomedico.cl/area_gremial.asp?ids=140
12. Friedman LS, Richter ED. Relationship between conflicts of interest and research results. J Gen Intern Med 2004; 19: 51-56
13. Warner TD, Gluck JP. What do we really know about conflicts of interest in biomedical research? Psychopharmacology (Berl) 2003; 171: 36-46
14. Seigel D. Clinical trials, epidemiology, and public confidence. Stat Med 2003; 22: 3419-3425
15. Wazana A, Primeau F. Ethical considerations in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. Psychiatr Clin North Am 2002; 25: 647-663, viii
16. Madrid: declaration on ethical standards for psychiatric practice. World Psychiatric Association 2002. Disponible en URL: <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1.html>
17. Advice to contributors. BMJ 2004: Disponible en URL: <http://bmj.bmjournals.com/advice/>

18. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003; 290: 252-255
19. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136: 396-402
20. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Ann Intern Med* 2002; 136: 403-406
21. Goic A. El juramento hipocrático: ¿Una veneración ciega? *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 115: 140-147
22. Freud S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976
23. Marx C. *El capital*. México DF: Fuente Cultural, 1970
24. Nietzsche F. *Así habló Zaratustra*. Madrid: Sarge, 1983
25. Stelfox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. *N Engl J Med* 1998; 338: 101-106
26. Chaudhry S, Schroter S, Smith R, Morris J. Does declaration of competing interests affect readers' perceptions? A randomised trial. *BMJ* 2002; 325: 1391-1392
27. Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. *BMJ* 2000; 321: 794-796
28. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-576
29. Newton-Syms FA, Dawson PH, Cooke J, Feely M, Booth TG, Jerwood D, *et al*. The influence of an academic representative on prescribing by general practitioners. *Br J Clin Pharmacol* 1992; 33: 69-73
30. Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ* 1996; 312: 949-952
31. Ryan M, Yule B, Bond C, Taylor RJ. Do physicians' perceptions of drug costs influence their prescribing? *Pharmacoeconomics* 1996; 9: 321-331
32. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997; 314: 870-874
33. Bjerrum L, Larsen J, Sondergaard J. [Drug prescription patterns in general practice. Extent, problems and possibilities of improvement]. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 5273-5277
34. Robertson J, Fryer JL, O'Connell DL, Sprogis A, Henry DA. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. *Med J Aust* 2001; 175: 407-411
35. Feely J, Chan R, McManus J, O'Shea B. The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. *Pharmacoeconomics* 1999; 16: 175-181
36. McGettigan P, Golden J, Fryer J, Chan R, Feely J. Prescribers prefer people: The sources of information used by doctors for prescribing suggest that the medium is more important than the message. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 51: 184-189
37. Zarate E, Liosa L. Prescribing habits of Peruvian physicians and factors influencing them. *Bull Pan Am Health Organ* 1995; 29: 328-337
38. Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *BMJ* 2001; 323: 378-381
39. Lenzer J. Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the "brain attack" campaign. *BMJ* 2002; 324: 723-729
40. Lenzer J. Controversial stroke trial is under review following BMJ report. *BMJ* 2002; 325: 1131
41. Donnan GA, Davis SM, Kaste M. Recommendations for the relationship between sponsors and investigators in the design and conduct of clinical stroke trials. *Stroke* 2003; 34: 1041-1045
42. Eddy, DM. The challenge. *JAMA* 1990; 263:287-290
43. Colaboración Cochrane. Disponible en URL: <http://www.cochrane.org>

Correspondencia:

Jorge Nogales-Gaete

Editor

Revista Chilena Neuro-Psiquiatria

jnogales@ctc-mundo.net

El conflicto de intereses en medicina: una preocupación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)

Conflicts of Interest: A Concern of the Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery (SONEPSYN)

Enrique Jadresic, Eduardo Correa

Medical literature is paying increasing attention to conflicts of interest, mainly although not exclusively from the perspective of the physician-pharmaceutical industry relationship. When interests compete, the possibility of medical judgment being distorted is often not visible at first sight. The likelihood of an unconscious and unintentional self-serving bias, as well as the effects that professional judgment would appear to be influenced, regardless of whether it is or not, must be considered. The advent of Evidence-based Medicine and Administered Health poses tensions between the population focus of medicine and the duties that doctors have to individual patients. As in other countries, national scientific societies must prompt the study, knowledge, and diffusion of those factors that may contribute to bias in medical judgment, as well as institute local ethical codes to guide professionals.

Key words: conflicts of interest, physician-pharmaceutical relationship, ethical codes
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 22-28

Introducción

Los profesionales, las instituciones y la opinión pública mundial están prestando creciente atención al tema de la presencia de conflictos de intereses en determinadas situaciones. En medicina esto es particularmente evidente en la literatura médica y a propósito de la relación entre los médicos y la industria farmacéutica (1-4), pero la atención y la reflexión en torno a estas materias se extienden a otros aspectos, tales como la solicitud

de exámenes, no siempre necesarios, en laboratorios o centros relacionados comercialmente con el médico; o la presión económica de instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, que pueden influir sobre el profesional y llevarlo a abaratar costos en desmedro del bienestar del enfermo (5).

La preocupación por la coexistencia de intereses contrapuestos y su potencial influencia distorsionadora de la mirada y la conducta médicas se da principal pero no exclusivamente en el contexto

Presidente de SONEPSYN (EJ)

Miembro del Directorio de SONEPSYN y Encargado de Relaciones con la Industria (EC)

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (EJ, EC)

Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (EC)

Recibido: enero de 2004

Aceptado: enero de 2004

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

de la ética. En la actualidad se dispone de trabajos que han examinado el asunto, teórica o empíricamente, desde el punto de vista de varias disciplinas, como la psicología social (6), la sociología (7) y la economía (8).

En Chile, desde hace años se consideran los eventuales conflictos de intereses en el ámbito de la postulación a proyectos de investigación (9-10) y, más recientemente, el interés por el tema ha devenido en innovaciones hechas a los requisitos de publicación por parte de la Revista Médica de Chile, el principal referente de las revistas médicas nacionales (11). En efecto, desde enero de 2003 dicha revista agregó a las normas de publicación preexistentes la exigencia de una declaración de la existencia o inexistencia de conflictos de intereses, aplicable a los autores de documentos como a los revisores de los mismos.

Los psiquiatras están familiarizados con fenómenos como la persuasión, la influencia que las personas pueden ejercer unas sobre otras y la manera de favorecer el cambio en los demás. A menudo su quehacer se relaciona con la identificación y comprensión de percepciones, cogniciones y afectos que aquellos que consultan han desarrollado, con el objeto de promover cambios terapéuticos. A su vez, aunque los médicos suelen subestimar la influencia que otras personas y/o instituciones tienen en sus decisiones (12), la evidencia muestra cada vez más que ciertas interacciones, por ejemplo algunas que se dan con la industria farmacéutica, pueden sesgar sus decisiones (1). Es razonable pensar que lo mismo puede suceder en el vínculo con otras instituciones, como empresas y/o aseguradoras de salud, cuyos objetivos primarios son distintos a los médicos.

Peculiaridades del conflicto de intereses en medicina

La existencia de un conflicto de intereses se refiere a una serie de condiciones en las cuales un juicio profesional acerca de un interés primario (como puede ser el bienestar de los pacientes o la validez de una investigación determinada) puede estar in-

fluenciado indebidamente por un segundo interés (como el beneficio económico) (13). En principio, la existencia de un conflicto de intereses no es automáticamente reprobable ni descalificador, ya que no necesariamente el juicio de la persona involucrada está sesgado. La denominación “conflicto de intereses” alude a una condición y no necesariamente a una conducta. En ese sentido, difiere sustancialmente del “delito científico”, trátase de plagio, invención o distorsión de resultados, publicaciones redundantes, etc., los cuales forzosamente afectan la calidad científica y son siempre actos reprobables.

Cuando están en juego intereses opuestos muchas veces el riesgo del sesgo no es visible a primera vista. Examínese, por ejemplo la interacción de los médicos con los representantes de la industria farmacéutica que les hacen obsequios. Para algunas personas, sobre todo en el marco del libre mercado, dicha práctica puede ser entendida no sólo como una conducta estándar sino también esperable. En este contexto, se juzga la conducta señalada como normal y el reflejo del deseo legítimo de la industria de tener una mayor participación en el mercado. Desde hace largo tiempo, en sus visitas, los representantes de la industria farmacéutica acostumbran obsequiar artículos de escritorio, libros, material educativo, muestras médicas y, desde hace algunos años, presentes más costosos, como el financiamiento de inscripciones o traslados a congresos, cenas e incluso artículos de uso personal, como discos compacto u otros. Es difícil desconocer que ser receptor de estos agasajos es grato y que muchas personas consideran estas atenciones un medio legítimo de establecer una relación agradable entre el que promueve un producto y el médico. Sin embargo, la comparación con vínculos que se dan en otros ámbitos, entre personas que promueven un producto y sus clientes, es inapropiada ya que el médico desempeña un rol fiduciario con sus pacientes, esto es, tiene el mandato de velar por el bienestar de quienes acuden a él como objetivo primario de su quehacer (14). En otras palabras, el paciente, más que el médico, es el que recibe finalmente las consecuencias de esta interacción.

El aporte de las ciencias sociales

En la discusión en torno al tema de los obsequios que entrega la industria, cuestión crecientemente abordada en las revistas médicas internacionales, se advierte un denominador común. Éste consiste en tratar el efecto distorsionador de recibir obsequios como una cuestión de elección deliberada (7). Muchas políticas referidas al conflicto de intereses se basan en la conceptualización antedicha de sesgo, la cual supone que todos los fenómenos son conscientes y el profesional controla las variables que inciden en sus decisiones. Considérense, por ejemplo, las políticas sobre el tamaño de los obsequios. Las pautas para la industria establecidas recientemente por la *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (15), como asimismo la *Office of Inspector General of Health and Human Services* (16), definen como indebidos a los obsequios “que exceden el valor nominal”, mientras que serían apropiados los obsequios pequeños. Se dispone de estudios que muestran que también los médicos consideran éticamente más aceptables los regalos pequeños que aquellos de mayor tamaño (12, 17) y se ha señalado en cartas a revistas médicas que los obsequios pequeños no afectan el juicio que se hace el médico sobre un producto (18). Las políticas, estudios y cartas mencionadas revelan la existencia de la suposición de que los regalos pequeños no serían lo suficientemente tentadores como para influir en las elecciones de los médicos en términos de prescripción, como si los médicos deliberadamente balancearan los costos del sesgo y los beneficios de la recompensa.

Esta visión de una elección deliberada no es consistente con los hallazgos provenientes de las ciencias sociales, los cuales muestran que incluso cuando las personas tratan de ser objetivas, sus juicios son influidos por un sesgo inconsciente y no intencionado de autoservicio (*self-serving bias*) (6).

Pero a la preocupación de que el juicio médico se altere, se agrega también el temor por la posibilidad de que dicho juicio parezca influenciado ante terceros, independiente de si lo está o no. La percepción de que un médico está prescribiendo

sobre la base de una influencia comercial puede, ciertamente, socavar la confianza de su paciente, poniendo en duda su probidad profesional al sugerir que antepone el interés personal al del paciente (13).

Evidencia en Medicina

Tradicionalmente, la reflexión ética en medicina se ha centrado en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El consentimiento informado, la verdad, privacidad y confidencialidad del acto médico, los derechos de los pacientes, las definiciones de comienzo y término de la vida, el concepto de paciente terminal, la proporcionalidad terapéutica, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos y los conflictos de intereses susceptibles de surgir cuando se definen los objetivos terapéuticos son algunas de las áreas más desarrolladas en la bioética.

Recientemente, el abanico de materias abordadas se ha extendido a asuntos como las implicaciones éticas de que los médicos, y en algunos casos las instituciones médicas, se relacionen con organizaciones comerciales, los aspectos éticos de la psiquiatría militar, los problemas emergentes derivados de la implementación de la telemedicina y un sinnúmero de otros temas.

Respecto de la investigación empírica, ésta ha arrojado algunos hallazgos relevantes. Resulta oportuno mencionar, por ejemplo, un estudio que encontró que las clínicas pertenecientes a médicos generaban un 50% más de visitas de pacientes que las clínicas independientes, sugiriendo que la auto-derivación había inducido una demanda innecesaria (19). Constataciones como la que arriba se señala han llevado en Estados Unidos a prohibir por ley la auto-derivación, entendida ésta como el desviar pacientes a una entidad con la cual el médico que deriva tiene una relación financiera. La normativa legal, vigente desde enero de 2002, fue impulsada por el *US Department of Health and Human Services* y prohíbe a los médicos derivar pacientes a los centros de salud, como hospitales, centros radiológicos, grupos de terapia física y ocupacional, como asimismo a farmacias o empresas proveedoras de equipos médicos, en los cuales ellos

o sus familiares tienen intereses económicos comprometidos (20, 21).

No obstante, en los últimos años la mayor parte de la información disponible está centrada en el estudio de la influencia de la industria sobre la objetividad y el comportamiento médicos (22-23), especialmente con relación a las prácticas de prescripción y evaluación de la información médica (17, 24, 25). A menudo los médicos no reconocen que sus decisiones han sido afectadas por regalos comerciales y servicios (26) y de hecho niegan la influencia de la industria (19, 22, 27-29), incluso cuando, como se muestra en un estudio, se proporcionan viajes a *resorts* de lujo con todo incluido (30). La investigación, sin embargo, muestra una fuerte correlación entre recibir beneficios de la industria y el favorecer sus productos (30-32)

Un aspecto que ha revelado la investigación es que si bien los médicos no se perciben a sí mismos como sesgados, sí reconocen que conflictos de intereses pueden comprometer las decisiones de sus colegas (17). Un estudio reciente de residentes norteamericanos encontró que el 61% reportó que “las actividades promocionales no influyen en mi práctica profesional”, mientras sólo el 16% creyó lo mismo acerca de sus colegas. Además, los estudiantes de medicina consideran los regalos un tema más problemático para otras profesiones que para la medicina (33).

En el área de los ensayos clínicos debe tenerse presente la posibilidad de que los intereses comerciales contaminen el diseño y la planificación de los estudios. Se pueden usar expedientes para proporcionar a las compañías los resultados que ellos esperan, los que incluyen, por ejemplo, la comparación de una nueva droga con un placebo en vez de un fármaco de efectividad ya probada, o la comparación del nuevo producto con una dosis subterapéutica de un fármaco ya existente (34-35).

De particular importancia para los psiquiatras es el impacto que el centrarse en la farmacoterapia tiene en el uso de modalidades terapéuticas no farmacológicas. Al focalizar la enseñanza y el debate en qué fármaco prescribir y el deliberar en torno a diferencias en eficacia, efectos secundarios, costos y tolerabilidad, se corre el riesgo de sobrevalorar la

importancia de lo farmacológico en desmedro de otras dimensiones y agentes de cambio, tales como la curación a través de la palabra, cimiento original de la especialidad (36).

En otro plano, debido a la importancia que ha ido tomando la Medicina basada en la Evidencia, no se puede desconocer que el conflicto de intereses (o la existencia de “intereses en competencia”, como se expresa a veces en la actualidad) también se puede dar en este campo, dada la complejidad de la relación entre este tipo de medicina y el deber de los médicos de velar por el cuidado de sus pacientes. Por una parte está, ciertamente, la obligación de considerar la mejor evidencia disponible cuando se trata de atender a nuestros enfermos. Por otro lado, es igualmente importante tener presente las limitaciones en la implementación de este tipo de medicina. Recientemente se ha llamado la atención sobre las tensiones existentes entre el enfoque poblacional de la Medicina basada en la Evidencia y las obligaciones de los médicos hacia sus pacientes individuales. Se ha sostenido que la implementación de la Medicina basada en la Evidencia puede tener consecuencias impredecibles en la calidad general de la atención de salud. Los pacientes pueden tener una diversidad de razones para preferir una forma de tratamiento sobre otra y no todas ellas logran ser aprehendidas por las formulaciones actuales de la evidencia (37).

A su vez, el advenimiento de lo que se ha denominado Salud Administrada y el progresivo entrecruzamiento de lucro y medicina plantean sin duda potenciales conflictos de interés. Éstos pueden ser notoriamente más serios que aquellos que en el pasado reciente podían encontrarse únicamente en la relación médico-paciente. Hay quienes sostienen que al engaño sutil de solicitar excesivos exámenes o de auto-derivar pacientes, se está agregando en la actualidad una metodología concertada que abiertamente vincula utilización a rentabilidad (38). Pensemos que en Estados Unidos números cada vez mayores de fármacos de prescripción son vendidos a través de los grupos de Salud Administrada. Por cierto, este problema amerita mayor atención. Numerosas interrogantes esperan respuesta. Cabe preguntarse, por ejemplo, ¿sobre que bases éticas la intervención médica se está desplazando de un

tratamiento sustentado en el individuo en un tratamiento fundamentado en poblaciones?

Necesidad de políticas de las entidades médicas

Hace algún tiempo uno de los autores de este manuscrito intentó convencer a colegas de otra especialidad que el practicar exámenes que ellos mismos solicitaban y cobrarlos como actos médicos independientes podía atentar contra principios éticos. Se les dieron buenas razones, las que –en completo acuerdo con lo que señala la literatura médica recién revisada– entendían y compartían aquellos que no disponían del equipamiento tecnológico para realizar el examen en sus consultas, no así los que contaban con el instrumental necesario.

El ejemplo anterior tal vez ilustre la necesidad de que, al igual como ha ocurrido en otros países, sean instancias colegiadas y no iniciativas individuales las que promuevan los avances en estos temas. De todos modos, resulta alentador constatar que durante el último congreso anual de nuestra sociedad, el número 58, coincidente con el XI Congreso Panamericano de Neurología, un socio de SONEPSYN, expositor en uno de los simposios, hizo espontáneamente una declaración de conflicto de intereses antes de comenzar su presentación. Se trata de un hecho elogiado que, por lo que sabemos, acontece por primera vez en el ámbito de los eventos realizados por nuestra Sociedad.

