

BOLETÍN
DE LA
ACADEMIA CHILENA
DE MEDICINA

2005



Nº XLII

INSTITUTO DE CHILE

BOLETÍN
DE LA
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
2005

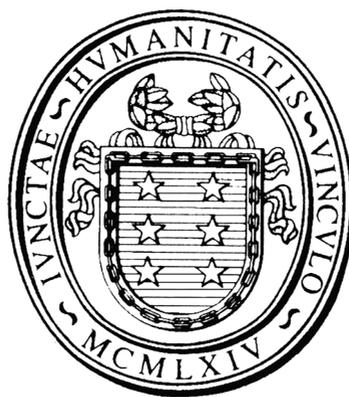
Diagramación e Impresión Digital
LOM Ediciones Ltda.
Maturana 9 / 13, Santiago de Chile
Fonos: 6722236 • 6715612 • 6727343
Fax: 6730915
Se terminó de imprimir
en abril de 2006

BOLETÍN

DE LA

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

2005



Nº XLII

INSTITUTO DE CHILE

REPRESENTANTELEGAL
Dr. Alejandro Goic Goic

DIRECCIÓN POSTAL
Clasificador 1349
Santiago - Chile

Las expresiones vertidas por los académicos son de su responsabilidad y no representan necesariamente la opinión oficial de la Academia.

Se acepta canje con revistas similares

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
2005

ALEJANDRO GOIC GOIC
Presidente

SYLVIA SEGOVIA POLLA
Secretaria

RODOLFO ARMAS MERINO
Tesorero

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE PRECEDENCIA¹

<i>Nombre</i>	<i>Fecha Incorporación</i>	<i>Nº Sillón</i>
1. Bruno Günther Scheafeld	19 de abril de 1972	17
2. Hugo Salvestrini Ricci	15 de junio de 1972	3
3. Fernando Monckeberg Barros	21 de septiembre de 1972	6
4. Ernesto Medina Lois	8 de agosto de 1979	15
5. Raúl Etcheverry Barucchi	5 de agosto de 1981	4
6. Ricardo Cruz-Coke Madrid	3 de abril de 1985	23
7. Jaime Pérez Olea	8 de mayo de 1985	24
8. Julio Meneghello Rivera	8 de octubre de 1986	10
9. Tulio Pizzi Pozzi	†4 de noviembre de 1986	13
10. Esteban Parrochia Beguin	28 de abril de 1987	26
11. Victorino Farga Cuesta	16 de noviembre de 1988	14
12. Rodolfo Armas Merino	26 de abril de 1989	27
13. Alejandro Goic Goic	30 de noviembre de 1989	28
14. Carlos Miquel Bañados	19 de abril de 1990	29
15. Manuel García de Los Ríos	10 de mayo de 1990	30
16. Juan Verdaguer Tarradella	4 de octubre de 1990	31
17. Eduardo Rosselot Jaramillo	26 de noviembre de 1991	33
18. Marta Velasco Rayo	20 de agosto de 1992	34
19. Vicente Valdivieso Dávila	14 de abril de 1994	5
20. Santiago Jarpa Orrego	19 de mayo de 1994	2
21. Sergio Ferrer Ducaud	23 de mayo de 1996	9
22. Humberto Reyes Budelovsky	28 de junio de 1996	25
23. Colomba Norero Vodnizza	25 de julio de 1996	12
24. Sylvia Segovia Polla	29 de agosto de 1996	16
25. Otto Dörr Zegers	21 de abril de 1999	20
26. Pedro Rosso Rosso	23 de junio de 1999	18

¹ Llevan una † los Académicos que han fallecido durante el año.

27.	Mordo Alvo Gateño	15 de junio de 2000	7
28.	Ricardo Uauy Dagach-Imbarack	25 de abril de 2002	21
29.	Gloria López Stewart	24 de abril de 2003	11
30.	Fernando Cassorla Goluboff	20 noviembre de 2003	1
31.	Flavio Nervi Oddone	22 de abril de 2004	32
32.	Jorge Las Heras Bonetto	17 de junio de 2004	8
33.	Gloria Valdés Stromilli	19 de mayo de 2005	19
34.	Pablo Casanegra Prnjat	21 de julio de 2005	22
35.	José Adolfo Rodríguez Portales	13 de octubre de 2005	35

RELACIÓN DE LOS SEÑORES ACADÉMICOS DE NÚMERO SEGÚN FECHA DE INCORPORACIÓN A LA ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

BRUNO GÜNTHER SCHEAFELD

Fecha de incorporación: 19 de abril de 1972

Discurso de Incorporación: *"La teoría de información en biología y medicina"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alfonso Asenjo

HUGO SALVESTRINI RICCI

Fecha de incorporación: 15 de junio de 1972

Discurso de Incorporación: *"Algunos progresos en neumología y cardiología vinculados a la cirugía"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Juan Allamand M.

FERNANDO MONCKEBERG BARROS

Fecha de incorporación: 21 de septiembre de 1972

Discurso de Incorporación: *"Experiencia en el campo de la desnutrición en Chile"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Aníbal Ariztía A.

ERNESTO MEDINA LOIS

Fecha de incorporación: 8 de agosto de 1979

Discurso de Incorporación: *"Consideraciones acerca de la medicina actual"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Mönckeberg

RAÚL ETCHEVERRY BARUCCHI

Fecha de incorporación: 5 de agosto de 1981

Discurso de Incorporación: *"Homenaje al profesor doctor Hernán Alessandri Rodríguez"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Roberto Barahona Silva

RICARDO CRUZ-COKE MADRID

Fecha de incorporación: 3 de abril de 1985

Discurso de Incorporación: *"Genes y cromosomas en enfermedades comunes"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Jorge Mardones Restat

JAIME PÉREZ OLEA

Fecha de incorporación: 8 de mayo de 1985

Discurso de Incorporación: *"Reactividad cardiovascular: del órgano asilado al ser humano"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé L.

JULIO MENEGHELLO RIVERA

Fecha de incorporación: 8 de octubre de 1986

Discurso de Incorporación: *"Experiencia y reflexiones sobre la enseñanza de pediatría entre los años 1940 - 1980"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Amador Neghme R.

TULIO PIZZI POZZI

Fecha de incorporación: 4 de noviembre de 1986

Discurso de Incorporación: *"Aspectos biológicos del envejecimiento"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Benjamín Viel V.

ESTEBAN PARROCHIA BEGUIN

Fecha de incorporación: 28 de abril de 1987

Discurso de Incorporación: *"Servicio de medicina del Hospital San Juan de Dios. Cuarenta años de historia (1946 - 1986)"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Cruz

VICTORINO FARGA CUESTA

Fecha de incorporación: 16 de noviembre de 1988

Discurso de Incorporación: *"La conquista de la tuberculosis"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguin

RODOLFO ARMAS MERINO

Fecha de incorporación: 26 de abril de 1989

Discurso de Incorporación: *"Reflexiones acerca de la docencia clínica médica actual"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Luis Hervé

ALEJANDRO GOIC GOIC

Fecha de incorporación: 30 de noviembre de 1989

Discurso de Incorporación: *"Estímulos psicológicos, emociones y enfermedad"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Arturo Atria

CARLOS MIQUEL BAÑADOS

Fecha de incorporación: 19 de abril de 1990

Discurso de Incorporación: *"Tratamiento intensivo: Cuándo y hasta cuándo"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguin

MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS

Fecha de incorporación: 10 de mayo de 1990

Discurso de Incorporación: *"Diabetes Mellitus: Del empirismo a la biología molecular"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Valenzuela Ravest

JUAN VERDAGUER TARRADELLA

Fecha de incorporación: 4 de octubre de 1990

Discurso de Incorporación: *"Albert von Graefe. El hombre y su época"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Victorino Farga Cuesta

EDUARDO ROSSELOT JARAMILLO

Fecha de incorporación: 26 de noviembre de 1991

Discurso de Incorporación: *"Orden, caos y azar en el ritmo cardíaco"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Merino

MARTA VELASCO RAYO

Fecha de incorporación: 20 de agosto de 1992

Discurso de Incorporación: *"Los virus de la hepatitis desde la placa de agar a la hibridización molecular"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

VICENTE VALDIVIESO DÁVILA

Fecha de incorporación: 14 de abril de 1994

Discurso de Incorporación: *"Patogenia de la litiasis biliar. Historia de una investigación clínica"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Rodolfo Armas Merino.

SANTIAGO JARPA ORREGO

Fecha de incorporación: 19 de mayo de 1994

Discurso de Incorporación: *"Neoplasias del colon: mosaico de lesiones genético-dependientes"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Fernando Valenzuela Ravest.

SERGIO FERRER DUCAUD

Fecha de incorporación: 23 de mayo de 1996

Discurso de Incorporación: *"Charcot, su tiempo y su influencia en la neurología chilena"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Jaime Pérez Olea

HUMBERTO REYES BUDELOVSKY

Fecha de incorporación: 28 de junio de 1996

Discurso de Incorporación: *"El médico de hoy: un profesional multifacético"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

COLOMBA NORERO VODNIZZA

Fecha de incorporación: 25 de julio de 1996

Discurso de Incorporación: *"El inicio de la hipertensión esencial. La visión del pediatra."*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Eduardo Rosselot J.

SYLVIA SEGOVIA POLLA

Fecha de incorporación: 29 de agosto de 1996

Discurso de Incorporación: *"La mujer del siglo XXI: reflexiones y desafíos"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Manuel García de los Ríos

OTTO DÖRR ZEGERS

Fecha de incorporación: 21 de abril de 1999

Discurso de Incorporación: *"Angustia, melancolía y creatividad: El caso del poeta Rainer María Rilke"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Alejandro Goic G.

PEDRO ROSSO ROSSO

Fecha de incorporación: 23 de junio de 1999

Discurso de Incorporación: *"El pensamiento médico del siglo XIX: Los obstáculos para la incorporación del método científico"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Benedicto Chuaqui

MORDO ALVO GATEÑO

Fecha de incorporación: 15 de junio de 2000

Discurso de Incorporación: *"Comentarios de nefrología"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Santiago Jarpa Orrego

RICARDO UAUY DAGACH-IMBARACK

Fecha de incorporación: 25 de abril de 2002

Discurso de Incorporación: *"Desafíos de la nutrición para el siglo XXI"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Manuel García de los Ríos Álvarez

GLORIA LÓPEZ STEWART

Fecha de incorporación: 24 de abril de 2003

Discurso de Incorporación: *"El médico frente al paciente crónico: ¿es posible cambiar conductas?"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Esteban Parrochia Beguín

FERNANDO CASSORLA GOLUBOFF

Fecha de incorporación: 20 noviembre de 2003

Discurso de Incorporación: *"De andrógenos a estrógenos: ¿sólo un átomo de carbono de distancia?"*

Discurso de Recepción realizado por la Académica Dra. Colomba Norero Vodnizza.

FLAVIO NERVI ODDONE

Fecha de incorporación: 22 de abril de 2004

Discurso de Incorporación: *"La doble cara del colesterol en la era postgenómica"*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Vicente Valdivieso Dávila.

JORGE LAS HERAS BONETTO

Fecha de incorporación: 17 de junio de 2004

Discurso de incorporación: *“La placenta humana: de diario de vida a hoja de ruta. Un modelo para armar”*

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo.

GLORIA VALDÉS STROMILLI

Fecha de incorporación: 19 de mayo de 2005

Discurso de incorporación: *“Un largo viaje desde la hipertensión hacia el inicio de la vida”*.

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Vicente Valdivieso Dávila.

PABLO CASANEGRA PRNJAT

Fecha de incorporación: 21 de julio de 2005

Discurso de incorporación: *“La medicina y los medios de comunicación”*.

Discurso de Recepción realizado por el Académico Dr. Flavio Nervi Oddone

JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

Fecha de incorporación: 13 de octubre de 2005

Discurso de incorporación: *“Del caso clínico al metaanálisis: cambios en la epistemología médica”*.

Discurso de Recepción realizado por la Académica Dra. Gloria López Stewart

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL PAÍS

<i>Nombre</i>	<i>Fecha Incorporación</i>	<i>Lugar</i>
1. Adolfo Reccius Ellwanger	1975	Valparaíso
2. Ítalo Caorsi Chouquer	1978	Valdivia
3. Fernando Oyarzún Peña	1978	Valdivia
4. René Guzmán Serani	1983	Valdivia
5. Fructuoso Biel Cascante	1984	Concepción
6. Gonzalo Ossa Abel	1984	Temuco
7. Hernán Sudy Pinto	1984	Arica
8. Luis Cabrera Spiess	1986	Ovalle
9. Carlos Martínez Gaensly	1986	Concepción
10. Edmundo Ziede Abud	1986	Antofagasta
11. Sergio de Tezanos Pinto	1988	Valparaíso
12. Ernesto Mundt Flühmann	1989	Valparaíso
13. Alberto Gyhra Soto	1989	Concepción
14. Elso Schiappacasse Ferreti	1989	Concepción
15. Carlos Silva Lafrentz †	1991	Valparaíso
16. Benjamín Stockins Fernández	1993	Temuco
17. Jorge Litvak	1993	Santiago
18. Juan Donoso Muñoz	1998	Concepción
19. Sergio Mezzano Abedrapo	2001	Valdivia
20. Jaime Duclos Hertzner	2002	Valparaíso
21. Eduardo Fasce Henry	2002	Concepción

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

<i>Nombre</i>	<i>Año de Elección</i>
1. Héctor Croxatto Rezzio	1974
2. Luis Vargas Fernández	1981
3. Miguel Ossandón Guzmán	1985
4. Jorge Allende Rivera	1988
5. Roque Kraljevic Orlandini	1988
6. Camilo Larraín Aguirre	1989
7. Ramón Ortúzar Escobar	1991
8. Mons. Bernardino Piñera Carvallo	1991
9. Helmut Jaeger Lunecke	1995
10. Jorge Kaplán Meyer	1995
11. Sergio Lecannelier	1995
12. Felipe Cabello (reside en EE.UU)	1998
13. Rafael Parada Allende	2003
14. Sergio Peña y Lillo Lacassie	2003
15. Carmen Velasco Rayo	2004
16. Mario Herrera Moore	2004

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

1. Carlos Eyzaguirre	1978	(EE.UU.)
2. H. Cecil Coghlan	1984	(EE.UU.)

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

	<i>Año de Elección</i>
<i>AMÉRICA</i>	
<i>Brasil</i>	
Dr. José Fernández Pontes	1978
Dr. Horacio Knesse de Mello	1978
Dr. José Ribeiro Do Valle	1979
<i>Colombia</i>	
Dr. Hernaldo Groot Lievano	1984
Dr. José Félix Patiño	1987
Dr. Pablo Gómez	1987
<i>Costa Rica</i>	
Dr. Rodolfo Céspedes F.	1985
Dr. Mario Miranda G.	1985
Dr. Guido Miranda G.	1985

Estados Unidos

Dr. John A. D. Cooper (Washington)	1978
Dr. Edward C. Rosenow (Filadelfia)	1979
Dr. Martín M. Cummings (Bethesda)	1979
Dr. Joseph P. Evans (Washington)	1979

México

Dr. Ignacio Chávez Rivera	1995
---------------------------	------

Perú

Dr. Javier Arias Stella	1978
Dr. Carlos Monge Casinelli	1983
Dr. Enrique Fernández Enríquez	1985
Dr. César Náquira Velarde	1985
Dr. Carlos Bustamante Ruiz	1985
Dr. Jorge Voto Bernales	1985

Uruguay

Dr. Eduardo C. Palma	1978
Dr. Federico Salveraglio	1978
Dr. Rodolfo V. Talice	1978

Venezuela

Dr. Marcel Roche (Venezuela)	1985
Dr. Jacinto Convit (Venezuela)	1986
Dr. Gabriel Briceño Romero (Venezuela)	1987
Dr. Francisco Kerdel Vegas (Venezuela)	1987
Dr. David Iriarte (Venezuela)	1987

EUROPA

España

Dr. Valentín Matilla	1981
Dr. Benigno Lorenzo Velázquez	1986
Dr. Diego Gracia Guillén	2001

Polonia

Dr. Zdzislaw Jan Ryn	1993
----------------------	------

DIRECTORIOS DE LA ACADEMIA*Presidentes*

1964 - 1969 Dr. Armando Larraguibel	1977 - 1987 Dr. Amador Neghme Rodríguez
1969 - 1973 Dr. Víctor Manuel Avilés	1987 - 1997 Dr. Armando Roa Rebolledo
1973 - 1975 Dr. Juan Wood Walters	1997 - 2000 Dr. Jaime Pérez Olea
1975 - 1976 Dr. Aníbal Ariztía Ariztía	2001 a la fecha Dr. Alejandro Goic Goic

Secretarios

1964 - 1969 Dr. Alfonso Asenjo	1986 - 1987 Dr. Alberto Donoso Infante
1970 - 1975 Dr. Hernán Romero	1987 - 1996 Dr. Jaime Pérez-Olea
1976 - 1978 Dr. Roberto Estévez Cordovez	1997 a la fecha Dra. Sylvia Segovia
1977 - 1985 Dr. Ernesto Medina Lois	

Tesorereros

1964 - 1965 Dr. Alfonso Asenjo	1977 - 1980 Dr. Aníbal Ariztía
1965 - 1969 Dr. Víctor Manuel Avilés	1981 - 1984 Dr. Víctor Manuel Avilés
1969 - 1976 Dr. Walter Fernández	2001 a la fecha Dr. Rodolfo Armas Merino

ACADÉMICOS DE NÚMERO POR ORDEN DE SILLÓN DESDE LA FUNDACIÓN

SILLÓN NÚMERO 1:

Dr. Emilio Croizet Croizet †	(junio 1965)
Dr. Juan Allamand Madaune †	(marzo 2003)
Dr. Fernando Cassorla Goluboff	

SILLÓN NÚMERO 2:

Dr. Armando Larraguibel Moreno†	(julio 1972)
Dr. Roberto Estévez Cordovéz †	(junio 1993)
Dr. Santiago Jarpa Orrego	

SILLÓN NÚMERO 3:

Dr. Leonardo Guzmán Cortéz †	(julio 1971)
Dr. Hugo Salvestrini Ricci	

SILLÓN NÚMERO 4:

Dr. Hernán Alessandri Rodríguez †	(abril 1980)
Dr. Raúl Etcheverry Barucchi	

SILLÓN NÚMERO 5:

Dr. Alfonso Asenjo Gómez †	(julio 1980)
Dr. Guillermo Brinck Pashwall †	(julio 1992)
Dr. Vicente Valdivieso Dávila	

SILLÓN NÚMERO 6:

Dr. Sótero del Río Gundián †	(marzo 1969)
Dr. Fernando Mönckeberg Barros	

SILLÓN NÚMERO 7:

Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza †	(marzo 1997)
Dr. Mordo Alvo Gateño	

SILLÓN NÚMERO 8:

Dr. Amador Neghme Rodríguez†	(julio 1987)
Dr. Fernán Díaz Bastidas †	(julio 2003)
Dr. Jorge Las Heras Bonetto	

SILLÓN NÚMERO 9:

Dr. Luis Prune Riseti † (mayo 1970)

Dr. Óscar Avendaño Montt † (marzo 1993)

Dr. Sergio Ferrer Ducaud

SILLÓN NÚMERO 10:

Dr. Aníbal Ariztía Ariztía † (marzo 1986)

Dr. Julio Meneghello Rivera

SILLÓN NÚMERO 11:

Dr. Roberto Barahona Silva † (agosto 1982)

Dr. Luis Hervé Lelievre † (enero 1998)

Dr. Gustavo Pineda Valdivia † (agosto 2001)

Dra. Gloria López Stewart

SILLÓN NÚMERO 12:

Dr. Héctor Orrego Puelma † (febrero 1995)

Dra. Colomba Norero Vodnizza

SILLÓN NÚMERO 13:

Dr. Walter Fernández Ballas † (abril 1985)

Dr. Tulio Pizzi Pozzi † (agosto 2005)

Vacante

SILLÓN NÚMERO 14:

Dr. Juan Wood Walters † (marzo 1987)

Dr. Victorino Farga Cuesta

SILLÓN NÚMERO 15:

Dr. Hernán Romero Cordero † (mayo 1978)

Dr. Ernesto Medina Lois

SILLÓN NÚMERO 16

Dr. Rodolfo Armas Cruz † (enero 1995)

Dra. Sylvia Segovia Polla

SILLÓN NÚMERO 17

Dr. Leonidas Corona Toledo † (agosto 1970)

Dr. Bruno Günther Schaeffeld

SILLÓN NÚMERO 18

Dr. Armando Roa Rebolledo † (septiembre 1997)

Dr. Pedro Rosso Rosso

Sillón número 19

Dr. Fernando Valenzuela Ravest † (noviembre 2003)

Dra. Gloria Valdés Stromilli

SILLÓN NÚMERO 20

Dr. Alberto Donoso Infante † (febrero 1988)

Dr. Salvador Vial Urrejola † (julio 1997)

Dr. Otto Dörr Zegers

SILLÓN NÚMERO 21

Dr. Benjamín Viel Vicuña †

(julio 1998)

Dr. Ricardo Uauy Dagach-Imbarack

SILLÓN NÚMERO 22

Dr. Svante Törnvall Stromsten †

(marzo 2004)

Dr. Pablo Casanegra Prnjat

SILLÓN NÚMERO 23

Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid

SILLÓN NÚMERO 24

Dr. Jaime Pérez Olea

SILLÓN NÚMERO 25

Dr. Francisco Rojas Villegas †

(diciembre 1993)

Dr. Humberto Reyes Budelovsky

SILLÓN NÚMERO 26

Dr. Esteban Parrochia Beguín

SILLÓN NÚMERO 27

Dr. Rodolfo Armas Merino

SILLÓN NÚMERO 28

Dr. Alejandro Goic Goic

SILLÓN NÚMERO 29

Dr. Carlos Miquel Bañados

SILLÓN NÚMERO 30

Dr. Manuel García de los Ríos

SILLÓN NÚMERO 31

Dr. Juan Verdaguer Tarradella

SILLÓN NÚMERO 32

Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt †

(junio 2003)

Dr. Flavio Nervi Oddone

SILLÓN NÚMERO 33

Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo

SILLÓN NÚMERO 34

Dra. Marta Velasco Rayo

SILLÓN NÚMERO 35

Dr. José Adolfo Rodríguez Portales

SILLÓN NÚMERO 36

Vacante

**OBITUARIO DESDE LA FUNDACIÓN
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA**

<i>Académicos de Número</i>	<i>Nº de Sillón</i>	<i>Fecha</i>	
Dr. Emilio Croizet	1	Junio	1965
Dr. Sótero Del Río	6	Marzo	1969
Dr. Luis Prune	9	Mayo	1970
Dr. Leonidas Corona	17	Agosto	1970
Dr. Leonardo Guzmán	3	Julio	1971
Dr. Armando Larraguibel	2	Julio	1972
Dr. Hernán Romero	15	Mayo	1978
Dr. Hernán Alessandri Rodríguez	4	Abril	1980
Dr. Alfonso Asenjo	5	Julio	1980
Dr. Roberto Barahona Silva	11	Agosto	1982
Dr. Walter Fernández Ballas	13	Abril	1985
Dr. Aníbal Ariztía Ariztía	10	Marzo	1986
Dr. Juan Wood Walters	14	Marzo	1987
Dr. Amador Neghme Rodríguez	8	Julio	1987
Dr. Alberto Donoso Infante	20	Febrero	1988
Dr. Guillermo Brinck Pashwall	5	Julio	1992
Dr. Oscar Avendaño Montt	9	Marzo	1993
Dr. Roberto Estévez Cordovez	2	Junio	1993
Dr. Francisco Rojas Villegas	25	Diciembre	1993
Dr. Héctor Orrego Puelma	12	Febrero	1995
Dr. Rodolfo Armas Cruz	16	Enero	1995
Dr. Víctor Manuel Avilés	7	Marzo	1997
Dr. Salvador Vial Urrejola	20	Julio	1997
Dr. Armando Roa Rebolledo	18	Septiembre	1997
Dr. Luis Hervé Lelievre	11	Enero	1998
Dr. Benjamín Viel Vicuña	21	Julio	1998
Dr. Gustavo Pineda Valdivia	11	Agosto	2001
Dr. Juan Allamand Madaune	1	Marzo	2003
Dr. Benedicto Chuaqui Jahiatt	32	Junio	2003
Dr. Fernán Díaz Bastidas	8	Julio	2003
Dr. Fernando Valenzuela Ravest	19	Noviembre	2003
Dr. Svante Törnvall Stromsten	22	Marzo	2004
Dr. Tulio Pizzi Pozzi	13	Agosto	2005

Académicos Correspondientes y Honorarios

Dr. Ottmar Wilhelm (Corresp.)	Junio	1974
Dr. Alejandro Garreton (Hon.)	Enero	1979
Dr. Eduardo Skewes Orellana (Corresp.)	Abril	1986
Dr. Alberto Rahausen Jiménez (Hon.)	Abril	1987

Dr. Pedro Uribe Concha (Corresp.)	Abril	1989
Dr. Renato Gazmuri Ojeda (Corresp.)	Sept.	1989
Dr. Pablo Goepfert Seinecke (Corresp.)	Sept.	1989
Dr. Arturo Tello Tello (Hon.)	Octubre	1989
Dr. Ignacio González Ginouvés (Hon.)	Agosto	1990
Dr. Ruperto Vargas Molinare (Hon.)	Octubre	1990
Dr. Ismael Canessa Ibarra (Hon.)	Abril	1991
Dr. Hernán Gouet Vallet-Cendre (Corresp.)	Sept	1991
Dr. Roberto Gajardo Tobar (Corresp.)	Diciembre	1992
Dr. Carlos Levi-Ruffineli (Corresp.)	Enero	1993
Dr. Desiderio Papp (Hon.)	Enero	1993
Dr. René García Valenzuela (Hon.)	Marzo	1993
Dr. Néstor Flores Williams (Hon.)	Sept.	1993
Dr. Onofre Avendaño Portius (Hon.)	Abril	1994
Dr. Antonio Rendic Ivanovic (Hon.)	Junio	1994
Dr. Jérôme Lejeune (Hon. Francia)	Abril	1994
Dr. Melchor Riera Bauzá (Hon.)	Enero	1995
Dr. Luis Tizné Brousse (Hon.)	Sept.	1995
Dr. Alberto Cristoffanini Truco (Corr.)	Marzo	1996
Dr. Aníbal Scarella Calandroni (Corr.)	Mayo	1996
Dr. Claudio Zapata Ormeño (Corr.)	Sept.	1996
Dr. Ramón Valdivieso Delauney (Hon.)	Diciembre	1996
Dr. Hernán Hevia Parga (Hon.)	Julio	1997
Dr. Carlos Patillo Bergen (Corr.)	Enero	1998
Dr. José Manuel Balmaceda Ossa (Hon.)	Junio	1998
Dr. Arturo Atria Ramírez (Hon)	Junio	1998
Dr. Alberto Taquini (Hon. Ext- Argentina)	Junio	1998
Dr. Jorge Mardones Restat (Hon.)	Noviembre	1998
Dr. Mario Plaza de los Reyes (Hon.)	Abril	1999
Dr. Ivar Hermansen Pereira (Corr.)	Diciembre	1999
Dr. Abraham Horvitz (Hon.)	Julio	2000
Dr. Jorge Alvayay Carrasco (Corr.)	Julio	2000
Dr. Ramón Campbell Batista (Corr.)	Noviembre	2000
Dr. Pedro Laín Entralgo (Hon. Ext. España)	Junio	2001
Dr. Ennio Vivaldi Ciccero (Corr.)	Abril	2002
Dr. Jorge Otte Gabler (Hon.)	Febrero	2003
Dr. Gabriel Gasic Livacic (Hon.)	Octubre	2003
Dra. Cristina Palma Prado (Hon.)	Octubre	2003
Dr. Federico Puga Concha (Hon.)	Marzo	2004
Dra. Mafalda Rizzardini Pierreti (Hon.)	Junio	2004
Dr. Carlos Silva Lafrentz (Corr.)	Julio	2004
Dr. Juan Arentsen Sauer (Hon.)	Noviembre	2004

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Fundada por Ley N° 15.718 de 30 de septiembre de 1964*

ACADÉMICOS DE NÚMERO FUNDADORES

Dr. Emilio Croizet
Dr. Armando Larraguibel
Dr. Leonardo Guzmán

Dr. Hernán Alessandri Rodríguez
Dr. Alfonso Asenjo

La sesión constitutiva de la Academia
tuvo lugar el 26 de octubre de 1964

ACADÉMICOS DE NÚMERO ELEGIDOS EN LA CUARTA SESIÓN

25 de noviembre de 1964

Dr. Sótero del Río Gundián
Dr. Víctor Manuel Avilés Beúnza

Dr. Amador Neghme Rodríguez
Dr. Luis Prunés

*La Ley N° 15.718 de 30 de septiembre de 1964 creó el Instituto de Chile y las Academias de Ciencias: Ciencias Sociales, Políticas y Morales; Medicina y Bellas Artes. Anteriormente existían la Academia de la Lengua (1885) y la Academia de la Historia (1933). La Ley N° 15.718, modificada por la Ley N° 18.169 de 1982, rige el Instituto de Chile y sus Academias.