Empero, es obvio que la práctica de declarar, en aras de la transparencia, relaciones con la industria no es infalible. En efecto, sujetos deshonestos podrían simplemente mentir acerca de la naturaleza y magnitud de su vínculo con las compañías farmacéuticas. Además, probablemente sea más fácil declarar conflictos de intereses cuando se trata de asuntos de dinero que cuando se trata de conflictos ideológicos o personales (39).

En países como Estados Unidos (1, 2), el Reino Unido (40) y Canadá (41), diversas entidades médicas han entregado pautas sobre cómo deben verificarse, por ejemplo, las relaciones entre los médicos –o las organizaciones de profesionales– y la indus-

tria farmacéutica. Para los países sin códigos locales pueden aplicarse los Criterios Éticos para la Promoción de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (42). Según estos criterios “toda la propaganda que contenga afirmaciones relativas a los medicamentos ha de ser fidedigna, exacta, verdadera, informativa, equilibrada, actualizada, susceptible de comprobación y de buen gusto”. Las pautas de la OMS también cubren las actividades de los visitantes médicos y el suministro de muestras médicas.

En lo que atañe directamente a la psiquiatría, la asociación mundial de la especialidad (*World Psychiatric Association*) emitió en Madrid en 1996 la declaración sobre los estándares éticos para la práctica psiquiátrica, documento corregido y ratificado por la Asamblea General de la asociación en Yokohama, Japón, en 2002 (43). En la enmienda al documento se incorporaron pautas éticas acerca de los conflictos de intereses en las relaciones con la industria y los conflictos vinculados a los empleadores (43).

Sin entrar en las recomendaciones específicas que se hacen en cada uno de los documentos citados, deseamos señalar que estimamos un deber ineludible de las sociedades científicas, particularmente en el escenario en que se desenvuelve la medicina actual, impulsar el estudio, conocimiento y difusión de aquellos factores que pueden contribuir a sesgar el juicio médico.

Enseguida, pensamos que en la implementación de una política adecuada frente a los obsequios y otros beneficios que otorgan las compañías farmacéuticas es crucial conocer la psicología de los factores asociados al conflicto de intereses.

Por último, creemos que es aconsejable implementar, dentro de un plazo razonable y luego de un trabajo y reflexión profundos, pautas éticas locales que guíen a los médicos en los temas arriba señalados, varios de ellos todavía no abordados por las sociedades científicas. Sería ingenuo pensar que la publicación de dichas normas éticas sea suficiente para evitar transgresiones en ese sentido. Sin embargo, estimamos que es un paso necesario si queremos que los usuarios recuperen esa necesaria “fe pública” que parece haberse perdido en gran parte en el país.

La literatura médica está prestando creciente atención al conflicto de intereses, de modo principal aunque no exclusivo, desde la perspectiva de las relaciones entre los médicos y la industria farmacéutica. Cuando hay intereses en competencia muchas veces la posibilidad de la distorsión del juicio médico no es visible a primera vista. Deben considerarse el posible sesgo inconsciente y no intencionado de autoservicio, como los efectos de que el juicio profesional parezca influenciado, independiente de si lo está o no. El advenimiento de la Medicina basada en la Evidencia y de la Salud Administrada plantea tensiones entre el enfoque poblacional de la medicina y las obligaciones de los médicos hacia sus pacientes individuales. Al igual que en otros países, es necesario que las sociedades científicas nacionales impulsen el estudio, conocimiento y difusión de aquellos factores que pueden contribuir a sesgar el juicio médico, como asimismo instituir pautas éticas locales que guíen a los profesionales.

Palabras clave: conflicto de intereses, relación médico-industria farmacéutica, códigos éticos

Referencias

1. Coyle SL. Physician-Industry Relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136: 396-402
2. Coyle SL. Physician-Industry Relations. Part 2: Organizational Issues. *Ann Intern Med* 2002; 136: 403-406
3. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326: 1189-1192
4. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003; 326: 1193-1196
5. Arancibia H. La relación médico-paciente en la era de la salud administrada. *Rev Chil Cirugía* 2001; 53:527-530
6. Messick DM, Sentis KP. Fairness and preference. *J Exp Soc Psychol* 1979; 15: 418-434
7. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003; 290: 252-255
8. Babcock L, Loewenstein G. Explaining bargaining impasse: the role of self-serving biases. *J Econ Perspect* 1997; 11: 109-126
9. Evaluador con conflictos de interés. Disponible en URL: <http://www.did.uchile.cl/financ/ftp03/ftema03.rtf> Acceso se verificó en diciembre 19, 2003
10. Instrucciones para postular. Disponible en URL: http://www.fondecyt.cl/DOCUMENTOS/inst_postdoc_2004.doc Acceso se verificó en diciembre 19, 2003
11. Reyes H, Palma J, Andresen M. La importancia de declarar un conflicto de intereses en las revistas médicas. *Rev Med Chil* 2003; 131: 7-9
12. Steinman M, Shlipak M, McPhee S. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; 110: 551-557
13. Thomson DF. Understanding financial conflict of interest. *New Engl J Med* 1993; 329: 573-576
14. Chren M, Landefeld C, Murray T. Doctors, drug companies and gifts. *JAMA* 1989; 262: 3448-3451
15. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. PhRMA code on interactions with healthcare professionals. Disponible en URL: <http://www.phrma.org/publications/policy/2000-04-19.391.pdf>. Acceso se verificó en diciembre 21, 2003
16. Office of Inspector General of Health and Human Services. OIG compliance program guidance for pharmaceutical manufacturers. Disponible en URL: <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguidance/042803pharmacymfgnonfr.pdf>. Acceso se verificó en diciembre 21, 2003
17. McKinney W, Schiedermayer D, Lurie N, Simpson D, Goodman J, Rich E. Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional inte-

- reaction with pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1990; 264: 1693-1697
18. Hume AL. Doctors, drug companies, and gifts (letters). *JAMA* 1990; 263:2177-2178
 19. Mitchell J, Sass T. Physician ownership of ancillary services: indirect demand inducement or quality assurance? *J Health Econ* 1995; 14: 263-289
 20. Kalb PE. Health care fraud and abuse. *JAMA* 1999; 282:1163-1168
 21. Josefson D. US doctors face curbs on referrals. *BMJ* 2001; 322: 72
 22. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283: 373-380
 23. Leschin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *CMAJ* 1993; 149:1401-1407
 24. Madhavan S, Amonkar M, Elliot D, Burke K, Gore P. The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. *J Clin Pharm Ther* 1997; 22: 207-215
 25. Ziegler M, Lew P, Singer B. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1995; 273: 1296-1298
 26. Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial source of influence on the prescribing behaviour of physicians. *Am J Med* 1982;73: 4-8
 27. Caudill T, Johnson M, Rich E, Mckinney W. Physicians, pharmaceutical sales representatives and the cost of prescribing. *Arch Fam Med* 1996; 5: 201-206
 28. Reeder M, Dougherty J, White LJ. Pharmaceutical representatives and emergency medicine residents: a national survey. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1593-1596
 29. Gibbons R, Landry F, Blouch D, Jones D, Williams F, Lucey CR, *et al.* A comparison of physician's and patient's attitudes toward pharmaceutical industry gifts. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 151-154
 30. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physicians prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992; 102: 270-273
 31. Chren MM, Landefeld CS. Physician's behaviour and their interaction with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994; 271: 684-689
 32. Mick T. Pharmaceutical funding and medical students. *JAMA* 1991; 265: 662-664
 33. Palmisano P, Edelstein J. Teaching drug promotion abuses to health professional students. *J Med Educ* 1980; 55: 453-455
 34. Smith R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ* 2003; 326: 1202-1205
 35. Garattini S, Bertele V, Bassi L. How can research ethics committees protect patients better? *BMJ* 2003; 326: 1199-1201
 36. Wazana A, Primeau F. Ethical considerations in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 647-663
 37. Rogers W. Is there a tension between doctors' duty of care and evidence-based medicine? *Health Care Ann* 2002; 10: 277-287
 38. Candilis P. The Ethical Way: Challenges and Solutions for Managed Behavioral Healthcare. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1101
 39. Kjaergard L, Als-Nielsen B. Association between competing interests and author's conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the *BMJ*. *BMJ* 2002; 325: 249-252
 40. Good Psychiatric Practice. Disponible en URL: <http://www.rcpsych.ac.uk/members/membership/Sponsorship.htm>. Acceso se verificó en diciembre 27, 2003
 41. CMA policy summary. Physicians and the pharmaceutical industry (update 1993). *CMAJ* 1994; 150: 256A-F
 42. Criterios éticos para la Promoción de Medicamentos. Disponible en URL: <http://www.who.int/medicines/espanol/criterios/criterioseticos.pdf>. Acceso se verificó en diciembre 27, 2003
 43. Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice. Disponible en URL: <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1.html> Acceso se verificó en diciembre 27, 2003

Correspondencia:
 Enrique Jadresic
 Ricardo Matte Pérez 497
 Providencia
 Santiago
 E-mail: ejadresi@vtr.net

Conflicto de intereses en la relación clínica

Conflicts of interest in the clinical setting

Armando Ortiz-Pommier

The editor of this journal has invited the ethical committee to reflect and express its opinion about conflicts of interest in the clinical setting. We define "Conflict of Interest" and discuss the effect that mismanagement of a conflict of interest could have on the doctor-patient relationship. We conclude that the basic conflict in the clinical setting is the so-called "double-agent" doctor. This issue has been studied in relation to the development of the North-American system of clinical administration: "managed-care" The name managed care describes the two basic functions of the clinician: his role of "caring" for his patients, and therefore to search for the best for each individual; and his role to manage the resources available and to control costs. This new scenario may radically change the future of the medical profession. Doctors have an undeniable responsibility in the development of what may be a new paradigm in the way medicine is practiced, certainly changing the social contract of our profession.

Key words: conflict of interest, double agent, ethics, clinical setting
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 29-36

Introducción

Un aluvión de transformaciones sin precedentes en el entorno de la formación y el ejercicio de la práctica de la medicina han desencadenado, a escala mundial, un intenso proceso de revisión de la autonomía y regulación de la profesión médica y sus relaciones con la sociedad y el estado. El análisis de los factores explicativos de ese cambio y la discusión de la recomposición del equilibrio de poderes entre ciudadanos, políticos y médicos,

así como la nueva naturaleza del "contrato social" de la profesión con la sociedad, forman parte de la vanguardia de la aportación crítica de grupos de pacientes, profesionales, expertos y académicos en los países más avanzados.

El futuro de la Profesión Médica: un reto para los profesionales

Éste debiera ser uno de los objetivos de las sociedades científicas: intentar distinguir los futuros desea-

Miembro Comité de Ética SONEPSYN.
Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Universidad de Chile.
Centro de Bioética, Universidad del Desarrollo.

Recibido: marzo de 2004
Aceptado: marzo de 2004

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

bles y futuros posibles logrando ofrecer una visión de conjunto de cuáles son los nuevos desafíos a los que se enfrenta el profesional médico y abrir el debate y el análisis a fondo, con el fin de que puedan ofrecerse soluciones específicas con el horizonte del final de esta década. Así entendemos esta invitación que nos hiciera el Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, y el directorio de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN), a tratar el candente tema de los conflictos de intereses que prevalecen en los distintos ámbitos de la atención de salud y en el ejercicio de nuestra profesión. Específicamente se nos encomendó el análisis del conflicto de intereses en la relación clínica. Como nunca o tal vez como siempre, nuestra profesión está inmersa en sus propias tribulaciones técnicas y éticas, humanas y científicas, y por suerte más recientemente y gracias al advenimiento de la bioética: en los hechos y valores.

Algunas definiciones

Para tratar de precisar y definir claramente cuáles son los conflictos de intereses o intereses en conflicto, que se dan en la relación clínica, explicitemos de qué estamos hablando cuando nos referimos a ello.

Concepto de conflicto de intereses

En su forma más original o primitiva el conflicto es parte natural de las relaciones humanas, puesto que surge de las diferencias e incompatibilidad de intereses, percepciones u objetivos, entre dos o más personas. En opinión de Thompson, se origina un conflicto de intereses en aquellas circunstancias en que el juicio profesional en relación a su interés primario, tal como puede ser el bienestar del paciente para el clínico, o la validez de la investigación para el investigador, o el interés educativo o asistencial, se ve influenciado indebidamente o en exceso por un interés secundario, como puede ser un provecho económico (beneficio financiero) o un afán de notoriedad, prestigio personal o el reconocimiento y promoción profesional (1).

Es conveniente delimitar los elementos de esta definición:

- Juicio profesional: se refiere al proceso de ponderación y toma de decisiones en base a la capacitación propia de su profesión.
- Interés primario: es el que viene determinado por los deberes profesionales, que en el caso del médico es el bienestar del paciente, y en el caso del investigador la obtención de conocimiento válido generalizable (2).
- Interés secundario: se trata de otro tipo de intereses que puede tener el médico o el investigador en su actuación, que no tienen por qué ser ilegítimos en sí mismos, por ejemplo avanzar en su carrera académica, o que incluso pueden ser de índole altruista, por ejemplo: cómo conseguir fondos para ulteriores investigaciones sobre enfermedades “huérfanas” (3).

El problema es que estos intereses secundarios pueden adquirir un grado problemático de influencia en la toma de decisiones.

¿Qué es necesario para que se dé un conflicto de intereses?

En el medio legal anglosajón el término conflicto de intereses se utiliza primariamente en conexión con el término “fiduciario”. El fiduciario es aquel profesional que posee algún tipo de poder, basado en su capacitación especializada, que debe ser usado para el beneficio de otro. Una relación fiduciaria supone dependencia y confianza, y está sujeta a los más altos estándares de conducta (4). En este sentido, la relación médica es un tipo de relación fiduciaria, en la cual el profesional médico ostenta un poder que deberá utilizar para promover el bienestar del paciente (5).

Para que exista un conflicto de intereses deberá existir un tipo de relación fiduciaria, como puede ser la relación médica, la relación docente, la relación investigadora, etc. Dicha relación tendrá un interés primario claramente definido, que es el que debe dirigir la toma de decisiones. Se establecerá el conflicto cuando en el proceso decisional entran a considerarse uno o varios intereses secundarios (prestigio personal, reconocimiento académico, promoción, incentivos económicos), que pueden determinar acciones alejadas o contrarias a los intereses profesionales primarios.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que estos intereses en conflicto no son nunca equivalentes desde un punto de vista ético, ya que la relación profesional entre el médico y el enfermo o entre el investigador médico y los enfermos está fundamentada, tiene su razón de ser, precisamente, en sus intereses primarios (1).

¿Por qué es problemático que se dé un conflicto de intereses?

La presencia de un conflicto de intereses no supone por sí misma que se producirá un desenlace incorrecto éticamente, pero es evidente que incrementa su posibilidad. Además, el que la sociedad constate la existencia de conflictos de intereses no correctamente manejados, mina su confianza tanto en la asistencia médica como en la investigación clínica, y es evidente que la viabilidad futura de ambas depende de esta confianza (6, 7).

El hecho de que haya un conflicto de intereses no quiere decir necesariamente que éste sea moralmente condenable, ya que todo dependerá precisamente de cómo se lleve esta particular situación. Por otra parte, todos tenemos intereses, aunque sea en diferente grado u objeto, y casi no hay actividad humana que en el fondo no pretenda obtener algún tipo de beneficio.

¿Qué pasa con la Relación Clínica?

Dejando de lado los cambios históricos que ha tenido la relación médico-paciente y sobre todo la actual incorporación de múltiples actores a la misma, en una sociedad democrática en la que todos los individuos son, mientras no se demuestre lo contrario, agentes morales autónomos, capacitados para tomar decisiones, con criterios distintos sobre lo que es y lo que no es malo; la relación médica, en tanto que relación interpersonal, no es que pueda ser accidentalmente conflictiva sino que es esencialmente conflictiva (8).

La relación clínica ha cambiado y sufrido importantes transformaciones. Ya es un tópico, lo que ha repetido muchas veces Diego Gracia: “hay muchas razones para pensar que la medicina ha evolucionado en estos últimos veinticinco años más que

en cualquier otro período de su historia” (9). Esto ha hecho que la clásica relación médico-enfermo haya cambiado en las últimas dos décadas más que a lo largo de muchos siglos. Sin embargo, a pesar de estos cambios, que no es el momento analizar, sí es importante decir que la relación médico-paciente es una relación fiduciaria, al menos en nuestro medio, es una relación basada en la confianza o confidencia; por lo tanto, el médico es un administrador del bienestar del paciente (2). Sin embargo la irrupción en el mundo sanitario de muchos otros actores, como administradores, auxiliares de servicio, otros profesionales de áreas de la salud, instituciones, etc., no sólo han generado cambios en la relación clínica sino que también se han debilitado más las reglas tradicionales de fidelidad. En particular las empresas financiadoras y los proveedores institucionales han impuesto limitaciones a las decisiones médicas sobre el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas. Estos intereses económicos forman parte de la vida diaria de los médicos y sobre todo formarán parte mayor aún en el futuro. La nueva situación establecerá que los médicos deberán mantener lealtad a diversas instituciones así como a los pacientes (10).

Frente a un nuevo entorno laboral, caracterizado por el sostenido aumento del costo de la salud, se han establecido nuevos mecanismos de control, incluyendo pago por adelantado, grupos relacionados con el diagnóstico, revisiones de utilización, acuerdos de proveedor preferido y diversas formas de medicina gestionada; (el managed care está introduciendo gran cantidad de conceptos económicos en la jerga ética, de realidades de implantación todavía incierta en nuestro sistema sanitario, como las enumeradas: prospective payment, diagnosis related group, utilization review, preferred provider arrangements, y otros: fee-for-service, self-referral, etc.) (10). Estos mecanismos a menudo condicionan y reducen la fidelidad del médico hacia el paciente a través de una mezcla de incentivos y medidas disuasorias, que a veces ponen el interés del médico en conflicto con el mejor interés del paciente, produciendo serios conflictos éticos, además de conflictos de fidelidad (2). Todos estos arreglos crean en el médico un incentivo para limitar la atención a los pacientes, situación al me-

nos en principio muy preocupante. El paciente está en una posición muy diferente cuando el médico tiene incentivos para restringir los tratamientos necesarios que cuando el médico tiene incentivos para ofrecer los tratamientos innecesarios. En la última situación, los pacientes pueden obtener otra opinión. En la primera, los pacientes pueden ignorar la necesidad de un tratamiento porque nadie se lo ha recomendado (10).

En este punto de la reflexión, surge la pregunta: ¿Cuál es el principal conflicto de intereses que enfrentarán los futuros médicos o los actualmente en pleno ejercicio de la profesión? La bibliografía última se ha desatado como consecuencia del sistema conocido en norteamérica con el nombre de "Managed Care". Esa expresión se ha traducido de varios modos al español, como "cuidado dirigido" en Puerto Rico, como "gestión clínica" en España, etc. La expresión norteamericana es muy precisa, porque en sus dos palabras quiere significar las dos funciones fundamentales del clínico: de una parte, su obligación de "care" y, por tanto, de buscar lo mejor para su paciente, y de otra su condición de "manager", es decir, de gestor de recursos, y la necesidad de que mire por el control del gasto. Este es el tema de la llamada "doble agencia del médico". Ése es el conflicto de intereses fundamental. Lo cual no quiere decir que no puedan y deban armonizarse ambas dimensiones del acto clínico. Ése es uno de los objetivos de la bioética, ayudar a resolver ese tipo de conflicto de intereses.

Ser médico o hacer de médico en el siglo XXI. El problema de la "doble agencia"

El papel que deben desempeñar los médicos ahora es doble: de médico y de gestor. Veamos esta nueva realidad, no es un tema fácil; es tal vez el tópico más sensible que en la actualidad enfrentan nuestros colegas, no sólo en Chile con su intento de lograr una "verdadera reforma" a la salud, sino en casi todos los países del mundo, en cualquier sistema político y económico; es el tema de los cambios radicales que se vienen dando en el modelo tradicional de práctica médica, basado en la ética hipocrática.

En el ambiente sanitario, y por decirlo en términos cotidianos "en una cafetería de hospital", los

médicos con frecuencia utilizamos el argumento de mirar a los economistas y sus intereses liberales como los principales responsables de nuestras desgracias y desventuras. Explicación que nos parece en principio imprecisa. Intentar acercar la perspectiva del economista y la del médico, que se encuentran perniciosamente enfrentadas en el contexto actual, desde luego que no es tarea fácil, pero coincidamos en que es mucho más fructífero buscar los puntos comunes que ahondar las diferencias entre ambas (11). Pues bien, estábamos en el café: los doctores toman partido, están los nostálgicos que sólo añoran un glorioso pasado y por tanto condenan el presente, y los menos, que pensamos que es nuestra obligación repensar nuestra actividad profesional, proponiendo que quizá ha llegado el tiempo de cambiar el paradigma clásico del ejercicio de la medicina. Y en este enfoque hay entre otros al menos dos aspectos que son relevantes: El problema de la *doble lealtad o doble agencia*, generado por la presencia de terceros pagadores, y de cómo los conflictos de intereses que de ello surgen debilitan el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa y por otra parte la necesidad de que *el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos*, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad. Y si no somos nosotros mismos, ¿quiénes tomarán el liderazgo para que los principios fundamentales de la profesión no se vean aún más afectados?

El modelo tradicional de práctica médica que prevaleció por veinticinco siglos era el de un paciente que acudía a su médico para que éste actuara como su agente y tomara decisiones a su favor, utilizando para ello un conocimiento avanzado pero con total autonomía. Entre estos dos mediaba el honorario, una forma de honrar a quien ponía su conocimiento al servicio del paciente. Durante la segunda mitad del siglo XX empieza la carrera tecnológica que desbordó a todos los países, incluidos los más ricos y poderosos, y por tanto la capacidad de los hogares de enfrentar por sus propios medios los costos de un evento de enfermedad o accidente; aparecieron los seguros como un mecanismo de protección frente a la probabilidad de ruina financiera, y con éstos desapareció de la

relación tradicional el problema de la capacidad de pago. Los seguros no hicieron más que acelerar el proceso de encarecimiento de los servicios de salud, pues ya no había limitantes en la capacidad de pago por parte del paciente, generándose los conocidos problemas del riesgo moral y el facilitamiento de la inducción de la demanda. Surge, entre otras, la dicotomía, que en su aspecto fundamental consiste en que el médico recibe una remuneración adicional que no es conocida por el paciente. Con frecuencia, la dicotomía es injusta para el enfermo el que a menudo sufre una agresión económica o no recibe el tratamiento más adecuado para su condición. También resulta perjudicial para los médicos que rechazan la dicotomía ya que quedan condenados a una situación de inferioridad económica en comparación a aquellos que sí la aceptan. En los lugares en que esta práctica se ha generalizado invariablemente el médico pierde su independencia de juicio y se refieren los pacientes no al colega más competente para ese caso o se sobreutilizan procedimientos o intervenciones. Siempre esta situación es descubierta con el consiguiente descrédito no sólo para los médicos implicados sino que para toda la profesión (2). Puesto que esto no podía seguir indefinidamente así, aparecen los planes de salud integrales, con un control más estricto del gasto médico, control que sólo logran los aseguradores mediante incentivos financieros y no financieros para que el médico racionalice el uso de los recursos de que dispone.

Cualquier mecanismo de distribución de recursos genera el problema de la doble lealtad; la única posibilidad de recuperar la lealtad del médico exclusivamente con el paciente es volviendo a la responsabilidad del paciente por la totalidad del costo de la atención, y es obvio que eso no va a ocurrir. La doble lealtad no es pues un problema generado exclusivamente por el asegurador, sino también por cualquier mecanismo de dispersión de riesgos y costos financieros, cualquiera que sea su escala; y si quedan dudas de ello, baste recordar cómo en nuestro trabajo en instituciones hospitalarias actuales siempre estaba implícita una gran cantidad de restricciones de distinta índole; mucho antes de plantearse la reforma, también observábamos protocolos y nos sometíamos a formularios de me-

dicamentos, aunque no tan estrictos como seguramente serán los que pronto se implementen (11).

Según lo anterior, el problema de la doble lealtad no sería un problema moralmente cuestionable, sino una consecuencia obligada de la evolución de la prestación de servicios de salud; lo que frecuentemente se critica de este problema es más bien algo que se oculta tras él: el fin de lucro, que se hizo evidente con la entrada de la medicina preparada o el sistema isapre en los ochenta, y pareciera que pronto en el sistema público de salud. Si el fin de lucro per-se no es lo cuestionable, podría decirse que la ética corporativa de estas organizaciones es un instrumento de la ética distributiva para lograr su objetivo de la eficiencia en el gasto en salud.

Volviendo al problema de la doble lealtad, es evidente e inevitable que la práctica médica actual esté condicionada por esta doble lealtad, puesto que el médico es agente simultáneo de dos principales: el paciente y el tercer pagador. Pero más que el tercer pagador, el verdadero segundo principal del médico es el grupo de personas que están asociadas en el fondo de seguros; el tercer pagador no es más que un mediador de esa obligación, y que además cobra por correr un riesgo, al menos en el contexto nuestro.

Los conflictos de intereses generados por la doble lealtad por sí mismos no son más problemáticos que otros tipos de conflictos de intereses, los cuales han existido desde que apareció la remuneración al profesional por sus servicios personales. El problema fundamental con los conflictos de intereses radica en su intensidad (1); cuando el interés secundario es tan fuerte que compromete severamente el interés primario, es evidente que se ha invertido la obligación del agente para con su principal hacia el beneficio de aquél; pero esto puede suceder en cualquier contexto y no es exclusivo de la intermediación con fin de lucro. Por lo tanto nuestra preocupación debe orientarse a controlar la intensidad de los conflictos de intereses, más que el fin de lucro o la simple presencia de tales conflictos.

En síntesis con respecto a este segundo punto, los recursos que el médico utiliza para tratar a su paciente no le pertenecen a éste ni a aquél, sino al grupo de personas que han optado por un esquema cooperativo de protección financiera; el hecho

de que la capacidad de pago del paciente desaparezca del acto médico no implica ignorar el costo de oportunidad de las decisiones clínicas, y antes por el contrario, implica una responsabilidad mayor frente a la colectividad, lo cual inevitablemente crea la doble lealtad en el médico: frente a su paciente y frente a los demás beneficiarios de los recursos disponibles (11).

De todo ello, podemos afirmar con carácter de urgencia que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez la necesidad que esto implica de renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad. Dicho lo anterior, no queda duda de que el modelo tradicional de práctica médica basado en la ética hipocrática y en la autonomía propia del profesionalismo está actualmente y de manera irreversible condicionado por la doble lealtad del médico; este condicionamiento ha sido visto como una amenaza al profesionalismo, postura que considero es la mayoritariamente adoptada por los médicos nostálgicos; creemos que ello no necesariamente es cierto y que por el contrario la profesión debe asumir los nuevos retos que la doble lealtad supone para poder conservar ese preciado don del profesionalismo.

Si el médico es quien finalmente determina cómo se utilizan las cuatro quintas partes de los presupuestos para salud, y si los individuos ya no llegan al médico por su propia cuenta sino amparados por un tercer pagador, es claro que el médico tiene hoy en día la obligación de hacer una utilización racional de los recursos; si no lo hace, los terceros pagadores lo harán por él: lo presionarán a seguir protocolos, lo someterán a revisión por pares o a segundas opiniones, o finalmente lo obligarán a asumir riesgo financiero bajo contratos de capacitación u otros incentivos monetarios.

Pero no se trata de que el médico se obstine en defender una posición que a todas luces en el contexto actual no es sostenible; en sana lógica, si el médico extiende su principio de justicia a su obligación como distribuidor de recursos, está cumpliendo con una obligación que hoy en día no puede eludir, y está ejerciendo en el micro-nivel lo que el formulador de políticas ejerce a diario cuando toma decisiones de distribución de recursos en

el macro-nivel. Pero ello supone inevitablemente tomar decisiones trágicas; restringir el acceso de unos para permitir un mejor acceso a otros, y de este modo contribuir a que los recursos sean usados de manera eficiente sin necesidad de tener un supervisor que le coarta su autonomía a base de desautorizaciones y órdenes incuestionables.

Reaparece aquí el concepto de autonomía como eje del profesionalismo. Evidentemente, en el contexto de restricciones que he descrito, qué mejor manera de recuperar la autonomía profesional que asumiendo de manera racional la responsabilidad en la distribución de recursos. Si el médico no quiere verse vigilado por un extraño, lo lógico es que haga por su propia cuenta aquello por lo cual hoy es vigilado. Pero este cambio de paradigma supone una renegociación del contrato social representado por el juramento hipocrático; el rediseño de las obligaciones del médico frente a la sociedad requiere un proceso en el cual participen los beneficiarios de las decisiones del médico, es decir, los pacientes actuales y futuros; la sociedad debe entender que si espera que sus médicos siempre busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un resultado subóptimo en la utilización de los recursos para salud; por esto, la renegociación del pacto social debe comprometer tanto a los profesionales como a la sociedad en general, mediante un proceso democrático, deliberativo y abierto, que considere objetivamente las restricciones presupuestales, la disponibilidad de pagar de los asociados, y la nueva responsabilidad del profesional en el racionamiento.

La renegociación del contrato social no es una claudicación de la ética hipocrática ante la ética distributiva; es más bien una versión ampliada del compromiso del médico con su paciente, que reconoce la responsabilidad del profesional en la adecuada utilización de los recursos de la sociedad. Es el camino lógico y sensato hacia la preservación del profesionalismo que hace irrelevante la amenaza del control externo sobre la autonomía, y que del mismo modo permite construir entre los dos una relación en la que la profesión sale mejor librada y a la vez es consecuente con la búsqueda del equilibrio entre la equidad y la eficiencia, así como en la prestación de servicios de alta calidad; en síntesis,

la obligación del profesional sigue siendo frente a su paciente, pero en conexión con los demás pacientes.

Comentarios finales e invitación a dialogar

¿Cómo afrontar el reto de mejorar lo que hemos alcanzado sin renunciar a lo que hemos conseguido?, ¿Cómo debe evolucionar la profesión médica para sobrevivir y para que contribuya a la sostenibilidad de los logros alcanzados haciendo posibles nuevos hitos?, ¿Cómo construir las visiones de futuros deseables y también posibles? Nadie duda de que el milenio ha comenzado con una crisis de los sistemas de salud que no coge a los profesionales desprevenidos, aunque sí erosionados y, a los ciudadanos, irritados e insatisfechos.

Mucho es lo que se habla en los últimos tiempos de la pérdida de confianza del público en la figura del médico y en general en la profesión médica. ¿Qué es de verdad lo que ha sucedido, que se ha transformado en una paradoja? pues “mientras mayor ha sido el desarrollo de la tecnología y la capacidad de la medicina, para resolver algunos problemas de salud, mayor es su situación de desprestigio”; ¿Cuál es en realidad el verdadero privilegio que los médicos sienten que han perdido?: más allá de todas las posibles explicaciones, el privilegio perdido ha sido la confianza. Hay quienes sostienen que todavía la medicina es la profesión más valorada por la población en los países europeos y en muchos otros del mundo entero, y que por tanto la opinión negativa de los ciudadanos se dirige más al sistema sanitario que a los médicos, por no haber cumplido con el objetivo de colocar al paciente en el centro del sistema, burocratizar el sistema, favorecer la falta de información, la generación de listas de espera y la saturación de los servicios de urgencia. Pero, ¿acaso todo esto no nos recuerda con familiaridad, el trabajo hospitalario actual?

Los expertos coinciden en señalar que la relación médico-paciente será en el futuro el eje central del nuevo modelo organizativo. Una relación, a la que, nos guste o no, los médicos deberán adaptarse, debiendo por tanto generar en los profesionales del futuro las actitudes que les permitan ejercer con un nuevo tipo de relación médico-en-

fermo, más igualitaria, en la que los pacientes son conscientes de su derecho a la información y a la autonomía y no aceptan de sus médicos actitudes paternalistas o autoritarias. Recabar el consentimiento informado de los pacientes, como prueba de que se les ha informado, y no como salvaguarda del médico, deberá tender a ser una práctica cada vez más extendida.

El bioeticista Daniel Callahan (12) propone llevar a cabo un replanteamiento más radical formulando nuevos ideales y direcciones. Si no se hace esto último, la medicina será: “económicamente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de dirección y propósito coherentes”. El informe del Hastings Center (12) sobre “Goals of Medicine”, sugiere que la medicina preste atención preferente a cuatro grandes objetivos:

1. Prevención de la enfermedad, promoción y mantenimiento de la salud
2. Alivio del dolor y del sufrimiento humano causado por los padecimientos de orden interno
3. Cuidado y curación de todos los que tienen padecimientos; y cuidado de los que no pueden ser curados
4. Evitación de la muertes prematuras, y aspiración a una muerte en paz

De tal manera, la crisis que enfrentarán los futuros profesionales tiene más que ver con una crisis de la medicina en sus propios fines, y no sólo ni fundamentalmente en los medios que emplea. Hasta hora los problemas de la medicina actual han sido exclusivamente técnicos y organizativos y se ha dejado de cuestionar los fines y los presupuestos más básicos. El giro de timón deberá orientarnos a los verdaderos fines que tiene la medicina.

Es razonable esperar que el debate generado en este artículo nos ayude a entender algunos de los cambios que en los próximos años se van a producir tanto en las coordenadas organizativas en cuya conformación las profesiones pueden intervenir en pie de igualdad con otros agentes del sistema sanitario y de la sociedad, como en la modernización y posicionamiento profesional a cuya estrategia y definición los profesionales deben sin duda dar una respuesta específica e indelegable.

En una interesante iniciativa, el Editor de esta Revista ha invitado al Comité de Ética de SO-NEPSYN a reflexionar y manifestar una opinión sobre el conflicto de intereses en la relación clínica. Exponemos una definición de lo que entendemos por conflicto de intereses y la influencia que puede tener esta situación mal manejada sobre la relación médico-paciente. Se proporcionan antecedentes que permiten concluir que el conflicto fundamental en la relación clínica es la llamada "doble agencia del médico". La bibliografía última en el tema se ha desatado como consecuencia del sistema conocido en Estados Unidos con el nombre de "Managed Care". Esa expresión se ha traducido de varios modos: en nuestro medio se conoce como Gestión Clínica. La expresión norteamericana es muy precisa, porque en sus dos palabras quiere significar las dos funciones fundamentales del clínico: de una parte, su obligación de "care" y, por tanto, de buscar lo mejor para su paciente, y de otra su condición de "manager", es decir, de gestor de recursos, y la necesidad de que mire por el control del gasto. Este es el tema de la llamada "doble agencia del médico". Con este nuevo escenario va a cambiar radicalmente el futuro de la profesión médica, en cuya construcción nos parece que los profesionales tienen una responsabilidad indelegable; planteamos que estamos a las puertas de un cambio de paradigma en la forma de ejercer la medicina. Lo que de todos modos significará un cambio en el contrato social de nuestra profesión.