EX- PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA
DEL INSTITUTO DE CHILE



Dr. Armando Larraguibel M.
Presidente
(1964-1969)



Dr. Víctor Manuel Avilés B.
Presidente
(1969-1973)



Dr. Juan Wood W.
Presidente
(1973-1975)



Dr. Anibal Ariztía A.
Presidente
(1975-1976)



Dr. Amador Neghme R.
Presidente
(1977-1987)



Dr. Armando Roa R.
Presidente
(1987-1997)



Dr. Jaime Pérez Olea
Presidente
(1997-2000)

ÍNDICE

INCORPORACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS DE NÚMERO

DRA. GLORIA VALDÉS STROMILLI “Un largo viaje desde la hipertensión al inicio de la vida”. Discurso de Incorporación como Académica de Número.	25
“Discurso de Recepción de la Dra. Gloria Valdés”, por el Académico de Número Dr. Vicente Valdivieso Dávila.	39
DR. PABLO CASANEGRA PRNJAT. “Medicina y Medios de Comunicación”. Discurso de Incorporación como Académico de Número.	43
“Discurso de Recepción del Dr. Pablo Casanegra”, por el Académico de Número DR. FLAVIO NERVI ODDONE.	49
DR. JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES “Del caso clínico al metaanálisis. Evolución de la Epistemología médica. Discurso de Incorporación como Académico de Número.	55
“Discurso de Recepción del Dr. José Adolfo Rodríguez”, por la Académica de Número Dra. GLORIA LÓPEZ STEWART.	69

CONFERENCIAS

“Tratamiento de las dislipidemias. ¿Qué sabemos en el año 2005”. DR. BENJAMÍN STOCKINS FERNÁNDEZ.	77
“Desarrollo docente en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. El proyecto MECESUP 2001”. DR. VICENTE VALDIVIESO DÁVILA.	91
“Globalización, mortalidad materna y pobreza”. DR. MARIO HERRERA MOORE.	99
“Relación interpersonal y valores humanos. Proyección a la formación médica”. DR. FERNANDO OYARZÚN PEÑA.	111
“Envejecimiento, deterioro y demencia”. DR. SERGIO PEÑA Y LILLO LACASSIE.	125
“La catarata de Monet”. DR. JUAN VERDAGUER TARRADELLA.	135

“El dilema que plantean las enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento se basan en cifras”. DRA. GLORIA LÓPEZ STEWART.	143
“¿Es posible la prevención de la diabetes tipo 2?”. DR. MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS ÁLVAREZ.	159
“¿A dónde nos ha llevado el enigma de la colestasis gravídica?”. DR. HUMBERTO REYES BUDELOVSKY.	169

DOCUMENTOS

“Refundación de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina”. DR. ALEJANDRO GOIC GOIC.	185
--	-----

OBITUARIO

DR. TULLIO PIZZI POZZI por DR. ALEJANDRO GOIC GOIC.	191
---	-----

MEMORIA ANUAL

“Informe Anual de la Academia Chilena de Medicina”, DR. ALEJANDRO GOIC GOIC	195
“ANEXO”. Distinciones recibidas, publicaciones, actividades académicas y culturales de los Miembros de la Academia de Medicina	201

INCORPORACIÓN DE NUEVOS
MIEMBROS DE NÚMERO

DRA. GLORIA VALDÉS STROMILLI

DR. PABLO CASANEGRA PRNJAT

DR. JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

UN LARGO VIAJE DESDE LA HIPERTENSIÓN AL INICIO DE LA VIDA¹

DRA. GLORIA VALDÉS STROMILLI
Académica de Número

Cuando en diciembre del 2004 el Dr. Alejandro Goic me comunicó la decisión de incorporarme a la Academia de Medicina del Instituto de Chile, tuve la certeza de recibir el mayor reconocimiento a mi trayectoria profesional. Más que confiar en los antecedentes de lo que he realizado hasta ahora, siento la responsabilidad –que asumo ante los demás miembros de la Academia– de ganarme a partir de este momento el honor de ser un par entre ustedes. Como punto de partida de esta labor, quiero expresarles que comparto los ideales fundamentales de la Institución, y me comprometo a defender los valores éticos y espirituales de la Medicina, promoverla como una profesión de servicio que entrega atención humana, personalizada y respetuosa, y resguardar su pasado. Siento que estos ideales son más indispensables que nunca en estos tiempos de AUGE, de Medicina Basada en Evidencias, y de medicina inserta en un mercado de la salud.

Me emocionó profundamente saber que ingresaba para ocupar el sillón que perteneció hasta noviembre del 2003 al Profesor Fernando Valenzuela Ravest, pionero y Maestro de la Reumatología chilena e hispanoamericana, amigo de los más prestigiosos reumatólogos de su época, y autor de numerosos trabajos científicos. Entre sus estudios destaca el realizado con el Dr. Antonio Reginato, que describe, sin las herramientas que nos otorga ahora la biología molecular, una mutación genética para la condrocalcinosis, basado en un cuidadoso estudio de *pedigrees* desde 1600. Un discípulo suyo lo definió “como el clínico más sagaz que he conocido, y como la persona que me mostró que la medicina no es una profesión sino un estado de vida”. Para mí, don Fernando está además asociado a los nenúfares de nuestra casa en el lago Vichuquén, que descienden de unas matas que nos regaló hace ya más de 20 años. Esas flores me recuerdan largas conversaciones en los atardeceres de Vichuquén, en las que cubría los temas más diversos, y mezclaba su erudición y su forma original de ver las cosas. Esta imagen personal es la que quiero recordar en estos momentos, con la seguridad de que en un hombre cuya principal caracte-

¹ Discurso de Incorporación a la Academia de Medicina como Miembro de Número, pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 19 de mayo de 2005.

rística fue su integridad, cualquier trozo del material noble con que está hecho lo representa en su totalidad. Quiero, esforzarme por describir lo intangible de don Fernando, buscando -como lo hizo Monet en su serie de nenúfares- aprehender lo insubstancial, máspreciado que lo tangible o lo que salta a la vista. Me impresionó su rica personalidad por esa equilibrada composición de contrapuntos, en los que destacaban su seriedad frente a su bonhomía, su simpleza frente a su sabiduría, su fortaleza frente a su capacidad de compasión que llegó al extremo de poner piedras en sus zapatos para sentir el dolor de sus pacientes reumáticos, alcanzando el verdadero sentido de la compasión, "sufrir con los que se ama". Su orgullo, puesto en sus discípulos y especialmente en sus hijos, se contraponía a su sencillez. Fui testigo como para los hijos preparó con amor un sitio en el Lago Vichuquén, llenándolo de especies autóctonas. Soy una convencida de que las coincidencias encierran propósitos, por lo que he reflexionado mucho sobre el significado de llegar específicamente a este sillón. La actitud con que lo vi preparar lo que dejaría en herencia a sus hijos me hace pensar que heredar el sillón de este médico de excepción contiene una tremenda riqueza que debo tratar de descubrir en el recuerdo que de él guardan los miembros y los documentos de la Academia. Estoy segura de que descifrar esta herencia me hará una mejor persona y un mejor médico.

Deseo rendir un homenaje a su memoria presentando la línea de trabajo que creo mejor representa mi labor académica, otra historia de finos equilibrios.

UN LARGO VIAJE DESDE LA HIPERTENSIÓN AL INICIO DE LA VIDA

Si bien he dedicado gran parte de mi tiempo a la atención de pacientes con hipertensión arterial y a la investigación en esta área, deseo aquí mostrar lo más personal y gratuito de mi actividad profesional, la línea de investigación dedicada a comprender las relaciones entre los factores vasoactivos y el embarazo y su participación en la adaptación de la circulación de la madre y del útero desde el inicio al término de la gestación. Existe un detallado dibujo de Leonardo da Vinci realizado en 1510 que refleja una disección efectuada para comprender "el gran misterio del útero, cómo el niño vive en su interior, y en qué forma se le proporciona la vida y el alimento". Si Leonardo tuvo la necesidad de identificar los sistemas vasculares que unen a la madre y a su hijo, llegando a describir dos sistemas vasculares independientes, con mayor razón los médicos que pretendemos manejar la hemodinamia de la madre embarazada, necesitamos adentrarnos en este misterio que hasta el día de hoy permanece vigente. Lo interesante de esta área de investigación es que a diferencia de otras patologías en que la normalidad se conoce muy bien, resulta más difícil comprender cómo la mayoría de las mujeres mantiene su presión arterial o incluso muestra un descenso, que cómo se eleva esta en la gestación hipertensiva. Mi inquietud por comprender la adaptación de las circulaciones materna y fetal partió de la necesidad de ofrecer el mejor de los tratamientos a estos dos pacientes,

la hipertensa embarazada y a su hijo, para lograr reducir la presión arterial de la madre sin deteriorar la perfusión del feto. Los datos obtenidos en el primer estudio realizado en embarazadas normales y en portadoras de preeclampsia alrededor de 1975, para evaluar el volumen plasmático y la actividad de renina plasmática, revelaron que las mujeres preeclámpticas, contrariamente a lo que se podía esperar, presentaban menores volúmenes y actividades de renina (datos no publicados), tal como lo han hecho repetidos estudios posteriores. Estos hallazgos me llevaron a postular que la hipertensión de la embarazada era atribuible a un déficit de vasodilatadores, más que a un aumento de los factores presores. Debido a la influencia que recibí de mi profesor de Fisiología en la Escuela de Medicina UC, el Profesor Héctor Croxatto, me interesó evaluar su sistema predilecto, el sistema vasodilatador calicreína-cininas, que presenta semejanzas bioquímicas y efectos antagónicos al sistema renina-angiotensina (Figura 1). Utilizamos al inicio un marcador que ahora consideramos rudimentario, la excreción urinaria de calicreína, la enzima que pone en marcha a este sistema. Este trabajo mostró un ascenso de esta enzima a lo largo de todo el embarazo, que no se correlacionaba con la actividad del sistema vasoconstrictor (1), lo que desde ese momento nos hizo dudar del rol compensador de este sistema. Nuevos trabajos confirmaron esta falta de relación, y enfatizaron el hecho de que el alza de calicreína urinaria precede a la de los vasoconstrictores y alcanza su máximo entre las semanas 8 y 12 de una gestación que se extiende por 40 semanas (2,3). Por lo tanto, pensamos que el vasodilatador podía tener una función primordial y no compensadora, y lo lógico era suponer que aumentaba la irrigación uterina en la etapa en que el útero recibe al embrión.

La necesidad de explorar este rol local del sistema vasodilatador nos llevó a trabajar en el animal de laboratorio. En la rata gestante pudimos comprobar, mediante la identificación del RNA mensajero (RNAm) que codifica calicreína tisular, que calicreína es sintetizada en el útero, que en ciclo estral la proteína está aumentada en proestro, mientras que en embarazo asciende entre los días 5 a 7 de una gestación que dura 21 días (4,5). Mediante inmunohistoquímica demostramos que la enzima se encuentra predominantemente en el epitelio luminal y glandular de la zona de implantación, y luego en la segunda mitad de la gestación en los sinusoides localizados en la zona subplacentaria (6) (Figuras 2A y 3A). Mediante los modelos de la rata ovariectomizada y suplementada con estrógeno, la pseudopreñez, la implantación unilateral de embriones y la estimulación intraluminal por aceite, pudimos comprobar que la síntesis de la enzima está regulada por estrógeno y por estimulación intraluminal, y está inhibida por progesterona (6,7). El efecto de la vasodilatación y el aumento de la permeabilidad vascular, efectos clásicos de bradicinina, es el receptor de bradicinina de tipo 2 (B2R), que en el útero y placenta se expresa en los mismos tipos celulares que la enzima, y además en las células deciduales, en lecho placentario, endotelio de arterias y venas uterinas, músculo liso vascular y miometrio (8) (Figuras 2 B y 3 B). Estas localizaciones de factores que actúan en estructuras vecinas apoyaron la hipótesis que el sistema calicreína-cininas participa desde las etapas preparatorias a la gestación, en las primeras

fases de la interacción materno-embrionaria y fetal, y luego en la mantención del flujo de la unidad feto-placentaria (9).

En la actualidad el proceso de placentación es clave para comprender la etiología de la preeclampsia, que se ha asociado a una placentación superficial, sin que se haya podido encontrar la causa o las causas de este defecto. En el proceso de placentación son fundamentales la invasión trofoblástica del estroma uterino, la destrucción de las capas musculares de las arterias espirales y el reemplazo del endotelio, proceso que logra cambiar la morfología del vaso y optimizar su capacidad vasodilatadora. Hay grupos que enfatizan el rol de las moléculas de adhesión en la penetración del trofoblasto, y otros el de los factores inmunológicos, campo extraordinariamente atractivo ya que aún no está dilucidado el misterio de por qué la madre no rechaza al feto como lo haría años más tarde con un órgano trasplantado donado por este mismo hijo. Nuestro grupo ha planteado la hipótesis de que la vasodilatación y el aumento de la permeabilidad capilar participan en la invasión trofoblástica, por un lado haciendo a la decidua más penetrable y a la arteria espiral más complaciente a ser invadida; una vez desarrollada la placenta esta vasodilatación participaría en la mantención del flujo placentario y en la prevención de la coagulación.

Continuamos nuestro estudio con tejidos humanos, en los que logramos demostrar que calicreína se expresa en el sincitiotrofoblasto, la célula única que recubre las vellosidades coriales, los vasos fetales, el trofoblasto intravascular, todos sitios claves en la irrigación del feto (Figura 4 A y 5 A). El RNAm se expresa en estos mismos tipos celulares y además en el citotrofoblasto vellosito, en las columnas de anclaje y en el citotrofoblasto invasor. En los tejidos maternos, calicreína y su RNAm se expresan en el epitelio luminal y glandular y en las células endoteliales. El RNAm y el B2R se localizan en estos mismos tipos celulares, y además en las células deciduales (Figura 4 B y 5 B). Nuestros hallazgos (10,11) vuelven a apoyar la hipótesis de que los vasodilatadores participan en la placentación y luego en la perfusión placentaria, dada la concordancia de la localización de calicreína y del receptor de bradicinina en estructuras claves para lograr estos efectos.

Pensando que la gestación tiene un valor crucial para la preservación de la especie, postulamos que debe protegerse con sistemas redundantes, por lo que nos interesó evaluar el comportamiento de dos componentes vasodilatadores recientemente descritos para el sistema vasoconstrictor por excelencia, el sistema renina-angiotensina, angiotensina-(1-7) y enzima de conversión 2 (ACE2). En primer lugar comprobamos, con la colaboración del grupo de la Universidad de Wake-Forest en Winston-Salem que dirige el Dr. Carlos Ferrario, que angiotensina-(1-7) urinaria aumenta a lo largo del embarazo (3,12). Es interesante ver cómo los perfiles de calicreína y de angiotensina-(1-7) en orina muestran que estos vasodilatadores están desfasados, conformando lo que podemos llamar "sistemas vasodilatadores de relevo", eficaces para una condición de grandes variaciones hormonales como es el

embarazo. Volvimos a buscar estos factores en la rata gestante, encontrándolos en los mismos tipos celulares que expresan calicreína y el receptor 2 de bradicinina (13) (Figura 2 C,D y Figura 3 C,D). En la mujer hemos podido demostrar que angiotensina-(1-7), y ACE2, la enzima que la genera, se expresan en el sincicio y citotrofoblasto vellosos, citotrofoblasto invasor e intravascular, células deciduales, el músculo liso de las vellosidades principales, el endotelio fetal (14) (Figura 4 C,D, Figura 5 C,D). Estos son los mismos tipos celulares que expresan el receptor de bradicinina, al que angiotensina-(1-7) ha demostrado estimular, por lo que planteamos que existe una red vasodilatadora que se potencia entre sí.

Mientras trabajaba en colaboración con el Dr. Alfredo Germain del Departamento de Obstetricia de la Escuela de Medicina, el enfoque vasoactivo de la gestación lo llevó a plantear que la suplementación de L-arginina, sustrato del óxido nítrico, a madres con disfunción endotelial podría beneficiar el embarazo, lo que efectivamente pudimos comprobar en un grupo de pacientes que además de la alteración endotelial habían presentado historias obstétricas complicadas por abortos espontáneos a repetición, o por preeclampsias severas, sin que en ellas se detectaran trombofilias (15). El curso del embarazo suplementado fue significativamente mejor en comparación a sus embarazos previos (Tabla 1).

Este enfoque vasoactivo también nos permitió apoyar con confianza a pacientes con hipertensión pulmonar, una de las escasas situaciones clínicas que en la literatura médica internacional se mencionan como indicación absoluta de aborto terapéutico, por el riesgo que involucra para la madre y su hijo, que - si bien ha disminuido progresivamente - es aún de 30%. En una paciente con hipertensión pulmonar primaria severa pudimos demostrar que la resistencia pulmonar decreció significativamente, en asociación a aumentos significativos de las vasodilatadores urinarios (16). En otra embarazada, que recibimos pasadas las 30 semanas de gestación, pudimos mediante la administración de L-arginina y sildenafil potenciar la síntesis de óxido nítrico y la vía óxido nítrico-cGMP, permitiendo la sobrevivencia materna y obteniendo un niño de peso y desarrollo adecuado (17).

Este año iniciamos un nuevo proyecto Fondecyt en el que trataremos de comprender la relación morfo-funcional entre los diversos sistemas vasodilatadores uterinos en la cobaya gestante, ya que su proceso de placentación tiene similitud con el de la mujer. A los factores anteriormente estudiados hemos agregado metaloproteinasas, y al factor de crecimiento endotelial (VEGF) y sus receptores (flt1-flt2), todos ellos asociados al sistema calicreína-cininas, el primer objetivo de nuestro estudio. Si bien el principal énfasis lo hemos puesto en la acción vasodilatadora del sistema calicreína-cininas, es altamente probable que este participe en la proliferación celular y en la generación de vasos sanguíneos fundamentales para el desarrollo placentario, por sus efectos mitogénicos y angiogénicos propios o derivados de su activación de factores asociados. Esperamos que esta investigación nos muestre cómo podemos favorecer los sistemas endógenos para facili-

tar la irrigación de la placenta y el feto. Quisiera además que sea utilizado para comprender y ojalá modificar el proceso de placentación, y así ayudar a parejas supuestamente infértiles, en las cuales el defecto reside en la receptividad uterina.

Este trabajo puede ser juzgado por su dimensión científica y por sus aplicaciones prácticas. Sin embargo aquí quiero dar un salto a una dimensión trascendente. Quiero transmitirles que desde que me vi enfrentada al embarazo biológico con sus modelos experimentales y clínicos, este trabajo ha tenido para mí una dimensión espiritual que me ha impactado más allá de lo que me ha mostrado el microscopio. Probablemente visualizar la intimidad de la relación madre-hijo a nivel celular en el período de la vida en que mis hijos han emprendido sus propios caminos, y han cortado el cordón umbilical, ha hecho que esta vivencia tenga una fuerza especial. ¿Cómo contemplar estas imágenes sin experimentar un sentimiento de reverencia? Y como aquí me quedo corta en mi capacidad de expresión, pido prestado el don de los poetas de transmitir en pocas palabras la fuerza de los conceptos y emociones, y hago mías estas estrofas del Salmo 139:13-14.

*“Porque tú formaste mis entrañas;
Me tejiste en el vientre de mi madre.
Te alabaré, porque formidables, maravillosas son tus obras”.*

Me interesa transmitir esta dimensión trascendente de nuestro trabajo, para aumentar especialmente entre los jóvenes la conciencia sobre el maravilloso proceso de la gestación humana y sobre la necesidad de recibir al hijo no sólo dentro de un nido biológico adecuado, sino dentro de una familia estable. Para que contribuya a sensibilizar a la sociedad sobre la necesidad de otorgar las condiciones para que cada ser humano alcance el máximo desarrollo de su potencial biológico, intelectual y espiritual. En relación al aborto provocado, estoy firmemente convencida de que la vida no es desechable, que esta comienza en el momento de la concepción, y que la vida de pareja enfrentada responsablemente permite evitar los embarazos no deseados. Creo además que son muy escasas las situaciones clínicas en que un embarazo pone en peligro vital a la madre y que frente a estos casos una sociedad que rechaza el aborto debe proporcionar los mejores cuidados médicos posibles a la madre y a su hijo. Por último, creo que las vallas que pasa un embrión para desarrollarse en el útero materno son tan exigentes, que eliminarlo atenta contra la selección natural de la especie.

En la actualidad el inmenso progreso científico y técnico en el área de la reproducción crea un espejismo, un falso concepto de omnipotencia frente a la generación de la vida humana, que nos impide captar su inmensa fragilidad, que abarca desde la biología molecular a la afectividad humana. Frente al explosivo progreso científico reaccionamos en formas opuestas, con “fundamentalismos excluyentes”, que cierran nuestros ojos a los nuevos avances o empujan las posibilidades de intervención más allá de todos sus límites. Sin duda las problemáticas relacionadas al

inicio y término de la vida son los mayores desafíos éticos que enfrenta no sólo la Medicina actual, sino toda la Sociedad. Frente a estos dilemas éticos hoy adquiere un profundo significado la alegoría del Génesis adaptada a la etapa en que la humanidad “hablaba como niño, pensaba como niño, razonaba como niño” (Corintios 1; 13) que contiene esta frase aparentemente tan dura “No comáis del árbol del conocimiento del bien y del mal a espaldas de la presencia de Dios” (Génesis 2;17). Hoy, cuando la ciencia “nos ha hecho hombres” y nos obliga a “dejar las cosas de niño”, esta alegoría nos plantea el desafío de aplicar el conocimiento adquirido con la razón con una conciencia recta, la que conforme a nuestras convicciones personales atribuiremos a la divinidad actuando sobre la frágil condición humana, o a la grandeza de la condición humana actuando en solitario. Me llenan de esperanza las afirmaciones hecha por Benedicto XVI mucho antes de asumir el Papado: “El progreso del pensamiento nos ayuda a comprender de nuevo la unidad interna de la Creación y la Evolución, de la fe y la razón, llamadas a purificarse mutuamente” (Discusión en Academia Católica de Baviera, Enero 2004).

Agradezco a todos los que me han acompañado en la ceremonia de incorporación a la Academia, y a aquellos que han leído estas líneas. No puedo terminar sin agradecer al grupo que constituye el núcleo estable de esta línea de investigación y que ha sido fundamental para generar los datos que les he presentado, y a tantos que han colaborado con nosotros a lo largo de estos 30 años, a mi padre que me mostró que hay que perseguir los sueños, sobreponerse a las dificultades y gozar de las pequeñas victorias, a mi familia que me permitió vivir la experiencia de la maternidad, el principal motor de este trabajo, y a las madres que me confiaron el cuidado de sus embarazos y que nos estimularon con su determinación y sacrificios.

Espero que desde el prestigio de la Academia, y en unión con todos sus miembros, pueda difundir estos conceptos. En estos momentos resuenan muy fuerte las palabras de Emily Dickinson que dicen:

*“If I can ease one life the aching,
Or cool one pain,
Or help a fainting robin into its nest again,
I have not lived in vain”.*

Collected Poems of Emily Dickinson. Libro 1, VI. Grammercy, 1988.

Quiero parafrasear estos versos y confesarles que si desde aquí logro defender una sola vida humana “no he venido en vano a la Academia”. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- "Urinary kallikrein and plasma renin activity in normal human pregnancy". Valdés G. Espinoza P. Moore R. Croxatto H.R. Hypertension 1981; 3 (Suppl. II) II-55.
- 2.- "The neurogenic response to 55 degree head-up tilt in normal pregnant women". Valdés G. Salas SP. Foradori A. Gormaz G. Croxatto H.R. Hypertension 1986;8 (Suppl 1): I 161-164.
- 3.-"Urinary vasodilator and vasoconstrictor angiotensins during menstrual cycle, pregnancy and lactation. Valdés G. Germain AM, Corthorn J. Berríos C. Foradori A.C, Brosnihan K.B. Endocrine 2001; 16:117-122.
- 4.- "Uterine kallikrein in the early pregnant rat". Valdés G, Corthorn J, Scicli G, Gaete V. Soto J. Ortiz M.E. Foradori A. Saed G.M. Biology of Reproduction 1993; 49:1-7.
- 5.- "Variations in uterine kallikrein during cycle and early pregnancy in the rat". Corthorn J. Valdés G. Biol Reprod 1994; 50:1261-1264.
- 6.- "Temporospatial changes of kallikrein-like enzymes during the estrous cycle and pregnancy in the rat uterus". Valdés G. Figueroa C.D. Corthorn J. Biol Reprod. 1996, 55: 236-245.
- 7.- Estrogen and luminal stimulation of rat uterine kallikrein". Corthorn J. Figueroa C. Valdés G. Biol Reprod 1997, 56: 1432-1438.
- 8.- "Temporospatial changes of kinin B2 receptors during the estrous cycle and pregnancy in the rat uterus". Figueroa C.D. Chacón C. Corthorn J. Ehrenfeld P. Müller-Esterl W. Valdés G. Biol Reprod 2001; 64:1590-1599.
- 9.- "The kallikrein-kinin system along the different stages of gestation: experimental and clinical findings". Valdés G. Corthorn J. Figueroa C.D. Biol Res 1998; 31: 234-241.
- 10.- "Tissue kallikrein in human placenta in early and late gestation". Valdés G. Chacón C. Corthorn J. Figueroa C.D. Germain A.M. Endocrine 2001; 14:197-204.
- 11.- "Tissue kallikrein and bradykinin B2 receptor in human uterus in luteal phase and in early gestation". Valdés G. Corthorn J. Chacón C. Figueroa C.D. Muller-Esterl W. Germain A.M. Endocrine 2001; 16:207-215.
- 12.- Downregulation of ACE2 in the uterus of RUPP pregnant rats. Brosnihan B. Neves L. A.A. Williams A. Joyner J. Valdés G. Corthorn J. Gallager P.E. Merrill D. Ferrario C. Hypertension Pregnancy 2004; 23(Supl.1):153(A)
- 13.-"Enhanced expression of Ang-(1-7) during pregnancy. Brosnihan K.B. Neves L.A, Anton L. Joyner J. Valdés G. Merrill D. Braz J Med Biol Res 2004; 37:1255-62.

- 14.- "Expression of angiotensin-(1-7) and converting enzyme 2 in placentas of normal and pathological pregnancies". Valdés G. Corthorn J. Neves L.A. Anton L. Joyner J. Valdés G. Merrill D. Brosnihan K.B. *Placenta* 2005, in press.
- 15.- "Evidence supporting a beneficial role for long-term L-arginine supplementation in high-risk pregnancies". Germain A.M. Valdés G. Romanik M.C. Reyes M.S. *Hypertension* 2004 May 10. Publicación electrónica.
- 16.- "Hipertensión pulmonar y embarazo: Consideraciones clínicas y fisiopatológicas". Valdés G. Matthei R. Fernández M.S. Corthorn J. Schacht C. Germain A.M. *Rev Med Chile* 2002; 130:201-208.
- 17.- "Management of Eisenmenger syndrome in pregnancy with sildenafil and L-arginine. Lacassie H.J. Germain A.M. Valdés G. Fernández M.S. Allamand F. López H. *Obstet Gynecol* 2004; 103:1118-20.

Tabla 1
 Resultado materno y perinatal del embarazo previo y del suplementado postconcepcionalmente con L-Arginina en 13 pacientes sin trombofilias

	Gestación Previa Suplementada L-Arg		p
Embarazos (n)	36	14	
RN vivo (%)	14	93	0.0001
Abortos o mortinatos (%)	86	7	0.0001
Preeclampsia severa (%)	22	0	0.05
Retardo crecimiento fetal (%)	17	21	N.S.