Palabras clave: conflicto de intereses, doble agencia, ética, relación clínica

Referencias

1. Thompson DF. Understanding financial conflict of interest. *N Engl J Med* 1993; 329: 573-576
2. Novoa F. Conflicto de intereses en la relación médico-paciente. *Panorama Médico* 1998; 34: 5-6
3. Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. *CMAJ* 1998; 159: 960-965
4. Rodwin MA. Strains in the fiduciary metaphor: divided physician loyalties and obligations in a changing health care system. *Am J Law Med* 1995; 21: 241-257
5. Lo B. Resolving ethical dilemmas. A guide for clinicians. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000
6. Mastroianni A, Kahn J. Swinging on the pendulum. Shifting views of justice in human subjects research. *Hastings Cent Rep* 2001; 31: 21-28
7. Ara C. JR. Manejo de los conflictos de intereses en la investigación médica. Visión desde la clínica. *ICB digital*. Septiembre 2002. Disponible en URL: <http://www.icbdigital.org/icbdigital/pdf/resumen8.pdf>
8. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989
9. Gracia D. Bioética clínica. Bogotá: El Buho, 1998
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999
11. Castaño RA. Medicina Ética y Reformas a la Salud. Marzo 2004. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/m-08Rabel.htm>
12. Sánchez MA. Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998

Correspondencia:

Armando Ortiz-Pommier

E-mail: monique@entelchile.net

Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con Clozapina

Metabolic disorders in schizophrenic patients treated with Clozapine

Patricia Muñoz, Roberto Gallardo

Atypical antipsychotic drugs are considered to provide major advantages in treating schizophrenic patients. However, they can cause significant increases in weight, glucose, and lipid homeostasis. Obesity is an important factor in diabetes mellitus, dyslipidemia, and arterial hypertension. Clozapine has been described as acting as an antagonistic agent of several receptors at the hypothalamic level, accentuating hyperinsulinemia and plurimetabolic syndrome, of high vascular risk in obesity. Three patients (2 women, 1 man) treated with clozapine for 5 years or more at a dosage of 300-400 mg/day were clinically monitored for their body weight, glycemia, and lipid profiles, resulting in the diagnosis of significant metabolic disorders. It is suggested that patients undergoing treatment with atypical antipsychotics should also receive adequate metabolic and nutritional evaluations.

Key words: diabetes mellitus, clozapine, hyperlipidemia
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 37-42

Introducción

Aunque las alteraciones del metabolismo de la glucosa en pacientes psicóticos ya fueron descritas antes de la introducción de las drogas antipsicóticas y luego con el uso de antipsicóticos convencionales; son los atípicos los que están más asociados con el agravamiento del metabolismo de la glucosa, exacerbación o inducción de Diabetes e hipertrigliceridemia; al producir cambios fisiológicos importantes en el peso y en la homeostasis de la glucosa y de los lípidos (1-3). La obesidad se caracteriza por un incremento de la grasa corporal a un nivel de riesgo para la salud. Su principal causa es un balance calórico positivo, condiciona-

do por un mayor ingreso o un menor gasto energético, derivado de causas ambientales o defectos de la regulación endógena. La regulación del apetito y la saciedad estaría centrada en el hipotálamo; en el núcleo ventromedial, el que regula la saciedad y en dos áreas laterales que regulan el apetito, con interconexiones entre sí, con la corteza cerebral y con la periferia a través del sistema nervioso autónomo. Teóricamente, el hipotálamo sería un regulador del peso corporal, tanto en el ámbito de la conducta alimentaria como a nivel del gasto energético. La regulación ponderal se efectuaría por modulación del apetito, la saciedad y el gasto energético a través de la liberación de la hormona tirotrópica (TRH) y de la actividad del eje simpático-adrenal (14).

Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz B. Santiago, Chile.

Recibido: diciembre de 2002

Aceptado: diciembre de 2003

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

Tabla 1
Clasificación de la obesidad según Garrow.
($IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$)

Grado	Peso	IMC
Grado 0	normopeso	20-24,9
Grado I	sobrepeso	25-29,9
Grado II	obesidad	30-39,9
Grado III	obesidad mórbida	> 40

Material y Método

El objetivo de este estudio es revisar los efectos colaterales asociados al uso a largo plazo de clozapina tales como el aumento de peso, inducción de Diabetes y alteraciones en triglicéridos y presentar tres casos ilustrativos.

Se describen 3 casos clínicos de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Resistente a neurolepticos convencionales; 2 de sexo femenino y 1 de sexo masculino, cuyas edades fluctúan entre 28 y 38 años, todos ellos en tratamiento con clozapina por un período mayor de cinco años y cuya edad al inicio con el fármaco fue entre 25-30 años ($x = 27,3$ años). Recibieron una dosis de clozapina promedio de 400 mg/día. Se registró el peso, IMC, hemograma, glicemia y triglicéridos al inicio del tratamiento y al momento del diagnóstico del trastorno metabólico.

Se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) para registrar el grado de obesidad (Tabla 1).

Resultados

Caso 1: Mujer de 33 años con Esquizofrenia paranoide crónica. Inicia enfermedad mental a los 12 años. Antecedente de 4 internaciones psiquiátricas, terapia electroconvulsiva y uso, de tres esquemas diferentes de neurolepticos típicos. Se indicó clozapina a los 27 años, en marzo de 1995. Antecedentes familiares de Diabetes. Peso al inicio del tratamiento 80 kg, IMC 29,4 kg/m², glicemia y triglicéridos normales. En noviembre de

1995 presenta enuresis, hiperglicemia (230 mg/dl) y aumento de triglicéridos (442 mg/dl). Se diagnostica Diabetes mellitus y se inicia dietoterapia y farmacoterapia (hipoglicemiantes) que no cumple satisfactoriamente. En febrero del 2001: peso 102 kg; IMC 37,5 kg/m²; glicemia 348 mg/dl y triglicéridos de 800 mg/dl; reinicia regularmente el tratamiento de Diabetes y dislipidemia. En agosto de 2001 cumple 6 años con clozapina con muy buena respuesta clínica. Peso 103 kg; IMC 37,8 kg/m²; glicemia 159 mg/dl; HbA1c (hemoglobina glicosilada) 9,3%; triglicéridos 238 mg/dl. TAC abdominal: signos de esteatosis hepática moderada a importante. Mantiene clozapina con dosis de 350 mg/día; hipoglicemiantes y dietoterapia. Evolución: Activa y estable laboralmente, síntomas psiquiátricos ausentes, vive con su madre y un hijo de 7 años.

Caso 2: Mujer de 28 años. Se diagnostica Esquizofrenia paranoide a los 19 años. Sin antecedentes familiares de Diabetes. Suspende estudios universitarios tras descompensación grave. Tratada con antipsicóticos típicos desarrolla disquinesia tardía severa y refractariedad del cuadro base. En 1993 inicia tratamiento con clozapina; pesa 57 kg; IMC 23,7 kg/m²; glicemia y triglicéridos normales. Al año presenta aumento de peso a 67 kg; IMC 27,9 kg/m² y controles metabólicos normales. Realiza cursos de capacitación en gastronomía y pastelería comenzando actividades laborales independientes. En agosto del 2000 (séptimo año con clozapina) se diagnostica Diabetes mellitus y dislipidemia; iniciándose dietoterapia e indicación de hipoglicemiantes. Evaluación en octubre del 2001 muestra una muy buena evolución, con ausencia de síntomas positivos y presencia de algunos signos negativos leves; mejoría completa de la disquinesia tardía; mantiene trabajo independiente remunerado y vive con su madre. Peso 65 kg; IMC 27,1 kg/m²; HbA1c 5,5%; glicemia 105 mg/dl; triglicéridos 411 mg/dl. ECG std: extrasístoles ventriculares ocasionales. ECG de esfuerzo: rangos normales. Dosis de clozapina 400 mg/día.

Caso 3: Hombre de 38 años, soltero. Vive con familia de origen. Interrumpe estudios universitarios

Tabla 2
Pacientes esquizofrénicos en tratamiento con
clozapina (dosis promedio 400 mg/d)

Sexo	Edad	IMC Inicio	IMC Final
F	33	29,4 Kg/m ²	37,8 Kg/m ²
F	28	23,7 Kg/m ²	27,1 Kg/m ²
M	38	28,9 Kg/m ²	39,1 Kg/m ²

en 1992 al inicio de una Esquizofrenia pseudoneurótica. En octubre de 1993 comienza tratamiento con clozapina por intolerancia y resistencia a antipsicóticos clásicos; peso 74 kg; IMC 28,9 kg/m²; glicemia y triglicéridos normales. 1998: al 5º año de tratamiento con clozapina se diagnostica Diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad; se indica dietoterapia e hipoglicemiantes. En septiembre de 1999 termina estudios universitarios y ejerce su profesión con regular éxito. Peso 90 kg; IMC 35,1 kg/m²; glicemia 258 mg/dl; colesterol 351 mg/dl; triglicéridos 648 mg/dl. Año 2001: mantiene síntomas positivos leves y negativos moderados con un funcionamiento laboral inestable. Peso 100 kg; IMC 39,1 kg/m²; glicemia 151 mg/dl; clozapina en dosis de 350 mg/día. Insuficiente cumplimiento de tratamiento de Diabetes y obesidad (Tabla 2).

Conclusiones

La clozapina es el prototipo de antipsicótico atípico. Su acción terapéutica preferencial es debido a su efecto antagonista serotoninérgico (5HT₁, 5HT₂, 5HT₃) y en menor grado como antagonista D₁, D₂. Además tiene una afinidad significativa por receptores muscarínicos e histamínicos H₁ (8) y es antagonista adrenérgico α_1 , α_2 . Aunque no está claro aún el mecanismo de estas drogas sobre los efectos adversos metabólicos, se ha descrito que los antipsicóticos con mayor riesgo de producir alza de peso son aquellos con menor cociente D₂/5-HT₂, mayor afinidad H₁, H₂ y actividad anticolinérgica (15, 16). Posiblemente el alza de peso por clozapina se debe al efecto antagonista 5HT_{2C} y también esté relacionado con el efecto an-

Tabla 3
Antipsicóticos y alza de peso

Antipsicóticos	Alza de peso (%) (Bustillo, 1996)
Clozapina	7%
Haloperidol	1%

Antipsicóticos (10 semanas)	Alza de peso (Kg) (Allison, 1999)
Clozapina	4,45 Kg
Olanzapina	4,15 Kg
Sertindole	2,95 Kg
Risperidona	2,10 Kg
Ziprasidona	0,04 Kg

tagonista H₁, los que son conocidos por producir alza de peso (9).

Las drogas que producen hiperprolactinemia están asociadas a la aparición de resistencia insulínica, a través del aumento del índice androgénico (fármacos con fuerte antagonismo D₂, como butirofenonas o risperidona en dosis altas (18).

Los antipsicóticos atípicos pueden aumentar el riesgo de inducción de Diabetes como resultado de su efecto antagonista en receptores serotoninérgicos. La estimulación de receptores 5HT_{1A} disminuye el nivel de glicemia, mientras que los antagonistas de estos receptores causarían una disminución de la secreción de insulina e hiperglicemia. Una segunda vía de inducción de Diabetes es a través del alza de peso, existiendo una relación clara entre obesidad y la enfermedad (9, 10). El aumento de peso en pacientes con clozapina versus haloperidol (11) y la relación alza de peso y antipsicóticos atípicos (12) se puede ver en Tabla 3.

También se ha descrito alza de peso, a corto y largo plazo, asociado a quetiapina. Un grupo de pacientes muestra un aumento mayor al 7% del peso basal en alrededor de un 25% de ellos (19). Un 55% de los pacientes tratados con clozapina sube al menos un 10% de su peso inicial.

Existe evidencia sugerente de la diferencia en la magnitud del aumento de peso inducido por diversas drogas (20); muy alta para clozapina y olanzapina; alta para quetiapina, zotepin, clorpromazina y tioridazina; moderada para risperidona y sertindole; y baja para ziprasidona, amisulpiride, haloperidol, flufenazina, pimozida y molindone.

Se ha descrito un claro aumento de triglicéridos con antipsicóticos cuya estructura deriva de una dibenzodiazepina (e.g. clozapina, olanzapina) (21). Ziprasidona parece tener la combinación más beneficiosa en este sentido ya que no hay aumento de peso, ni cambios en el metabolismo de la glucosa, el colesterol y triglicéridos séricos (22).

Los antipsicóticos atípicos no sólo inducen Diabetes a través del alza ponderal en pacientes predispuestos sino también pueden producir una insuficiencia insulínica y a veces cetoacidosis (2). Clozapina está asociada con el empeoramiento de la tolerancia a la glucosa incluyendo la exacerbación de Diabetes mellitus o su inducción (6). El tratamiento con clozapina produce una mejoría del puntaje del BPRS (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica) pero no se alteran significativamente los niveles de colesterol total y otros lípidos con la excepción de los triglicéridos. El único hallazgo significativo en los lípidos séricos es la hipertrigliceridemia (13). El advenimiento de los antipsicóticos atípicos ha favorecido exitosamente el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos, tanto por su eficacia como por la baja incidencia de efectos extrapiramidales provocados por otras drogas. El uso de antipsicóticos atípicos como clozapina presentan efectos colaterales de tipo metabólico que incluyen la combinación de aumento de peso, hiperglicemia, hipertrigliceridemia, resistencia insulínica y ocasionalmente Diabetes mellitus (3, 6). Eventualmente el empleo de antipsicóticos como clozapina y olanzapina en pacientes predispuestos (4) puede desarrollar hiperglicemia. Esta alza ponderal produce una fuerte molestia en el paciente y, por lo tanto, se traduce en frecuente suspensión del tratamiento farmacológico (1). La clozapina también puede inducir el desarrollo de hipertensión arterial, la que se normaliza al discontinuar el tratamiento (7) y recaen con la reinstalación de la droga (5). Los antipsi-

cóticos atípicos podrían aumentar el riesgo de la inducción de Diabetes mellitus a través de dos mecanismos; el primero por su efecto antagonista en receptores serotoninérgicos y el segundo a través del alza de peso. Debido al incremento de casos de Diabetes y de intolerancia a la glucosa con clozapina y otros antipsicóticos atípicos se sugiere que todos los pacientes tratados con estos fármacos sean monitorizados clínicamente, en especial a los pacientes con antipsicóticos atípicos que tengan historia familiar de Diabetes mellitus tipo II y con antecedentes de resistencia a insulina (7). El psiquiatra debe cumplir un rol activo en el cuidado del paciente con una enfermedad mental crónica con un completo monitoreo del paciente en forma regular que incluya: peso, talla, presión arterial, palpación de tiroides, evaluación de masa corporal (IMC), exámenes de laboratorio (hemograma y VHS; perfil bioquímico, estudio de lípidos, TSH y T4 libre, curva de tolerancia a la glucosa con Insulinemia, electrolitos plasmáticos, orina completa), electrocardiograma estándar y de esfuerzo. La búsqueda de estrategias para la prevención y tratamiento de estos efectos adversos está centrada en medidas nutricionales, ejercicio físico regular, una elección adecuada del antipsicótico atípico basada en su eficacia para cada paciente específico (17, 20). No considerar estos aspectos del tratamiento puede comprometer la salud y la falta de adherencia de los pacientes a la farmacoterapia de cuadros psiquiátricos graves. El paciente debe ser informado de los efectos adversos como forma de lograr su cooperación y prevenir un aumento de peso excesivo. La relación riesgo/beneficio es un paradigma en la medicina y la decisión sobre la elección de una droga sobre otra debe estar guiada por consideraciones sobre su eficacia, su eficiencia y su perfil de efectos adversos (17). En la elección del tratamiento en los trastornos psicóticos y aún más, en esquizofrenia; la balanza se inclina hacia el uso de estos fármacos (antipsicóticos atípicos); ya que todos los estudios demuestran una evidente mejoría en la calidad de vida de los enfermos. El psiquiatra debe estar atento a la asociación de estas drogas con el aumento de peso, hiperglicemia y Diabetes, realizando un seguimiento acucioso de estos aspectos metabólicos en el paciente.

En pacientes esquizofrénicos los antipsicóticos atípicos están considerados como las drogas de mayor ventaja en el tratamiento de las psicosis. Sin embargo, pueden provocar un trastorno importante en el peso, en la homeostasis de la glucosa y de los lípidos. La obesidad es un factor importante en la patogenia de la Diabetes mellitus, dislipidemias secundarias y de hipertensión arterial. Se ha descrito que la clozapina actúa como antagonista de receptores a nivel hipotalámico, que puede generar hiperinsulinemia y el síndrome plurimetabólico (Síndrome X) de alto riesgo vascular en obesidades moderadas o severas (IMC > 30 kg/m²). Se describen tres casos (2 mujeres, 1 hombre) que fueron tratados por un período mayor de 5 años con clozapina, en dosis entre 300-400mg/día y monitorizados clínicamente (peso, glicemia y perfil lipídico). Estas evaluaciones permitieron establecer trastornos metabólicos relevantes. Se sugiere la importancia de una adecuada evaluación metabólica y adoptar medidas nutricionales en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos.

Palabras clave: diabetes mellitus, hiperlipidemia, clozapina

Referencias

1. McIntyre RS, McCann SM, Kennedy SH. Antipsychotic metabolic effects: weight gain, Diabetes mellitus, and lipid abnormalities. *Canadian J Psychiatry* 2001; 46: 273-281
2. Rigalleau V, Gatta B, Bonnaud S, Masson M, Bourgeois ML, Vergnot V, *et al.* Diabetes as a result of atypical anti-psychotic drugs. A report of three cases. *Diabetic Medicine (England)* 2000; 17: 484-486
3. Henderson DC, Cagliero E, Gray C, Nasrallah RA, Hayden DL, Schoenfeld DA, *et al.* Clozapine, Diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities; A five-year naturalistic study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 975-981
4. Mir S, Taylor D. Atypical antipsychotics and hyperglycemia. *Int Clinical psychopharmacology* 2001; 16: 63-73
5. Wu G, Dias P, Chun W, Li G, Kumar S, Singh S. Hyperglycemia, hyperlipidemia and periodic paralysis; a case report of new side effects of Clozapine. Yuenyang Center of Mental Health, Yuenyang, PR China. *Prog. Neuropharmacol. Biol Psychiatr (England)* 2000; 24: 1395-1400
6. Wehring H, Alexander B, Perry PJ. Diabetes mellitus associated with clozapine therapy. *Pharmacotherapy (USA)* 2000; 20: 844-847
7. Brugman NJ, Cohen D, De Vries RH. Diabetes mellitus ontstaan na behandeling met clozapine. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 437-439
8. Meltzer HY. An overview of the mechanism of the action of clozapine. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl B): 47-52
9. Wirshing DA, Spellberg BJ, Erhart SM, Marder SR, Wirshing WC. A novel antipsychotics and new onset Diabetes. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 778-783
10. Chauloff F, Laude D, Baudrie V. Effects of the 5-HT_{1c}/5-HT₂ receptor agonists DOI and alpha-methyl-5HT on plasma glucose and insuline levels in the rat. *Eur J Pharmacol* 1990; 1887: 435-443
11. Bustillo JR, Buchaman RW, Irish D, Breier A. Differential effect of Clozapine on weight; a controlled study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 817-819
12. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, *et al.* Antipsychotics-induced weight-gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1686-1689
13. Dursun SM, Szemis A, Andrews H, Reveley MA. The effects of clozapine on levels of total cholesterol and related lipids in serum of patients with schizophrenia: a prospective study. *J Psychiatr Neurosc* 1999; 24: 453-455

14. Arteaga A. Etiopatogenia de la obesidad. Bol Esc Med PUC 1997; 26:13-17
15. Wetterling T. Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. Drug Saf 2001; 24:59-73
16. Wetterling T, Mubigbrodt H. Weight gain: side effect of atypical neuroleptics? J Clin Psychopharmacology 1999; 19: 316-321
17. López-Mato A, Rovner J, Vieitez A, Illa G, Boullosa O. Estudio abierto randomizado sobre el uso de Ranitidina a diferentes dosis para el control del aumento de peso asociado a la administración de Olanzapina. Rev Arg Psiquiat 2003; XIV: 5-16
18. Baptista T. Body weight gain induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management. Review article. Acta Psych Scand 1999; 100: 3-16
19. Taylor D, McAskill R. Atypical antipsychotics and weight gain. A systematic review. Act Psychiatr Scand 2000; 101: 416-432
20. Baptista T, Kin NM, Beaulieu S. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. Pharmacopsychiatry 2002; 35:205-219
21. Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP, *et al.* Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. Am J Psychiatry 2003; 160:290-296
22. Kato MM, Goodnick PJ. Antipsychotic medication; effects on regulation of glucose and lipids. Expert Opin Pharmacother 2001; 2: 1571-1582

Correspondencia:

Patricia Muñoz

Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz B.

Santiago - Chile

E-mail: patihome@hotmail.com

Reflexiones sobre la formación de un neurólogo clínico en Chile: la obligación de hacer lo mejor que podemos

A view of training neurologists in Chile: we should be doing our best

Gonzalo Álvarez

The training of clinical neurologists in Chile could be improved by introducing structural changes. It would be unacceptable not to try, although progress may be slow. The first of these changes would be to lengthen the present training period of three years in order to include, among other things, a more solid basis in Internal Medicine. It must always be borne in mind that our trainees are steeped in the passive attitude, intrinsic to the whole Chilean educational system, of expecting to be taught rather than actively seeking to learn by themselves. Creativity and energy are needed to foster periodic exchanges of trainees between centers whose different strong points offer desirable experience not available in all locations. Although classical neurology, usually seen in hospital wards, remains most important, equal time should be given over to ambulatory pathology. Certain aspects should be carefully pondered: pediatric neurology, psychiatry, neurosurgery, neuro-ophthalmology, neuropathology, and basic neuroscience. The need to devote separate time to some of these is questioned, e.g., imaging, neuropediatrics, psychiatry, neurosurgery, and neuropathology. Time should be devoted to defining how much of each a neurologist needs; it should be possible to regroup them in order to make the best use of available time. Neurological emergencies and basic neuroscience require reflection. Trainees should receive adequate remuneration and ample access to library facilities. Teaching postgraduates is an exacting task which should be undertaken by experienced clinicians aware of their duties in guiding and orienting future neurologists rather than simply securing instruction.

Key words: postgraduate teaching, neurology
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 43-48

Nadie puede pensar que tiene capturada la verdad sobre lo que se necesita para formar un neurólogo clínico. Tan solo el hecho de embarcarse en el tema es una invitación a debatirlo. En ese contexto lo que aquí se expone constituye una reflexión personal del autor. Habrán variadas fór-

mulas, todas válidas por cierto. Una creencia, muy propia de nuestro medio, es que en materia de formar neurólogos, lo hacemos bien. Y eso, porque pensamos grupalmente que la neurología chilena está muy bien. No vemos contradicción alguna entre esta creencia y el hecho de que practicamen-

Departamento de Ciencias Neurológicas, Universidad de Chile.
Servicio de Neurología, Hospital del Salvador - Santiago.

Recibido: enero de 2004

Aceptado: marzo de 2004

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

te todo lo que leemos está escrito en inglés, y que prácticamente nunca nos encontramos con neurólogos chilenos entre los autores. Tampoco con el hecho de que en nuestros congresos y reuniones afines nos sentamos a mirar a los invitados extranjeros como si fueran gurúes.

La ponencia que sigue se basa en que no obstante todo, esta creencia, al menos en lo que toca a la formación de neurólogos, es potencialmente correcta. Habrá defectos que corregir, sencillos algunos pero también de los otros, pero correcta.

Una reflexión al inicio es que una cosa es la realidad existente en países opulentos y otra la que se da en Chile; que una cosa es estipular condiciones ideales y otra es poder cumplirlas; y finalmente, que el tener en la mano la capacidad de cumplirlas y sin embargo no hacerlo, no tiene perdón de Dios. Nuestros modelos de comparación no tienen por qué ser Oxford, Harvard o Uppsala; tampoco centros de países menos afortunados que el nuestro. Nuestro modelo debe ser lo que potencialmente somos capaces de hacer, ahora.

Algunos autores nacionales (1), han dejado las cosas claras en cuanto a las características que debe tener un centro formador, y no cabe insistir más en el tema.

Pero sí debe cuestionarse sin inhibiciones una restricción que se nos ha impuesto y que no tiene por qué ser vista como una fatalidad irrevocable: el período de formación de tres años, que a todas luces es demasiado corto. En algunos países desarrollados, efectivamente, es tres años; por ejemplo, Estados Unidos (2) pero se llega a ellos después de haber pasado por una sólida experiencia de Medicina Interna o neurociencias básicas o alguna otra experiencia académica afianzadora. En Chile se llega al programa recién salidos de las aulas o después de un generalato de zona. Por consiguiente el aprendizaje de neurología clínica, de suyo exigente y complejo, se inicia sin una preparación previa adecuada. Por ende, se debe gastar tiempo en aprender el ABC de la especialidad, cosa que no se logró en el pregrado.

Ciertamente aprender neurología practicándola, como ocurre en los primeros meses, es la mejor manera de hacerlo, pero obviamente esa tarea

no debiera comprender parte de esos preciosos tres años. Claramente, debió haber ocurrido en el pregrado, pero si no es así, el daño es reparable prolongando el período de formación. Reconocidamente, lograr esta extensión no podrá ser tarea fácil, pero tampoco corresponde mirarla como ciencia-ficción. Este logro redundaría en especialistas más competentes, cuya eficacia aumentada beneficiaría a la población con evidente reducción de gastos. Esgrimidos con paciencia y perseverancia, tales argumentos pueden reverberar en el Ministerio de Salud, y con mayor razón en el de Hacienda, institución esta que puede mostrarse permeable cuando se le demuestra que hay dineros fiscales por ahorrar. Unos de los principales temas que deberían mover a la comunidad neurológica, encarnada en su Sociedad científica, es abogar sin claudicaciones ante la autoridad que fuere menester en orden a que el período de formación se extienda a no menos de 4 años, y que una parte del período por ganar se emplee en adquirir conocimientos confiables de Medicina Interna.

El tema del recurso humano que llega a neurología merece algunos comentarios. Tal vez el principal es la actitud del médico en formación como especialista, de ahora en adelante el becado, como habitualmente lo llamamos. Largos años de observación y reflexión han persuadido a este autor que la principal diferencia, probablemente la única, que existe entre el becado chileno y el anglosajón es su actitud frente a la tarea de adquirir conocimientos. El anglosajón sale al encuentro de conocimientos en forma proactiva, afanándose en obtener su perfeccionamiento a través de su iniciativa y esfuerzo, buscando su camino en forma notablemente autónoma. El chileno se atiene pasivamente a una reglamentación, cruzada por rotaciones a plazo fijo, seminarios establecidos, evaluaciones, temáticas regimentadas, y obligaciones que, una vez cumplidas constituyen un límite más allá del cual no necesita esforzarse. Es cierto que todo el sistema educacional chileno tradicionalmente se ha basado en una relación pasiva entre profesor y alumno, en la que el uno enseña y el otro aprende, y por consiguiente resulta fácil culpar a ese factor por tal

actitud que, abierta o disfrazada, exhiben nuestros becados. Pero las raíces del asunto son probablemente mucho más profundas y tienen que ver con la diferencia abismante de todo orden que existe entre los países latinoamericanos y las poblaciones anglosajonas. No es fácil definir esa intrincada maraña valórica, filosófica y religiosa que separa a ambas culturas, pero hay historiadores que la consideran la base de nuestro subdesarrollo (3). Como fuere, los becados chilenos aprecian las normas y las directrices más bien rígidas y tienden a desorientarse sin ellas, en tanto que los anglosajones entienden que su perfeccionamiento académico depende de ellos mismos, aceptando la disciplina solo en el plano asistencial.

Otro aspecto que limita el pleno desarrollo de nuestros becados es el económico. Buena parte de ellos se autofinancia sus estudios. Aparte de la odiosa discriminación que esto introduce a quienes no poseen recursos, les impone a los que acuden a la beca la obligación de trabajar en consultas privadas haciendo medicina general fuera del horario exigible, interfiriendo así con el tiempo que deberían tener para estudiar y para curiosear libremente, actividad esta última que puede resultar inmensamente enriquecedora. Algunas universidades remuneran a todos sus becados y otras a algunos, pero lo dicho se aplica a un número sustancial de ellos.

En materia de recursos materiales, no falta paño que cortar. Algunas becas transcurren en hospitales dotados de tecnología muy moderna, otras en hospitales estatales donde no la hay. Pero todos deberían tener acceso a tecnología de punta, por lo menos la disponible en el país. Esto no tiene por qué ser una quimera irrealizable; un sistema ágil de convenios con instituciones que sí poseen estas tecnologías, debería lograr el objetivo deseado sin aumentar costos, y de hecho ya hay mucho camino recorrido en este sentido. De igual forma, un sistema de intercambio de becados entre centros que tienen gran flujo de pacientes y centros que por ser privados tienen escasez, solo requiere creatividad para tornarse en realidad. También requiere tenacidad e infinita paciencia para vencer costumbres venerables y prejuicios arraigados, pero igual no es imposible.

Al proponer programas de especialización en neurología clínica, entendiendo que en todo momento se ha hablado y se hablará de neurología de adultos, surgen visiones diversas, atendibles pero contrapuestas. Por una parte está la tendencia, de raíz profunda, de hacer la vida académica, aquella que da lucimiento, en las salas. Es ahí donde se encuentra la neurología clásica, aquella a la que no podemos renunciar por motivo alguno, con su vasta gama de afecciones emblemáticas aunque poco frecuentes. Por la otra parte está la concentración grande de dolencias del sistema nervioso que se ven y se quedan, en la consulta externa. Tales son las cefaleas, epilepsias, movimientos anormales, demencias, y así. Nos incumbe satisfacer ambos requerimientos dentro del tiempo que se nos da, que según hemos visto es corto, debiendo ser mayor. Un programa bien balanceado debería contener partes iguales de ambos aspectos; en la práctica, para la mayoría de los centros formadores eso significaría aumentar el tiempo otorgado a la consulta externa. Pero como más tiempo no hay (por el momento) ese tiempo debe ser obtenido sacrificando otras actividades. Se sugiere aquí eliminar actividades de corte teórico, más bien escolástico (v.gr. seminarios) y entregarlo a la trinchera del Policlínico. Este idealmente debería ser supervisado al comienzo pero luego autónomo, aunque siempre con un docente experimentado a mano para resolver dudas.

Podría pensarse en una rivalidad entre subespecialidades, que pugnan entre sí por el tiempo del becado, pero probablemente el tema se resuelve atendiendo a las fortalezas de cada centro formador. Estos no son homogéneos en Chile, y cada cual privilegia lo que tiene. Alguno será fuerte en neuro-infectología, otro en neuropsicología, o en epileptología y así. No significa dejar flancos desprovistos, sino algunos más fuertes que otros.

Con todo, hay grandes capítulos que deben ser abordados:

- Neurología de urgencia
- Cuidados intensivos
- Imagenología
- Electrofisiología
- Neurología pediátrica

- Psiquiatría
- Neurocirugía
- Neurooftalmología
- Neuropatología
- Neurorehabilitación
- Ciencia básica y neuroanatomía
- (en nuestro medio) Medicina Interna

¿Cuanto de cada uno en el tiempo de que se dispone? Entregar experiencia en urgencias neurológicas es obligación intransable. No es lo mismo que UTI pero se pueden combinar. La infraestructura de cada centro determinará cuanto de esto se puede dar junto con neurología clínica o neurocirugía. Hay centros donde las urgencias neurológicas presentan un escenario preocupante: al no haber neurólogo de urgencia contratado las 24 horas, los becados razonablemente se resisten a ir solos ante la posibilidad de enfrentar responsabilidades médico-legales para las que no están oficialmente capacitados; a la postre terminan con una experiencia insuficiente.

La imagenología a tiempo completo es discutible. La práctica diaria en sala entrega a diario profusión de imágenes. Si las más notables son revisadas, por ejemplo semanalmente, con un neuroradiólogo competente, esto debería ser base suficiente. Solo si un becado, opcionalmente, deseara reforzar o profundizar algún aspecto, se haría deseable una rotación, ni siquiera a tiempo completo, por un servicio de neuroradiología.

En cambio la electrofisiología sí parece exigir una rotación para sí sola, cuya modalidad y duración debe ser decidida por cada centro.

La neurología pediátrica y la psiquiatría como parte del bagaje que deberá llevar consigo el neurólogo de adultos son susceptibles de discusión. Innegablemente se debe tener conocimiento de la miríada de afecciones neuropediátricas y de sus mecanismos de acción, pero solo para saber con certeza que se está frente a uno de ellos. En Chile la neuropediatria está sólidamente establecida, a lo menos en ciudades grandes, y un neurólogo de adultos no necesita equiparse mayormente con ella.

En cambio, la necesidad de interactuar con psiquiatría es una constante insoslayable. Pero aquí

se topa con otro problema, nunca adecuadamente enfrentado: ¿qué fin se quiere lograr al impartir psiquiatría a nuestros becados? ¿qué competencias psiquiátricas deberán poseer? El tema amerita reflexión conjunta con colegas psiquiatras, pero en tanto esas interrogantes no sean respondidas y se obtengan seguridades de que nuestros becados recibirán lo que se acuerde, la actual rotación por psiquiatría tiene dudoso valor en relación al tiempo que generalmente se le otorga.

Los becados deben conocer la patología neuroquirúrgica y deben estar al tanto, durante la beca y después, de los variados horizontes que esa disciplina va abriendo, para aconsejar mejor en las opciones de sus pacientes. Pero es muy improbable que largas sesiones en pabellón como tercer ayudante lo acerquen una milésima a las metas que anhelamos para él. Sí debe saber manejar traumatismos del sistema nervioso, sobre todo los moderados.

Neurooftalmología es indudablemente útil, con una condición: que haya un flujo adecuado de pacientes y que los docentes sean competentes en el tema. La rotación no necesita ser larga y probablemente puede ser combinada con otras, pero el tipo de patología que se maneja y la familiaridad que se adquiere en su semiología son de gran valor. En cambio, la inclusión o no de neuropatología en tal programa sin duda desatará controversia; hay quienes la consideran indispensable y hay quienes la consideran superflua, pasando por quienes optan por hacerla opcional. Como fuere, si la va a haber, la condición tiene que ser que haya una colección grande y representativa de diferentes condiciones neurológicas. Cosa diferente es la Anatomía Patológica, cada vez más difícil de obtener en Chile y que no puede sino incluirse. La dificultad de hacer autopsias es un problema que por ahora parece no tener solución, y parece inevitable que por ese lado se ha de cojear.

La neurorehabilitación no existe en Chile, pero es una necesidad que clama al cielo. Porque no existe no puede incluirse en estudios de postítulos pero sí es legítima opción de subespecialidades, con conocimientos y destrezas obtenidas en extranjero. Se debiera infundir la preocupación por

este tema al becado, quién debería estar consciente de que existe esta parte de su dominio que solo a veces ha rozado.

No sin cierta timidez hay que tocar el complicado asunto, imprescindible, de ciencia básica. Tiene que haberla, pero cuando, donde, con qué profundidad y en manos de quien, son aspectos difíciles de precisar. No podría destinarse una rotación a tema tan vasto, pero hay que familiarizar en alguna forma al futuro neurólogo con la neurogenética y aspectos pertinentes de biología molecular, por ejemplo. No es posible pensar en otras cosas que proveer fundamentos para que el futuro especialista sepa como y donde buscar, en un mundo como el de neurociencias básicas, que está siempre en vertiginosa evolución. En este terreno, probablemente más que en ningún otro, es la experiencia y contactos del Profesor Encargado los que servirán para orientar al becado para que él busque su camino.

Por otra parte, neuroanatomía no solo no es tema complejo sino que probablemente es bien impartida.

Finalmente, en el tema de contenidos, hay que volver a Medicina Interna. Poniéndose en el caso, desgraciadamente muy plausible, que una prolongación del período de 3 años no va a ser posible en el mediano plazo, hay que ver cómo se imparte Medicina Interna a nuestros becados. Una manera, mutuamente beneficiosa, es que semanalmente o dos veces al mes, los nuestros asistan a actividades docentes de Medicina con becados de esa especialidad, y viceversa, alternándose. Los conocimientos de Neurología de becados de Medicina son deplorablemente pocos y sus casos con ribetes neurológicos son muchos. Las ventajas de una integración periódica y mantenida sin por eso desatender las obligaciones de cada cual son obvias, pero para lograrlo se necesita voluntad por parte de los encargados de ambas partes. La experiencia del autor, que no es poca, indica que aquí hay que vencer resistencias, pero no debiera ser imposible.