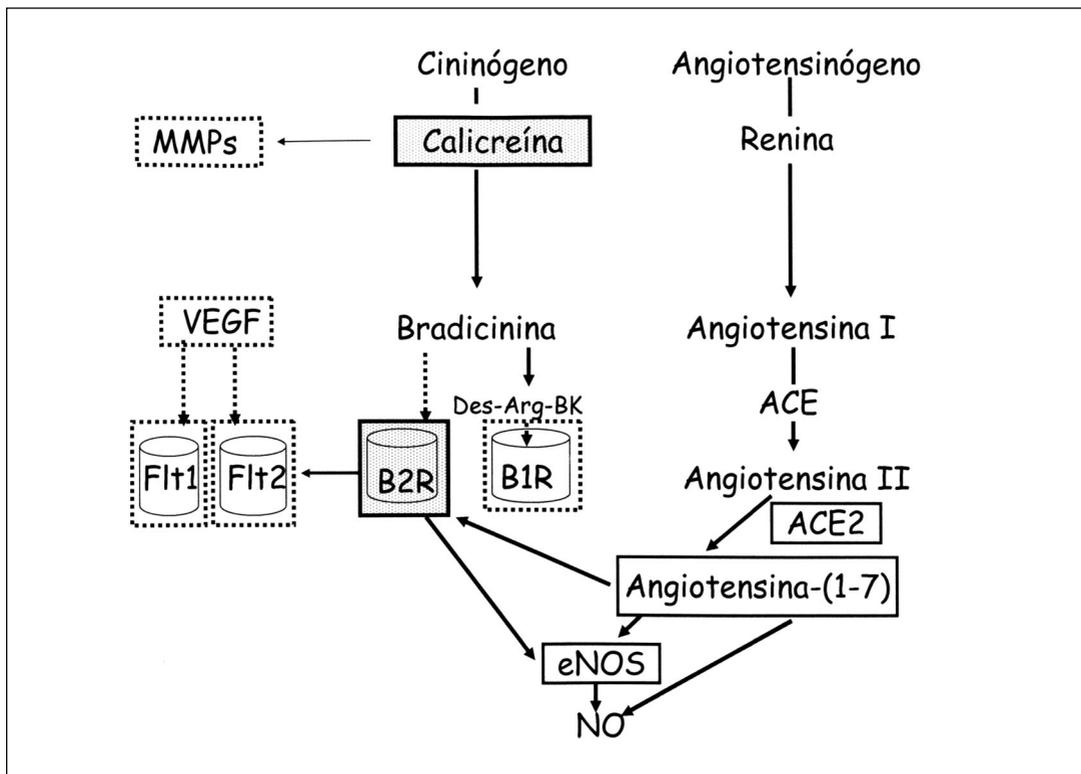


Figura 1: Sistemas vasodilatador caliceína-cinina, y vasoconstrictor renina-angiotensina, con sus factores interrelacionados que han sido objeto de nuestra investigación en diferentes etapas (en recuadros punteados, vacíos y de borde interrumpido lo evaluado en la etapa inicial, reciente y lo proyectado para los próximos 3 años respectivamente). MMP= Metaloproteinasas; VEGF= Factor de Crecimiento Endotelial; flt1 y flt2= Receptores de VEGF; B2 y B1R= Receptores de Bradicinina; ACE= Enzima de Conversión

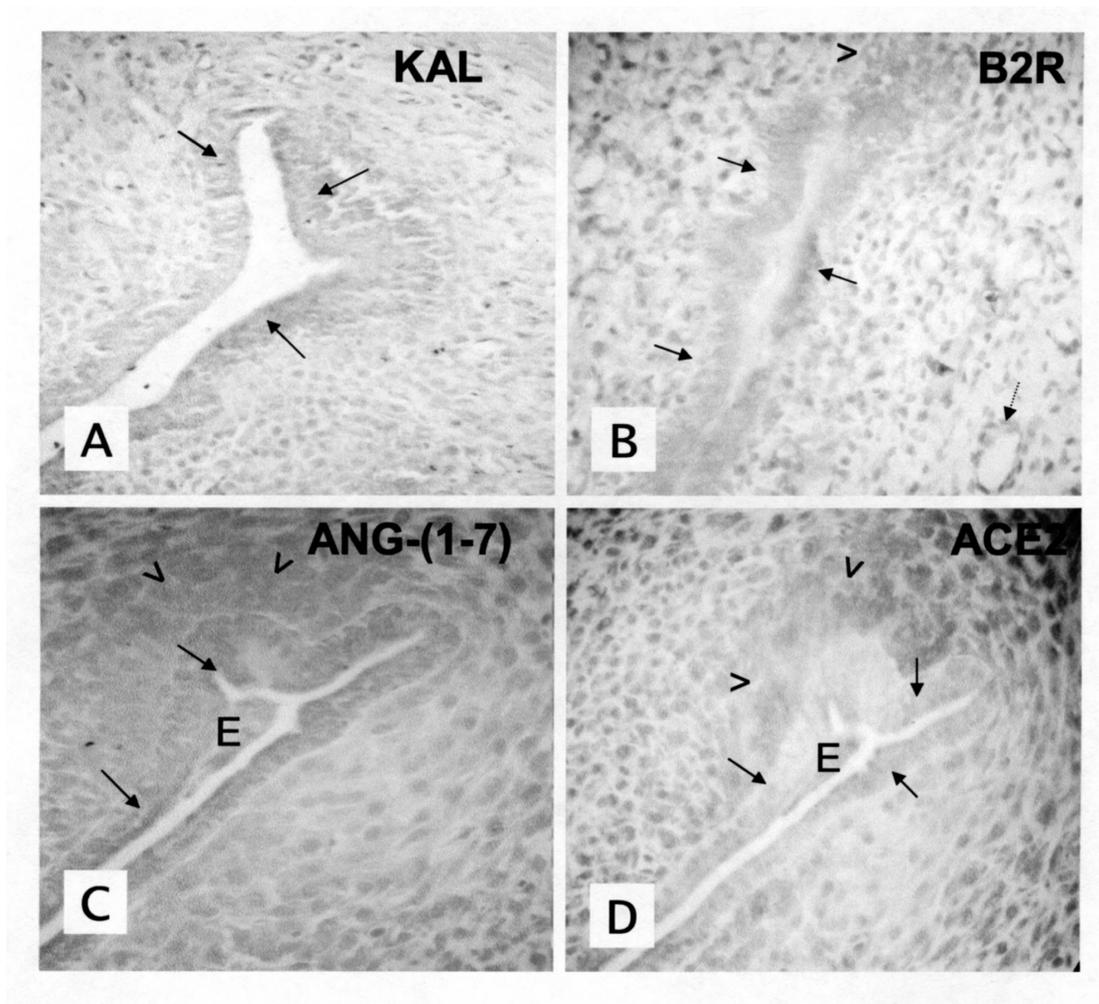


Figura 2: Expresión de calicreína (KAL), receptor 2 de bradicinina (B2R), angiotensina-(1-7) (ANG-(1-7)) y enzima de conversión 2 (ACE2) en A, B, C y D respectivamente en el sitio de implantación en la rata en día 7 de gestación. Las flechas señalan la tinción en el epitelio de la cámara de implantación, y las cabezas de flecha la tinción en las células deciduales.

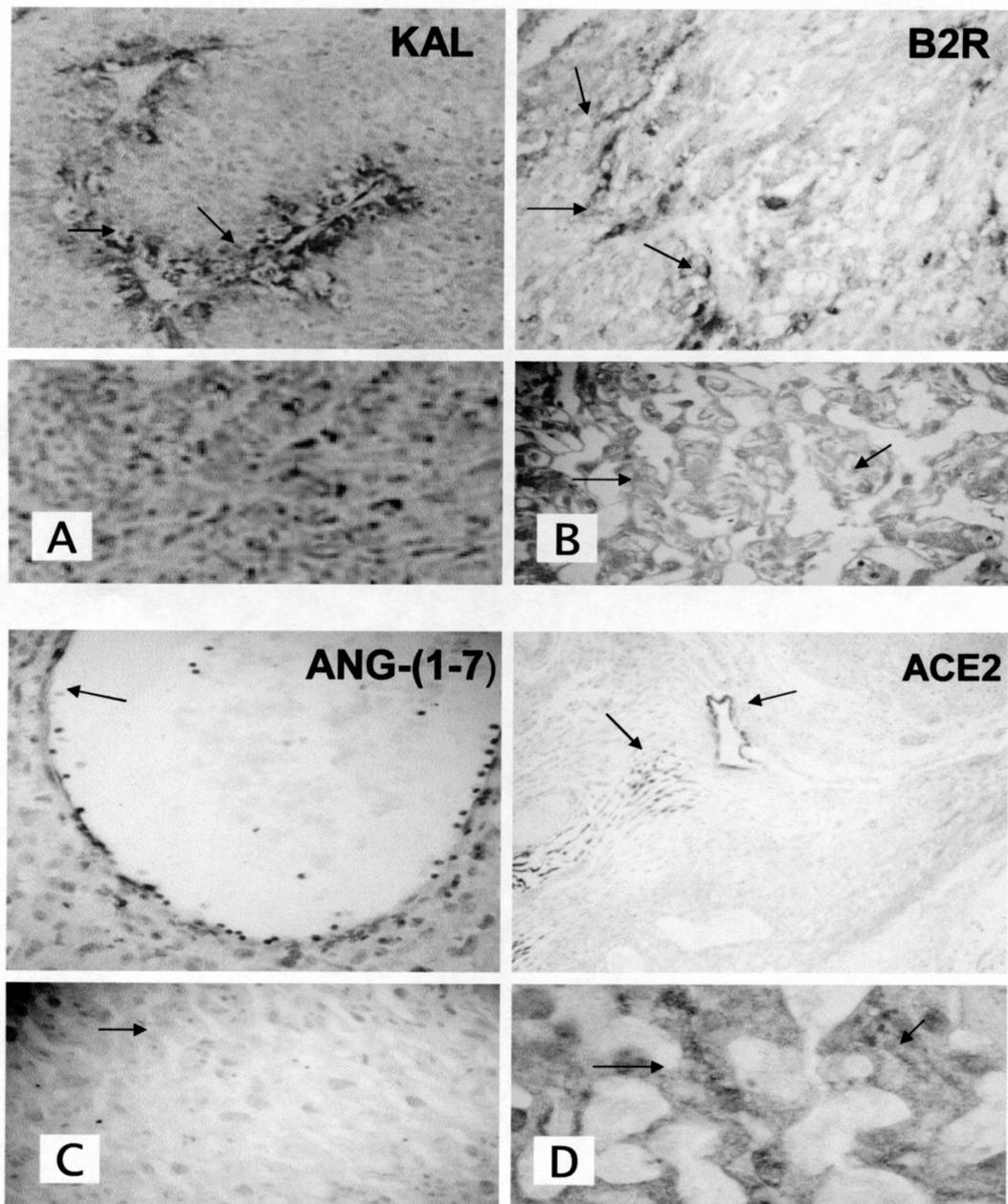


Figura 3: Expresión de caliceína (KAL), receptor 2 de bradicinina (B2R), angiotensina-(1-7) (ANG-(1-7)) y enzima de conversión 2 (ACE2) en A, B, C y D respectivamente, en la decidua subplacentaria y en la placenta en la rata en día 16 de gestación. Las flechas señalan la expresión en los sinusoides del lecho subplacentario, y en la zona laberíntica de la placenta.

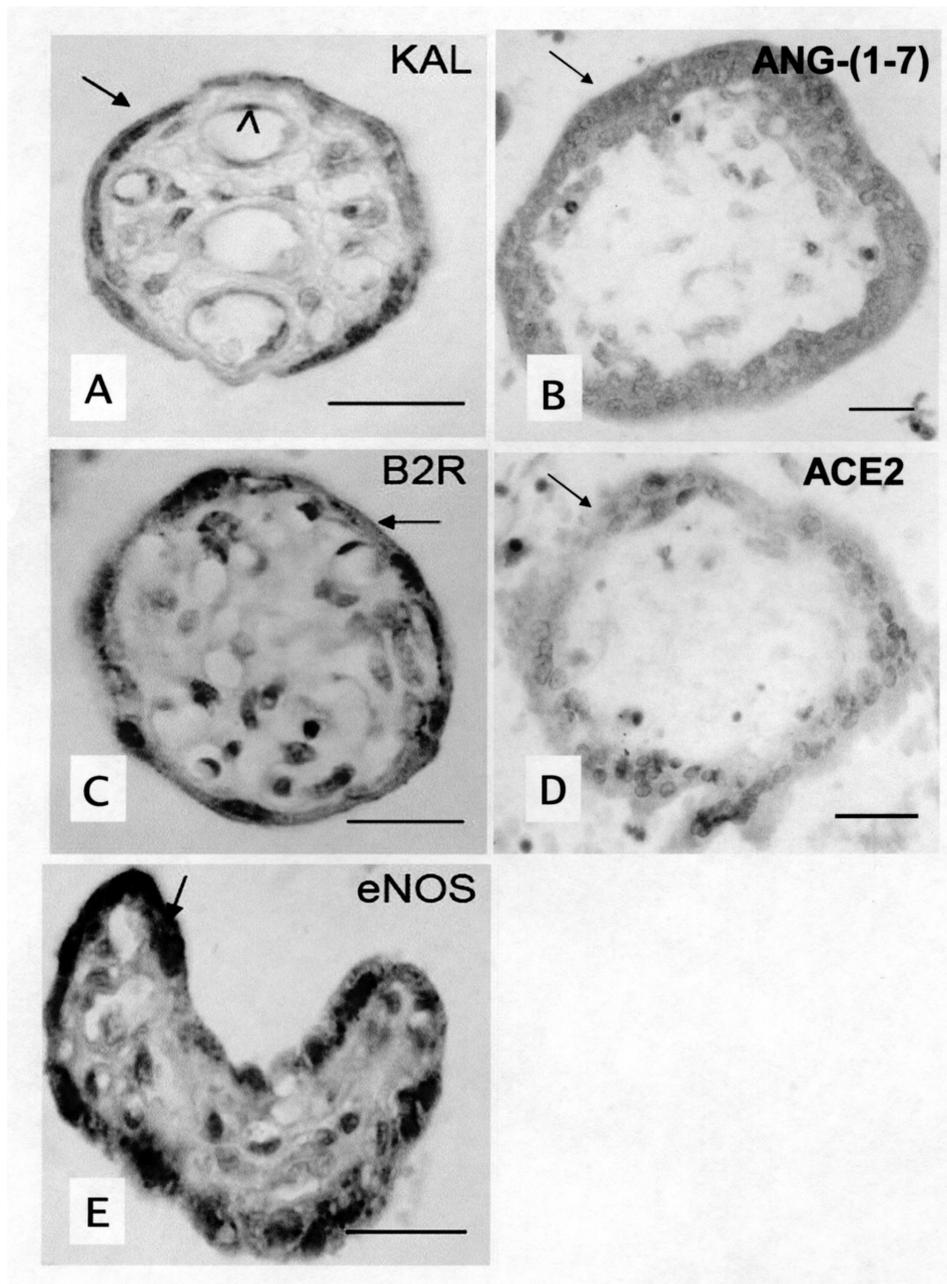


Figura 4: Expresión de calicreína (KAL), receptor 2 de bradicinina (B2R), angiotensina-(1-7) (ANG-(1-7)), enzima de conversión 2 (ACE2) y sintasa de óxido nítrico endotelial (eNOS) en el sinciotrofoblasto (flechas) y capilares fetales (cabezas de flechas) de vellosidades coriales de placentas de término de embarazos normales.

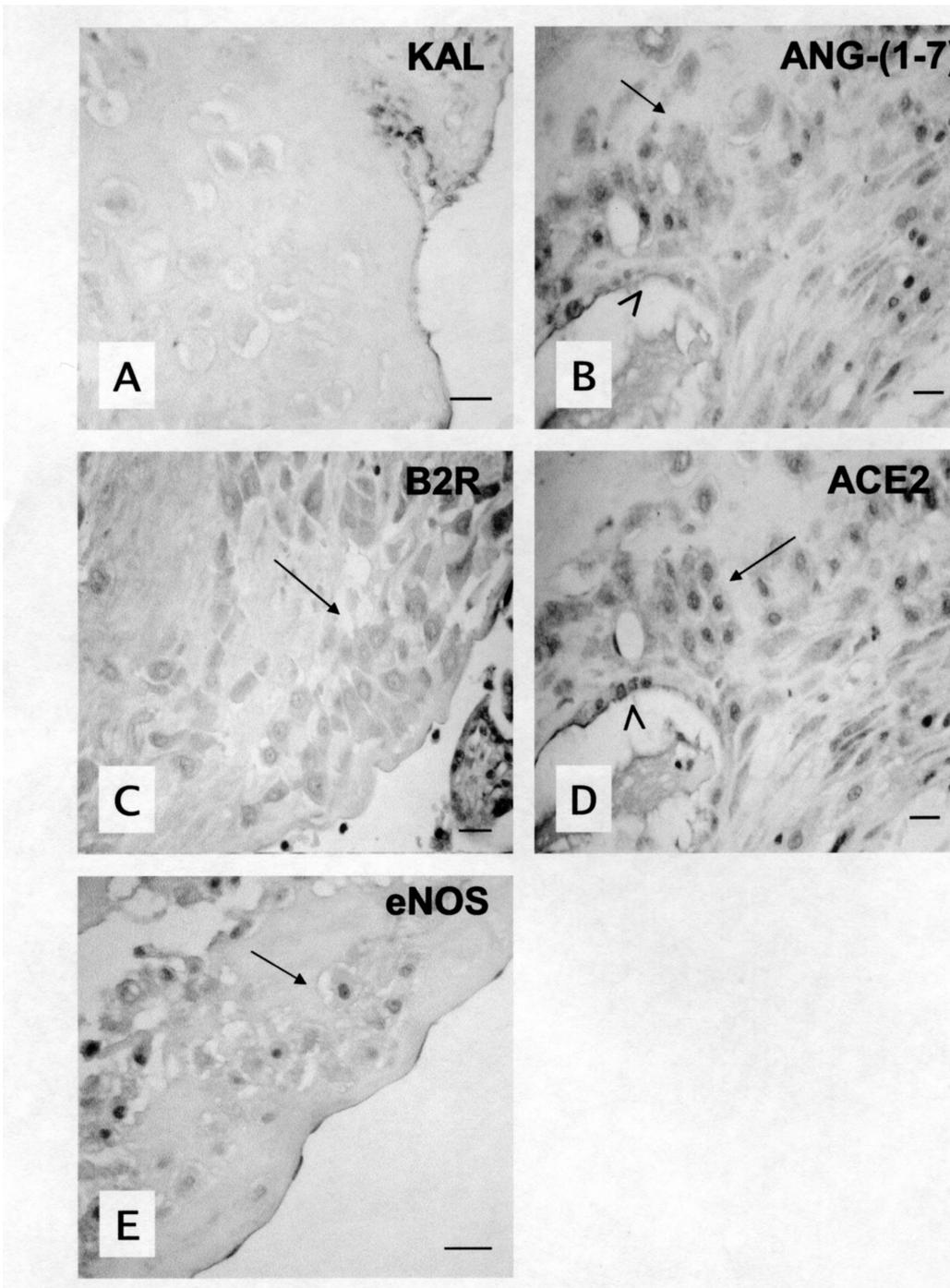


Figura 5: Expresión de caliceína (KAL), receptor 2 de bradicinina (B2R), angiotensina-(1-7) (ANG-(1-7)), enzima de conversión 2 (ACE2) y sintasa de óxido nítrico endotelial (eNOS) en el citotroblasto invasor de placas basales de placentas de término de embarazos normales.

DISCURSO DE RECEPCIÓN DE LA DRA. GLORIA VALDÉS COMO MIEMBRO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA¹

AC. VICENTE VALDIVIESO D.
Académico de Número

Sr. Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Sres. académicos, autoridades universitarias, amigos y amigas,

Para mí es un honor y un privilegio recibir a Gloria Valdés como Miembro de Número de nuestra Corporación. Junto con destacar sus grandes méritos, quiero recordar a quienes influyeron decisivamente en su desarrollo como persona, como médico y como investigadora.

Su padre, don Ismael Valdés Alfonso, con quien aparece en esta fotografía junto a su hermana Leticia, fue en muchos sentidos un hombre extraordinario. Educado en Inglaterra durante su adolescencia, viajó más tarde por su propia y aventurera iniciativa a la India, donde vivió 6 años. Conoció a Mahatma Ghandi, de quien fue discípulo. Profundamente marcado por las ideas de pacifismo, tolerancia y amor por los equilibrios de la Naturaleza, volvió a Chile y por muchos años hizo grandes esfuerzos para difundir sus ideales. Su famoso restaurante "Naturista" en Ahumada al costado del Banco de Chile, fue un sitio predilecto de encuentro para artistas e intelectuales. Dedicado a su causa, permaneció soltero hasta los 58 años: finalmente fue seducido por Teresa Stromilli, bella e inteligente, con la que se casó y tuvo 3 hijas. Gloria, la mayor de la familia, lo acompañó con cariño y devoción hasta su muerte. Ella heredó y cultivó durante su educación valiosas cualidades que destacaron en su personalidad desde el colegio: la independencia de sus juicios, el amor por la belleza en todas sus expresiones y una cierta rebeldía que todavía asoma de vez en cuando al defender con pasión alguna de sus causas predilectas. En esta fotografía recibe un premio en su colegio donde fue destacadísima alumna; en la siguiente aparece radiante, del brazo de don Ismael, con ocasión de su baile de graduación.

Titulada de Médico en 1967, Gloria obtuvo una beca de la Fundación Gildemeister para formarse en Nefrología básica y clínica bajo la dirección de su

¹ Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 19 de mayo de 2005.

tutor, el Dr. Salvador Vial. Se encontraron así dos fuertes personalidades que habitualmente –pero no siempre – compartieron las mismas ideas. Salvador exigía de sus alumnos de post-grado una dedicación total e indiferenciada a la Nefrología: lo cierto es que no le gustaba mucho que aparecieran especialidades en torno a una enfermedad determinada. Gloria, que se había entusiasmado precozmente con el problema de la hipertensión arterial, quería con razón profundizar en su tema y por años defendió arduosamente su posición. A pesar de esta diferencia de opinión se crearon entre ambos firmes lazos de cercanía y de afecto. Para Gloria, Salvador fue un ejemplo de dedicación a la vida universitaria y su familia un modelo de sobriedad y de práctica de las virtudes cristianas. Esta fotografía fue tomada en la ceremonia en la que Gloria recibió el Premio Colegio Médico de Chile al mejor alumno de su promoción: la acompañan su marido y el Dr. Vial.

En 1971 la familia Morán Valdés viajó a los Estados Unidos. Sergio y Gloria fueron becados por la Cleveland Clinic, donde permanecieron por dos años. Allí la Dra. Valdés estudió bajo la dirección de la Dra. Harriet Dustin, pionera de la investigación básica y clínica de la hipertensión arterial. La Dra. Dustin incorporó desde el comienzo a Gloria tanto a su laboratorio como al estudio y atención de sus pacientes. Establecieron una gran amistad que perduró por muchos años.

Harriet Dustin fue una notable exponente de la cultura de Nueva Inglaterra. Nacida en Vermont, estaba orgullosa de su origen. Siempre soltera, dedicó sus principales esfuerzos a la vida académica y en particular al estudio de la hipertensión arterial. Destacó por su liderazgo, su habilidad docente y sus grandes cualidades como investigadora, llegando a ser presidente de la American Heart Association. Poseía una vasta cultura en arte y humanidades, y tenía una insaciable curiosidad por temas generales como la religión y la política. Desde que la conoció, Gloria compartió sus múltiples inquietudes. Esta fotografía, la muestra en un parque cercano a la casa de la Dra. Dustin en Vermont.

En su paso por Cleveland Gloria profundizó muchos conceptos de prevención, diagnóstico precoz y manejo de la hipertensión. Más tarde éstos se han reflejado en los consensos y recomendaciones publicadas por ella en Chile en colaboración con distinguidos nefrólogos, entre los que cabe destacar al Dr. Emilio Rössler, actual presidente de la Sociedad Chilena de Hipertensión.

En la presentación que hemos escuchado, Gloria recordaba la admiración que despertó en ella desde su época de alumna el Profesor Héctor Croxatto y su mundo de los péptidos vasoactivos. De vuelta de los Estados Unidos, se vinculó estrechamente al Departamento de Fisiología de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Católica. Trabajando inicialmente con don Héctor y más tarde con la bioquímica Jenny Corthorn y la tecnóloga médica Cecilia Chacón y con el obstetra Alfredo Germain, abrió la línea de investigación en la que persiste hasta ahora y cuyos resultados nos acaba de resumir magistralmente. Sin duda que la influencia

del Dr. Croxatto y su escuela fue de considerable importancia para el desarrollo científico y académico de Gloria, cuya línea de investigación ha originado múltiples publicaciones internacionales y ha sido reconocida y premiada tanto en Chile como en el extranjero.

Es particularmente destacable que sus teorías hayan sido aplicadas con éxito en madres que habiendo sufrido el dolor y la frustración de la pérdida de múltiples embarazos, lograron tener partos normales gracias a su intervención. Estos resultados deben llenar de satisfacción a Gloria y su equipo de colaboradores. Como todos sabemos es poco común que una investigación básica logre en pocos años una promisoriosa aplicación clínica.

Gloria y Sergio tienen tres hijos: Sergio Ismael, Juan Pablo y José Francisco, con quienes aparecen en esta fotografía en los templos de Chichén-Itza'. Como muchos de los presentes hemos observado, el desarrollo de la mujer en el campo de la Medicina y de la vida académica ha sido una de las preocupaciones recurrentes en la vida de Gloria. Al decir de hoy, ella defiende enérgicamente las justas prerrogativas de su género. Pero todos también sabemos las dificultades que se le presentan a la mujer para hacer compatible su carrera con las necesidades de su familia. Según un testimonio indiscutible que recientemente he recogido, Gloria supo enfrentar equilibradamente ambas tareas con mucho sacrificio, ingenio y generosa entrega. Cumplida en lo principal la tarea familiar, ella ha continuado con renovado entusiasmo con sus proyectos académicos, enriquecidos con todas las experiencias que he relatado en esta presentación.

Felicito calurosamente a la Dra. Gloria Valdés por su exitosa carrera y estoy seguro que su aporte será de gran valor para nuestra Academia de Medicina que hoy se honra al recibirla. ■

MEDICINA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN¹

DR. PABLO CASANEGRA P.
Académico de Número

Mis primeras palabras son para agradecer a los miembros de Número de la Academia de Medicina, que me eligieron Miembro de la Corporación en el sillón N° 22 el cual perteneció al Dr. Svante Törnvall Strömsten. Hoy se oficializa mi incorporación, que acepto con alegría y humildad y con el firme propósito de contribuir al trabajo y desarrollo de la Academia.

Es un honor para mí suceder al Dr. Svante Törnvall, distinguido médico nacido en Coquimbo, quien recibió el título de Médico Cirujano en 1940 en la Universidad de Chile. Su personalidad apacible contrastaba con la actividad y energía que tenía para enfrentar una vida llena de realizaciones. Su formación de cirujano general con especialización en cirugía torácica y cardíaca la obtuvo en Chile, Argentina, Suecia, Dinamarca, Inglaterra y Estados Unidos.

En 1967 fue nombrado Profesor Titular del Departamento de Cirugía de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile, sede Valparaíso.

El Profesor Törnvall fue decisivo participante en la creación y autonomía de la Escuela de Medicina de Valparaíso.

Su actividad quirúrgica abarcó desde la cirugía abdominal en sus diversos aspectos, cirugía de los grandes vasos, cirugía de cardiopatías congénitas y adquiridas en el adulto, con diferentes técnicas operatorias. Fue pionero en Chile en cirugía de la válvula mitral y realizó grandes aportes -por su gran experiencia- en cirugía pulmonar en sus diferentes patologías infecciosas, tumorales y de malformaciones.

En Valparaíso en el año 1950, bajo la dirección del distinguido cardiólogo Dr. Jorge Alwayay, organizó en el Hospital Carlos Van Buren la Unidad Cardiovascular,

¹ Discurso de Incorporación a la Academia de Medicina como Miembro de Número, pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 21 de julio de 2005.

pionera en Chile, donde se realizaron las primeras operaciones sobre valvulopatías adquiridas y revascularización cardíaca.

Fue autor y coautor de numerosas publicaciones nacionales e internacionales, que prestigiaron el nivel de la Medicina chilena, Presidente de la Sociedad Médica de Valparaíso durante dos períodos y Socio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, Fellow del American College of Chest Physicians. En 1971 presidió el capítulo Chileno del American College of Surgeons.

Recibió numerosos premios y distinciones a lo largo de su fructífera carrera. En 1983 la Sociedad de Cirujanos de Chile le otorgó su distinción máxima al designarlo Maestro de la Cirugía Chilena. En 1984 fue electo por la Academia de Medicina para ocupar el Sillón N° 22. Su sensible fallecimiento en marzo del 2004 ha sido una gran pérdida para la comunidad científica chilena.

Agradezco la presencia en esta Sesión Pública y Solemne a los distinguidos profesores que contribuyeron a mi formación, mis compañeros de trabajo en la Pontificia Universidad Católica de Chile, mi familia, compañeros de colegio y de todos los amigos y público que asisten a esta ceremonia.

La decisión de exponer en mi discurso de Incorporación el Tema “Medicina y Medios de Comunicación” podrá sorprender a muchos de los presentes. Es probable que la mayoría esperaba una conferencia relacionada a la Cardiología, que ha sido mi actividad principal en la Universidad y en la atención de pacientes con afecciones cardiovasculares.

El tema escogido es muy amplio, novedoso, de crecimiento explosivo, polémico, con aspectos éticos en permanente discusión, con gran influencia en la educación de la población y con creciente repercusión en el costo de la salud.

Para entrar en materia y estimular a esta audiencia presento a ustedes esta publicación del 18/7/2005 (DIAP N° 1) de la revista Business Week, cuyo título es “¿Vale la Pena la Cirugía Cardíaca?”. Los autores presentan en 6 páginas numerosos argumentos críticos sobre la real necesidad de cirugía coronaria o angioplastia. Esta revista orientada a estudios económicos expone serias dudas sobre un complejo tema que podría desorientar a la población. Tengo la seguridad que este artículo será leído por muchos pacientes que consultarán alarmados por los datos allí presentados (DIAP (N°2 - N°3).

El eje de mi exposición es una breve reseña histórica de la comunicación entre medicina y la sociedad, seguida de un análisis del estado actual de la medicina en Televisión, Prensa Escrita, Internet y Radio.

El primer acto médico, que ocurrió en la prehistoria, fue consecuencia de la compasión, cuando un ser humano vio que su compañero sufría de una enfermedad, por un accidente, o por la agresión de humanos o animales.

Con el paso de los siglos, gracias a una armónica mezcla de observación, raciocinio, pensamiento mágico y sentido común, apareció el hombre que cura, el médico, que alivia los males de la humanidad doliente.

Inicialmente la información pasó de uno a otro médico, del maestro al alumno, de viva voz o por medio de la escritura. Los libros escritos por los hipocráticos en Occidente y por Hyang Ti y Fu Ksi en el Oriente dan testimonio del permanente deseo de los médicos de entender la enfermedad, descubrir la forma de curarla y transmitir su experiencia a los demás. Bibliotecas enteras en todas las culturas y lenguas guardan esta información recopilada a través de los siglos.