Nuestros neurólogos en formación, deben tener no solo una remuneración adecuada sino también una residencia cómoda, sala de estudios con

copiosa conexión a Internet, y a bases de datos y bibliotecas virtuales. Carísimas bibliotecas, con multitud de títulos, son deseables pero ya no imprescindibles. Nadie tiene tiempo para hojearlas sistemáticamente, menos el becado. En cambio este sí debe ser entrenado en lectura crítica y en el uso juicioso de la medicina basada en la evidencia. Pero para dar esa formación se necesita alguien que sepa darla.

Algunas reflexiones finales. Es crucial el contacto diario y mantenido de becados con clínicos experimentados. Los becados se pierden con facilidad en la letra chica y para ellos es válido aquello de que los árboles no dejan ver el bosque. Una labor formativa exige orientar y guiar, no solo insistir en instrucción, y quien acepta esa responsabilidad se echa al hombro un fardo pesado. Contribuye a ese peso la obligación de generar en los becados el hábito de la autoformación, que pueda ser mantenida cuando la beca concluya. Eso es fácil de decir y de hecho constituye un enunciado retórico de todos los programas de formación en medicina, pero lograrlo no es tan fácil. Requiere reflexión y planificación docente, bienes a los cuales lamentablemente solemos darles baja prioridad.

La generación a la cual pertenece el autor de estas líneas percibe como nociva la inclinación cada vez más fuerte de apoyarse preferencialmente en la tecnología en desmedro de la clínica. Lo primero que pasa a pérdida es el valor de la anamnesis y la semiología; le sigue la capacidad económica del sistema, cualquier sistema. Lo más dañado es a menudo la sensatez. A diario se vé emplear tecnología tan cara como innecesaria. Es evidente la labor orientadora que deberían desempeñar los docentes, si bien estos desgraciadamente ven su trabajo interferido por el azote que nos amarga la vida, que es el temor a los litigios.

Se decía al inicio que en Chile en general pensamos que la formación de neurólogos la hacemos bien. Pese a todo lo dicho anteriormente creemos que la aserción es potencialmente correcta. Hay cosas que corregir, pero nada que no esté a nuestro alcance. El escollo por vencer más temible es la inercia intelectual y una enconada resistencia a las innovaciones. Pero básicamente, cabe ser optimistas, y mucho.

La formación de neurólogos en Chile, sin ser de mala calidad, puede ser mejorada si se introducen cambios estructurales. Lo primero es prolongar el actual período de tres años, para poder incluir entre otras cosas, una estadía en Medicina Interna. Un escollo importante, es la actitud pasiva de nuestros educandos, que tiende a estar a la espera de que se les entreguen conocimientos en vez de buscarlos ellos mismos en forma proactiva. Se requiere voluntad y creatividad para instaurar intercambios periódicos de becados entre diversos centros formadores de manera de aprovechar las ventajas comparativas de cada uno. Sin menoscabar la importancia de la neurología clásica se propone darle más tiempo a la formación en dolencias ambulatorias. Hay capítulos que deben ser abordados: neurología de urgencia, cuidados intensivos, imagenología, electrofisiología, neurología pediátrica, psiquiatría, neurocirugía, neuro-oftalmología, neuropatología, anatomía patológica, y neurociencia básica. La necesidad de dedicarle tiempo aparte a algunos de ellos es cuestionada, por ejemplo, imagenología, neuropediatría, psiquiatría, neurocirugía y neuropatología. Se requiere definir qué se quiere lograr al proveer experiencia en cada una de estas disciplinas, siendo posible reagruparlas para optimizar el corto tiempo total disponible. Neurología de urgencia y neurociencia básica son temas especialmente complejos que requieren dedicación y reflexión. Los becados deben ser adecuadamente remunerados y dotados de facilidades amplias para su desarrollo. Finalmente, se enfatiza la seriedad con que debe emprenderse la tarea formativa por parte de los encargados de los programas, que va mucho más allá que el otorgar mera instrucción.

Palabras clave: enseñanza postgrado, eurología

Referencias

1. Nogales-Gaete J, Godoy J, Eurolo J. Propuesta de criterios mínimos, para la acreditación de programas y centros para la formación de especialistas en Neurología, regulados por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Rev Chil Neuro-Psiquiat 2003; 41: 213-218
2. D'Esposito M. Profile of a neurology residency. Arch Neurol 1995; 52: 1123- 1126
3. Veliz C. The New World of the Gothic Fox. University of California Press 1994

Correspondencia:

Gonzalo Álvarez

Servicio de Neurología, Hospital del Salvador

E-mail: galvarez@med.uchile.cl

Terapia neuroprotectora de la Enfermedad de Parkinson

Neuroprotective therapy in Parkinson's Disease

Marcelo Miranda, Octavio Azaldegui

With the current limitations on treating Parkinson's disease, neuroprotection should be looked at as a possible way of slowing the varying processes involved in the onset of the disease. A review was made of the work of NINDS experts, who evaluated 59 drugs resulting from their Medline and Pub Med search. Twelve drugs, those considered the most promising, were included in the final analysis. We look at such substances as caffeine, coenzyme q10, estrogens, minocycline, nicotine, rasagiline-selegiline, and ropinirole-pramipexole. These agents acted dissimilarly, but favorably, on some of the disease's processes or on its underlying pathogenesis, although the mechanisms involved and the duration of the beneficial effects were not clear. The challenge is to overcome the difficulties that make the results of the few current studies uncertain, using new methods, such as transgenic models, to maintain hope for effective future treatments.

Key words: Parkinson's Disease, neuroprotective therapy
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 49-52

Introducción

Como la actual terapia de la Enfermedad de Parkinson (EP) es fundamentalmente sintomática, y con el avance de la enfermedad aparecen síntomas que no responden a la Levodopa, es muy necesario e imperioso poder disponer de una terapia que retrase la progresión de la enfermedad.

Existen muy pocos estudios, y con resultados no convincentes, que hayan evaluado una potencial terapia neuroprotectora. En la revisión que comentamos, un grupo de expertos del NINDS (Nacional Institute for Neurological Disorders and Stroke) que incluye a especialistas en EP expertos en ensayos clínicos y farmacólogos, realizan una evaluación sistemática de drogas con potencial efecto neuroprotector y que puedan ser evaluados en ensayos clínicos en el futuro próximo (1).

El avance en el reconocimiento de los procesos fisiopatológicos involucrados en la etiología de la Enfermedad de Parkinson, permite al clínico mantener la esperanza en que sus esfuerzos terapéuticos lograrán retardar, o idealmente detener, el progreso de una entidad que hasta ahora es entendida como irreversible.

En la próxima década se cumplirán 200 años desde que James Parkinson describiera la "parálisis agitante". Nos ha sorprendido el siglo XXI esperando aclarar las múltiples variables involucradas en la etiología de esta enfermedad. Nos hemos familiarizado con términos como "α-sinucleína", "parkin", "ubiquitin C terminal hydrolase L1", entendiéndolas como vías aparentemente comunes de degradación proteica, involucrando con esto a las mutaciones genéticas en la suma de procesos que inician o propagan la neurodegeneración. El

Departamento de Neurología Norte, Hospital Clínico U. de Chile.

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

desafío no es menor para quienes investigan, pues deberán encontrar formas para proteger a grupos específicos de neuronas de otros factores que también influyen y son tan complejos como: estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, excitotoxicidad, inflamación y activación glial, deficiencia de factores tróficos y, finalmente, la apoptosis. Estos distintos factores son las dianas para una terapia neuroprotectora. (2)

Método

Los autores solicitan la opinión de científicos, clínicos, 67 industrias farmacéuticas y 100 expertos en EP, tanto en USA como en 13 países extranjeros y también a través del sitio web de la NINDS.

Los autores usan como definición de agente neuroprotector a una intervención que influenciaría favorablemente el proceso de la enfermedad o la patogénesis subyacente para producir efectos benéficos perdurables para el paciente. Esta definición incluye términos como neurorescate y neurorestauración.

Los criterios empleados para la selección de fármacos incluyeron:

- a. existencia de una base científica
- b. evidencia de paso de la barrera hematoencefálica (BHEC)
- c. datos de seguridad de su empleo, y
- d. eficacia en modelos animales y/o datos preliminares en humanos.

Se hizo una búsqueda Medline y Pub Med de todos los agentes sugeridos (en total 59), esta búsqueda se limitó a la presencia de estudios controlados y estudios epidemiológicos consistentes. No se incluyó estudios que tuvieran como método de evaluación neuroimágenes debido a los resultados contradictorios que han originado. De las 59 drogas se seleccionaron 21, de las cuales una posterior evaluación de los agentes más representativos y prometedores, y con una base más sólida, dejó 12 alternativas. Algunas de éstas se analizan a continuación.

Resultados

Cafeína

Actúa como un antagonista no específico de los receptores de adenosina 2 A, presentes en la vía estriopallidal indirecta. El mecanismo de un potencial efecto neuroprotector no está aclarado. Estudios epidemiológicos prospectivos han mostrado una menor incidencia de EP en personas consumidoras de cafeína (3), no hay datos sobre su efecto en la progresión de la enfermedad. Hay información experimental que apoya un efecto neuroprotector en modelos MPTP para la cafeína y el antagonista específico KW-6002. Se desconoce la dosis potencialmente óptima.

Coenzima Q10

Es un antioxidante comúnmente usado y se plantea su uso en EP por su capacidad de aumentar la actividad del Complejo 1 mitocondrial y ser antioxidante. Dosis hasta por 1.200 mg/día se han usado en forma segura y bien tolerada, y hay información preliminar que enlentece la declinación funcional de la enfermedad medida por la escala UPDRS en pacientes de novo (4).

Estrógenos

El probable efecto neuroprotector está basado en datos epidemiológicos de distinta incidencia de EP y mayor progresión en el hombre con respecto a la mujer, también como en modelos animales de neuroprotección. El mecanismo de neuroprotección no está aclarado pero incluye factores neurotróficos, plasticidad sináptica y efectos antioxidante (5).

Minociclina

Antibiótico análogo de la tetraciclina con buena penetración de la BHEC, ha mostrado su utilidad para inhibir la inflamación producida por la microglía y la cascada apoptótica. Estudios en modelos animales de EP y Esclerosis Lateral Amiotrófica han mostrado utilidad, y la droga impresiona segura en la administración crónica (6).

Nicotina

Existe evidencia sólida epidemiológica que los fumadores tienen una menor incidencia de EP con respecto a los no fumadores (7). Es probable que el efecto neuroprotector no sea debido a la nicotina sino a otros componentes del humo tabáquico. No existe información sobre su efecto en la progresión de la enfermedad. En estudios en animales de experimentación la nicotina inhibe la toxicidad por MPTP; también actuaría como antioxidante e impediría la excitotoxicidad (8). No está aclarado si puede administrarse en una vía que evite la dependencia, ni la dosis potencialmente útil.

Rasagilina-Selegilina

La rasagilina es un inhibidor selectivo de la enzima MAO-B, pero que no tiene los metabolitos anfetamínicos que tiene la selegilina. El mecanismo neuroprotector parece ser múltiple y no mediado por la inhibición de la MAO-B. Hay evidencia de un efecto anti-apoptótico (9). Rasagilina ya ha sido usada con seguridad en pacientes con EP y con efectos sintomáticos similares a la selegilina. Con respecto a esta última, aún existen dudas acerca de su real potencial neuroprotector y efecto sintomático. Según los autores, la evidencia actual justifica un estudio mayor que aclare definitivamente el rol neuroprotector de estos fármacos.

Ropinirole-Pramipexole

Existe evidencia *in vitro* de un rol antioxidante y anti-apoptótico. Estudios con SPECT evaluando la declinación del transportador de dopamina, han dado resultados no convincentes ni claramente correlacionables con aspectos clínicos de la enfermedad (10).

Comentario

En la discusión, los autores del estudio mencionan que en absoluto han hecho referencia a todas las drogas potencialmente disponibles, y uno de los motivos ha sido la reserva obvia de algunas

compañías farmacéuticas por sus productos de investigación. Una de las principales dificultades en analizar las alternativas disponibles es que estos fármacos han sido evaluados fundamentalmente en modelos experimentales más antiguos de la EP y la dificultad en extrapolar estos hallazgos con la realidad. Así mismo, comentan la necesidad de contar pronto con estudios en modelos transgénicos que pueden ser un mejor patrón para evaluar este tipo de terapia.

Otra de las dificultades importantes es separar claramente el efecto sintomático y neuroprotector que pueden tener simultáneamente estos agentes. Una manera de sobrellevar esto sería optar por un período *wash-in* o *delayed-start* en el diseño clínico de la rama placebo, y de esta forma evitar el actual uso de un período *wash out*, que plantea la incertidumbre de conocer el tiempo necesario que debe esperarse para “limpiar” una droga, lo que no está aclarado en muchos fármacos.

El empleo de neuroimágenes como método utilizado para evaluar un potencial efecto neuroprotector de los agonistas dopaminérgicos es de utilidad aún incierta como para ser considerado un parámetro útil.

Desde el punto de vista clínico, una medida muy valiosa de la utilidad neuroprotectora de una droga sería la mejoría de aspectos clínicos no beneficiados actualmente con la terapia disponible, como la pérdida de reflejos posturales y el deterioro cognitivo que afecta a un número no menor de pacientes parkinsonianos. Además, una terapia neuroprotectora debería poder prolongar el período de un buen control motor obtenido con la terapia actual y retrasar la aparición de complicaciones motoras.

Concordamos con los autores de este importante trabajo, en que existe una urgente necesidad de adecuados ensayos de drogas potencialmente neuroprotectoras ante la limitación importante que ofrece la terapia actual tanto farmacológica como quirúrgica. El número de estudios realizados hasta ahora es muy insuficiente y con resultados confusos, como lo acontecido con los que han analizado a selegilina y a los agonistas dopaminérgicos. La utilización de modelos transgénicos de EP permitirá, también, evaluar diversas otras drogas y probablemente con una mejor aplicabilidad en los pacientes.

La información aportada por estudios como el comentado permite a los investigadores priorizar los recursos disponibles a aplicar en ensayos terapéuticos, y abre las esperanzas de poder contar con armas terapéuticas no sólo sintomáticas, como en la actualidad, sino realmente eficaces en alterar el curso de esta devastadora enfermedad.

Referencias

1. Ravina B, Fagan S, Hart R, Hovinga C, Murphy D, Dawson T, *et al.* Neuroprotective agents for clinical trials in Parkinson's disease: a systematic assessment. *Neurology* 2003; 60:1234-1240
2. Mouradian MM. Recent advances in the genetics and pathogenesis of Parkinson's disease. *Neurology* 2002;58:179-185
3. Ascherio A, Zhang SM, Hernan MA, Kawachi I, Colditz GA, Speizer FE, *et al.* Prospective study of caffeine consumption and risk of Parkinson's disease in men and women. *Ann Neurol* 2001; 50:56-63
4. Shults CW, Oakes D, Kieburtz K, Beal MF, Haas R, Plumb S, *et al.* Effects of coenzyme Q10 in early Parkinson disease: evidence of slowing of the functional decline. *Arch Neurol* 2002;59:1541-1550
5. Baldereschi M, Di Carlo A, Rocca WA, Vanni P, Maggi S, Perissinotto E, *et al.* Parkinson's disease and parkinsonism in a longitudinal study: two-fold higher incidence in men. ILSA Working Group. Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurology* 2000;55:1358-1363
6. Zhu S, Stavrovskaya IG, Drozda M, Kim BY, Ona V, Li M, *et al.* Minocycline inhibits cytochrome c release and delays progression of amyotrophic lateral sclerosis in mice. *Nature* 2002;417:74-78
7. Gorell JM, Rybicki BA, Johnson CC, Peterson EL. Smoking and Parkinson's disease: a dose-response relationship. *Neurology* 1999;52:115-119
8. Meshul CK, Kamel D, Moore C, Kay TS, Krentz L. Nicotine alters striatal glutamate function and decreases the apomorphine-induced contralateral rotations in 6-OHDA-lesioned rats. *Exp Neurol* 2002; 175:257-274
9. Maruyama W, Akao Y, Carrillo MC, Kitani K, Youdium MB, Naoi M. Neuroprotection by propargylamines in Parkinson's disease: suppression of apoptosis and induction of prosurvival genes. *Neurotoxicol Teratol* 2002; 24:675-682
10. Parkinson Study Group. Dopamine transporter brain imaging to assess the effects of pramipexole vs levodopa on Parkinson disease progression. *JAMA* 2002; 287:1653-1661

Correspondencia:
 Marcelo Miranda
 E-mail: marcelomiranda@terra.cl

Interconsulta Neurológica en la Unidad de Tratamiento Intensivo

Neurological Consultations in Intensive Care

Patricio Mellado

The paper "Neurological Consultations in the Medical Intensive Care Unit" by Rasvi SS, Bone I. published in J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74 (Suppl III): iii16-iii23 shows the epidemiological importance of neurological consultations in the Intensive Care Unit (ICU). It then analyses the clinical and technological difficulties of evaluating these patients, and defines such terms used in the ICU as sepsis, septic shock, adult respiratory distress syndrome (ARDS) and multiple organ failure. It describes the neurological testing that should be done in the ICU and, finally, reviews the various situations in which neurologists are needed in Intensive Care.

Key words: *neurology, intensive care unit, consultations*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(1): 53-54

Este artículo fue escrito por neurólogos que se dedican al trabajo en intensivo neurológico y exponen en forma brillante cada uno de los temas presentados (1). En primer lugar, muestran estadísticas contundentes respecto a la necesidad de realizar interconsultas neurológicas en una unidad de intensivo general: 1/3 de los pacientes en estas unidades presenta complicaciones neurológicas, complicaciones que aumentan la mortalidad de estos pacientes de un 29% a un 55% y la estadía en la UTI se duplica. En nuestro medio hemos observado que hasta un 40% de los pacientes que son hospitalizados en las unidades de tratamiento intensivo médico y quirúrgico tienen como motivo primario de hospitalización una enfermedad neurológica o presentan una complicación neurológica grave.

Posteriormente los autores describen un examen neurológico inteligente en el ambiente UTI; esta sección del trabajo debe leerse entre líneas, cada frase es por sí sola una joya neurológica. Es en esta sección donde se puede estar seguro que los

autores han sufrido con cada uno de los enfermos personalmente.