La información médica, sin embargo, no circuló libremente, estuvo limitada a los pares, sin acceso de estos conocimientos a la población general. Como excepciones que confirman la regla, desde el siglo XIII hubo quienes escribieron textos en lenguas vernáculas, que describían enfermedades y remedios, para ser leídos y usados por quienes no sabían latín ni tenían acceso a la educación médica.

Paracelso, médico, alquimista y filósofo alemán, fue nombrado profesor de la Escuela de Medicina en Basilea alrededor de 1527. Dictaba sus clases en alemán y no en latín, idioma de los cultos, porque deseaba que los conocimientos médicos fueran para el pueblo y no solo para algunos privilegiados. Castigado por su rebeldía, fue expulsado de la Escuela de Medicina y debió comenzar una vida errante, de pueblo en pueblo. Es un ejemplo histórico de las dificultades de transmitir información médica a la comunidad.

La aparición de prensa escrita, diarios y revistas, permitió que por primera vez el hombre común tuviera acceso a algunos aspectos de la ciencia médica, información que aumentó explosivamente en la segunda mitad del siglo XX.

En el siglo pasado se revolucionaron las comunicaciones irrumpiendo la radio, televisión e Internet, estableciéndose un lazo cada vez más estrecho entre las ciencias -en este caso la Medicina- y el público general.

La presencia creciente de aspectos relacionados a la Medicina es fácil de apreciar en la Televisión. Basta efectuar un zapping a cualquier hora del día para observar numerosos programas médicos en Health Channel, Consulta Médica en CNN, series médicas como Emergency Room, Chicago Hope, Rescate 911 y otros programas médicos en diversos canales de televisión abierta en nuestro país.

Es indudable que la televisión abierta cumple un rol social importante al dar entretenimiento, información y educación a la comunidad y es un excelente instrumento para efectuar campañas de prevención en salud (cólera, Sida, afecciones cardiovasculares) y para promover cambios de hábitos en la población.

Sin embargo los programas científicos con participación real de médicos, pacientes y sus familiares debieran cumplir algunos principios para ser aceptables desde el punto de vista ético.

- El paciente y sus familiares deben otorgar consentimiento informado previo a su participación en dichos programas. Asimismo los pacientes y su familia tienen el derecho a revocar su consentimiento previo a la salida al aire de un programa.
- El asentimiento a participar no debe significar beneficio económico o de cualquier otra índole para los pacientes.
- Tanto el equipo médico involucrado en los programas como su Institución no deben recibir estímulo económico relacionado a esta actividad.
- Es esencial que los equipos técnicos involucrados velen para que jamás se ofenda directa o indirectamente la dignidad de algún paciente o de sus familias.

Soy un convencido de que una adecuada información médica a nuestra población, tanto en aspectos de prevención como curativos y de los progresos técnicos de la medicina puede cumplir un rol invaluable para el desarrollo del país.

Es importante demostrar lo fundamental que es una adecuada y fluida relación médico paciente y presentar tanto los éxitos como los fracasos, así como el costo creciente de la medicina de alta complejidad.

El mayor y mejor conocimiento de todos los aspectos involucrados en nuestros actos médicos, así como equipos médicos que expliquen claramente los beneficios y riesgos de nuestras acciones probablemente traerá como consecuencia una disminución del elevado número de demandas legales, que se producen en la actualidad a nivel mundial contra médicos y hospitales.

La prensa escrita contribuye crecientemente al conocimiento que tienen los chilenos sobre aspectos médicos de interés. Sus servicios de información nacional e internacional son rápidos y eficientes, publicando datos que sólo aparecen tiempo después en la prensa médica especializada. Con satisfacción veo en los principales periódicos del país un aumento en cantidad y calidad de información biomédica. Con frecuencia creciente los pacientes preguntan a los médicos acerca de nuevos medicamentos o procedimientos, sorprendiendo a veces al tratante. Los medios obligan en cierta forma y a su manera a la formación continua de nuestros colegas.

Otro aspecto muy relevante es la presencia de la Industria Farmacéutica en la prensa escrita y Televisión. En los últimos años hemos visto cómo esta Industria promociona directamente al público o con participación de algunos médicos, el uso de determinados medicamentos. Este tipo de actividad cuenta con mi reserva personal. En un país donde la automedicación es muy frecuente y la conciencia de riesgo de esta actividad es baja, estimo que no es adecuado estimular dicha actitud.

En el último tiempo asistimos a una promoción exagerada de algunos medicamentos (estatinas y antiinflamatorios), que posteriormente debieron ser retirados del mercado por graves complicaciones observadas con su uso. Las compañías farmacéuticas involucradas tienen en este momento importantes demandas en su contra. Una publicidad directa de medicamentos me parece inconveniente y poco prudente. En Estados Unidos se está redactando un Reglamento que prohíbe la Publicidad abierta de medicamentos nuevos antes de 1 ó 2 años de uso clínico masivo. Aplaudo esta determinación.

También me parece necesario que los medios de información ejerzan una especial prudencia frente a entrevistas médicas que promocionan medicamentos o procedimientos terapéuticos presentados como nuevos o pioneros en el país. Es aconsejable que los medios contrasten la información con otros grupos de trabajo o con la experiencia internacional.

Hasta este momento en mi intervención he excluido todo comentario sobre los profesionales que hacen posible la comunicación tanto en televisión como en la prensa escrita. Me refiero a los Periodistas. Estos son el vaso comunicante esencial entre la Medicina y su difusión al público.

Cada año el volumen de información biomédica aumenta en paralelo con su complejidad.

La responsabilidad de los Periodistas es enorme pues deben traducir lo complejo y extenso a palabras simples y resumidas, comprensibles para el público general. Estimo que las Universidades debieran reforzar su enseñanza de Periodismo científico y abrir más programas de Magíster y Doctorado en la especialidad de Periodismo Científico.

Es un trabajo difícil. Fui testigo de los comienzos de Hernán Olguín y el número de años que trabajó para convertirse en experto en la materia. Su aporte a la difusión de la medicina y al desarrollo del periodismo científico en nuestro País aún perdura.

Cada vez es más frecuente, aunque todavía no son mayoría, que algunos de mis pacientes me consulten previo paso por Internet. Algunos se presentan con un fajo de papeles fruto de su búsqueda de la salud a través del ciberespacio. Otros son más discretos y guardan la información en su memoria.

Esta posibilidad de obtener información en Internet es casi ilimitada, con fácil acceso a revistas médicas o centros hospitalarios, lo que no garantiza que la información sea veraz o que sea aplicable al caso individual del paciente. Nuestros pacientes, con tantos medios de información a su disposición constituyen un nuevo desafío para el trabajo de los médicos. Mi posición personal es que debemos

procurar aclarar el máximo de dudas del paciente y discutir ampliamente las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles en nuestro país.

Además de los medios presentados previamente participan en la información médica al público la Radio y la Cinematografía clásica. En la radio existen programas médicos con entrevistas a diversos especialistas y frecuentemente colabora en campañas de prevención de alcance nacional.

El interés del público en asuntos médicos ha motivado la realización de numerosas películas que tienen su eje central en diversas afecciones (cáncer, SIDA, infartos cardíacos, invalidez de origen neurológico) e incluso polémicas obras relacionadas a la práctica de la eutanasia. Estos nuevos temas representan las dudas de nuestra sociedad sobre realidades de la mayor complejidad ética y social, muchas veces en ausencia de orientaciones claras que permitan enfrentarlas, constituyendo este un desafío, en particular para las instituciones universitarias.

A estas alturas de mi presentación ustedes pensarán que existe un exceso de información médica accesible a nuestra población. Francamente pienso que no es excesiva la información, pero debiera orientarse con algunos principios generales que considero indispensables.

- Debe ser veraz puesto que la verdad ennoblece al hombre y a la ciencia,
- Debe respetar la dignidad de los pacientes y sus familias,
- Debe ser clara, precisa y pedagógica, de tal manera de llegar con facilidad a todos los estratos de la población,
- La información médica de los artículos periodísticos o programas de TV deben ser de responsabilidad de los médicos que participan en ellos, sin que sea delegable a los medios de comunicación.
- Es deber de las Universidades, Academia de Medicina, Colegio Médico y Sociedades Científicas el generar un ambiente de intercambio de ideas que permita encauzar la gran cantidad de información médica disponible para beneficio de nuestra población.

En países más avanzados que el nuestro la medicina ocupa más tiempo en televisión y en los medios de comunicación escrita. Lo que sucede en el mundo desarrollado ineludiblemente llegará a nuestro país. Está en nuestras manos el cautelar su desarrollo, con espíritu crítico pero educativo, que estimule una mejor calidad de vida de nuestra población y que sea un factor de progreso para nuestra sociedad.

Nuevamente agradezco de todo corazón mi nombramiento y me despido de ustedes con un simbólico abrazo.

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL DR. PABLO CASANEGRA PRNJAT COMO MIEMBRO DE NÚMERO A LA ACADEMIA DE MEDICINA¹

DR. FLAVIO NERVI
Académico de Número

Es motivo de alegría y mucha honra para mí recibir del Dr. Pablo Casanegra Prnjat el encargo de dar este discurso de recepción como nuevo Miembro de Número de esta Academia en esta solemne ceremonia de incorporación. Con alegría y honra porque he admirado y compartido la carrera universitaria y profesional de Pablo Casanegra, primero como alumno, luego como colega en nuestra Facultad de Medicina a lo largo de más de 35 años.

Su carrera profesional se inicia en 1951 cuando ingresa a la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, de donde egresa obteniendo el Premio Colegio Médico al mejor alumno de su promoción.

En 1961 obtiene por concurso una beca Rockefeller para perfeccionarse en cardiología en Harvard, Tulane y Cornell.

De regreso, tres años después, a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, lleno de entusiasmo y tenacidad impulsa la creación de una de las primeras unidades coronarias del país de acuerdo a estándares internacionales de la época.

Introduce en nuestro medio la cardioversión eléctrica para el tratamiento de las arritmias y posteriormente, la coronariografía selectiva para el diagnóstico y luego el tratamiento de la cardiopatía isquémica. Esta será el área que acaparará su mayor interés clínico, con participación en numerosas publicaciones de su especialidad.

La creación y liderazgo del primer departamento académico médico–quirúrgico de enfermedades cardiovasculares, es quizás uno de los logros más notables y fructíferos de su carrera profesional. El impacto de éste ha trascendido nuestras

¹ Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 21 de julio de 2005.

fronteras, a juzgar por los numerosos pacientes extranjeros atendidos en su Departamento, así como también por la formación de cardiólogos de diversos países de nuestro continente.

A una edad temprana, Pablo Casanegra es reconocido como profesor titular.

Si tuviera que escoger la característica más distintiva del Académico Pablo Casanegra es su condición de clínico excepcional. Testimonio de ello somos sus colegas y sobre todo sus pacientes. El reconocimiento profesional del Dr. Casanegra ha alcanzado los niveles más destacados en nuestro país, al ser nombrado hace algunos años, maestro de la cardiología chilena. No menos relevantes han sido sus múltiples actividades de extensión dirigidas al desarrollo de la cardiología médico-quirúrgica, sensibilización de la población para la prevención de la enfermedad coronaria a través de los medios de comunicación, haciendo posible también el acceso de niños con cardiopatías congénitas de escasos y recursos provenientes del sistema público a terapias eficaces modernas en su Departamento.

Además de los honores y distinciones recibidos por el Dr. Casanegra, la ceremonia de hoy tiene especial relevancia por su prestigio singular. Sin embargo, no puedo dejar de destacar además, que para Pablo Casanegra el reconocimiento más hermoso que ha recibido a lo largo de su vida ha sido generalmente desconocido por el ámbito público y académico, pues este regalo ha sido de carácter espiritual, el cual suele pasar en consecuencia muchas veces desapercibido. Me refiero a las múltiples expresiones de sincera gratitud de sus numerosos pacientes y familiares.

Este reconocimiento, así me lo ha manifestado muchas veces con emoción en torno a una taza de café, corresponde a la retribución más importante de su vida, igualada sólo por el amor proveniente de su familia.

No abundaré en los meritos objetivos que acreditan su elección como miembro de esta distinguida academia, pero me permitiré en esta presentación, destacar algunos episodios biográficos, más íntimos quizás, pero que representan hitos decisivos de la historia del Dr. Casanegra. Son estos hitos los que contribuyen a la concreción de su fructífera carrera y a la formación de su atractiva personalidad. Me referiré a ello en una síntesis breve:

Las raíces – La Familia – La Universidad:

El Dr. Pablo Casanegra Prjat nació en Santiago el 19 de marzo de 1934.

En esta antigua fotografía vemos a Tomás Casanegra y a Elena Prjat, padres de Pablo, durante los duros años de la recesión que tan fuertemente golpeó a Europa en las primeras décadas del siglo pasado.

Tomás y Elena emigraron a Chile desde Montenegro, parte de la antigua Yugoslavia, tierra desgarrada y muy sufrida, en busca de un futuro mejor para su familia, donde pudieron construir su hogar, estando siempre profundamente agradecidos de esta tierra abierta y generosa con los extranjeros.

De su condición de hijo de inmigrantes, Pablo siempre se ha sentido orgulloso. Reconoce en sus ancestros el amor por su independencia y su cultura enraizada en la familia.

Feroces defensores de su origen cristiano-ortodoxo, los montenegrinos fueron una valerosa y eficaz contención de la expansión del imperio Otomano en Europa a lo largo de casi 5 siglos de luchas sin cuartel.

Con su peculiar parquedad y sutil ironía, más de alguna vez me hizo notar que los montenegrinos son, además de fieros y leales a sus raíces, hombres y mujeres, comúnmente de contextura tan alta como la de él, a diferencia de los italianos.

Así lo podía constatar fácilmente yo siendo de origen italiano, si veía la notable estatura de la última Reina de Italia, Elena, nacida en Montenegro, como ven en esta fotografía de 1910. Ella fue esposa del rey de Italia Víctor Manuel III, como ven bastante más bajo que esta notable reina, la cual se destacó por su valeroso e incondicional servicio en favor de los incontables heridos que volvían del frente de batalla durante la sangrienta primera guerra mundial.

Los padres de Pablo, nacieron en esta hermosa región Montenegrina de Herzeg Novi (o Castillo Nuevo) en el Adriático Oriental, en la antigua Dalmacia del imperio romano. Su bahía natural de *Boka Kotorska*, como se muestra en esta diapositiva, es considerada una de las más hermosas del mundo, y con razón el Dr. Casanegra se desplaza a esas regiones con especial agrado.

Es allí donde vivencia y rememora con mayor intensidad su profunda gratitud, respeto y orgullo hacia sus ancestros, su cultura y sus tradiciones.

En esta foto de 1950, vemos al joven Casanegra, de 16 años, expresándose en sus ramos escolares favoritos: la gimnasia y el atletismo, donde su fenotipo y particular tesón lo hacen destacarse, no así en su rendimiento académico que fue más bien discreto.

Su vida escolar fue de hecho bastante azarosa y difícil tanto para él como para su familia, muy propia de un adolescente inquieto y de fuerte personalidad.

Finalizado el colegio, fiel a su natural porfía decidió estudiar sólo medicina o nada, en una época en que en Santiago sólo había una escuela de medicina de prestigio, la de la Universidad de Chile, a la que se ingresaba con un alto promedio

de notas y buen bachillerato, lo que ciertamente no había sido un logro del joven Casanegra.

Decidió entonces, en 1951, presentarse a la Universidad Católica, naciente Escuela de Medicina que solo admitía 25 alumnos. Ingresó a ella gracias a un muy buen examen de admisión, donde predominaban entonces las preguntas de cultura general.

Durante sus estudios médicos sufrió la pérdida de su padre, hecho que produjo un cambio radical en su visión del mundo y lo que se esperaba de él.

Llamado por su madre Elena, ésta le comunicó que en su calidad de hombre mayor de la familia debía asumir, de acuerdo a las tradiciones familiares, el rol de jefe de la casa. Durante este difícil período recuerda con especial gratitud la amorosa e incondicional dedicación de su hermana Milka, quien con su trabajo le dio el apoyo económico necesario para poder terminar sus estudios universitarios, lo cual hizo de manera brillante.

LA FAMILIA

En esta fotografía vemos a Pablo Casanegra en sus 30, embelesado y cautivado por una hermosa joven, Paulina Rodríguez. Ella le robó para siempre el corazón, a un Pablo Casanegra prometedor cardiólogo, que, por esos años, parecía querer prolongar indefinidamente su soltería.

Ambos construyeron una familia feliz, la cual ha sido desde sus inicios el pilar de apoyo fundamental que contribuyó decisivamente a la carrera de nuestro Académico.

Pronto llegaron los frutos del amor de Pablo y Paulina: primero Alejandra, después Juan Pablo, aquí en esta fotografía en brazos de su tía Milka.

Pasaron velozmente los años, y vemos ahora a la familia Casanegra creciendo con la llegada de las primeras dos nietas, la gran alegría y orgullo del abuelo Casanegra del 2000.

LA UNIVERSIDAD

El Dr. Pablo Casanegra ha sido un ejemplo de lealtad y servicio incondicional a la institución que lo cobijó durante su carrera, la Pontificia Universidad Católica de Chile. La Institución, por su parte, le ofreció un bien espiritual que no es frecuente de encontrar en nuestro medio, me refiero a la libertad en un muy amplio

sentido. Esta condición indispensable para la expresión de la creatividad, fue decisiva, junto al convencimiento personal de que un proyecto de desarrollo como el soñado en los años setenta, sólo era posible si se contaba desde un comienzo con un grupo de médicos cohesionado, compartiendo una visión común y de óptima formación.

Además de seguir su ideal académico, el Dr. Casanegra sirvió a su institución con generosidad en diversas labores administrativas, destacando entre ellas dos períodos como Decano.

En esta fotografía de 1988 vemos al Departamento de Enfermedades Cardiovasculares en su plena madurez. El liderazgo indiscutible del Dr. Casanegra, poseedor de una clara visión progresista y abierta a los cambios propios del desarrollo científico y tecnológico, consiguió ir conformando un sólido grupo de internistas, cirujanos y anestesiólogos. Estos médicos trabajando en equipo han compartido un ideal común: lograr la mejor atención posible de los enfermos, siguiendo los patrones de excelencia más exigentes, internacionalmente aceptados.

Han sido estos médicos como grupo la piedra angular del sólido prestigio profesional y académico alcanzado por la cardiología de la Universidad Católica.

Señoras y señores: este ha sido un breve esbozo biográfico del nuevo Académico de Número Dr. Pablo Casanegra Prjat. Nuestra corporación se enorgullece de recibirlo y espera que su activa participación desde su seno, continúe contribuyendo al desarrollo de la medicina chilena. ■

DEL CASO CLÍNICO AL METAANÁLISIS: EVOLUCIÓN DE LA EPISTEMOLOGÍA MÉDICA¹

DR. JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES
Académico de Número

SALUTACIÓN

Señor Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Dr. Alejandro Goic;

Señora Secretaria de la Academia, Dra. Silvia Segovia; Señor Tesorero de la Academia, Dr. Rodolfo Armas; Señora Académica Dra. Gloria López;

Señores Académicos, Decanos, autoridades universitarias, alumnos antiguos y actuales, familiares y amigos:

Hondamente emocionado agradezco el alto honor que la Academia de Medicina del Instituto de Chile ha tenido a bien dispensarme. La vida del que se ha dedicado a la actividad universitaria y profesional tiene sus altos y sus bajos: este honor que hoy ustedes, como máximos exponentes de la medicina chilena, generosamente me otorgan, constituye un punto alto que sobrepasa con creces los pequeños obstáculos que haya podido encontrar a lo largo de mi carrera, a la vez que representa para mí un estimulante reconocimiento de mi modesta actividad en la universidad, en la Sociedad Chilena de Endocrinología y en nuestra más que centenaria Sociedad Médica de Santiago, a las que dedico, con mucho cariño, esta incorporación.

¹ Discurso de Incorporación a la Academia de Medicina como Miembro de Número, pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 13 de octubre de 2005.

I. INTRODUCCIÓN

¿Existen enfermos o enfermedades?

Esta pregunta, que tiene miles de años de antigüedad, no tiene todavía una respuesta que sea para todos satisfactoria y permanente. Las épocas históricas, las perspectivas filosóficas, la han ido enfocando de una u otra manera.

Lo que quiero decirles hoy tiene que ver con esta pregunta, pero mirada más desde mi actividad cotidiana, la clínica médica, que desde un punto de vista filosófico, ni siquiera antropológico, disciplinas en las que carezco de competencia.

A lo largo de mi vida como médico he visto un cambio importante en la forma en que los médicos aprendemos. Mis profesores me enseñaban basados en su experiencia, citaban casos clínicos que consideraban interesantes y didácticos, los presentaban en reuniones clínicas, y luego publicaban los casos mejores.

Casos clínicos. Hombres y mujeres enfermos. Debo aclarar, para los que no son médicos, que no son estos hombres y mujeres enfermos los casos clínicos: sólo sus síntomas, signos y exámenes, ordenados según una cierta metodología, constituyen los casos clínicos, forma ancestral de enseñar y aprender la medicina.

Sin embargo, ya a comienzos de mi carrera médica se notaba un cierto desdén por los casos clínicos como forma de aprendizaje. Se decía, ¿Qué más da que tal paciente haya tenido tal o cual síntoma o manifestación? Lo importante es conocer de las enfermedades, no de los enfermos. Por lo tanto, hay que juntar grandes números de pacientes con tal enfermedad, compararlos con un grupo control y analizar estadísticamente las diferencias.

No quiero pronunciarme a favor ni en contra de cada manera de aprender. Lo que quiero es revisar con ustedes brevemente los principios que subyacen a cada forma epistemológica y luego relatarles mi experiencia en el paso de una a otra.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y FILOSÓFICOS

Entre los escritos médicos más antiguos, dentro de la mentalidad mágica, hay algunos que sugieren un concepto de enfermedad como una entidad en sí, de carácter adverso, que le sobrevénía a alguien por lo general como un castigo. Los enfermos eran, por lo tanto, objetos pasivos de las enfermedades y no importaba mucho definirlos.

Luego la mentalidad griega, con el concepto de naturaleza o *physis* armónica, bella, en equilibrio, concibe la enfermedad no como una entidad en sí, sino más bien como una carencia de ese equilibrio armónico de la naturaleza. Por lo tanto,

resultaba mejor conocer la fisiología que la patología, toda vez que la naturaleza misma se encargaba de curar, de restablecer el equilibrio, o de eliminar al sujeto si ello era preciso “por naturaleza”. Con todo, el papel del médico era interrogar y examinar a cada enfermo para establecer si el proceso era necesariamente fatal; y si no lo era, ayudar a la naturaleza a curar. Para ello se escribieron los más bellos textos, recopilados en el *Corpus Hippocraticum*, los cuales sirvieron a la medicina por siglos y siglos: el caso clínico personal como modelo para otros pacientes similares.

Para Platón, en cambio, no existían los enfermos como tales, sino que, como en el conocido mito de la caverna, lo real eran las enfermedades y lo que vemos –los enfermos– sólo su reflejo o manifestación.

En la Baja Edad Media, la escolástica primitiva se planteó la disputa de los universales. Lo universal –en nuestro caso, la enfermedad – no es una realidad, sino una construcción de la mente que se funda en la realidad. Lo propiamente real es la cosa singular, el hombre enfermo. De él abstrae la mente lo universal sacando los rasgos similares, pensando encontrar en ese conjunto de elementos comunes lo esencial.

A lo cual otros replicaban que eso esencial y universal, esos contenidos espirituales de la mente, encierran ideas pre-existentes y que han tomado forma concreta en los objetos corpóreos singulares. En otras palabras, los universales son previos a las cosas, no se abstraen de las cosas singulares, sino que nuestro espíritu recuerda formas aprióricas y las reconoce en el hombre enfermo.

Esta disputa ha atravesado los siglos y puede aplicarse, como lo he hecho, a los conceptos de enfermos y enfermedades. Transformada hoy en antropología médica y modificada e influida por Kant, Hegel y Marx, sigue presente en nuestras discusiones académicas y moldeando esos “contenidos espirituales” e ideas pre-existentes que emergen de repente del subconsciente como burbujas en el discurso hasta del más lego hijo de vecino.

Si leemos hoy un caso clínico tal como lo relata Hipócrates en las *Epidemias*, la tentación es ir a diagnosticar qué enfermedad de las que hoy conocemos presentaba este paciente.

Sin embargo el valor de un caso clínico para un médico de entonces no estaba en identificar una entidad, llámesele como se quiera, que se hubiera apoderado del paciente y que sobre la base de los síntomas y signos descritos el médico aprendiera a diagnosticar esa entidad en pacientes futuros. Eso sería una equivocada transposición de nuestra mentalidad actual a la de entonces. En los escritos de aquella época se describen muchísimos síntomas, de igual valor que los signos objetivos, todos en múltiples combinaciones, para cada paciente individual, con énfasis en el tratamiento a realizar (por lo general sangrados y lavados) y en el pronóstico.

Esto se debe a que en la mentalidad de entonces no existía una taxonomía sistemática de enfermedades como hoy, sino que solamente un enfermo que padecía un desorden, una discrasia, de los 4 elementos constitutivos del universo, agua, aire, tierra y fuego, representados por sus humores. Por lo tanto el conocimiento médico se basaba en los casos clínicos para reconocer en cada enfermo qué humores estaban desequilibrados y cómo podía el médico restablecer su equilibrio, ya sea sangrando para eliminar el calor excesivo o purgando para eliminar la bilis excesiva, manifestados en este paciente por la fiebre alta, la orina negra.

Sin embargo en la misma Grecia unos años después Aristóteles, que como Uds. saben era hijo de médico, escribía que la experiencia de casos individuales se convertía en arte o técnica cuando era capaz de abstraer y generalizar.

De modo que ya después, en la Baja Edad Media, Siglos XIII al XIV, los conceptos del nominalismo y de los universales no se veían como excluyentes.

Aplicados al caso clínico y a la enfermedad, el médico medieval se adiestra para ser experto en recoger ante la realidad individual y sensible de un enfermo en particular los signos por los que la enfermedad se manifiesta, como se ve en este diapositivo en que el médico busca estos signos en la orina. Luego sabe ordenar esos datos singulares en un sistema científico de conceptos universales.

Los casos clínicos en tiempos medievales se publicaban bajo la forma de "Consilia", consejos, escritos en pequeñas cédulas que corrían de mano en mano de médicos y estudiantes, como complemento a los textos magistrales de Hipócrates, Galeno, Avicena y otros. Se llamaban "Consilia" (plural de consilium, consejo) porque siempre empezaban por la frase "Consilium pro..", "Consejo para" tal o cual enfermedad o condición.

Estos casos clínicos manifiestan –de nuevo- la tensión entre lo universal y lo particular. El relato de un caso particular sirve de ejemplo de lo universal que de él se sabe: la fiebre en abstracto se manifiesta en este hombre concreto. Pero también el relato conduce desde lo particular a lo universal, y así, lleva al lector desde la fiebre de este hombre a enseñarle cómo es la fiebre universal y por lo tanto a aprender cómo se debe tratar a todos los casos semejantes.

Pero a diferencia de nuestros casos clínicos de hoy, en los de entonces los síntomas sólo se enumeran sin considerar su relación cronológica o temporal, como tampoco indagan en el pasado, lo que hoy llamaríamos anamnesis remota, ya que lo importante era poder clasificar el cuadro actual en alguna de las numerosas especies morbosas clasificadas según su entidad filosófica escolástica.

Y así, en forma intuitiva, subliminal o subconsciente, como diría un freudiano, la mentalidad filosófica de cada época se ha ido reflejando en cómo los médicos

enfocan su saber. La tensión entre lo universal y lo particular, entre el énfasis en la enfermedad o en el enfermo ha oscilado como un péndulo a lo largo de la historia. De los consilia medievales con énfasis en el caso particular, a la historias de Sydenham del Siglo XVII en que el caso clínico era sólo una "curiosidad" de la naturaleza, para volver en el Siglo XIX a las lecciones magistrales de la clínica francesa donde el caso clínico era rey.

Sin embargo desde mediados del Siglo XIX se incubaba en la sociedad la masificación y la exaltación del grupo sobre el individuo. El mundo médico es de reacción tardía, y no fue sino hasta mediados del Siglo XX y después de la II Guerra Mundial cuando empezó a hacerse más hincapié en las enfermedades que en los enfermos. Tal como había acontecido 100 años antes con la incorporación de la anatomía patológica, la incorporación de la química, la física y las matemáticas usadas como ciencias auxiliares significó una verdadera revolución y un impulso gigantesco para el conocimiento médico. Los casos clínicos han perdido así importancia relativa, pero no han desaparecido del todo de la literatura médica. Hoy, los casos clínicos que se publican generalmente son para destacar los siguientes puntos:

- Asociación inesperada entre enfermedades o síntomas: el SIDA se detectó, en parte, debido a los casos clínicos en que se comunicaba la aparición de sarcoma de Kaposi y de neumonía por *Pneumocystis* en hombres homosexuales, en 1981.
- Hechos inesperados en el curso de una enfermedad o tratamiento: aparición de pelo al usar minoxidil como hipotensor, lo que hizo cambiar su indicación a medicamento anti-calvicie;

III. CASOS CLÍNICOS EN CHILE

En Chile el caso clínico ha sido tradicionalmente la forma de aprender medicina, desde el pregrado al postítulo. Si uno revisa la Revista Médica de Chile puede ver esta evolución de la epistemología médica. En las primeras décadas se publicaban casi exclusivamente casos clínicos junto a unas pocas observaciones terapéuticas basadas en la botánica o la química inorgánica. He revisado los trabajos publicados cada 10 años en la revista Médica de Chile desde 1930 hasta el 2000 para ver cómo ha ido cambiando la importancia relativa de los casos clínicos frente a otras formas de conocimiento médico. A partir de 1950 aparecen los trabajos de investigación, que no han tenido un crecimiento lineal; en cambio, los casos clínicos se han visto reemplazados por las experiencias clínicas, lo cual refleja, a mi parecer, la corriente principal de la actividad médica entre nosotros. Por supuesto, la cabida que se da a los casos clínicos depende mucho de las decisiones editoriales; pero a su vez, éstas se basan en la importancia que se da en el ambiente a este tipo de comunicaciones.

IV. MI EXPERIENCIA INICIAL

En este momento quisiera detenerme un instante para relatarles, de modo anecdótico, mi vivencia personal en esta transición de los casos clínicos al metaanálisis, agradeciendo de antemano su benevolente paciencia.

Cuando yo empecé a ejercer la medicina, primero como becario de Medicina Interna, luego como internista y más tarde con dedicación preferente a la endocrinología, la medicina en Chile ya había experimentado un gran cambio. Varias generaciones de ex becarios de Medicina Interna habían regresado como subespecialistas de estadas más o menos prolongadas en Estados Unidos y estaban insuflando aires nuevos por todas partes. Se habían consolidado como especialistas en diversas ramas de la Medicina Interna, habían cambiado la forma de estudiar a los pacientes y habían abierto laboratorios de sus respectivas subespecialidades, donde instalaban nuevas técnicas asistenciales y de investigación. De estos laboratorios salían incesantemente nuevos trabajos que contribuían al aumento de los trabajos de investigación publicados en la Revista Médica de Chile desde 1960 ó 70 en adelante. Como becarios, mis compañeros y yo estábamos ansiosos por participar en alguno de estos trabajos. Nosotros éramos los clínicos, los que estábamos al lado de la cama del enfermo, los que recogíamos los datos para luego analizarlos y presentarlos. De este modo nuestros trabajos iniciales eran sobre casos clínicos que presentaban alguna característica novedosa o sobre experiencias clínicas que agrupaban a varios de estos pacientes.

Recuerdo el primer caso clínico que publiqué:

Esta era una paciente del Hospital Militar, de 24 años, que había ingresado por una neumonía y se había ido de alta. Al poco tiempo después había recibido una sola inyección de corticoides por dolor de espalda y había desarrollado rápidamente un síndrome de Cushing, a la vez que su estado general se había deteriorado. Se descubrió que debajo de la neumonía había un cáncer pulmonar, pero nadie se explicaba cómo había desarrollado un Cushing con sólo una inyección de corticoides. Recuerdo que me llamó la atención que esta paciente se había pigmentado intensamente de color melánico, lo cual sugería que su ACTH debía estar muy alta y eso no era compatible con un Cushing por corticoides exógenos. Se hizo entonces el diagnóstico de síndrome de ACTH ectópico, entidad hasta entonces nunca vista entre nosotros. En una época en que no era posible medir ACTH ni cortisol sino solamente metabolitos de cortisol, el diagnóstico no podía certificarse sino por anatomía patológica. Como la paciente se agravaba mucho y su deceso se hacía inminente, solicité y obtuve de sus parientes la autorización para efectuar la necropsia si ella fallecía. Ello ocurrió mientras yo no estaba en el Hospital Militar y cuando llegué en la tarde, me encontré con que la paciente estaba en su capilla ardiente rodeada de sus deudos. Con mi entonces juvenil entusiasmo, logré convencerlos de que me dejaran llevarla a la Universidad Católica para efectuar la autopsia. Con-

seguí una ambulancia del Hospital Militar, sacamos el cadáver de su ataúd y lo trasladamos a la Católica sólo para descubrir que ese día habían autorizado al personal para irse temprano porque había huelga de movilización y se anunciaban marchas y disturbios. Como pude ubiqué al personal auxiliar necesario en Anatomía Patológica y cuando estaba todo listo, el patólogo se negó a acudir hasta saber quién pagaría la autopsia. Nueva llamada al Hospital Militar hasta que el Director autorizó el pago. Finalmente la autopsia se hizo y pudimos comprobar que se trataba de un cáncer pulmonar de células pequeñas, que había una gran hiperplasia de ambas suprarrenales y que las células hipofisiarias productoras de ACTH se encontraban atrofiadas, lo que sugería que la ACTH venía de otra parte, en este caso, del tumor pulmonar.

La paciente regresó a su capilla ardiente y espero que Dios le haya contado entre sus méritos su contribución a que por su caso clínico los médicos chilenos conociéramos por primera vez este síndrome de ACTH ectópico.

Otro caso clínico que tuvo profunda influencia en mi carrera se gestó una noche en que me encontré en un pasillo del Hospital con el Dr. Pablo Casanegra, ahora recientemente investido como Académico de esta Corporación. Me pidió que viera a una paciente que era esposa de un compañero suyo de Universidad y hermana de un connotado dirigente político de la época. Esta paciente, de poco más de 30 años, tenía una profunda y persistente baja del potasio sanguíneo y no podía vivir si no era conectada a un suero con potasio endovenoso, y se sospechaba que podía tener algo suprarrenal, tal vez una enfermedad de Addison porque era muy morena y delgada. Pero resulta que en la enfermedad de Addison el potasio suele estar alto, por lo que no podía ser eso. Tenía renina y aldosterona muy elevadas y se había pensado que tuviera un aldosteronismo primario, pero su presión arterial era normal o baja. Después de estudiar su caso muy detenidamente concluimos que se trataba de un síndrome de Bartter, entidad jamás vista entre nosotros, descrita muy poco tiempo antes por el médico cuyo nombre llevaba.

Para abreviar, les diré que pocos años después me encontraba instalado en la casa del Dr. Frederic C. Bartter, iniciando con él mi estada de perfeccionamiento en endocrinología.

El Dr. Bartter había sido Residente Jefe del Dr. Fuller Albright, considerado el padre de la endocrinología moderna, cuya escuela se basaba precisamente en el estudio detallado de casos clínicos.

El Dr. Albright se había formado en Viena con el Profesor Erdheim y de vuelta en Estados Unidos se había instalado en el Massachusetts General Hospital de Boston. En su mismo servicio había un médico, el Dr. Du Bois, que había inventado una Sala Metabólica donde estudiaba el consumo de oxígeno, el balance nitrogenado y el gasto energético mediante complicados sistemas de dieta controlada, peso dia-

rio, análisis de orina y de sangre, todo lo cual graficaba en complicadas tablas. El Dr. Albright aplicó este sistema para estudiar el metabolismo del calcio en sujetos normales y en diversas enfermedades. Teniendo esta metodología empezó a juntar más y más datos hasta entonces ignorados sobre las más diversas enfermedades endocrinológicas conocidas y desconocidas. Famosas eran sus reuniones de discusión de datos, de donde salieron descripciones de muchas nuevas enfermedades, todas basadas en uno o dos casos clínicos: el hipoparatiroidismo idiopático, el hiperparatiroidismo secundario, la osteoporosis postmenopáusica, las enfermedades por resistencia de órganos blanco, el síndrome de Klinefelter, de McCune-Albright y muchísimos otros.

Uno de sus últimos becarios fue el Dr. Jorge Litvak, que a su vuelta desarrolló entre nosotros un importante centro de estudios del calcio en el Hospital José Joaquín Aguirre y escribió un recordado libro sobre las glándulas paratiroides.

Volviendo a mi preceptor, el Dr. Bartter, diré que era miembro de una distinguida familia de Nueva Inglaterra. De joven había acompañado a sus padres a Filipinas en una misión religiosa y allí había aprendido rudimentos de castellano que perfeccionó más tarde durante la Segunda Guerra Mundial en que estuvo destinado en Nicaragua.

Imbuido del espíritu inquisitivo de Fuller Albright, y nutrido de la enriquecedora discusión de su grupo, siguió la ruta de su maestro estudiando a fondo casos clínicos para descubrir mecanismos de enfermedad y describir nuevos cuadros. De este modo incursionó en el metabolismo del calcio y vitamina D, describiendo el hiperparatiroidismo primario normocalcémico; en la hiperplasia suprarrenal congénita descubrió que el tratamiento con corticoides controlaba la enfermedad, lo que le valió tener entre sus pacientes al Presidente John Kennedy, afectado por la enfermedad de Addison; describió por primera vez el síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética; pero ante todo es conocido por el síndrome que lleva su nombre y que, a través de nuestra paciente chilena, me llevó a ser su discípulo durante dos años, en los que participé en diversos estudios sobre las relaciones entre el riñón, considerado como una glándula endocrina, y la glándula suprarrenal. Finalicé mi formación en Estados Unidos con una permanencia con otro discípulo del Dr. Bartter, el Dr. Ed Biglieri en San Francisco

El "Dr. B" como lo llamábamos afectuosamente, también se había iniciado estudiando a fondo diversos casos clínicos. Así había descrito también un síndrome nuevo, el déficit de 17 hidroxilasa, cuadro caracterizado por hipertensión, hipokalemia, amenorrea primaria en la mujer o pseudohermafroditismo en el hombre.

A mi regreso a Chile, entusiasmado por el estudio a fondo de cada enfermo, empecé a recibir pacientes con casos clínicos interesantes generosamente referidos

por varios colegas. Entre ellos recuerdo especialmente una familia de Colchagua afectada de déficit de 11 beta hidroxilasa en la cual demostramos que el problema afectaba solamente a la zona fasciculata, antes de que la biología molecular lo confirmara.

Y también a otra familia afectada de déficit de 11 beta hidroxisteroide deshidrogenasa, la enzima que en el riñón convierte el cortisol en cortisona. El déficit de esta enzima permite al cortisol ocupar los receptores de mineralocorticoides y producir un cuadro de hipertensión e hipokalemia igual al hiperaldosteronismo primario, pero con aldosterona suprimida. Pudimos seguir a esta familia por 19 años, y como ya la tecnología había avanzado pudimos con la ayuda de un biólogo molecular identificar la mutación precisa causante del síndrome en ella.

REFLEXIONES PERSONALES SOBRE EL VALOR DE LOS CASOS CLÍNICOS

En resumen, creo que la mayoría de los médicos que estamos aquí estaremos de acuerdo en el valor de los casos clínicos para el conocimiento médico.

Avalados por una tradición más que dos veces milenaria, la forma de presentarlos refleja fielmente las ideas que sobre la salud y enfermedad posee cada época histórica.

Evidentemente no es igual un caso clínico hipocrático que uno moderno, pero en ambos está la relación personal, íntima, confidencial entre un ser humano aquejado de una dolencia y otro que posee un conocimiento sistemático, estructurado, científico diríamos hoy día, además de empírico (basado en la experiencia) para ayudarlo.

Hoy día el caso clínico sigue teniendo un valor eminentemente educacional. Los casos clínicos relatan historias de enfermos que encierran un valor importante para el diagnóstico o tratamiento, y a la vez pueden servir de base para acometer estudios más complejos sobre el manejo de ciertas enfermedades.

Pero la medicina se ha ido complicando mucho más allá de la descripción de casos clínicos singulares. Sobre la milenaria tradición empírica basada en casos clínicos, se ha ido incorporando la ciencia, a ritmo pausado en sus comienzos y a velocidad vertiginosa en la época actual.

Ya Galeno en el siglo II comentaba que “una cosa vista una sola vez no puede ser tomada por cierta, ni siquiera lo que ha sido visto unas pocas veces. Algo puede ser considerado verdadero solamente si ha sido visto muchas veces y del mismo modo cada vez”.

Todos ustedes están familiarizados con el desarrollo del método científico, desde Galileo y sus experimentos en la torre de Pisa y Francis Bacon con sus célebres tablas inductivas. Desde el siglo XV el organismo humano es concebido como una máquina, recuérdese el *De Humani Corporis Fabrica* de Vesalio; la visión mecanicista llevó luego a la iatroquímica y la iatromecánica para la comprensión de los fenómenos biológicos. De este modo la física y la química se empezaron a emplear para explicar la biología. Como sabemos, Estados Unidos desde el siglo XX ha sido el escenario del mayor desarrollo de las ciencias básicas y de su aplicación a la medicina.

Es por esto que la medicina chilena desde mediados del siglo XX ha estado fuertemente influida por la medicina norteamericana. La investigación básica y clínica se ha convertido en la fuente y origen del conocimiento médico.

En los inicios de mi carrera la investigación clínica entre nosotros era muy incipiente, aunque había destacadas y brillantes excepciones. Recuerdo algunos trabajos que se presentaban en nuestros congresos de los años setenta, de diseño muy elemental, con análisis estadísticos muy simples y muchas veces sin grupos controles.

La proliferación de trabajos científicos a un ritmo muy superior al que un ser humano podía asimilar obligó a ser selectivo: había que emplear el poco tiempo disponible para aprender en lo que más valiera la pena.

Esta universal inquietud entre los médicos llevó a desarrollar el concepto de "medicina basada en evidencia": para dar crédito a lo publicado es preciso evaluar la evidencia ofrecida.

Se ha elaborado una "pirámide de la evidencia" en la cual se evalúa la evidencia desde la de menor valor en la base hasta la de mayor valor en el vértice. Los casos clínicos, los enfermos singulares, no proveen una evidencia muy importante. En conjunto, esta pirámide representa el esfuerzo de los estadísticos y de los epidemiólogos para rescatar la medicina de sus intuiciones no científicas. El péndulo se desplaza así desde los enfermos hacia las enfermedades. Y para conocer de enfermedades es mejor estudiar a muchos pacientes agrupados en experiencias clínicas, estudios de casos y controles, de cohortes; para tener la mejor evidencia sobre si un tratamiento es útil, inútil o dañino es preciso efectuar estudios randomizados, con grupos controles y en doble ciego y, mejor aún, analizar la evidencia proveniente de muchos de estos estudios en lo que se llama un meta-análisis. A lo largo de mi carrera he visto cómo se trepa por esta pirámide buscando la evidencia, la certeza; pero la aplicación de esta evidencia al caso particular de un paciente, al caso clínico, queda, como siempre ha sido en medicina, al buen juicio del médico.

LOS "CLINICAL TRIALS"

El núcleo sustancial de la nueva evidencia en problemas terapéuticos está dado por estos estudios randomizados, controlados y doble ciego: los llamados "clinical trials", que traduciré como "estudios clínicos".

Si bien estos estudios pueden reconocer precarios y remotos orígenes en el siglo XIX, no fue sino hasta mediados del siglo XX en que empezaron a usarse en investigación clínica en Estados Unidos, y entre nosotros sólo hace una o dos décadas.

Voy a mencionar sólo un ejemplo del valor del estudio clínico, y es el que se refiere al valor de los estrógenos para prevenir las enfermedades cardiovasculares. Durante décadas se afirmó que los estrógenos protegían al corazón y prevenían la enfermedad coronaria. Y esto basado en muchísimos estudios in vitro, estudios en animales, ideas, editoriales, opiniones de expertos, casos y experiencias clínicas y estudios de cohortes que lo apoyaban.

Hasta que un ensayo clínico, el famoso WHI (Women's Health Initiative) vino a demostrar en el año 2002 que eso no era cierto, al menos si los estrógenos se usaban junto con progesterona: en estas condiciones, el uso de terapia hormonal de reemplazo no protege sino que aumenta el riesgo de tener un infarto al miocardio.

Hoy día el "clinical trial" constituye el método de elección para evaluar la aplicabilidad de la investigación clínica. Representa la actividad clave en investigación ya que tiene potencialmente la capacidad de mejorar la calidad de la atención médica por medio de una cuidadosa comparación de intervenciones alternativas. Las intervenciones pueden ser sobre técnicas de diagnóstico, sobre agentes terapéuticos, sobre regímenes profilácticos, etc., etc.

Por el número de pacientes involucrados y por el tipo de intervenciones empleadas para producir información de buena calidad, estos estudios clínicos demandan muy cuantiosos recursos, que están fuera de toda posibilidad en países en desarrollo como el nuestro. Por eso la participación nuestra en estudios clínicos internacionales constituye una magnífica oportunidad de conocer e introducir los métodos de investigación actuales entre nosotros.

Sin ir más lejos, debemos a la participación de médicos chilenos en estudios clínicos internacionales la creación de Comités de Ética en nuestros hospitales; la inyección de cuantiosos recursos a nuestras universidades; la aplicación de estándares internacionales conocidos como "Good Clinical Practice" o "Buena práctica clínica", la colaboración con las más destacadas figuras mundiales en investigación clínica en diversos temas, a las cuales se tiene acceso en reuniones de investigadores, y por último, el acceso a publicaciones internacionales en revistas de primer nivel.

He tenido experiencia personal en este tipo de investigación, que si bien carece de originalidad, representa una gran oportunidad de insertarnos en las corrientes principales de investigación y de promover transferencia tecnológica y de recursos a nuestras instituciones, junto, como dije, con acceder a publicaciones en las principales revistas médicas e interacción con los principales investigadores a nivel mundial, objetivos rara vez alcanzados con trabajos más originales pero de evidente menor impacto.

Sin embargo, hay que tener presente que en la elaboración de estos megaestudios con miles de pacientes, se pierde un poco el valor del enfermo mismo y del caso clínico particular. Cada caso debe encajarse en una categoría de alternativa binaria sí o no, previamente establecida. En el seno de esta Academia y en nuestra Revista Médica se han alzado voces advirtiendo contra esta simplificadora metodología. Los estadísticos responden calculando la heterogeneidad de las muestras y restando importancia a las variaciones individuales dado el inmenso número de participantes que homogeniza y hace insignificantes las diferencias individuales: o sea, las matemáticas hacen prevalecer la enfermedad abstracta sobre el enfermo concreto.

EL META-ANÁLISIS

Conscientes de las limitaciones de los estudios clínicos, que pueden estar sujetos a sesgos, que pueden no reunir un número de sujetos suficiente para que sus conclusiones alcancen potencia estadística, o que pueden ser heterogéneos, ha sido necesario revisar toda la literatura médica en torno a un problema para examinar la validez de las soluciones ofrecidas. Así nacieron las revisiones sistemáticas de la literatura y luego los meta-análisis, que combinan dos o más estudios clínicos para producir una conclusión única sobre el problema en cuestión. En cierto modo, es una "investigación por secretaría" o "sin moverse del escritorio", lejos, en todo caso, de los pacientes.

Un meta-análisis bien hecho, de alta calidad, puede dar información importante para guiar las decisiones clínicas. Lamentablemente, en la práctica, la calidad de los meta-análisis a veces deja mucho que desear por la heterogeneidad de los estudios incluidos. Los meta-análisis parten de la base de que los fenómenos biológicos en el organismo humano siguen un curso lineal, newtoniano, y que por lo tanto pueden medirse y predecirse usando las matemáticas newtonianas. Sin embargo, muchas veces la realidad del organismo humano se comporta de manera no lineal, más bien caótica, con multitud de sistemas, servomecanismos y turbulencias interactuando.

Como consecuencia de esto, hemos visto a menudo que las conclusiones de unos meta-análisis no coinciden con otros o con estudios clínicos posteriores que emplean a un enorme número de pacientes. ¿A cuál de ellos creer?

Además, como los estudios clínicos con resultados negativos suelen no publicarse, los meta-análisis no los toman en cuenta y adoptan un sesgo optimista respecto al problema a evaluar.

CONCLUSIÓN

Me parece que dadas estas limitaciones, no estará lejos el día en que el péndulo de la epistemología médica nos grite “¡Volved al paciente! La medicina es demasiado compleja para reducirla a cálculos matemáticos”.

Termino así mi periplo epistemológico iniciado en el caso clínico, aterrizando en la medicina basada en evidencias.

Como en todas las cosas, la medicina basada en evidencias trae cosas muy buenas junto con algunos problemas. En conjunto, creo que es un movimiento admirable dentro de la medicina, que ha dado solidez y orientación a nuestro quehacer, vertebrando en un sólido y jerarquizado Corpus el fundamento de nuestra actividad. Su éxito entre las generaciones más jóvenes ha sido instantáneo, de lo que me congratulo y a lo que adhiero. Pero ojo: no la convirtamos en un objeto de culto, que no admite críticas. Recordemos que la evidencia aportada es sólo un trasfondo, una información útil pero que no nos dice cómo tratar exactamente a ese paciente individual, cómo resolver ese caso clínico singular que se presenta ante nosotros. Cuando haya sólo enfermedades, habrá llegado la hora de la cibermedicina. Mientras haya enfermos, seguirá habiendo médicos. ■

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL DR JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES COMO MIEMBRO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA¹

DRA. GLORIA LÓPEZ S.
Académica de Número

Sr. Presidente de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Señores Académicos, Autoridades de Salud y Universitarias, Familiares del Dr. Rodríguez, Señoras y Señores.

Estoy segura que sonará como una frase común, decir que pocas veces resulta tan grato presentar a una persona ante una audiencia tan selecta y a la vez tan variada. Los vínculos de ustedes con el Dr Rodríguez, son diversos y probablemente conozcan algunos aspectos de su trabajo, vida, metas alcanzadas y rasgos de su personalidad.

Antes que el Dr. Rodríguez se inquiete en su asiento, quiero decirles que intentaré transmitirles a todos una visión de quién y cómo es José Adolfo Rodríguez. Al finalizar mi exposición, estoy segura que cada uno de ustedes apreciará porqué esta noche ingresa a la Academia y cuáles son las razones por las que, considero un privilegio ser quien cumpla la misión de darle la bienvenida.

Pienso también que la misión ha sido más interesante, porque, si bien al aceptarla hace unos meses, creía que conocía a nuestro nuevo Académico lo suficiente, la investigación que debí llevar a cabo para ser veraz y objetiva, hasta donde ello es posible, me permitió comprender algunas de las facetas de su accionar, las motivaciones de su trabajo y la manera aparentemente simple de cumplir con sus responsabilidades, que siempre me intrigarón.

Simplemente para cumplir con la tradición y espero no aburrirlos, haré una breve reseña de su currículum. Pero antes de hacerlo, debo contarles que lo que aparece en él es mucho menos de lo que efectivamente el Dr. Rodríguez ha realiza-

¹ Pronunciado en Sesión Pública y Solemne de fecha 13 de octubre de 2005.

do. De manera meditada no aparecen los Premios y Distinciones ganados durante su educación escolar y universitaria.

Sin conflictos vocacionales, estudió medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile en los 7 años correspondientes. De inmediato, obtuvo la Beca de Residencia en Medicina Interna en la misma casa de estudios. Un año antes de completado ese período, comenzó su carrera docente, impartiendo docencia Tutorial para alumnos de 4° año de Medicina, Curso Integrado de Clínica Médico-Quirúrgica y docencia Tutorial de Internos de Medicina.

Terminada la Beca, continuó con estas actividades y agregó las de Docencia, también Tutorial, de Becarios de Medicina Interna durante 8 años. En su período de Internista comenzó a estudiar y atender pacientes con enfermedades endocrinas y comenzó a enseñar esa área de la medicina a los becados y alumnos, llegando a ser Jefe de Curso del Capítulo de Endocrinología.

Después de 8 años como Internista, y sólo entonces, postuló y obtuvo la Beca en Endocrinología, "Clinical Research" en la University of Texas Health Science Center San Antonio. A continuación ganó la Beca en "Endocrinología, Mineralocorticoides", en la Universidad de California.

De regreso en Chile, reinició sus actividades docentes: Durante 10 años, hasta 1996, fue Jefe de Programa de la Beca de Especialización en Endocrinología. En ese período, ha estado hasta la actualidad, activamente comprometido con la docencia de pre grado para alumnos de 3° y 4° e Internado de Medicina. Abarcó también otras actividades de postgrado para becarios de Medicina Interna y en el Programa de Doctorado en Ciencias Médicas. Un hecho interesante: entre 1985 y 1989 fue Jefe del Curso Optativo de Profundización "Historia de la Medicina".

Su empeño por mantenerse actualizado en diferentes aspectos de la Endocrinología, queda de manifiesto por la realización de estadías de perfeccionamiento por distintos centros de alto nivel en USA, durante 5 meses en el año 1989.

La investigación clínica ha sido y es un aspecto destacado en la actividad Académica del Dr. Rodríguez. Tan tempranamente en su carrera, como en 1975, antes de su beca de Endocrinología, se inició como investigador principal en un proyecto sobre cintigrafía suprarrenal con I131 colesterol, con fondos concursables DIUC, Desde 1979 hasta la actualidad, ha participado permanentemente, ya sea como investigador principal o Profesor Guía de Proyectos de becarios, siempre en el marco de estudios con financiamiento. Sus áreas predilectas han sido la regulación endocrina de la presión arterial, metabolismo óseo, control de la densidad ósea, mecanismos y tratamiento de la osteoporosis post-menopáusica. Sin embargo ha colaborado en numerosos trabajos con su Grupo de Especialistas de la UC y de otros centros nacionales e internacionales, en la más amplia gama de temas.

Sus publicaciones son muchas. Las internacionales en Revistas del más alto nivel suman más de 30, siendo en dos ocasiones coautor del Trabajo seleccionado por el ACP-ASIM entre los más significativos publicados el año anterior: 1995 (N Engl J Med) y 2000(J Clin Endocrinol Metab).

Tiene 44 publicaciones nacionales, la gran mayoría en la Revista Médica de Chile, algunas en la Revista Chilena de Pediatría y de Obstetricia y Ginecología.

Libros y Capítulos de Libros: es autor de 60 Capítulos de Libros, 2 de ellos Internacionales (USA y Alemania).

Su trayectoria como Directivo de Sociedades Científicas es sorprendente y sólo mencionaré los cargos máximos desempeñados, puesto que en cada caso, es indispensable un tiempo previo en los Directorios, Comisiones y Grupos de trabajo antes que los pares decidan su postulación, votación y elección. Como la elección se realiza dos años antes, debe ejercerse el cargo de Vice-Presidente por ese período y luego de cumplidos los dos años como Presidente, le siguen dos más como Past-Presidente. En síntesis, seis años en la mesa Directiva de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Metabolismo(SOCHEM) e igual tiempo en la Sociedad Médica de Santiago(SMS, Sociedad Chilena de Medicina Interna). Es en esta área de la actividad del Dr. Rodríguez, donde tuve la oportunidad de conocerlo, trabajar y compartir. Escapa al propósito de esta exposición, enumerar los logros del Dr. Rodríguez en su desempeño. Sólo quiero destacar que demostró responsabilidad, capacidad de trabajo, liderazgo y creatividad para infundir nuevas fuerzas a las Sociedades. Gracias a su iniciativa se creó el Grupo de Estudio de Ética Médica y de Obesidad de la SMS y se integró a la Medicina Interna Internacional. Entre muchas otras tareas en la SOCHEM, impulsó el reconocimiento de la Diabetología como subespecialidad de la Medicina Interna, hecho recién concretado oficialmente. Su trayectoria en el American College of Physicians, ACP, hasta culminar como Gobernador del Capítulo Chileno, es digna de admiración.

Pero a mi juicio, algo que destaca y diferencia al Dr. Rodríguez de otros Directivos de Sociedades Científicas, es la claridad de sus metas y objetivos, la capacidad de trabajo silencioso, la independencia, autonomía y a la vez su espíritu de equipo, ecuanimidad y serenidad.

A continuación, intentaré desarrollar de modo casi periodístico, lo que creo que caracteriza a nuestro flamante Académico y tal vez aventuraré en las razones de esas características.

Entendemos que su autoestima no requiera refuerzo: recibió amor desde muy temprano y aprendió a dirigir con naturalidad. El mayor de 4 hermanos, Graciela, Cecilia y Ricardo.

Tempranamente supo recorrer caminos pedregosos: sus pies muy firmes sobre el suelo, sabe mantener el equilibrio, no le teme a los obstáculos.

El colegio fue motivo de entretenimiento y agrado. Su deseo de saber y de entender el porqué de las cosas, fue siempre natural y espontáneo.

En el Saint George obtuvo muchos premios y distinciones. Sus compañeros lo recuerdan siempre sereno, seguro de lo que hacía y quería. Nada de esto aparece en su currículum; para él eso es innecesario.

Al término de la educación media o secundaria, todo estaba claro, tanto como ahora: eligió medicina, como su padre. Tampoco hubo problemas: eligió cada asignatura como la favorita. Siempre algo nuevo, interesante.

Escriben sus compañeros al egresar: "no ha sido jamás anotado por mala conducta en el libro de clases (caso único en el colegio), fue ejemplo y admiración de sus compañeros por sus notas, que iban del 6 al 7. Mantiene impecable su uniforme de gimnasia, a pesar de su agitada vida de ejemplar deportista". "Su marcada vocación por la biología lo llevará a estudiar medicina". Proverbio: "if all the year we're playing holidays, to sport would be as tedious as to work". King Henry IV part 1, act 1, Shakespeare.

Pero quien piense que el doctor Rodríguez es taciturno y grave, está en un error. Supo y sabe disfrutar de la amistad y la vida social. Sonriente, bien dispuesto para sostener una amena conversación, escuchando y opinando con respeto y sosteniendo su posición con firmeza.