Por último, realizan un análisis de los escenarios más frecuentes por los cuales un neurólogo es requerido en una UTI. Los 5 temas expuestos son: compromiso de conciencia, convulsiones, tetraparesia, determinar la muerte encefálica y predecir un pronóstico.

Dos puntos en los cuales no estoy completamente de acuerdo son los siguientes:

1. En la segunda tabla del trabajo se muestran diferentes fármacos que son utilizados habitualmente en una UTI para la sedación de los pacientes, presentándolos como una causa de compromiso de conciencia; discrepo en que se le da una importancia que no tiene a la vida media de los fármacos; en pacientes con sepsis o con falla multiorgánica las drogas mencionadas presentan una vida media desconocida pues no han sido estudiadas. No es raro que es-

Departamento de Neurología Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría está disponible en www.sonepsyn.cl

tos pacientes despierten varios días después de suspendida la droga; por ejemplo, uno de nuestros pacientes sometido a un coma barbitúrico despertó 10 días después de haber suspendido la infusión de tiopental.

2. Cuando analizan el tema de la muerte encefálica caen en una contradicción: mencionan que la muerte encefálica se define como la detención de todas las funciones encefálicas, e inmediatamente después aceptan que muerte encefálica es equivalente a la pérdida irreversible de todas las funciones del troncoencefalo. Además, en este punto, se discute que en Inglaterra los neurólogos son requeridos para el diagnóstico de muerte

encefálica para ver la posibilidad de una donación de órganos, como también para determinar la suspensión de los tratamientos de soporte vital en aquellos que por alguna razón no son candidatos a donante. En Chile esta segunda opción no es válida legalmente, pues sólo puede ser diagnosticada la muerte encefálica en aquellos que van a ser donantes. Curioso pero legal.

Referencia

1. Rasvi SS, Bone I. Neurological Consultations in the Medical Intensive Care Unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74 (Suppl III): iii16-iii23

Correspondencia:
Patricio Mellado
E-mail: pmellado@med.puc.cl

La mente psicoanalítica. De Freud a la filosofía

Autora: Marcia Cavell

Editorial: Paidós. México, 2000, 391 páginas.

¿Qué se puede decir de original sobre las relaciones entre Freud y la filosofía después de más de un siglo del nacimiento del psicoanálisis, y que sea de alcance tanto para comprender mejor sus conceptos de hombre neurótico y sano como para iluminar el tratamiento de las afecciones psicológicas? Tarea nada fácil y que requiere, cuando menos, un acabado dominio por igual en ambas ramas y sus técnicas sutiles, esto es, un pasar desde un modo de pensar u otro por entero diferente, junto al manejo de una bibliografía inundatoria que no cesa de crecer a pesar de los años transcurridos desde la muerte de su creador. ¿Saldrá bien parada Marcia Cavell? Ésta es la cuestión que se plantea el lector razonablemente escéptico que está al día y familiarizado con la literatura freudiana que, la mayor parte de las veces, proviene de artículos de ocasión redactados para libros con distintas finalidades y que con posterioridad son reunidos por el autor, en un acto caprichoso, en un volumen único. La respuesta final es algo decepcionante para el caso de Marcia Cavell, aunque reconocemos que no es por falta de seriedad, desconocimiento del tema u oportunismo por publicar, característico de los medios universitarios. Ella se preparó (y se sometió a análisis) durante años para elaborar una concepción que estuviera a la altura del psiquiatra vienés, de la filosofía anglosajona y de los avances en la clínica psicoanalítica en una Norteamérica dominada por la psiquiatría biológica.

Desde sus inicios mismos Freud representó una preocupación y tema de estudio de los filósofos. Quizás el acicate y modelo fue nuestro Ortega y Gasset ¡ya en 1910! con sus perspicaces observaciones sobre los alcances metafísicos de Freud y quien impulsó a que se emprendiera en español antes que en ningún idioma la traducción de la edición alemana de sus *Gesammelte Schriften*: no en vano él introdujo por vez primera a España y Latinoamé-

rica en el arduo camino del pensar ontológico estricto. De ahí en adelante numerosos intelectuales se abocaron, con mayor o menor fortuna y profundidad, a trabajar filosóficamente los textos del maestro vienés: Wittgenstein, Popper, Habermas, Ricoeur, Derrida, Sartre, Foucault, Rorty, Searle, Davidson, Marcuse, Lukács, Jaspers, por nombrar algunos. Por algo se ha dicho que Freud es “todo un clima de opinión” en el mundo occidental del siglo XX –se esté o no de acuerdo con él.

Sabemos de la postura profundamente ambivalente de Freud frente a la filosofía como conocimiento de los fundamentos del saber: sus citas copiosas de distintos pensadores clásicos prueban no sólo su conocimiento personal adquirido en sus años de formación (piénsese en su profesor Brentano), sino los impulsos indirectos recibidos por parte de ellos durante la fase de desarrollo de su teoría y práctica psicoanalíticas. Por otro lado, su repulsa a dejarse seducir o manipular por factores o personas externos a su experiencia clínica propia y a sus convicciones arduamente conseguidas en el trato inmediato con sus pacientes. El ejemplo de Nietzsche es característico. En 1908 declara de la manera más terminante que “no conoce la obra de Nietzsche”. Agrega después que “nunca he podido estudiar a Nietzsche”, pero, sospechosamente, en otro lugar insinúa que “no he podido ir más allá de media página en mis intentos de leer a Nietzsche”. Por fin en 1914 acepta que “me he privado a propósito del alto placer de leer a Nietzsche” para no dejarse influenciar por su potente prosa: “durante mucho tiempo lo he evitado”. Su íntima amistad con Lou Andreas-Salomé es una demostración de su necesidad (inconsciente) de saber algo sustancial del solitario de Sils-Maria.

El texto de Marcia Cavell es un ensayo proveniente del mundo intelectual de Berkeley de volver a habérselas filosóficamente con Freud desde el pensamiento anglosajón después del giro lingüístico, donde los principales apoyos lo representan Davidson, Rorty y Wittgenstein. Por tanto, el lector espera que la facultad del habla represente el punto de vista privilegiado del estudio, lo que en parte se cumple durante toda su lectura. En síntesis muy apretada, la mente y el lenguaje son dependientes

entre sí, ya que tanto la una como el otro son actividades sociales o colectivas, productos de la interacción ininterrumpida entre hombre-cultura, y que va del nacimiento junto a su madre hasta la muerte como pérdida irreparable de los seres queridos. La posición de Descartes, la mente separada del cuerpo, es la bestia negra que se debe combatir sin flaquezas ni remilgos para lograr una visión más ajustada a la realidad y al espíritu de los escritos de Freud. Contrariamente a lo que se ha afirmado con anterioridad, dice Cavell, Freud percibió bien después de su fallido *Entwurf*, que el “aparato mental” está conformado por los otros y no representa una suerte de mónada encerrada en sí que funciona con exclusividad a partir de montantes de energía que es preciso aplacar y suprimir. En lugar del soliloquio está el diálogo; en vez de una máquina hidroeléctrica autosuficiente se yergue la psiquis, que porta en su interior sus ancestros a través de la lengua materna. Así se entiende la finalidad última y el acento inequívoco de la corriente posteriormente llamada de las relaciones de objeto. Como insinúa más profundamente Freud en *El malestar en la cultura*: “la escritura es originalmente el lenguaje del ausente; la vivienda, un sucedáneo del vientre materno”.

El libro se divide en tres partes, de acuerdo a lo recién apuntado: la mente con sus significados que se estructuran en narrativas íntimamente enlazadas con la corporalidad, cómo el niño se convierte en adulto sólo a través de sus relaciones con los demás, y finalmente la irracionalidad comprensible por la partición que sufre el yo en un conjunto de subestructuras que no son equivalentes a los clásicos homúnculos tan criticados por los detractores de Freud. La autora recurre a Lacan en su apoyo, aunque de una manera particular. Se trata de señalar que el bebé zambullido en la experiencia no mediada, inmediata o prelingüística, donde se encuentra fragmentado en pedazos, emerge, con la introducción en el lenguaje, en la sociedad, es “castrado” de su unión placentera de su madre y es arrojado al deseo de lo que le falta, aunque gana una débil unidad y cierta coherencia: el “falo” es, entonces, algo que tanto niños como niñas quieren y que ninguno tuvo nunca. Y su conclusión está de acuerdo a sus premisas: “en la medida en que existe

en Freud un concepto comparable al de la cosa en sí, éste no es lo que Dios ve, ni lo que veríamos si fuésemos Dios, sino lo que veríamos si pudiésemos soportarlo”.

Las ambiciones de Marcia Cavell no son pocas y quizás en esto se encuentre parte de su infortunio. Busca enlazar armoniosamente los conceptos más abstrusos de la filosofía occidental con los de Freud, y de allí preparar sus conclusiones que, cual funámbulo, oscilan inestable y peligrosamente entre los dos territorios: realidad exterior y realidad interna, sujeto y objeto, noción de mente no reducida a otra cosa aunque indistinguible del cuerpo biológico que le sirve de sustrato, interpretar frente a causar, intención y acciones explicativas, evidencia total de la conciencia y autoengaño, irracionalidad como mala fe o como represión, el hombre como espejo de la naturaleza o como iluminador del mundo, verdad como correspondencia o coherencia, etc. Hubiéramos deseado que se hubiera circunscrito a dos o tres aspectos porque así ella habría podido calar más hondo en la aclaración y desvelamiento de la compleja estructura de la condición humana enferma, tal como nos la ha enseñado Freud.

A lo mejor Marcia Cavell no se preguntó con suficiente rigor lo que está a la base de su escrito de manera subentendida ¿por qué estudiar filosóficamente a Freud? ¿Es, por ventura, el análisis filosófico un adorno o aditamento del psicoanálisis, como sostenía Freud mismo, “cuya naturaleza abstracta me resulta tan desagradable que he renunciado a estudiarla”? ¿O, por el contrario, algo esencial que debe volver a repetirse una y otra vez porque allí está encerrada no sólo su mejor intelección sino sobre todo su futuro como disciplina, y de pasada, el de la psiquiatría? Si ponemos a Ricoeur y Cavell en contraposición como dos visiones totalizadoras de la obra de Freud provenientes de ámbitos intelectuales y continentes con una historia divergente, vemos que se interesaron en lo mismo: la consistencia del discurso freudiano. Empero, Ricoeur, nos ha parecido, la abordó con mejor fortuna: como problema epistemológico, como problema de filosofía reflexiva y como problema dialéctico. ¿Son ambas interpretaciones excluyentes? No pensamos así, aunque recomendamos partir por la obra de Ricoeur, maciza y ontológicamente me-

jor fundamentada, para continuar con la de Cavell, quien está más cerca de la aplicación clínica inmediata por su “considerable experiencia en el diván”. En cualquier caso, como recién apuntamos, Freud se habría mostrado escéptico con ambos por igual porque, un tanto unilateralmente, él concebía a la filosofía como una visión de mundo, una ilusión y un consuelo para soportar mejor “la carga de la existencia”: “En el momento en que un hombre pone en tela de juicio el significado y el valor de la vida está enfermo, puesto que ni uno ni otro tienen existencia real”.

GUSTAVO FIGUEROA
Editor Asociado de Psiquiatría

Sigmund Freud partes de guerra. El psicoanálisis y sus pasiones

Autor: John Forrester

Editorial: Gedisa. Barcelona, 2000, 317 páginas.

En el ingenioso epílogo *—very british, remarkably witty—* describe John Forrester una imaginaria entrevista póstuma con Freud mismo, como si él estuviera presente hoy en su vieja mansión de Hampstead, Londres, y dispuesto a contestar las impertinentes preguntas a las que nos tienen acostumbrados los modernos periodistas, aunque él aclarando su intención de partida para fijar los límites: “Nada de esto es mío, ni la casa, ni la industria Freud, ni el movimiento psicoanalítico. Que cada uno tenga su tótem”. Empero, las supuestas palabras finales de Freud nos dejan pensando y conmovidos por una cierta inquietud: “Con todo, incluso usted debería preguntarse qué está haciendo al pedirle la verdad a un hombre muerto”. De esto se trata frente a todo nuevo libro que aparece en el mercado siempre ávido de novedades, escándalos y chismorreos del creador del psicoanálisis ¿qué esperamos o ansiamos o deseamos “nosotros” de Freud?

¿“Nuestro” Freud es el científico riguroso que ansiaba la verdad desde joven, el que se aventuró a exhibir sin tapujo su intimidad en beneficio de su

obra, el que mantuvo con valentía sus ideas a pesar del ambiente hostil y agresivo de su católica Viena amada y odiada por igual, el que soportó estoica y silenciosamente un cáncer por más de 16 años y se abstuvo de ingerir analgésicos para que no lo embotaran en su capacidad creadora, el que no se dejó seducir por sus pacientes porque siempre creyó que él era ante todo un médico cuya misión consistía en ayudar a tolerar los embates de la inclemente realidad y no en aplicar sustitutos o paliativos, el que modificó sus teorías en forma radical cuando le pareció que la experiencia clínica se lo exigía, el que escribió mejor que nadie en su alemán nativo y que le hizo merecedor del premio Goethe? O, por el contrario, ¿“nuestro” Freud es el cobarde moral que se desdijo de su concepción de la seducción infantil para proteger la memoria de su padre y congraciarse con sus colegas vieneses aun al precio de condenar a las mujeres al escarnio público, el que despreció al sexo femenino impulsado por su gatzmoñería y machismo propios del Imperio de finales del siglo XIX, el que mintió repetidamente desfigurando las historias de sus enfermas movido por el oportunismo para que sus hallazgos calzaran a la perfección con sus prejuicios, el que mantuvo relaciones ocultas con su cuñada e intentó deshacerse de ella al borde de un acantilado para acallar para siempre el inminente escándalo, el que se peleó con rencor con todos los que se opusieron a sus concepciones de la sexualidad, el que expulsó sin contemplaciones a los disidentes de sus opiniones, el que fue desleal con sus maestros y resentido con sus mecenas, el que prefirió la vida burguesa y acomodada a la existencia áspera y entregada a la verdad sin concesiones, el que pasó por encima de cualquier consideración con tal de obtener un beneficio personal y uno para “su causa”, el que formó un “comité secreto” para castigar con severidad extrema cual Tribunal de la Inquisición los seguidores descarriados al interior del movimiento psicoanalítico internacional, el que fue un pseudocientífico que trató de pasar por un físico del alma, el que se atribuyó descubrimientos que en realidad ya existían en el mundo médico desde hacía decenios?

Y podríamos seguir con la lista. Tenía mucha razón Freud cuando en *El malestar en la cultura* afirmaba que “los juicios estimativos de los hom-

bres son infaliblemente orientados por sus deseos de alcanzar la felicidad, constituyendo, pues, tentativas destinadas a fundamentar sus ilusiones con argumentos”. Y terminaba con su conocido temple ineludible frente a los poderes de la *ananké*: “así, me falta el ánimo necesario para erigirme en profeta de mis contemporáneos, no quedándome más remedio que exponerme a sus reproches por no poder ofrecerles consuelo alguno. Pues, en el fondo, no es otra cosa la que persiguen todos: los más frenéticos revolucionarios con el mismo celo que los creyentes más piadosos”.

John Forrester es profesor del Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia de la Universidad de Cambridge e interesado desde hace años en la figura de Freud y su movimiento. Por tanto, un admirador crítico y escrupuloso de su obra que está más allá de las disputas y rencillas parroquiales, y que no necesita congraciarse con el *establishment* psicoanalítico internacional ni con las modas intelectuales. Como en sus anteriores publicaciones –*Language and the origins of psychoanalysis*, *Lying on the couch. Truth, lies, and the epistemology of psychoanalysis*, *The seductions of psychoanalysis. Freud, Lacan and Derrida*–, busca entender a Freud desde perspectivas inadvertidas que abren e incitan a la meditación, al cuestionamiento, a la reflexión sobre los alcances humanos, éticos y culturales de los textos y ambiente del creador del psicoanálisis. No es un investigador de documentos o un académico rastreador de archivos o sobrevivientes de la Viena *fin de siècle*. Pero sabe utilizar con fineza y acierto los últimos hallazgos provenientes de las más diversas fuentes, llámense seguidores, detractores o calumniadores. No desdena nada porque, como lo enseñó Freud, los chismes, habladurías, notas al pie de página, sueños escabrosos disfrazados en un ropaje de monja, cotilleos de mujeres, son un material que está sufriendo una inclemente represión y es preciso adentrarse en ellos con tesón para descubrirla y alcanzar de este modo otro escorzo o ángulo inesperado e iluminador.

Esto sucede en los seis capítulos en que se divide el trabajo, donde cada aseveración, por atrevida que parezca, está sustentada en una bibliografía manejada con destreza y prolijidad, aunque sin pedantería, características que definen a un ver-

dadero *scholar* inglés: número de página, año de la publicación, motivo de la elección de una traducción a otra, etc. ¿Es casualidad que la vida y el trabajo de Freud hayan fascinado por igual a amigos y enemigos, y haya provocado tanto adoración como maledicencia en el mundo occidental de modo de convertirse en “todo un clima de opinión”? ¿Es el psicoanálisis sólo ciencia natural, como explicaba Freud, o algo más, y si es “más”, en qué consiste? ¿El tratamiento psicoanalítico busca la verdad por encima de cualquier otra consideración, o implica una ética que suspende por un tiempo una exigencia que es definitiva e intransable para la actual bioética médica? ¿Es la colección de antigüedades de Freud un capricho y una excentricidad de su persona u obedece a una necesidad interna del psicoanálisis, que se debe examinar en conjunto con las colecciones de chistes, sueños, parapraxis, historias clínicas? ¿Cómo pudo un escrito autobiográfico, en el abismo de un autoanálisis no finalizado, basado por tanto en los sueños de su autor, como fue *La interpretación de los sueños*, haber dado origen a una institución mundial?