Y... eligió medicina interna... ¿Qué lo llevó a esa decisión? Le había gustado todo, también la cirugía. Trabajó en turnos de urgencia por varios años y lo hacía bien. Le parecía atractivo resolver un problema agudo y aliviar al paciente. Sin embargo tenía especial predilección por el proceso clínico diagnóstico-deductivo, que le permitía, con cierta calma, estudiar lo que no estaba claro, investigar y discutir las causas y los mecanismos de las enfermedades; disfrutaba del conocimiento y estudio del paciente, de la comprensión del proceso; de la elección conjunta con el paciente de la mejor alternativa terapéutica, y finalmente valoraba el ejercicio de evaluación y control de la respuesta terapéutica que conduce a la reiniciación de todo el proceso, cuyo eje es el ejercicio intelectual, que tiene el hermoso ingrediente de la ayuda a la persona que sufre. Creo que esa es la medicina que eligió el Dr. Rodríguez.

Pero el hombre no es sólo ciencia y medicina.

Para conocer mejor a nuestro personaje es necesario entender algunos pasajes de su biografía que no calzan con el prototipo del "*estudiante perfecto tradicional*".

El Dr. Rodríguez había ahorrado sistemáticamente el dinero percibido durante los últimos años de la carrera, en largos y agitados turnos. Concurrió y ganó la beca de medicina interna de la Universidad Católica y “como no era de esperar” solicitó permiso a su sorprendido profesor, quien sorprendentemente accedió *a que tomara 6 meses “sabáticos” recorriendo los países europeos que él siempre quiso conocer al cabo de muchas horas de estudio de su historia y geografía.*

En la hermosa casa de la Sociedad Médica de Santiago desarrolla su trabajo directivo en tres importantes sociedades científicas. Mucho esfuerzo, ideas innovadoras. Parecía llegar siempre con “la tarea adelantada”. La sociedad estaba en su cabeza y en su computador personal.

Disfruta enseñando y comunicando lo que sabe. Sus clases y conferencias son cuidadosamente preparadas pensando en los intereses de los alumnos. Los talleres y trabajo tutorial, son motivadores. Estimulan el cuestionamiento y la forma de responder a éste.

Su sueño: leer y estudiar en un sitio apacible en la costa central.

Finalmente, estimados Señores Académicos, autoridades, familiares y amigos del Dr. José Adolfo Rodríguez Portales, deseo expresar a Ustedes, que la Academia de Medicina del Instituto de Chile, tiene el honor de recibirlo entre sus miembros, con la certeza de que, como flamante Académico, muy pronto aportará su valioso trabajo, luchando por alcanzar los objetivos de la Academia.■

CONFERENCIAS

TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS ¿QUÉ SABEMOS EN EL AÑO 2005?¹

DR. BENJAMÍN STOCKINS²
Académico Correspondiente

Las hiperlipidemias constituyen uno de los factores más importantes en el desarrollo de la aterosclerosis, proceso que comienza en etapas muy tempranas de la vida.

La definición de dislipidemia se ha hecho de acuerdo a consensos, siendo el más importante el del "National Cholesterol Education Program" (NCEP), el que define como dislipidémico a aquel individuo que de acuerdo a su riesgo cardiovascular global, presenta niveles de lípidos por encima de lo aceptado de acuerdo a normas de consenso. Es así, que se deben seguir algunos pasos para considerar si un sujeto presenta una dislipidemia. Estos pasos son los siguientes:

- estimar el riesgo cardiovascular individual sobre la base de la existencia de otros factores de riesgo
- categorizar al paciente en el nivel de riesgo
- comparar los niveles del paciente con los niveles críticos aceptables para cada categoría de riesgo

Los Factores de Riesgo Cardiovascular extralipídicos a considerar son los siguientes:

- * Edad: Hombre mayor de 45 y mujer mayor de 55 años
- * Antecedentes familiares de patología cardiovascular en familiares directos hombres menores de 55 y mujeres menores de 65 años
- * Hipertensión arterial
- * Tabaquismo

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 6 de abril de 2005.

² Profesor de Medicina Interna y Cardiología, Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera.

* Colesterol HDL menor a 40 mg dl

Asimismo, se consideran como equivalentes a patología cardiovascular los siguientes :

Diabetes Mellitus, estenosis carotídea sintomática, aneurisma aórtico y el tener un riesgo cardiovascular mayor a 20% a 10 años.

El Colesterol HDL mayor a 60 mg dl se considera un factor protector.

Con los elementos anteriores, se puede establecer para cada individuo una categoría de riesgo cardiovascular, la que puede corresponder a una de las siguientes:

- Riesgo Moderado: tener como máximo 1 factor de riesgo (Riesgo Cardiovascular personal menor a 10% en 10 años)
- Riesgo Alto: presencia de 2 ó más factores de riesgo (Riesgo Cardiovascular personal de 10-20% en 10 años)
- Riesgo Máximo: paciente con patología cardiovascular, o equivalentes (Riesgo Cardiovascular personal mayor a 20% en 10 años)

De acuerdo a este riesgo individual será la exigencia que pongamos en los niveles lipídicos a lograr en cada persona. Dado a que el Colesterol LDL constituye el elemento de riesgo más establecido, es este valor el que debe ser privilegiado en la meta terapéutica. Estas metas se ejemplifican en la Tabla siguiente de acuerdo a las normas del NCEP ATP III del año 2001.

Nivel de Riesgo individual	C-LDL	C-HDL	TG
Φ Moderado	> 160	< 40	> 150
Φ Alto	> 130	< 40	> 150
Φ Máximo	> 100	< 40	> 150

Sin embargo, en los últimos tres años diferentes estudios han agregado importante nueva evidencia en diferentes grupos de pacientes. Los más importantes han sido los siguientes: Heart Protection Study (HPS), CARDS, PROSPER, ALLHAT-LLT, ASCOT-LLA, PROVE IT, REVERSAL y TNT.

Hemos querido ordenar esta nueva información obtenida en cinco áreas fundamentales:

1. Pacientes de alto riesgo

2. Pacientes de edad avanzada
3. Pacientes de riesgo moderadamente elevado
4. Síndrome Coronario Agudo
5. Progresión de la placa aterosclerótica

1. NUEVA INFORMACIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Hemos definido a estos pacientes como aquellos:

- pacientes portadores de enfermedad aterosclerótica
- pacientes con Diabetes Mellitus
- pacientes con múltiples factores de riesgo y un riesgo mayor a 20% a 10 años

Los estudios que han considerado a este grupo son básicamente los siguientes:

1. *HPS: Heart Protection Study*

Corresponde al estudio que ha incorporado más pacientes evaluados con estatinas. Incluyó a 20.536 personas y se comparó Simvastatina 40 mg v/s placebo con un seguimiento de cinco años. Estos pacientes presentaban alto riesgo de eventos coronarios por la preexistencia de alguno de los siguientes hechos:

- Infarto del Miocardio
- Aterosclerosis Oclusiva no coronaria
- Diabetes
- Hipertensión Arterial tratada

Las conclusiones fundamentales del estudio pueden resumirse como sigue:

La Simvastatina fue eficaz en todos los grupos etáreos y en personas de ambos sexos. Sin embargo, el resultado más importante fue el demostrar que existió el mismo beneficio (23 – 24% de reducción de eventos), independientemente de los niveles basales de lípidos, incluyendo a aquellos que presentaban colesterol LDL por debajo de 100 mg/dl.

2. *Collaborative Atorvastatin Diabetes Study CARD*

Corresponde al primer estudio destinado a determinar la eficacia de las estatinas en pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Comprendió a 2.838 pacientes diabéticos con un Colesterol LDL menor a 160 mg/dl, los que fueron randomizados a Atorvastatina 10 mg vs. placebo y que fueron programados para un seguimiento de 4,5 años.

Sin embargo, se dio término al estudio dos años antes del diseño programado (Junio/2005), por haberse cumplido las metas de eficacia estadística prefijadas.

Los resultados principales fueron:

- Los niveles de Colesterol LDL tuvieron una reducción de un 40% en el grupo de Atorvastatina comparado con placebo
- Reducción del 37% de eventos cardiovasculares mayores
- Disminución del 48% en accidente vascular encefálico
- Reducción del 27% en la mortalidad por todas las causas

Estos efectos fueron independientes de los niveles de lípidos basales, sexo y edad de los pacientes.

De acuerdo a lo anterior, no existiría un umbral de C-LDL para la indicación de estatinas en un diabético.

3. *The Treatment to New Targets Study (TNT)*

Corresponde al estudio más reciente y su objetivo fue comparar dos dosificaciones de Atorvastatina (10 y 80 mg) en 10.001 pacientes portadores de enfermedad coronaria con niveles de Colesterol LDL menores a 130 mg/dl seguidos por 40 años

Los resultados del estudio mostraron los siguientes hechos benéficos con la dosis más elevada de atorvastatina:

- Los niveles de C-LDL alcanzaron 77 mg/dl en el grupo con dosis alta y a 101 mg/dl en el que recibió la dosis más baja
- Hubo una reducción de un 22% de los eventos cardiovasculares mayores

Sobre la base de los tres estudios anteriores, podemos concluir que en pacientes de alto riesgo el tratamiento con estatinas:

1. Se asocia de beneficios globales que son independientes de los niveles basales de C-LDL

2. Similares beneficios son extensivos a diabéticos tipo 2
3. En pacientes portadores de cardiopatía coronaria, las metas de C-LDL están por debajo de 100 mg/dl

2. NUEVA INFORMACIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

En general la mayor parte de los estudios de hipolipemiantes habían incluido un grupo relativamente bajo de personas de edad avanzada.

El estudio PROSPER fue diseñado con el objeto de responder específicamente la pregunta relativa al efecto de las estatinas en estos pacientes. Se reclutaron 5.804 personas con edades entre 70 y 82 años y con alto riesgo cardiovascular (50% con enfermedad cardiovascular previa y 50% con alto riesgo). Los individuos fueron randomizados a Pravastatina 40 mg o placebo y seguidos por un período de 32 años.

Los resultados mostraron que el grupo tratado con Pravastatina presentó:

- 19% de reducción en eventos coronarios mayores
- 24% de reducción en mortalidad cardiovascular
- No hubo reducción de accidentes vasculares cerebrales

De este estudio podemos concluir que en pacientes de edad avanzada:

- Las estatinas son eficaces en pacientes mayores de 65 años con enfermedad coronaria y en aquellos con alto riesgo
- Los ancianos toleran bien las estatinas

3. NUEVA INFORMACIÓN EN PACIENTES DE RIESGO MODERADAMENTE ELEVADO

Este corresponde a un grupo cuyo riesgo cardiovascular a 10 años es de un 10 a 20% y engloba en general a pacientes con dos o más factores de riesgo.

1. Este grupo fue estudiado en el estudio ALLHAT Lipid-Lowering Trial, el que tuvo una duración de 4,8 años y que comprendió a 10.355 hipertensos mayores de 55 años con Colesterol LDL promedio de 146 mg/dl y que adicionalmente presentaban otro factor de riesgo.

Los pacientes fueron randomizados a Pravastatina 40 mg (no-ciego) vs. Cuidados Usuales.

El resultado de este estudio no demostró una reducción de eventos coronarios mayores en el grupo tratado. Sólo el subgrupo de afro-americanos se favoreció con el tratamiento activo.

Estos resultados motivaron gran polémica y el estudio ha recibido periódicamente críticas sobre sus conclusiones. Se ha especulado que posibles causas de ausencia de beneficios globales podrían ser debido a:

- La ausencia de una rama placebo y la existencia de un 32% de entrecruzamiento de pacientes
- La escasa diferencia en los niveles finales de colesterol entre ambos grupos (9,6%)
- La desigualdad en los niveles de alto riesgo en las dos ramas

2. Un segundo estudio en pacientes hipertensos corresponde al ASCOT Lipid-Lowering Arm.

En éste se incluyó a 10.305 pacientes hipertensos que presentaban asociadamente tres factores de riesgo adicionales.

Corresponde a un estudio de prevención primaria, ya que se excluyó a pacientes que hubiesen tenido un evento cardiovascular previo.

Los pacientes tenían edades que fluctuaban entre los 40 y 79 años, con un Colesterol LDL promedio de 132 mg/dL y fueron randomizados a Atorvastatina cristalina 10 mg vs. placebo.

El estudio fue interrumpido a los 33 años por significancia estadística que favorecía el uso del fármaco. Sus resultados principales fueron:

- Un 29% de reducción de eventos coronarios
- Un 27% de reducción de accidentes vasculares encefálicos

Podemos concluir por lo tanto, que en pacientes con riesgo moderadamente elevado, mayoritariamente hipertensos sin enfermedad coronaria y nivel de colesterol estimado como “normal”, el tratamiento con estatinas es efectivo.

4. NUEVA INFORMACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Los pacientes portadores de este síndrome presentan un riesgo de muerte e infarto al miocardio no fatal notablemente mayor que aquellos portadores de una angina crónica estable. La información sobre el uso de estatinas durante esta manifestación aguda de la enfermedad coronaria había sido promisorio en estudio

MIRACLE, con Atorvastatina en pacientes con angina inestable, en el que el uso del fármaco demostró una eficacia en el límite de la significación estadística. Con el objeto de contestar esta pregunta se diseñó el estudio PROVE – IT. En éste se comparó la eficacia de una dosis elevada de una estatina poderosa, con una menos eficaz y en menor dosis.

4.162 pacientes fueron randomizados a Atorvastatina 80 mg. vs. Pravastatina 40 mg. y seguidos por un tiempo promedio de 2 años.

Los resultados de este estudio mostraron que:

- La terapia hipolipemiente agresiva (Atorvastatina 80 mg) redujo el C-LDL a 62 mg/dl, y redujo el riesgo de mortalidad o eventos cardiovasculares mayores en un 16% comparado con tratamiento standard (Pravastatina 40 mg) ($p=0.005$).
- Los beneficios comienzan dentro de los 30 días y continuaron a lo largo del seguimiento

Lo anterior motivó una editorial del Dr. Eric J. Topol en el New England Journal of Medicine de Abril de 2004, quien expresa: *“Estos resultados sugieren que las metas de reducción de Colesterol LDL tras un evento coronario agudo, deben ser más bajas que las recomendadas por el NCEP-ATP III y las Guías Europeas, en pacientes con cardiopatía coronaria conocida”*.

Hoy en día podemos concluir que pacientes con Síndrome Coronario Agudo:

1. Presentan un riesgo cardiovascular mayor que aquellos portadores de cardiopatía coronaria estable.

2. Este riesgo disminuye con dosis agresivas de Estatinas y niveles de C- LDL menores a 70 mg/dl.

5. NUEVA INFORMACIÓN EN PROGRESIÓN DE LA PLACA ATEROESCLERÓTICA

Con el objeto de determinar el mecanismo de acción de las estatinas sobre la placa aterosclerótica, se diseñó el estudio REVESALI. En éste se randomizó a 654 pacientes a dos grupos, los que recibieron ya sea Atorvastatina 80 mg o Pravastina 40 mg por un período de 18 meses. A los pacientes se les realizó una medición de perfil lipídico, proteína C reactiva hipersensible y una ecografía intracoronaria. Esta última corresponde al método más sensible para la medición del volumen de ateroma coronario.

Al finalizar el estudio se apreció una disminución en los niveles de proteína C Reactiva de 36,4% con Atorvastatina, de 5,2% con Pravastatina, y ausencia de progresión de la placa aterosclerótica con Atorvastatina, comparado con una significativa progresión con la Pravastatina.

Del estudio REVERSAL podemos concluir que:

1. La Atorvastatina en altas dosis puede detener el proceso aterosclerótico medido por ecografía intracoronaria.
2. La Atorvastatina en altas dosis produce una disminución significativa de la Proteína C Reactiva.

De todo lo anterior podemos deducir que las normas del ATP III se encuentran sobrepasadas por nueva evidencia que nos impone nuevas metas. Ellas pueden resumirse de la siguiente manera:

1. La reducción del Colesterol desde cualquier nivel baja el riesgo en una curva logarítmica.
2. Por cada 1% de reducción de C-LDL disminuye riesgo en 1% a 5 años.
3. No existe un umbral al cual llegar (con seguridad es menor a 100 mg/dl).
4. La reducción de C-LDL por debajo de 100 mg/dl tiene un efecto positivo.
5. Se debe plantear un objetivo cercano a 70 mg/dl para pacientes de muy alto riesgo o con factores de riesgo mal controlados.
6. No hay evidencias de que cifras muy bajas de C-LDL tengan efectos nocivos sistémicos.
7. Al utilizar fármacos se debe aspirar a reducciones de a lo menos 30% de los valores basales.
8. Para lograr cifras de C-LDL menores a 100 mg/dl habrá que asociar fármacos en la mitad de los pacientes.
9. Existe beneficio con el tratamiento intensivo con estatinas en todo Síndrome Coronario Agudo, intentando metas de C-LDL hasta 70 mg/dl.
10. El tratamiento en pacientes añosos es efectivo.

Hoy en día podemos decir que la evidencia acumulada en los estudios epidemiológicos calza absolutamente con el de los grandes ensayos clínicos, mostrando una gradiente de riesgo que se incrementa con el aumento de los niveles de C-LDL y que se reduce con su disminución (Figura 1).

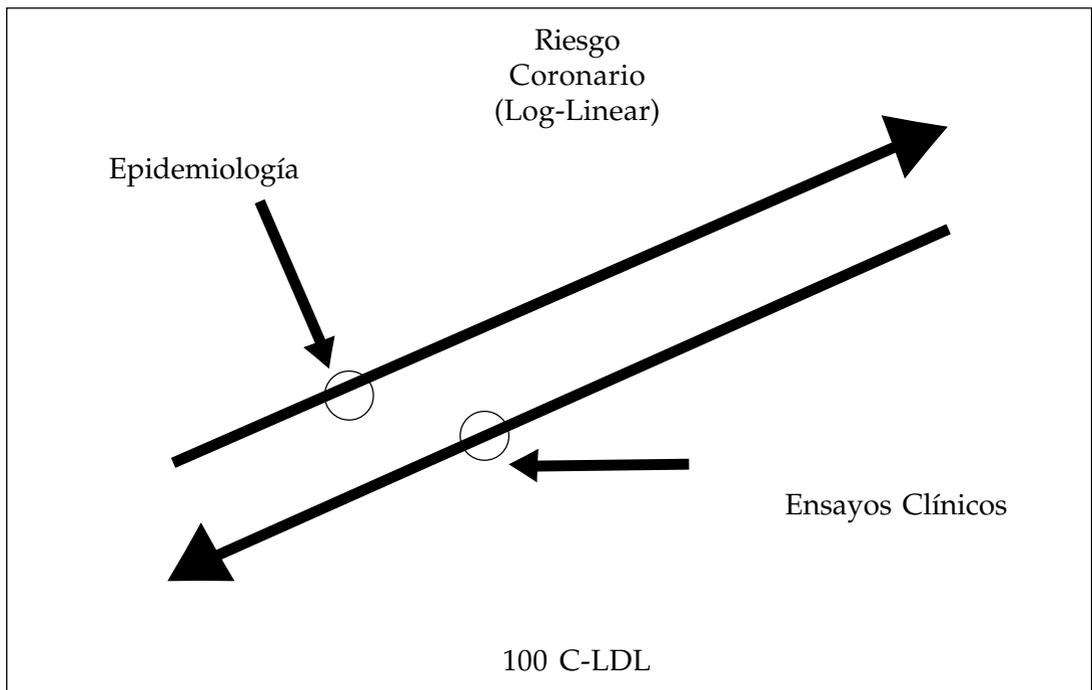
En el año 2004 el ATP III ha hecho algunas nuevas recomendaciones que básicamente proponen en pacientes de alto riesgo el llevarlos opcionalmente a niveles de Colesterol LDL menor a 70 mg/dl. Estos corresponden por ejemplo a diabéticos

fumadores, pacientes portadores de síndrome metabólico y de síndromes coronarios agudos.

Vivimos en un mundo que nos muestra que grupos humanos viviendo en forma primitiva, especialmente como recolectores, no desarrollan enfermedad aterosclerótica (aun cuando vivan hasta una edad avanzada). Adicionalmente este proceso no se produce en primates ni otros mamíferos viviendo en condiciones libres (no en cautiverio). Sin embargo y dado que es improbable un cambio poblacional drástico en nuestros hábitos, es posible que cada vez más personas deban usar estatinas tanto en prevención primaria como en secundaria.

FIGURA 1

ATP III: Evidencias de una Línea de Relación Curvilínea (Log-Linear) entre LDL-C y Riesgo Coronario (2001)



BIBLIOGRAFÍA

1. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002, 360:7-22.
2. Sever Peter S., Dahlöf Björn, Poulter Neil R., et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or

- lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOTT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2003, 361:1149-1158.
3. Colhoun H.M. Betteridge D.J. Durrington P.N. Hitman G.A. Neil H.A. Livingstone S.J. Thomason M.J. Mackness M.I. Charlton-Menys V. Fuller J.H. CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2004, 364:685-96.
 4. Shepherd J. Blauw G.J. Murphy M.B. Bollen E.L. Buckley B.M. Cobbe S.M. Ford I. Gaw A. Hyland M. Jukema J.W. Kamper A.M. MacFarlane P.W. Meinders A.E. Norrie J. Packard C.J. Perry I.J. Stott D.J. Sweeney B.J. Twomey C. Westendorp R.G. PROSPER study group. Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002, 360:1623-30.
 5. Schwartz G.G. Olsson A.G. Ezekowitz M.D. et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled. *JAMA* 2001, 285:1711-8.
 6. Cannon C.P. Braunwald E. McCabe C.H. Rader D.J. Rouleau J.L. Belder R. Joyal S.V. Hill K.A. Pfeffer M.A. Skene A.M. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes: *N Engl J Med* 2004, 350:1495-504.
 7. Nissen S.E. Tuzcu E.M. Schoenhagen P. Brown B.G. Ganz P. Vogel R.A. Crowe T. Howard G. Cooper C.J. Brodie B. Grines C.L. DeMaria A.N. REVERSAL Investigators. Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 291:1071-80.
 8. Grundy S.M. Cleeman J.I. Merz C.N. Brewer H.B. Jr. Clark L.T. Hunninghake D.B. Pasternak R.C. Smith S.C. Jr. Stone N.J. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2004, 44:720-32.

COMENTARIOS

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS. Felicita al Dr. Stockins por esta magnífica puesta al día de la bibliografía al 2005. Dr. Stockins: ¿tiene preferencia por alguna estatina en particular, hoy día, después de la aparición reciente de la rosuvastatina? ¿Cree factible lograr cifras de LDL colesterol bajo 70, en un porcentaje alto de pacientes con dosis muy altas de estatinas? y ¿qué piensa del Niaspan, derivado del ácido nicotínico, que está siendo promovido y hay trabajos que demostrarían que sería el fármaco que tendría mayor efecto en elevar el HDL, lo que es bastante difícil con manejo sólo farmacológico o incluso con actividad física acelerada?

Ac. STOCKINS (Relator). Mi estatina preferida, basada en la evidencia, es la atorvastatina, la razón es que no sólo baja los lípidos sino también tiene evidencia de que reduce eventos. Sobre la rosuvastatina hasta el momento no hay pruebas que baje significativamente los eventos, es probable que los tenga pero no los tiene. La rosuvastatina tuvo sólo un traspie en la FDA ya que en dosis de 80 mg. produjo una albuminuria que fue inaceptable para el FDA. Reducida a 40 mg. sigue siendo un medicamento muy poderoso, pero sólo se puede indicar hasta 40 mg. La serivastatina fue un fármaco de una promesa enorme y Bayer estuvo cerca de la quiebra porque es un fármaco que al potenciarse con el gemfibrozilo provocó catástrofes. Creo que la rosuvastatina es una gran promesa pero no ha pasado todavía la prueba de la blancura.

Se habla mucho que todas las estatinas tienen muchos efectos tróficos, que pueda que el ezetimiba no los tenga y eso hace que aunque baje el colesterol, no sea tan bueno en un episodio coronario agudo, en el cual el bajar la tolerancia reactiva sea quizás lo más importante.

Respecto al Niaspan, reconozco que soy de la época en que no se usaba el ácido nicotínico. Esta es una preparación nueva, es una cápsula que va incorporando agua y al incorporar el agua va eliminando el fármaco, eso hace que teóricamente tenga una liberación más lenta y los eventos sean menores. Yo no lo he usado, no sé la tolerancia. El Niaspan no tiene muchos trabajos clínicos, tiene trabajos en los cuales muestra modificación de lípidos y es claramente igual que el ácido nicotínico, el fármaco más efectivo en subir los HDL, por lo tanto si el ácido nicotínico es tan efectivo para subir el HDL y la comparación que muestra el laboratorio en cuanto a efectos colaterales aparentemente es mejor, hay que ver al menos cuál es la tolerancia en Chile. Casi todos los trabajos del ácido nicotínico en el mundo son hechos en Estados Unidos, uno siempre se pregunta cómo ellos toleraban dosis que en ninguna otra parte del mundo la gente podía tolerar.

Respecto a cómo va a impactar esto en la enfermedad coronaria, eso no es tan fácil de decir, porque se sabe que HDL bajo, dicho sea de paso, es la normalidad lipídica más frecuente en Chile, estudios del Ministerio de Salud publicados el año pasado, muestran que el colesterol HDL por debajo de 40, lo tiene el 40% de la población, es decir, no tenemos el colesterol bueno masivamente; lo que no está tan claro, en Chile y en el mundo, es que subirlo vaya a producir una modificación positiva. Los antiguos estudios del ácido nicotínico sugieren que así es; y a dónde apuesta el laboratorio, apuesta claramente a la asociación, ellos no quieren competir con la estatinas porque van a perder; ellos apuestan a la combinación y, de hecho, en Estados Unidos existe la combinación de ácido nicotínico con lovastatina, como una sola tableta. Pretenden bajar las LDL subiendo concomitantemente las HDL, tienen algunas curvas que han sido propuestas de cuán espectacular podría ser en teoría hacer las dos cosas.

AC. PIZZI. Hay estudios que indican que teniendo una alimentación apropiada baja el LDL, ¿cuál es su opinión sobre los triglicéridos?

AC. STOCKINS (Relator). En cuanto a la alimentación, se supone que sí, ahí uno no puede sino hacer fe del material y método del trabajo, pero yo quisiera decir que la alimentación en la hiperlipidemia juega un rol desafortunadamente bajo, al menos en el colesterol LDL. Se han hecho estudios controlados con intensiva acción de nutricionistas, haciendo los mejores programas probados en Chile y la reducción del colesterol LDL no llega más allá de un 8%. El hecho de que el AUGÉ haya incorporado las estatinas es evidentemente, para ese grupo, un hecho muy significativo.

Respecto a cuál es la reducción de los triglicéridos con las estatinas, existe reducción, pero los mejores efectos se logran con los fibratos.

AC. SALVESTRINI. A mí me parece que el problema fundamental es la diabetes que es la central donde se anidan todos los daños vasculares, de modo que si uno tiene una mala pared endotelial más una mala estructura muscular vascular, puede tomar todas las estatinas que quiera, pero el daño persiste. El descuido que hacemos sobre el papel del endotelio vascular y de las estructuras de nuestros vasos, como lo demuestran los diabéticos, están probando que muchos de los medicamentos no es todo lo que se necesita.

AC. STOCKINS (Relator). Creo que la diabetes juega un rol fundamental, pero teóricamente una de las gracias de las estatinas, es que no solamente bajan el colesterol sino que modifican la acción del endotelio, al igual que otros medicamentos. Es decir, su acción sobre el endotelio sería probablemente la que explicaría los beneficios precoces del fármaco. Estoy de acuerdo con el Dr. Salvestrini que el endotelio juega un rol muy importante.

AC. MIQUEL. Probablemente, la misión más importante de la estatina, por eso su gran éxito, ha sido sobre la función endotelial, la que la mejora, estabiliza la placa, disminuye la inflamación y además baja el colesterol. Tal como dijo el Dr. Stockins en su preciosa exposición, no se sabe hasta qué nivel es útil bajar el LDL. No sé cuánta experiencia hay en Chile con dosis de 80 mg. de atorvastatina, pero los efectos colaterales no deben ser mucho mayores.

AC. PARROCHIA. Se describen efectos colaterales de las estatinas: mialgias, neuropatía periférica; ¿son estos dependientes del tipo de estatina usada y de las dosis?

AC. STOCKINS (Relator). Sí, hay miositis en un 2-5% y la automiolisis es de 1%. La asociación de estatinas más fibratos es lo más perjudicial.

AC. ROSSELOT. ¿Qué pacientes deben controlar los lípidos?

AC. STOCKINS (Relator). Un grupo de alto riesgo son los diabéticos, ojalá pudiera hacerse en todo el mundo, pero tiene costos –por lo que hay que concentrarse en los de más riesgo: es decir los viejos–. Depende por lo tanto del ambiente en que uno trabaja y de los recursos disponibles.

AC. ARMAS. Hay una serie de problemas de salud poblacional, como hipertensión y otros, lo que debiera repercutir en la formación del médico y en la salud pública.

AC. VELASCO. Se describe daño hepático con el uso de la atorvastatina, del tipo de hígado graso. ¿cuál es su experiencia al respecto?

AC. STOCKINS (Relator). Sobre daño hepático persiste un signo de interrogación.

AC. VALDIVIESO. Estima que la elevación de transaminasas no tiene consecuencias. Desde el punto de vista de salud pública, habría que preocuparse del control de los laboratorios que determinan lípidos plasmáticos. Cada determinación es una fotografía y no una demostración dinámica. El descenso de HDL se asocia a la producción de cálculos biliares.

AC. STOCKINS (Relator). Lo de los laboratorios es real, hoy existe un control deficiente de su calidad.

AC. VALDIVIESO. Se describen receptores para HDL en el hígado, de ahí pasa a la bilis y se produce la litiasis.

AC. STOCKINS (Relator). Se ha descrito que los infartos en menores de 40 años se facilitan en portadores de HDL menor de 30 mg.

AC. GOIC (Presidente) El alto número de Académicos presentes en esta sesión, se explica no sólo por el interés del tema sino que también por la calidad del expositor. Muchas gracias Dr. Stockins por su excelente conferencia.

DESARROLLO DOCENTE EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA. EL PROYECTO MECESUP 2001¹

DR. VICENTE VALDIVIESO DÁVILA.
Académico de Número

Los profundos y vertiginosos cambios experimentados por la Medicina en los últimos decenios, han hecho necesaria la reforma curricular de su enseñanza, tanto en los contenidos como en las formas de impartirla.

La necesidad de los docentes clínicos de: 1) dominar nuevos métodos de aprendizaje y de evaluación no sólo cognoscitiva sino también de habilidades y destrezas; 2) de detectar y discutir con sus alumnos los problemas ético-clínicos y de comunicación que se presentan en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes; 3) de manejar la medicina basada en evidencia para apreciar correctamente la calidad de la información científica con sus alumnos, han conducido a la inevitable necesidad de profesionalizar cada día más la actividad docente.

Para participar en este proceso, la Escuela de Medicina de la Universidad Católica presentó el año 2000 al Ministerio de Educación el Proyecto MECESUP "Fortalecimiento y desarrollo de la formación de Pregrado", el que fue aprobado e inició sus actividades en marzo del 2001. Fueron sus autores el Director de la Escuela, Dr. José Chianale y el Sub-Director de Pregrado, Dr. Rodrigo Moreno.

Se comenzó por seleccionar un grupo de 12 académicos (9 docentes clínicos, 1 psicóloga, 1 PhD y 1 pedagoga) expertos en temas "transversales" relacionados con la educación en general y con la educación médica en particular. Con ellos se constituyó el Centro de Formación de Docentes Clínicos.

En una primera etapa de exploración y diagnóstico de las necesidades, se realizaron encuestas a los docentes clínicos y entrevistas a docentes líderes y a representantes de los alumnos. Las áreas consideradas más deficientes por los docentes clínicos fueron: evaluación de los aprendizajes, metodología docente, comunicación interpersonal y medicina basada en evidencia.

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de Fecha 4 de mayo de 2005.

Estas y otras áreas temáticas como educación de adultos, aprendizaje basado en problemas y ética clínica fueron organizados en un Diploma y ofrecidos a más de 470 docentes clínicos. La aprobación del Diploma requiere completar al menos 5 módulos básicos (Evaluación, Aprendizaje de Adultos, Ética Clínica, Medicina Basada en Evidencia y Comunicación Interpersonal) y dos módulos electivos.

Este Diploma es voluntario y se puede tomar en el orden y plazos que el propio docente determine. Sus módulos se realizan dentro del horario de trabajo y se caracterizan por el predominio de las actividades participativas (Seminarios, talleres, discusión de casos) sobre las puramente presenciales. El Diploma tiene el reconocimiento oficial de la Universidad y su aprobación es valorada en la promoción académica.

Hasta el 31 de marzo de este año, el 65% de los docentes clínicos habían aprobado alguno de los módulos básicos o electivos del Diploma y 24 de ellos lo habían completado: 10 de Medicina Interna y especialidades derivadas; 6 de Pediatría; 4 de Medicina Familiar; 3 de Obstetricia y Ginecología y 1 de Cirugía.

- 19 de los 24 docentes diplomados son Instructores o Profesores Auxiliares.
- Se han dictado 46 cursos dentro de los módulos básicos (15.690 hrs./ alumno) y 26 dentro de los optativos (8.369 hrs./ alumno).

Consecuencias y proyecciones del Proyecto MECESUP:

- Se fusionó el Centro de Formación de Docentes Clínicos con la Oficina de Educación Médica dando origen al Centro de Educación Médica, dependiente de la Dirección de la Escuela de Medicina.
- Se revisaron y diversificaron los métodos de evaluación cognoscitiva y se incorporaron al currículum nuevos métodos destinados a evaluar habilidades y destrezas, los que ya se usan en la mayoría de los cursos de clínica e internados.
- Ha aumentado notoriamente el número de docentes interesados por la educación médica como una disciplina en la que se puede desarrollar una carrera académica. Dos miembros del Centro realizaron un Magíster en Educación en Ciencias de la Salud en la Universidad de Illinois en Chicago, y están completando sus tesis.
- Se ha creado un programa de instrucción en la docencia para los residentes que se interesan por dedicarse a la vida académica, seguido de actividades docentes controladas. Ello puede permitir seleccionar mejor a los futuros profesores de la Escuela.

Finalmente, las actividades del Diploma han permitido el encuentro y el trabajo conjunto de docentes de diferentes departamentos de la Escuela, lo que ha tenido un notable efecto sobre la cohesión de sus miembros. ■

COMENTARIOS:

Ac. NORERO. Señala que le pareció muy interesante esta conferencia, porque refleja que el desarrollo del pensamiento es paralelo en múltiples instituciones e instancias y va más o menos en la misma dirección. Dice esto por la similitud de situaciones que se han producido a través de un MECESUP en la Facultad de Medicina en la Universidad Católica y a través de la evolución sin MECESUP en la correspondiente de la Universidad de Chile. En efecto, en ambas se ha desarrollado un diploma de educación médica, que tienen muchos puntos en común. No dijo el Dr. Valdivieso, pero que es notorio en la Universidad de Chile y seguramente también lo es en la Universidad Católica, que donde quiera que haya un docente que ha obtenido el diploma, se produce una revolución cultural muy importante en ese departamento o unidad. En el caso de la Universidad de Chile el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud abarca, además, de la Escuela de Medicina, las otras 7 escuelas que forman parte de la Facultad de Medicina.

Comenta que le parece trascendente el apoyo que han significado los proyectos MECESUP al mejoramiento de la calidad de la educación superior en Chile. Ello es evidente, sea como construcción de edificios necesarios para desarrollar los proyectos educacionales o como la creación de grupos de trabajo como el que nos ha descrito el Dr. Valdivieso. Indica que tuvo la suerte de participar como miembro asesor en un proyecto MECESUP de la Universidad Austral en el que también se intenta, porque todavía está en funcionamiento, el mejoramiento de la educación de pregrado; éste también redundó en la construcción de un edificio en el que se integraron todos los laboratorios que estaban desparramados en pequeñas casitas antiguas.

Otro elemento importante de los proyectos MECESUP es el desarrollo de las bibliotecas, lo que ha ocurrido en todas las universidades del país, con todo lo que esto significa en beneficio y como eje articulador de lo que es la docencia de pre y post grado y de la investigación de las respectivas Universidades.

Ac. CASSORLA. Comenta que la presentación del Dr. Valdivieso le resultó muy hermosa e ilustrativa y que le produce una sana envidia al ver una estructura de docentes tan piramidal y con un porcentaje tan alto de jornadas completas, del orden del 63% en personas que están haciendo medicina clínica. La pregunta es ¿en esta cifra no se está incorporando a individuos que están haciendo una práctica clínica a veces lejana de los alumnos, y que si bien tienen un horario de 44 horas dedicados a la universidad, no necesariamente están dedicados a la docencia? Señala que esta generación está viviendo una medicina alejada de lo académico y que aparece como un notable logro el incorporar gente joven que esté dispuesta a dedicarle jornada completa a este quehacer.

Ac. UAUY. Se suma a las felicitaciones por esta interesante conferencia y señala que el Dr. Valdivieso en su parte inicial acotó que en general tenemos buenos diag-

nósticos y pocos tratamientos. Se hace la pregunta: ¿el proceso descrito en esta presentación está realmente contribuyendo a la innovación? ¿Cuál es el grado de penetración de este programa en los núcleos más conservadores, que son refractarios a los cambios y que habitualmente representan una proporción no pequeña y en cambio muy influyente del cuerpo docente? Al escuchar la presentación del Dr. Valdivieso deduce que este proyecto ha representado no sólo una remirada a la docencia sino que una articulación bastante profunda en la organización de la Facultad de Medicina y se pregunta: ¿se han adecuado los sistemas administrativo y académico a los cambios?, ¿ha habido barreras administrativas para la penetración de este nuevo modelo?

AC. REYES. Se suma a las felicitaciones por la presentación del Dr. Valdivieso y comenta que al menos una de las actividades que está desarrollándose en torno a este programa MECESUP y diplomado es la de la medicina basada en evidencias y la que se ofrece generosamente a la comunidad médica nacional, por lo menos a los lectores de la Revista Médica de Chile. En efecto, hace tres años la Revista recibió la proposición de la Dra. Letelier y de una de sus colaboradoras, de que su trabajo rutinario de estudio crítico de la literatura médica internacional con la metodología de la medicina basada en evidencia, se difundiera en la Revista. En esa oportunidad, se hizo un catastro de los grupos que estaban dedicados a practicar este tipo de estudios críticos y se les invitó a que proporcionaran su material del trabajo para difundirlo entre los lectores chilenos. La Dra. Letelier fue la única que recogió la invitación y ha entregado periódicamente material que la Revista ha reconocido como tan importante que lo ha constituido en una de sus secciones, la que aparece cada tres a cuatro meses.

AC. ARMAS. Se suma a las felicitaciones, tanto por la forma como por el contenido de la presentación. Estima, al igual que la Dra. Norero, que el programa MECESUP es de enorme importancia y que ésta radica en la inversión de recursos estatales a proyectos específicos. Comenta que ha visto evolucionar la docencia clínica desde la relación maestro-discípulo y de la enseñanza a hacer como el profesor sabía hacer, hacia una enseñanza sistemática, con tecnología docente, con evaluaciones adecuadas y programas con objetivos. Piensa que en el medio en que él trabaja la enseñanza sistemática cada día interesa menos a los clínicos. A éstos les atrae cada vez más el cultivo de técnicas y cada vez menos el alumno que le perturba en su trabajo y, mientras se va produciendo una profesionalización de la docencia se va también produciendo una profesionalización del trabajo y ambas son incompatibles. Agrega que cada día les cuesta más enrolar docentes para la docencia directa y que no percibe el rol de agentes culturales en quienes han hecho el diplomado en docencia.

AC. CRUZ-COKE. Se suma a las felicitaciones por la excelente presentación del Dr. Valdivieso. Señala que mucho le impresionó de la presentación, es la forma cómo introduce la ética médica en el currículo. En esto juega un papel el carácter

Pontificio de esa Universidad que enfrenta la ética sin toda la variabilidad del pensamiento humano.

AC. VALDIVIESO (Relator). Agradece las preguntas y comentarios. Indica en primer lugar que, como todos saben, cualquier proyecto de educación universitaria en Chile es de una fragilidad extraordinaria y ella se debe fundamentalmente a que, además de las circunstancias que se han mencionado aquí, el apoyo de la sociedad a los proyectos de educación universitaria es escaso, siendo especialmente crítica la idea del autofinanciamiento. Señala estar convencido de que ella influye negativamente y en particular sobre la vocación de los docentes.

Contestando la aguda pregunta del Dr. Cassorla, nosotros no somos excepción en esa materia, tenemos que financiar la formación anual de alrededor de 100 médicos y de 70 especialistas y hacerlo en gran medida a través de la venta de servicios, que es el mayor escollo para el desarrollo universitario y académico. En efecto, cuando hablamos "dedicación completa", decimos más bien "full time geográfico" que permite atender pacientes y enseñar alumnos. La proporción de dedicación a una u otra actividad es extremadamente variable, fluctuando entre quienes tienen dedicación completa a la docencia y quienes la tienen a la venta de servicios, siendo la autoridad quien evalúa qué es lo que prefiere de cada uno y del conjunto. En todo caso, en esta forma hay un grado importante de compromiso con la institución.

Indica que su Escuela tiene hospitales asociados como el Sótero del Río o el Servicio de Medicina de la Asistencia Pública, donde hay personas que trabajan con un 100% de dedicación a la docencia en el horario contratado; son un grupo pequeño que está ahí sólo para enseñar y cuya existencia la considera un milagro de orientación vocacional por la enseñanza.

En lo que se refiere a la pregunta del Dr. Uauy comenta que, en conversación con expertos educacionales extranjeros ha aprendido que ante proyectos como el que describió en su presentación habrá tres grupos: a) los que se van a oponer de todas maneras, que en general tienen una edad promedio superior a los 50 años y cuya estadía en la universidad no va a ser tan prolongada y lo mejor es no tomar en cuenta su opinión; b) los indiferentes que están preocupados de otras cosas, incluyendo valores y actividades académicas como generar nuevas ideas y hacer investigación, y a los que hay que mantener y apoyar; y c) los entusiastas que precisamente son los jóvenes, instructores, profesores auxiliares que nunca nadie les había dicho que estaban en la universidad no solamente para ver enfermos sino que también para enseñarles a los alumnos. Estos últimos son los que han descubierto su vocación y están teniendo una repercusión cada vez mayor al estilo de lo que dijo la Dra. Norero.

Respecto al comentario del Dr. Armas señala que en su Escuela cuentan con personas cuyo interés principal está en el enfoque global del enfermo, de sus fami-

liares y del ejercicio de la medicina. Desde ese punto de vista se parecen a sus antiguos profesores, aunque él cree que tienen más conciencia de los desafíos que enfrentan y de las nuevas metodologías que los pueden ayudar a enfrentar esos desafíos. Aunque el grupo sea pequeño puede poco a poco ir creciendo; ellos están incorporando alrededor de 20 docentes nuevos al año, que entran con categoría de instructor o de profesor auxiliar. Una de las primeras ofertas que estos jóvenes reciben es la de participar en el centro de educación médica.

La profesionalización de la docencia debe contar con el apoyo explícito de la universidad de la escuela de medicina. El problema está en de dónde se obtendrán los recursos. Es posible que si los interesados enseñen mejor puedan vender más servicios, sin embargo, si hay una incompatibilidad entre esas dos cosas ya sabrá la autoridad cómo se las arregla para que un proyecto como éste, que ya inició su marcha, no desaparezca.

Ac. Goic. Creo que otra importancia que ha tenido el MECESUP, una alianza entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de Chile, es que permitió que ideas que estaban en potencia en las escuelas se pudieran llevar a cabo al entregar los recursos que muchas veces, lamentablemente, son necesarios para poder concretar buenas ideas. De tal manera, creo que ahí hay un gran mérito del MECESUP y todos tenemos la esperanza de que este convenio se pueda poner nuevamente en marcha.

Segundo comentario. Creo que la profesionalización de la docencia, además de ser un hecho, es conveniente, es necesaria, pero tiene solamente un valor instrumental, que no reemplaza, por cierto, a lo que se ha llamado la vocación por la enseñanza y que implica interés en enseñar, capacidad para enseñar, dedicación a la enseñanza, que fue lo que tenían todos los profesores que a nosotros nos formaron; ellos no sabían nada de objetivos explícitos, ni de metodología educacional, ni de evaluación, salvo lo que les señalaba el sentido común y el buen criterio. Mientras más y mejores instrumentos se entreguen a los docentes es importante, porque eso ayuda a que la docencia se haga mejor, pero eso tiene que hacerse en personas que realmente tengan interés y vocación para enseñar. No se saca nada con dotar de los mejores instrumentos educacionales o metodológicos a personas que no sirven para enseñar; puesto que hay personas que tienen capacidades y cualidades específicas de que otros carecen, y viceversa, en distintas materias. Siendo necesaria la profesionalización que se ha ido imponiendo, no hay que olvidar que debajo de ese valor instrumental hay un valor vocacional que es necesario para la enseñanza.

El tercer comentario es que todavía en Chile, pese a que nos quejamos mucho, tenemos médicos que enseñan en las escuelas. Estuve hace poco en una reunión social con el editor del Lancet; me comentó que en Inglaterra nadie quiere enseñar, no se interesan en la docencia, lo que está ligado a un problema que también, en

alguna medida, nosotros vivimos: los incentivos económicos y académicos están apuntando fundamentalmente hacia la investigación y no hacia el fortalecimiento de la docencia. Aunque estamos viviendo ese fenómeno también en Chile, felizmente todavía hay personas que están interesadas en transmitir sus conocimientos a las nuevas generaciones, cumpliendo con una vieja tradición médica.

Por último, la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, por la filosofía que tuvo la reforma curricular que fue enfocada en forma de un sistema, de distintos subsistemas, también se trató de que la enseñanza en las distintas disciplinas se hiciera a lo largo de toda la carrera. Esto ha sido extraordinariamente difícil de lograr, hasta donde yo tengo conocimiento, pero en una de las disciplinas en que se ha logrado, curiosamente, es en la ética. Los estudiantes tienen enseñanza de ética desde 1° hasta el 7° año. Actualmente, estoy enseñando en el Hospital Salvador en el 3° año en el curso de Ética Médica que, además, es extraordinariamente gratificante; me ha llamado profundamente la atención el interés que tienen los estudiantes en esta materia, bien podrían decir esto no está en el corazón de lo que yo vine a aprender para el ejercicio de la medicina; pero, no es así, ha sido un curso bastante exitoso. Es una experiencia interesante, en que la enseñanza la hacen ellos, hacen las presentaciones de los temas que se les asignan y se les entrega la literatura básica y después simplemente se discuten los temas con ellos, creándose entonces la situación de pluralidad ética que reclama el Dr. Cruz-Coke. En otras disciplinas, sobre todo la idea de que las ciencias básicas se pudieran ir enseñando a través de toda la carrera ha sido mucho más difícil de implementar.

Finalmente, deseo felicitar al Dr. Valdivieso y hacerlo extensivo a la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, por la presentación del proyecto, por las ideas que ustedes han llevado a la práctica, que les ha permitido, además, disponer de un estupendo edificio para la Escuela de Medicina y por su participación tan activa en este logro.

AC. VALDIVIESO (Relator). Hace algunos breves comentarios. El primero se refiere a la selección de los docentes. Nosotros le damos mucha importancia al taller de docencia para residentes, porque en ese taller, a lo largo de un mes o un mes y medio, podemos apreciar realmente cuál es la calidad que la persona tiene para ejercer la docencia, la que hay que diferenciar claramente de la habilidad técnica que la persona tiene dentro de lo que es su campo de ejercicio profesional.

La segunda observación que hace se refiere a los alumnos. Piensa que los alumnos están mucho más compenetrados, hoy día, de lo que a ellos y sus familias les cuesta estudiar. Ellos son una fuerza que hay que saber mover para que el programa de formación profesional que se les ofrezca sea efectivamente serio y vaya mejorando gradualmente a lo largo del tiempo.

DR. CHIANALE (Invitado). Agradece la oportunidad de señalar que al finalizar el proyecto MECESUP los dos problemas que más los inquietaron fueron la

sustentabilidad del programa y el tema de la evaluación. El de la sustentabilidad nos pareció resuelto porque el programa fue reconocido por la Vicerrectoría, lo que en nuestra organización representa tener un centro de costo, lo que significa recursos y reconocimiento explícito de que esa es una organización de relevancia al interior del sistema; puede que a juicio de alguien esos recursos no siempre sean suficientes. También es un elemento central de la sustentabilidad la existencia de una masa crítica de académicos interesados vocacionalmente por el tema. El segundo problema, es el de la evaluación. El eje central de todo esto no son los docentes, sino que los alumnos. Por lo tanto, hay un aspecto muy importante y que no está resuelto desde el punto de vista metodológico, cual es: ¿de qué manera esta inversión de recursos nos garantiza que estamos formando mejores médicos? Evaluar esto es un tremendo desafío para la investigación en educación médica. ■

GLOBALIZACIÓN, MORTALIDAD MATERNA Y POBREZA¹

DR. MARIO HERRERA MOORE
Académico Honorario

Habitualmente, cuando las autoridades exponen sobre el desarrollo de los países, citan variados parámetros económicos incluyendo un índice bio-demográfico referido a mortalidad infantil, que, en el caso de Chile, es de 7,5 fallecidos por 1000 nacidos vivos en el primer año de vida, cifra que es la mejor de América Latina y, si la relacionamos con el ingreso per-cápita de las naciones, es simplemente espectacular.

Muy rara vez, por no decir nunca, se refieren a mortalidad materna; en circunstancias que sus valores, son signos de tremendas desigualdades en el mundo y en Chile. Se define clásicamente la mortalidad materna como la ocurrida en el “embarazo, parto y puerperio, sea por causas directas o indirectas hasta las 6 semanas post-parto” en relación a 10.000 nacidos vivos. Recientemente esto es modificado por la OMS y se cambia hasta 1 año post-parto y se mide por 100.000 nacidos vivos. Estas modificaciones aprobadas fueron impulsadas por países desarrollados, para expresar sus cifras en números enteros y no en decimales, dada la baja de sus cifras de mortalidad materna.

De los 190 países miembros de la OMS, sólo el 35% informan correcta, sistemática y en forma verificable sus tasas de mortalidad, esto incluye obviamente a Chile; el resto, vale decir el 65%, sus datos son dudosos y representan las mejores cifras que la OMS logra aproximar.

En una visión global algunas cifras impactan por su crudeza:

- a) el 15% de las mujeres grávidas desarrollan complicaciones que pueden poner en riesgo su vida.
- b) 300 millones de grávidas sufren complicaciones en el corto o largo plazo.
- c) 60 millones de partos anuales se verifican sin atención profesional.

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 1 de junio de 2005.

- d) 1.600 mujeres mueren diariamente por complicaciones de embarazo y parto.
- e) La mortalidad materna es en promedio 18 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los industrializados.
- f) 50 millones de mujeres sufren daños a la salud relacionados con gestación y parto y de éstas 18 millones padecen de morbilidad a largo plazo.
- g) El riesgo de exposición a mortalidad materna potencial en el tiempo es 40 veces mayor en naciones en desarrollo que en desarrolladas.
- h) Sólo el 53% de los partos en los países en desarrollo tiene asistencia profesional (médicos, matronas).
- i) El 99% de los casos de mortalidad materna ocurre en países en vías de desarrollo; el 1% restante en desarrollados.
- j) Un total de 515.000 mujeres mueren cada año a consecuencia del embarazo, parto y puerperio.
- k) Más de una mujer muere cada minuto por estas causas.

La mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (n/v) es en el mundo de 390 mujeres; pero en los países del primer mundo es de 30 y en los en vías de desarrollo de 450. Si lo medimos por continente; las peores cifras en promedio son en África con 640 fallecidas, particularmente en África Central con 690 (Sudán, Chad, Níger, Congo, República Central Africana, Zaire, Ruanda, Burundi, Mali). En el Continente Asiático, este promedio baja a 420 por 100.000 n/v, con una cifra muy negativa en el Asia Sur, con 650, donde se inscriben naciones como India, Pakistán, Bangladesh, Nepal, Sri-Lanka, etc. En América del Sur, el promedio es de 240; en el Caribe Anglosajón y Latino de 220 y en América Central de 280. En América del Norte las cifras son significativamente mejores, con un promedio de 32,7; destacando las de Canadá con 4,8; la de Estados Unidos con 9,8 y la de México 83,6. En el continente Europeo esta cifra es de 36 en 100.000 nacidos vivos, comparable a América del Norte. Debemos destacar los excelentes índices de Canadá, a la cabeza del mundo junto a los países escandinavos en esta área de salud.

En síntesis el riesgo de morir en todos los países en desarrollo en promedio es de 1 en 48; en las naciones desarrolladas esto se atenúa de 1 a 1.800. Podemos agregar en consecuencia que la mortalidad materna es un excelente indicador de las desigualdades; pensemos que Asia, responsable del 61% de los nacimientos en el mundo, se inscribe con el 55% de mortalidad materna, en circunstancias que África con sólo el 20% de los nacimientos en el mundo, es responsable del 40% de las muertes. Los países industrializados con un 11%, contribuyen con un 1% de la mortalidad materna.

Las causas de mortalidad materna son también distintas entre ambos mundos, en efecto, en las naciones en desarrollo, continúan en primer lugar las hemorragias con un 25%, seguidas de las sepsis, los abortos, la eclampsia, el parto obs-

truido y otras causas, en los desarrollados son el tromboembolismo, las cardiopatías, las complicaciones quirúrgicas, las embolias de líquido amniótico y el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE).

En Chile, nos asemejamos más a un país desarrollado y en una información del Ministerio de Salud de 1999 se señala, de acuerdo a códigos y registros por 100.000 nacidos vivos:

1) S.H.E.	5,8
2) Patologías médicas	4,2
3) Metrorragias Postparto	2,3
4) A. Placenta	1,5
5) Otras infecciones	1,5
6) Sepsis puerperal	1,1
7) Embolias	1,1
8) Aborto	0,8
9) Anestesia	0,8
10) E. Ectópico	0,8

Estas cifras no han variado significativamente, como causas destacando el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) en el tope de la tabla y las escasas muertes por aborto. 20 años atrás, cada 3 camas de maternidad, 1 estaba destinada a abortos sépticos; esto es hoy historia felizmente superada. En relación al control del embarazo y parto por personal adiestrado en el mundo las situaciones son pavorosas: 3.240.000 madres no tienen control prenatal; 3.440.000 no reciben atención de parto en instituciones de salud; y 2.980.000 no tienen atención por personal calificado. En este aspecto Chile es privilegiado pues el 100% tiene atención profesional.

En todos estos análisis es interesante conocer las curvas de empleo de las mujeres y cómo pueden contribuir al mejor ingreso familiar y a las mejoras en sus proyecciones de educación y salud. De acuerdo a la Organización Mundial del Trabajo, las tasas de actividad económica de las mujeres por grupos de edad y proyectándolas al año 2010, son entre los 25 y 50 años de 85% en Europa, 87% en América del Norte, 85% en Oceanía, 60% en América Latina y el Caribe, 75% en Asia y, 65% en África (probable por efectos del SIDA en hombres). En Chile actualmente la tasa de mujeres en actividad remunerada es sólo de 38%, una de las más bajas de América Latina. Las mayores tasas de desempleo en nuestro país, sumados hombres y mujeres; son en las ciudades de Vallenar, Valparaíso, Lota y Coronel, y las mejores son Coyhaique y Puerto Aysén; los niveles más elevados, del orden del 20%, ocurren en jóvenes entre 15 y 19 años y los óptimos de 65 años o más. En la actualidad, el desempleo en hombres es 6,6% y entre las mujeres que buscan ocupación 9,2%.

Chile optó por la globalización y al margen de que este es un proceso holístico, está edificado sobre la base necesariamente de tratados de libre comercio, lo tenemos con la Unión Europea, con Canadá, Estados Unidos, México y Corea y, muy pronto deberán agregarse China y la India. El esfuerzo por penetrar en el mundo asiático a través de la comisión Asia-Pacífico, ha significado establecer 12 embajadas, 4 consulados generales, 4 misiones militares, 14 oficinas de Pro-Chile, 3 oficinas agrícolas y 1 oficina de la Confederación de la Producción y el Comercio. Todo esto ha conducido a que el año 2003 el incremento de nuestras exportaciones al Asia aumentaran en un 27,4%, con una cifra de 6.512,3 millones de dólares, transformándose en nuestro primer destino exportador, por sobre Europa y América del Norte. Con todo este panorama económico, interesa conocer nuestra estructura interna en salud, los recursos físicos y humanos.

En número de camas, al año 2000 en el Cono Sur de América Latina contamos con 3,5 camas hospitalarias por 1000 habitantes, similar a la de Estados Unidos y Canadá, y en personal de salud, 13 médicos, 10 enfermeras y 5,9 odontólogos el año 1999 x 10.000 habitantes. Es posible que éstas sean hoy mayores por la creación de nuevas escuelas de medicina y masiva inmigración de médicos ecuatorianos y cubanos. En los Estados Unidos, en esa misma fecha las cifras eran 27,9; 97,2, y 6 respectivamente. En atención profesional del parto, Chile, Estados Unidos, Cuba, Canadá y Uruguay igualan en un 100%. En este aspecto Bolivia aparece con las cifras más preocupantes: 28%.

Resulta indispensable señalar el gasto en salud y compararlo con sus resultados. El año 2000, Chile destinaba el 6,2% del producto interno bruto (PIB) a salud; en esta cifra el gasto fiscal era aproximadamente el 2%; el resto es privado. Es posible que el año actual, esto se suba al 7%; Argentina gasta el 10%; Estados Unidos el 15% de un producto interno de dimensiones colosales. Alemania, Francia, Suiza, por citar algunos, tienen un gasto muy superior al nuestro. En relación a estos números los índices bio-demográficos nuestros, entre ellos la mortalidad materna son muy buenos. Las tasas por 100.000 nacidos vivos, el año 2002 por regiones, aparecen las ricas zonas mineras I y II con 0% de mortalidad materna; la peor, la Región XI, la desolada Aysén con sus múltiples islas habitadas y de difícil acceso. En las áreas de salud de la zona metropolitana, la mejor, la oriente, 0%; la peor y más pobre, el área sur, con casi 35 muertes por 100.000 nacidos vivos. Desde el año 1990 hasta el 2002 la mortalidad materna en Chile ha descendido en más del 50% y actualmente es de 17 mujeres por 100.000 nacidos vivos. Los desafíos están señalados por la O.M.S.:

- a) Reducir la pobreza extrema
- b) Educación primaria universal
- c) Nacimientos asistidos por personal adiestrado
- d) Acceso asegurado al servicio de salud
- e) Planificación familiar al alcance de todos
- f) Mejorar la condición social de la Mujer

Creemos en la importancia de tener en Chile, a pesar de sus defectos, un servicio de salud vertebrado de Arica a la Antártica.