El lector ya ha captado cómo Forrester estimula con sus preguntas a nuestra imaginación, cómo invita a que nos acerquemos a Freud con cuidado por senderos no hollados, que no nos aquietemos con las frases aprendidas y los lugares comunes, que nos deslicemos subrepticamente detrás de las bambalinas para vigilar cómo está configurado el andamiaje del escenario, que no desdeñemos los elegantes fracasos como el caso Dora, ni perdamos de vista las grietas que, como dijo Henry James, “se separan en líneas y reglas propias”, líneas indiscernibles a lo largo de las cuales puede aparecer la fractura. En cualquier caso, nos anima a que no confundamos la vida, la obra, la teoría psicoanalítica clásica, la práctica psicoanalítica ortodoxa, el psicoanálisis como movimiento cultural, la terapia como práctica profesional. En otras palabras, entre Freud como persona y Freud fundador de una práctica cultural, entre Freud como científico-y-sacerdote y el psicoanálisis como una institución y una presencia cultural, entre la terapia en sí como una aventura personal, excentricidad o “trampa confidencial” y terapia como un hecho de la vida del siglo XX. La oscilación constante en este amplio campo de bata-

lla por parte de defensores y detractores ha impedido que se examinen pulcra y apropiadamente las batallas individuales que se dan en cada región de la guerra. Forrester sabe que antes de nada se debe combatir “un hecho curioso: todo el mundo sabe, desde la más tierna edad, qué es lo que Freud dijo y qué es lo que representa Freud”. En este ámbito, continúa Forrester, el ámbito de Freud como una idea aceptada en el siglo XX, es difícil y aventurado escribir sobre Freud como parte sustancial e insustituible de la historia cultural moderna.

Forrester sale, con mucho, airoso de estos desafíos. Pero su veta inglesa inconfundible aparece de nuevo en el prólogo cuando, al igual que lo llevó a cabo Flaubert, elabora un pequeño y cáustico *Dictionnaire des idées reçues* pero referido a Freud: “Ante desconocidos será de buen tono decir que está un tanto *passé*, aunque en otro tiempo tuvo algo que decirle a la generación de nuestros padres. Pero esté dispuesto a contraatacar y defenderse del poder de la eterna capacidad de Freud para comprender la naturaleza humana. Si se ve obligado y necesitado de mostrar que está al día, declare cuán vergonzoso es que sólo recientemente nos hallamos enterado de todos estos escándalos”.

GUSTAVO FIGUEROA
Editor Asociado de Psiquiatría

Cuidados Intensivos Neurológicos

Editores: Luis Castillo, Carlos Romero, Patricio Mellado

Editorial: Mediterráneo Ltda., Santiago, 2004, 507 páginas.

La literatura médica desde hace varios decenios está teniendo un desarrollo exponencial, incrementado más aún en los últimos años por las facilidades que aportan las redes de computación internacional. Algunos libros sobre temas médicos son escritos más para beneficio de los autores que de los lectores. Afortunadamente la publicación que comento no es así. Trata temas complejos, en muchos aspectos de vanguardia, pocas veces reuni-

dos en un texto. Aún antes de leerlo me fue grato hojearlo, con la visión de un bibliófilo y constatar su excelente impresión y fotografías. Los autores, muchos de los cuales conozco, fueron muy bien escogidos y son expertos en los temas que tratan. Aquellos a quienes conocía sólo por algunas de sus publicaciones, puedo hacerles extensivo un juicio similar, a juzgar por la calidad de los capítulos que escribieron. Reconozco el mérito de los editores y el enorme esfuerzo que desplegaron, pues un texto tan amplio y profundo exige una compleja coordinación. Abarca aspectos generales de indispensables conocimientos como soporte ventilatorio, sedación, administración de fluidos y electrolitos, sin omitir detalles de utilidad clínica, informando no sólo qué debe hacerse sino cómo hacerlo, complementado con tan necesarios aspectos de enfermería. Además abarca patologías específicas: traumáticas, vasculares, convulsivas, infecciosas, hipóxico-isquémicas, etc. También trata sobre neuroimágenes y otros exámenes complementarios y aspectos de bioética y muerte cerebral.

En este libro sobresalen dos características. Por una parte une lo esencial de la ciencia con muchos datos clínicos, aparentemente muy pragmáticos pero indispensables cuando hay que enfrentarse a patologías y a pacientes graves, que requieren de soluciones urgentes y esto no siempre puede ser realizado por médicos dedicados a Medicina intensiva, sino por otras especialidades que en algún momento se ven urgidos a hacerlo. Estos datos tan útiles y poco conocidos, algunos los llamamos “secretos de la neurología” porque de muchos libros son relegados o los dan por sabido. También quisiera comentar, recordando a Séneca, que me es grato señalar que este libro, a diferencia de otras publicaciones, “no hace gala de conocimientos que nada aprovechan y que sólo logran deleitarnos con su graciosa vanidad”. Son también escasas aquellas, a veces, excesivamente extensas reflexiones personales, que aunque carezcan de fundamento tanto agradan a algunos autores, pero no siempre a los lectores. Cervantes aconsejaba: “sed breve en vuestros razonamientos que ninguno hay gustoso si es extenso...”.

La segunda característica que se destaca en este texto es su clara intención docente, que se aprecia cuando temas de por sí complejos se busca hacerlos

accesibles al lector no dedicado a cuidados intensivos. Gabriela Mistral decía que “saber enseñar es lograr simplificar sin restar esencia”.

En todo jardín hay también piedrecillas y es un imperativo de conciencia comentarlas. Hay un exceso de bibliografía en varios capítulos. Hay afirmaciones que son avaladas, sin aparente necesidad, por varias referencias y no sólo por la más importante o reciente, donde el lector interesado tendrá el mejor punto de partida para ahondar en aquello. A veces es más laborioso y exige un mayor dominio del tema, una selección más estricta de la biblio-

grafía que un mayor número de ésta. Es un consejo que algunos no aceptarán pero que quizás el futuro recogerá como norma. La senectud es proclive a dar consejos y aquí va otro. Al menos yo, cuando deba visitar a un paciente en una Unidad de Intensivo, tomaré la precaución de releer, aunque sea subrepticamente, el capítulo correspondiente y me sentiré más seguro para opinar.

JAIME COURT

Servicio de Neurología Hospital Clínico
Pontificia Universidad Católica de Chile

Instrucciones para los Autores

1. Los trabajos, enviados al Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, incluyendo el material para suplementos, deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la *Revista* y los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, establecidos por el *International Committee of Medical Journal Editors*, actualizados en octubre de 2001 en el sitio WEB www.icmje.org. Información editorial adicional, se encuentra en la página Web de la World Association of Medical Editors, www.wame.org.
2. Los trabajos deben ser originales e inéditos, estar escritos en español y ajustarse a las normas de publicación de la revista. Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos a arbitraje por expertos. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.
3. Deben remitirse tres copias idénticas del trabajo en su versión definitiva en forma impresa (incluyendo tres originales de tablas y figuras), además de una copia electrónica en un diskette de 3,5” o vía correo electrónico, usando programa Microsoft Word, versión para PC. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo. La forma impresa deberá tener el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), hojas numeradas ángulo superior derecho, empezando por la página del título, sin membretes, escrito sólo por un lado, márgenes de 3 cm en todos sus bordes, doble espacio, letra de 12 puntos Times New Roman y justificada a la izquierda. La extensión del texto considera límites máximos según el tipo del trabajo: artículos de revisión hasta 15 páginas, trabajos de investigación hasta 12 páginas, casos clínicos hasta 6 páginas (agregándoles hasta 2 Tablas y 2 Figuras) y no más de 20 referencias. Las cartas al Editor no deben exceder 3 páginas, incluyendo hasta 6 referencias y 1 Tabla o Figura.
4. En la página inicial se escribirá el título del trabajo, breve pero informativo, en español e inglés. Se debe señalar a los autores con nombre de pila, apellido paterno, inicial del apellido materno. Quienes deseen usar su apellido materno en forma completa podrán poner un guión entre ambos apellidos. Señale el nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció cada autor durante la ejecución del trabajo; fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó *tuvo* o *no tuvo* influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Señale con letras minúsculas en “superíndices” a los autores que no sean médicos y use dichos superíndices para identificar su título profesional o su calidad de alumno de una determinada escuela universitaria.

En forma separada se explicitará el nombre, dirección postal, dirección electrónica y teléfono del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito y del contacto con el comité editorial.

Al pie de esta página debe mostrarse un recuento computacional de palabras, contadas desde el comienzo de la Introducción hasta el término de la Discusión (se excluyen para el recuento, la página inicial, el Resumen, los Agradecimientos, las Referencias, Tablas y Figuras).

5. La segunda página debe incluir un resumen en español de no más de 250 palabras. El formato debe ser “estructurado” incluyendo explícitamente: introducción, método, resultados y conclusiones. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Los autores deben proponer 3 a 10 palabras clave o *key words* (en español e inglés), que deben ser elegidas en la lista del Index Medicus (Medical Subjects Headings). Se recomienda a los autores que proporcionen su propia traducción del título y resumen al inglés.
6. Los autores no están obligados a un formato uniforme, pero en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se incluyan experimentos en seres humanos, explicitar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), modificadas en 1983 y adjuntar la aprobación del *comité de ética* de la institución en que se efectuó el estudio.
7. Cuando se trate de un trabajo de investigación, en la sección método describa: la selección de los sujetos estudiados: pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso los estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones. Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital. Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados.
8. Las tablas se presentan en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde en el texto, se identifican con números arábigos y texto en su borde superior. Numere las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estandarizadas. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.
9. Denominamos “Figura” a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ejs: gráficos, radiografías, registro EEG y EMG, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado. Envíe 3 reproducciones fotográficas de cada Figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Los títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta. En el respaldo de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la Figura, el nombre del autor principal, y una flecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, flechas o letras empleados en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener un tamaño y contraste suficientes para distinguirlas de su entorno. Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo. Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las Figuras protegidas

en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato. Las Figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en copias fotográficas, no como fotocopias. Presente los títulos y leyendas de las Figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones microscópicas, explicita la ampliación y los métodos de tinción empleados

La publicación de Figuras en colores debe ser consultada con la *Revista*, su costo es fijado por los Impresores y deberá ser financiado por los autores

10. Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto –no exceder las 40 (salvo los trabajos de revisión que se acepta hasta 80)– y numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En el texto, en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.
11. Detalles de formatos y ejemplos sobre el modo correcto de citar los diversos tipos de referencias se encuentran en “Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas”. www.icmje.org.

A continuación se ilustran algunas de las formas de más frecuente uso:

I. Revistas

a. *Artículo standard*

Formato: Autor(es), título del trabajo, nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus, seguido del año; volumen: páginas inicial y final con números completos. (hemos optado por omitir el número, dentro del volumen). Se listan sólo los seis primeros autores; si el número de estos es superior a seis, deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

Brink G. Trastornos de la vigilia y el sueño. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1965; 4: 14-21

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, *et al.* Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-1012

b. *Organización como autor*

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-284

c. *Volumen con suplemento*

Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40 Supl 2: 20-34

d. *Numeración de páginas con números romanos*

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995; 9:xi-xii

II. Libros y monografías

La forma de citar libros es: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

Formato: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

a. *Autor(es) de la obra en forma integral*

Matte I. Estudios de psicología dinámica. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad de Chile, 1995

b. *Editor(es) compilador(es) como autor(es)*

Pumarino H, Pineda G, editores. Hipotálamo e Hipófisis. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1980

c. *Capítulo de libro*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995. p. 465-478

III. Otras fuentes

a. *Material audiovisual*

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995

b. *Material electrónico*

Revista on-line

Tsui PT, Kwok ML, Yuen H, Lai ST. Severe acute respiratory syndrome: clinical outcome and prognostic correlates. Emerg Infect Dis [serial online] 2003 Sept [date cited]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no9/03-0362.htm>

Documento en sitio Web de organización

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated October 2001. Disponible en URL: <http://www.icmje.org/>

12. Exprese sus agradecimientos sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.
13. Guía de exigencias para los manuscritos, declaración de responsabilidad de autoría y transferencia de derechos de autor.

Los tres documentos deben ser entregados junto con el manuscrito, cualquiera sea su naturaleza: artículo de investigación, caso clínico, artículo de revisión, carta al editor, u otra, proporcionando los datos solicitados y la identificación y firmas de todos los autores. En la *Revista* se publican facsímiles para este propósito, pudiendo agregarse fotocopias si fuera necesario. Cuando la revisión editorial exija una nueva versión del trabajo, con cambios sustantivos, los Editores podrán pedir que los autores renueven la Declaración de responsabilidad de autoría.

Guía de autoevaluación de exigencias para los manuscritos

Deben ser aplicadas al recibir el trabajo. En caso de que no se cumplan algunos de los puntos, se devolverá el artículo al autor para que haga las modificaciones pertinentes.

1. Este trabajo es original e inédito (salvo resúmenes de congresos) y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión del Comité Editorial de esta Revista.
2. El texto está escrito a doble espacio, en tamaño carta, letra Times New Roman de 12 puntos.
3. Se respeta el límite máximo de longitud de 12 páginas y 15 para los trabajos de revisión.
4. Tiene título en español y en inglés.
5. Tiene un resumen "estructurado" en inglés y en español, de no más de 250 palabras, con palabras clave y key words.
6. Las citas bibliográficas no sobrepasan las 40 (80 si es una revisión) y están de acuerdo al formato exigido por la revista. Se cita por orden de aparición en el texto.
7. Las tablas y figuras están en hojas aparte, las figuras tienen identificación y marca de orientación al dorso y lecturas en hojas ad hoc, la calidad es buena y permiten la necesaria reducción en la imprenta. Se adjuntan 3 ejemplares de c/u.
8. Si se reproducen tablas o figuras de otras publicaciones, se acompañan de la autorización escrita de los autores para su reproducción.
9. Se indican números telefónicos, fax y correo electrónico del autor.
10. Están completas las declaraciones de autoría y de transferencia de derechos de autor



Declaración de la responsabilidad de autoría y transferencia de derechos de autor

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, pueden agregar fotocopias de esta página.

TÍTULO DEL MANUSCRITO.....

DECLARACIÓN: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columna "Códigos de Participación" anote personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la Tabla siguiente:

Códigos de Participación

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| A Concepción y diseño del trabajo | G Aporte de pacientes o material de estudio |
| B Recolección/obtención de resultados | H Obtención de financiamiento |
| C Análisis e interpretación de datos | I Asesoría estadística |
| D Redacción del manuscrito | J Asesoría técnica o administrativa |
| E Revisión crítica del manuscrito | K Otras contribuciones (definir) |
| F Aprobación de su versión final | |

Conflicto de intereses: No existe un posible conflicto de intereses en este manuscrito. Si existiera, será declarado en este documento y/o explicado en la página del título, al identificar las fuentes de financiamiento. Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, los derechos de autor serán transferidos a esta última. Asimismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que el Editor de la Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, considere convenientes.

Los autores informan que el orden de aparición de sus nombres en el manuscrito aquí referido se acordó entre ellos y es producto de la proporción en que participaron en la elaboración del trabajo.

NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR, CÓDIGOS DE PARTICIPACIÓN

Nombre y Apellidos	Profesión	Código participación	Firma
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha:



DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Esta declaración debe ser completada por separado, por cada uno de los autores de un artículo

Existe un conflicto de intereses toda vez que un interés *primario* (tales como el bienestar de los pacientes, o la validez de una investigación científica) puede verse afectado por un interés *secundario* (tales como una ganancia o rivalidades personales).

El Comité Editorial de la Revista de Neuro-Psiquiatría ha estimado necesario solicitar a los autores que presenten trabajos para su publicación, que informen mediante una declaración sobre los denominados conflictos de intereses. El objetivo es entregar al equipo editor, revisor árbitro y lector, los antecedentes necesarios para juzgar apropiadamente un artículo presentado para su consideración.

Para informarse sobre el concepto de conflicto de intereses y el sentido de la declaración solicitada, se sugiere consultar Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42: 7-36

Por favor responda las siguientes preguntas

1. ¿Ha aceptado usted a título personal algunos de los siguientes beneficios, de instituciones que pudiesen de algún modo verse afectadas monetariamente por las conclusiones de su artículo?
 - Apoyo económico para asistir a un congreso o actividad educativa.
 - Honorarios por dictar una charla.
 - Fondos para investigación
 - Fondos para contratar alguno de sus colaboradores
 - Honorarios por consultoría

2. ¿Ha tenido usted alguna relación laboral con alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta) ?
 - Sí
 - No

3. ¿Posee usted acciones u otros intereses económicos en alguna organización que pudiese de algún modo verse beneficiada o perjudicada económicamente por la publicación de su artículo (o carta) ?
 - Sí
 - No

4. ¿Ha actuado usted como parte en algún conflicto legal, en el tema al cual se refiere su publicación?
 - Sí
 - No

5. ¿Tiene usted algún otro conflicto de intereses que estime debe ser declarado?
 - Sí
 - No

En caso afirmativo, por favor especifíquelo a continuación:

Si Usted ha contestado afirmativamente alguna de las cinco preguntas precedentes, por favor escriba una breve declaración, la que será publicada junto con su artículo, al final del texto y antes de las referencias (espacio de los agradecimientos). Un modelo de declaración se entrega a continuación:

Conflicto de intereses: R X ha recibido ayuda económica de parte del Laboratorio XX para asistir a congresos de la especialidad. Ha recibido, además, honorarios por su participación en actividades de educación y promoción organizadas por la misma empresa.

Si ninguna de sus respuestas fue afirmativa, se publicará el siguiente párrafo junto a su artículo:

*El autor no declaro posibles conflictos de intereses
Los autores no declararon posibles conflictos de intereses*

Si bien este formulario se centra a conflictos de intereses de carácter económico, usted puede declarar conflictos de cualquier otra naturaleza, que puede juzgar necesario informar a los lectores.

Elija una de las dos alternativas siguientes:

1. Por favor inserte “ningún conflicto por declarar” en la declaración de conflictos de intereses.
2. Por favor inserte la siguiente declaración de conflictos de intereses:

Título del Artículo:

Nombre del autor:

Firma:

Fecha:

Adaptado del formulario de declaración de conflictos de intereses adoptado por el *British Medical Journal*.
Disponibile en URL: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7154/291/DC1>