De acuerdo al Informe del Desarrollo Mundial (2001-2002), la población del mundo son 6.000 millones de habitantes; 2.800 millones viven con menos de US\$ 2 diarios; 1.200 millones (1/5) viven con menos de US\$ 1 diario. La inmensa mayoría de las muertes maternas son evitables. Ninguna cifra estadística ni estudio de costo beneficio puede superar el daño inconmensurable de la pérdida de una madre en el acto sublime de dar vida. ■

COMENTARIOS:

AC. CASSORLA. Esta información que usted nos presenta me recuerda mucho el patrón de lo que ha ocurrido con la mortalidad infantil, a lo que usted ha aludido inicialmente. Quisiera hacer una reflexión y a la vez una pregunta, que tiene que ver con el gasto en salud. El gasto de salud en Estados Unidos es casi el 15% del PIB, lo que en Estados Unidos son 6 trillones de dólares, por lo tanto el 15% son 900.000 millones de dólares; Chile llegó a un PIB total de 100.000 millones de dólares, con lo que nuestro ingreso per cápita se acerca a 6.000, a 6.500; es decir, los norteamericanos gastan nueve veces en salud lo que todos los chilenos producimos en un año normal en bienes y servicios y sin embargo, los índices que muestra Estados Unidos, llegan a ser deplorables, como en el distrito de Columbia, que es la capital de Estados Unidos, donde desgraciadamente hay una gran acumulación de pobreza, de problemas étnicos y de otro tipo, en que la mortalidad infantil y la materna es muy superior a lo que es en Chile, y también Minesota, en que la mortalidad infantil y la materna son muy parecidas a lo que pasa en Suecia. Uno tiene la sensación de que si se gasta el 15% del PIB, 900.000 millones de dólares en salud, termina con una muy buena hotelería. Hay hospitales que pueden ser muy buenos y a una cuadra está otro muy malo. Muy pocos comparten la hotelería bonita, agradable y hay un gasto enorme en cosas que no son médicas, pero la parte médica termina siendo tremendamente heterogénea. El contraste con eso es el 2% que gasta nuestro gobierno en salud, aparte del 4% que aparece en la parte privada. La atención pública se presenta como de enorme ineficiencia y gastando en forma despilfarrada en nuestros hospitales, con este 2% misérrimo del gasto fiscal en salud. Hay que cambiar esa imagen. El Dr. Herrera se refirió al índice de desarrollo humano, curiosamente los periódicos le dan cierta difusión a estas cosas, de repente aparece en diarios que son serios, que estamos razonablemente bien en lo que se refiere a índice de desarrollo humano en el mundo. Creo que nuestra misión como estamento médico es decir, con esta miseria que se recibe de parte del gobierno chileno para la atención pública nos hemos acostumbrado a hacer maravillas con nada y por otro lado a ser catalogados como de despilfarradores. Es decir, que estos índices que son un orgullo para cualquier chileno, se consiguen con recursos que

son ridículamente pobres, pero estamos permanentemente bajo la percepción, equivocada o no, que hay un gasto en salud con un despilfarro casi obscuro. Nuestra misión, con la información como la que presenta el Dr. Herrera, es expresar que es un milagro lo que se hace, es extraordinariamente poco lo que se gasta; tratemos de acercarnos a un 8% del PIB y que esa delta la coloque el fisco, que es el que termina atendiendo a un porcentaje enorme de la población, con una cantidad escasa de recursos, básicamente por el trabajo de muchos de los que estamos aquí, que trabajamos demasiado, en hospitales que son del servicio, hospitales que tienen relativamente pocos recursos y, sin embargo, se logran cosas mancomunadamente importantes. Creo que si ese mensaje se transmitiera un poco mejor quizás podríamos contrarrestar esta ola de opinión negativa de que el gasto fiscal en salud es enorme y que está sobredimensionado y se aprovecha mal, cuando en realidad es justamente lo opuesto.

AC. GLORIA LÓPEZ. Quería corroborar lo que dijo el Dr. Cassorla. Si por algo uno puede sentirse orgulloso, es con el sistema de atención maternal aquí en Chile; realmente es algo extraordinario, cada mujer anda con una tarjeta donde está absolutamente todo su control, todos los exámenes, todo lo que se le ha hecho y uno sabe exactamente todo lo que va pasando con esa mujer y eso funciona casi perfecto, lo que permite que muchas cosas puedan hacerse con recursos tan reducidos como los que nosotros tenemos. Estoy totalmente de acuerdo en que uno siempre tiene que pensar, en el 2% o el 6% de qué estamos hablando, de qué suma global; en el fondo con muy poca plata se hacen muchas cosas y eso tiene que servir para que nosotros nos sintamos satisfechos del esfuerzo que hacemos, pero también para conseguir que nuestra imagen sea mejor valorada, ya que la imagen del médico o de la atención en salud pública está siempre viéndose como más cuestionada. Esto nos hace más optimistas de pensar que podemos luchar para conseguir cosas mejores aún.

AC. CARMEN VELASCO. Creo que lo que a nosotros nos falta, es marketing. Lo mismo que el Dr. Cassorla ha señalado, se podría traducir en una editorial y mandarla al Mercurio con datos como los que se han precisado. Porque esta discusión queda entre cuatro paredes y no llega al público en general. Esta comparación que ha hecho el Dr. Herrera entre el gasto de Estados Unidos por persona y el de Chile y los valores que se logran, es importantísimo. Nos hace falta el marketing y creo que el Dr. Cassorla y el Dr. Herrera debieran hacer un esfuerzo y expresar lo que se dijo y mandar un artículo a la prensa escrita. Sería de gran utilidad para nuestro país y para nuestra imagen como médicos. Estamos cansados de oír a los medios de comunicación decir lo mal que trabajamos los médicos.

AC. GLORIA VALDÉS. Me ha impresionado mucho la tremenda documentación que hay detrás de la presentación que nos ha hecho el Dr. Herrera. Pudimos ver cómo la mortalidad materna es un índice de inequidad. Creo que nuestros datos globales son extraordinarios pero tenemos datos puntuales como el de las comunas

del sur de Santiago, que debieran ser inaceptables, puesto que con médicos de igual calidad o relación de médicos por habitantes, matronas, etc., con la misma población, estamos teniendo datos que muestran una gran diferencia entre el sector oriente y el sur de Santiago, lo que es inadmisibile. Me ha impactado mucho en tu presentación la situación mundial en el riesgo de la maternidad, porque muestra lo frágil que es el proceso de la maternidad. El otro día yo señalaba que me impresionaba la fragilidad celular en biología molecular desde el punto de vista mundial, pero el proceso que está poblando el mundo, es un proceso muy frágil y que lo tenemos que apoyar con medicina, lo tenemos que apoyar con valores. Quisiera saber cuál es la mortalidad materna o la morbi-mortalidad materna de las mujeres que llevan su embarazo a cabo solas, a diferencia de la mujer que lo hace acompañada de su pareja y que enfrentan juntos el nacimiento del hijo y en esto creo que hay que hacer ciertos énfasis y hacer conciencia en la población y con los problemas que tienen que ver con el embarazo, por ejemplo: el problema de la píldora del día después, terminan siendo problemas que son llevados en forma política, hacen mucho ruido las opiniones confrontacionales, pero ¿qué le dice esa polémica a las niñas adolescentes que se están embarazando? Creo que no les dice nada y lo único que esa población está recibiendo es más estímulo para seguir embarazándose. ¿Esta curva que va para abajo va a subir en algún momento?, si los embarazos son el pan de cada día. Cómo nos preocupamos como sociedad para enfrentar esto; creo que ahí la Academia tiene mucho que decir.

AC. UAUY. Me sumo a lo que dice el Dr. Cassorla, pero creo que la reflexión es un poco mayor porque en Chile hemos perdido el aprecio al Estado, detrás de esto no está necesariamente que las cifras son malas; el tema es que lo haga el Estado y en ese sentido, independiente de los partidos políticos, creo que la salud estatal permite dar salud a más gente por menos dinero. El ejemplo clásico de estos momentos es que Estados Unidos gasta el 15% del PIB y Canadá al otro lado de la frontera gasta el 6% del PIB, en un caso se da salud y en el otro caso se da medicina. El énfasis en Estados Unidos es dar medicina y los índices para algunas patologías complejas son mejores en Estados Unidos que en ninguna parte del mundo; pero cuando se trata de dar salud sin duda la salud estatal es imbatible y esa defensa debiera estar centrada más allá de la política y tenemos que hacer un acto de más fuerza para convencer a moros y cristianos al respecto. Sobre la mortalidad materna, algunos de ustedes están familiarizados con el hecho de que en Boston cada vez que hay una muerte materna, lo que ocurre muy raramente, se publica en el *New England Journal Medicine* y eso no lo inventaron las leyes, lo inventaron los médicos porque declararon que era inaceptable que hubieran muertes maternas y se hace un reporte que es una autopsia pública, para que todos sepan lo que ocurrió. Si queremos tener un efecto importante en corregir las desigualdades estas auditorías públicas debieran publicarse en la *Revista Médica* o en otro medio, sería un elemento fundamental porque en muchos casos, y hay que aceptarlo, hay ya sea negligencia social o en otros casos negligencia médica y eso hay que aceptarlo

como un fenómeno repudiante; es decir decretar inaceptable la muerte de una madre en un acto que compete a los médicos.

Si podemos mirar este panorama hay un par de elementos que me gustaría traer a colación, en parte porque ocupó el sillón n° 21 que perteneció al Dr. Benjamín Viel; es el tema del crecimiento demográfico, los países que han avanzado han tenido una baja significativa en su crecimiento, dar salud con tasas de fertilidad alta y tener mortalidad materna baja es una tarea mucho más difícil que lo que ha pasado en Chile donde la fertilidad ha bajado. Vengo llegando de Bangladesh que tiene un ingreso por cápita de US \$400 por habitante, 12 ó 15 veces más bajo que Chile; gasta US \$4 por habitante al año en salud; debo decir que los problemas no solamente están en el gasto y eso es cierto para Asia, especialmente para la India, Bangladesh y la zona sur del Asia, otro problema ahí son los derechos de las mujeres: una mujer no puede entrar en el hospital a menos que el marido o el padre firme, por lo tanto está condenada a morirse si no tiene a alguien que firme, no tiene acceso al sistema de salud, la primer ministro de Bangladesh es una mujer, pero las mujeres no tienen derecho a propiedad, no tienen derecho de ningún tipo por lo tanto detrás de esto también está el fenómeno ético y legal de los derechos de la mujer y estas desigualdades no sólo son socioeconómicas sino que también de los derechos propios de la mujer, y una de las metas de la Organización de las Naciones Unidas es reducir las desigualdades en la educación, en la mortalidad infantil, etc. En ese sentido los derechos de las mujeres que se han alcanzado en el último siglo en Chile ha sido también una contribución a todo esto. Están también los derechos reproductivos y es un tema que está en el debate mundial a quien le corresponda. Estados Unidos se da el lujo en estos momentos de tener una política que se llama la política de la ciudad de México, que fue promulgada por el Presidente Reagan, que le impone a las ONG extranjeras, porque no lo puede hacer dentro de Estados Unidos, que ningún fondo del gobierno americano vaya a instituciones que directa o indirectamente autoricen el aborto. No soy pro aborto pero hay países que con la cifra de mortalidad materna que tienen, que si no trabajan en planificación familiar y ofrecen el aborto médico, sin duda las cifras de mortalidad materna van a ser muy altas, aquí está el dilema ético; uno puede hacer toda la ética que quiera pero la realidad es que se mueren mujeres en muchas partes del mundo por no tener derechos reproductivos y no tener acceso a la anticoncepción y en situaciones extremas, acceso también al aborto. Este es un panorama que esconde una dimensión de derechos de las mujeres, en todas partes del mundo, y esos derechos están claramente amenazados hoy en día. Todos tenemos derecho a tener nuestra posición religiosa y conducirnos de acuerdo a ella, pero de alguna manera tenemos que mirar el panorama general y obviamente en esto hay que poner mucho más énfasis en los derechos de las personas, en los derechos de las mujeres frente a una realidad que es abismante. En Chile somos muy privilegiados, quizás junto con decir que lo estamos haciendo muy bien tenemos alguna responsabilidad por completar las tareas y también por difundir, esto no requiere grandes dineros, difundir las muertes de las madres; se puede hacer para el resto de Améri-

ca Latina, para nuestros vecinos, sin necesidad de ser ricos, primero se podrá ser saludable y luego se podrá ser rico y Chile demuestra eso también.

AC. NORERO. Quisiera decir que justamente en estos momentos hay un taller de trabajo de la OPS-OMS de las matronas de Latinoamérica que se está efectuando en la Universidad de Chile, para contruir las directivas para llegar a una cobertura mayor del parto en los países latinoamericanos. Estoy muy de acuerdo con el planteamiento que acaba de hacer el Dr. Uauy y quería solamente felicitar al Dr. Herrera porque aparentemente mostrar las cifras económicas, tal como las mostró globalizadas, da la idea que no tiene mucho que ver con el problema, pero el Dr. Herrera lo relaciona de una manera muy interesante, lo encontré muy inteligente como lo planteó, es muy interesante ver cuál es la inserción de Chile en el mundo a nivel económico, me parece fundamental y me permitiría recomendarle a los que el tema les interesa que se lean un libro pequeño de un autor novelista, Alessandro Baricco, y que se llama "Seda", pero aparte de Seda hace poco escribió un libro que se llama "Next: sobre la globalización y el mundo que viene" y que se refiere a cómo aprecia la gente común y corriente el problema de la globalización; por ejemplo plantea que en este momento los tratados de libre comercio, todas las cosas que nos están conmoviendo todos los días, es la manera como los países poderosos se apoderan de las economías de los países débiles sin guerra y es fundamental que no exista guerra para que se puedan seguir apoderando de las economías de los otros países. Se los recomiendo porque entrega una visión muy inesperada de la globalización.

AC. ARMAS. Agradezco al Dr. Herrera su preciosa presentación. Tengo una sensación curiosa con este trabajo y fue lo mismo cuando escribimos con el Dr. Goic el trabajo "Pobreza y Salud en Chile"; uno ve hitos en la historia de la medicina chilena, bien claros, que explican el desarrollo en salud: la creación del Servicio Nacional de Salud que hicieron los gobiernos radicales, los que entendieron que el Estado tenía que hacerse cargo de la salud; la creación de la Escuela de Salubridad, la creación de la Escuela de Matronas; entonces uno va identificando personas y hechos que fueron significativos, como los planes de alimentación de la madre y el niño de Cruz-Coke, pero resulta que ahora uno no ve nada nuevo ni interesante, sino que lo que vemos que sale del sector estatal de salud son sólo errores y nada atractivo, ni nadie destacable. Creo que nosotros estamos enceguecidos, no vemos gestores de lo que está ocurriendo en salud. Los médicos cuando trabajamos reclamamos las carencias que tenemos en los hospitales y las carencias apuntan a la medicina y no a la salud: el tiempo de espera de los scanners, la carencia de antibióticos, falta de camas para hacer biopsias, pero resulta que la salud pública va por un canal completamente distinto y que los médicos clínicos no lo ven. También cuando hicimos ese trabajo sobre Pobreza y Salud, nos llamó la atención los índices de salud de Chile comparados con otros países más desarrollados y lo que gastaba el país; aquí yo estoy seguro que hay un subsidio del personal que trabaja en el sector

salud muy importante y que eso hay que tenerlo presente. El personal que trabaja con nosotros en los hospitales gana nada y es el gran subsidiador del sector salud.

Otro aspecto que vale la pena tener presente son algunos programas y que están vigentes: la alimentación de las nodrizas, la alimentación de la embarazada en riesgo de desnutrición, hay algunos programas específicos de la alimentación que son muy atractivos. Me recordó la presentación de Mario, cuando hicimos un viaje hace varios años con él y don Eduardo Cassorla, fue muy inolvidable porque recorrimos algunas zonas en el Sur del país en una misión del Ministerio de Salud. Cuando uno mira Aisén, es otro país, por el aislamiento de la gente; esa era nuestra misión, ver cómo se podía dar salud y atención médica en la zona de Aisén; el aislamiento era de tal magnitud que era muy difícil concentrarlo, pero vimos en Nueva Imperial algo que me llamó mucho la atención y me irritó verlo, a una mujer embarazada que ya no le cabía un día más de embarazo, barriendo un hospital; pero nos informaron que las mujeres que vivían muy aisladas se trasladaban un tiempo antes del parto al hospital, el que las acogía en espera de dar a luz. El asunto es que programas ingeniosos, distintos, adecuados a la realidad local como el mencionado, ya no hay. Tengo la sensación de que alguien se nos está escapando y que está pensando y haciendo las cosas muy bien en el Ministerio de Salud.

AC. SEGOVIA. Quiero agradecer al Dr. Herrera por su interesante conferencia. Hay un factor importante, se ha dicho que hay que reforzar el rol y el prestigio de las mujeres; yo diría que aquí en Chile nadie ayuda a educar en ese aspecto, uno prende la televisión y lo único que ve son programas que sólo fomentan el sexo, no hay programas educativos y nos quejamos que se nos están embarazando niñas de 9 años, cuando tienen la menarquia, y es toda culpa nuestra y no hay nadie que proteste por estos programas y estas formas de educación masiva que tienen en la televisión.

AC. PARROCHIA. En primer término quiero felicitar al Dr. Herrera por su hermosa y muy interesante presentación, quiero hacer sólo una reflexión: todos estos índices y tasas favorables que nos ponen a un nivel casi de país desarrollado, creo que hay que agradecerles a los Pediatras, ya que ellos con su trabajo, su sacrificio y su programación, han logrado estos índices favorables y lo mismo ha ocurrido con los gineco-obstetras. En cambio, creo que los médicos de adultos nos hemos preocupado mucho menos de estos aspectos programáticos de salud pública, nos hemos dedicado mucho más a la docencia o a la práctica privada de la medicina; pero los pediatras y sus equipos, vale decir, enfermeras, obstetras y matronas, creo se merecen nuestro agradecimiento y admiración.

AC. ROSSELOT. Las dos reflexiones a propósito de las informaciones que nos ha entregado el Dr. Herrera en su conferencia y que creo hay que agradecerse, una es que si bien es cierto muchas de estas cifras son muy impactantes hay que tener cuidado con las interpretaciones porque sirven para un barrido si uno no las anali-

za con mucho cuidado. Desde luego, se ha planteado aquí, se puede con los mismos argumentos, con las mismas cifras, promover un control de natalidad o promover una libertad completa, e incluso favoreciendo los embarazos a los 9 ó 10 años, donde realmente no se tiene un criterio exacto de cuál es el significado de esas cifras y cómo se debe proceder. Lo importante es que nos están dando argumentos para profundizar, estudiar y analizar más efectivamente estas cifras y según eso sacar las conclusiones que corresponden.

Hay una cifra que a mí me impresiona, como preocupado de la educación, hay países como Cuba que está fomentando francamente la formación de médicos, no tanto el de personal auxiliar y enfermeras; en cambio en Estados Unidos, Canadá y en Suecia, aparece que aumenta el número de los médicos, pero fundamentalmente aumenta el número de los profesionales de colaboración y eso tiene que ver también con los mejores indicadores de salud. En ese sentido tendríamos que preocuparnos e insistir fundamentalmente en la formación de personal del resto de las divisiones de la salud porque ese personal está haciendo una labor muy positiva y quizás esto tiene que ver con la duda del Dr. Armas, cuando dice en qué sentido el Ministerio o la Salud Pública están influyendo en la mejoría de los índices.

AC. HERRERA (Relator). Agradezco la contribución de todos ustedes al debate, esta gran participación de la audiencia en un tema que nos obliga a todos. En este tipo de presentación es menos difícil mostrar gráficos que redactar, así que redactar este trabajo me va a significar un desafío importante. Estoy absolutamente de acuerdo con lo que aquí se ha planteado y creo que lo básico es que nosotros no hemos sabido hacer un buen marketing de lo que hacemos en medicina, y recordar algo muy importante, por lo cual toda mortalidad materna pasa a ser imperdonable, pensando en que el parto es un proceso fisiológico normal, no es una enfermedad, de tal manera que el consuelo a las personas que les toca esta desgracia es simplemente imposible de explicar, que una persona sana entre en un proceso fisiológico y salga muerta.

AC. PARROCHIA. Acabo de homenajear a los pediatras y los gineco-obstetras un poco en contraposición a los internistas o los médicos, sin embargo hay una diferencia clara y la cito ahora; los pediatras y los obstetras tienen una tremenda ayuda, el obstetra tiene a la matrona que es una buena ayuda y los pediatras tienen a las enfermeras que fundamentalmente en Chile se dedican a pediatría.

AC. GLORIA VALDÉS. Quisiera agregar que además de tener esa gran ayuda que mencionó el Dr. Parrochia, habitualmente la enfermera o la matrona es una mujer y tiene la ventaja de que la paciente es mujer. Me tocó ver la mejoría de la mortalidad, y la solución del gran problema de la diarrea en infantiles, y eso lo consiguió el equipo de salud trabajando con las mujeres y veo que esa área en este momento está abandonada y a la mujer hay que concientizarla de lo que significa la maternidad y que debe ser voluntaria, deseada y cuidada por la mujer, por su familia y por

la sociedad. Llegar a las mujeres y trabajar con mujeres. Tengo una gran admiración por la mujer chilena, entre más simple más fuerza tiene.

Ac. Goic (Presidente). Primero deseo agradecer al Dr. Herrera su magnífica presentación cuya calidad se refleja en los comentarios de los presentes. En relación a este tema, recurro a la antigua imagen del vaso con agua hasta la mitad, donde los optimistas dicen que está casi lleno y los pesimistas que está casi vacío. En este tema complejo en el que influyen tantas variables siempre hay que tener una mirada crítica para analizar y para ponderar el asunto de que se trata. En Chile tenemos una tendencia a marcar los aspectos negativos, somos más bien del grupo de los pesimistas y, lo que nos ha traído el Dr. Herrera hoy día es la parte optimista del asunto de la salud y me parece muy bien que lo haya hecho y que nosotros resaltemos los logros extraordinarios que en materia de salud pública ha conseguido este país con muy escasos recursos. Realmente es muy notable que Chile, con la inversión baja que hace en salud, haya conquistado indicadores sanitarios de tan alto nivel y de tan alta relevancia en general dentro de los países latinoamericanos como los que tiene actualmente, en materia de mortalidad materna, o en materia de mortalidad infantil o en cualquiera de los indicadores que uno tome. Eso nos hace sentirnos orgullosos pero para que el orgullo no nos corrompa hay que decir que todos éstos son valores promedio y cuando uno lo mira por regiones, por ciudades o por comunas, se muestran diferencias muy notables en materia de mortalidad materna; lo cual quiere decir que se han hecho importantísimos avances en salud, pero hay mucho todavía que hacer para lograr una mayor equidad en los progresos y logros en salud que el país ha mostrado. Me parece que el problema de fondo es la pobreza y las desigualdades de ingresos en los hogares chilenos. Si uno mira el problema de mortalidad materna, de la mortalidad infantil o cualquier otro indicador y lo analiza en función de los quintiles de ingresos de los hogares, queda absolutamente de manifiesto las altas desigualdades que existen y la diferencia de los indicadores en cada uno de estos grupos.

Estoy actualmente ocupado en analizar críticamente el sistema de educación superior en un artículo que aparecerá en un volumen de los Anales del Instituto de Chile que está dedicado a la educación superior. Si uno mira la educación superior, cuyos logros en término de cobertura son indiscutibles, pero, si se mira en los quintiles de ingresos de los hogares chilenos, resulta que la cobertura en los quintiles de más ingresos es un 70% más que en los quintiles de bajos ingresos y en los que es el 12%. Entonces el esfuerzo que este país debería hacer, que no es fácil, son políticas que conduzcan, por un lado, a mejorar el crecimiento económico y, por otro, mejorar la distribución del ingreso en los distintos hogares chilenos; esto que es fácil decirlo es muy difícil conseguirlo, pero se pueden hacer esfuerzos y salud es un ejemplo que cuando se focalizan los recursos y se invierten y realmente llegan a quienes más lo necesitan, el resultado es muy positivo. Creo que debemos irnos esta mañana primero con un sentimiento de satisfacción y orgullo por lo que Chile puede mostrar en materia de salud pública, pero también con un sentimiento de humildad por que todavía nos queda mucho camino por recorrer.

RELACIÓN INTERPERSONAL Y VALORES HUMANOS. PROYECCIÓN A LA FORMACIÓN MÉDICA¹

DR. FERNANDO OYARZÚN PEÑA
Académico Correspondiente

INTRODUCCIÓN

Quisiera empezar aseverando que con el transcurso de los años se me ha acentuado el interés de ir develando las relaciones íntimas, estructurales, existentes entre lo interhumano y los valores humanos. A ello he sido conducido, principalmente, por mi experiencia clínica con los pacientes de la psiquiatría. Se ha acrecentado mi conciencia relativa a la riqueza de sus implicaciones al advertir que la trascendente significación de las relaciones interpersonales, su básica importancia psicoantropológica, tendría que ver, esencialmente, con dicha íntima vinculación. Y los valores humanos adquieren un carácter vivo, corporeizado, concreto, debido a su relación íntima con la estructura y dinamismo interpersonales. Así las relaciones interpersonales constituyen estructuraciones significativas y lo significativo en ellas, entrañado, corporeizado, son las estimaciones y valoraciones, lo estimativo-valorativo.

Resulta de este modo evidente que lo humano, lo estimativo-valorativo, es esencialmente interhumano. Lo significativo estimativo valorativo es básicamente una realidad subjetivo-objetiva, en que se dan en unidad, integrados, lo significativo propio y ajeno. Esta significación es, como se advierte, una realidad viva, corporeizada (unión psico-corporal) e interpersonalizada (unión el otro - el uno). Su intencionalidad básica es comunicativa, dialogante, en que hay la dirección centrífuga, hacia el otro, y la actitud petitiva de respuesta, centrípeta, desde el otro. Dicha significación se mueve entre polaridades positiva y negativa, bivalentes, normalmente, y ambivalentes, anormalmente. Es, a mi juicio, el significado concreto, personal.

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 6 de julio de 2005.

Siguiendo con el desarrollo de estas ideas introductorias, cabe agregar que la relación con el otro como persona posee una compleja y densa significación, encarnada en una correspondiente estructura. Por un lado, toda situación bipersonal se configura desde el otro, de una manera viva, corporeizada, concreta. Por otro lado, complementariamente, dicha situación interpersonal se constituye hacia y para el otro. Tal compleja estructuración es fuente personalizadora, tanto del otro como del uno, de ambas polaridades integrantes del todo bipersonal. Y de modo especialmente indudable en este adecuado ser para el otro en este acto relacional, adquiere concreta vigencia el componente estimativo valorativo ético.

Esto último se emparenta con la relación ética de Levinas² y, referida a la relación con el otro, al «ser para el otro»; enseguida, con la configuración de la persona ética, según denominación nuestra³, en que se alude a dicha relación y a la implicada relación consigo mismo. A la vez que, de igual modo, adquieren viva vigencia, junto a lo ético, los componentes estético, libre, creativo y trascendente. En suma, en esta estructura relacional, esencialmente ética, se genera unificándose, dándose en unidad, lo interpersonal y lo estimativo-valorativo. A todo lo cual se agrega el aspecto vocacional, como veremos, como constituyente de nuestra idea de la persona, todo ello dentro de nuestra perspectiva médico-antropológica.

Lo descrito se proyecta al estudio del acto docente, del acto médico y a mostrar la importancia de relacionar íntimamente la relación interpersonal y los valores humanos fundamentales, tema de la presente ponencia.

ESTRUCTURA DEL ACTO DOCENTE, DEL ACTO MÉDICO

Distinguimos aspectos descriptivos, comprensivos, psicoterapéuticos y extensivos.

A) Aspectos descriptivos. Pues bien, este «adecuado modo de ser para el otro» ha sido el objetivo central del proceso educativo realizado con nuestros becarios de psiquiatría, según lo explicitamos hace un año atrás. Tal objetivo tiene vigencia, asimismo, en nuestra relación con los internos de medicina. El presente escrito se propone dar cuenta de este trabajo conjunto, de sus logros tanto prácticos como teóricos. Procuraremos desentrañar la compleja significación de este «adecuado modo de ser para el otro», al constituirlo en el componente nuclear del acto médico y su enseñanza en sentido amplio, no sólo el relativo al paciente de la psiquiatría. Ello unido a sus proyecciones aun más allá del campo médico y a reflexiones epistemológicas finales.

² E. Levinas. "Ética e Infinito". Graficar Rogar, S. A. Fumlabrada. Madrid 1991.

³ F. Oyarzún P. "La Persona Normal y Anormal y la Antropología de la Convivencia". Uniprint. Valdivia 1998.

Desde luego, este adecuado modo de ser para el otro influye en la forma misma de establecer, desde el primer momento, la relación con el consultante, como se observa en la denominada tradicionalmente «entrevista clínica», configurada entre aquél y el médico. Obliga a la conexión con el «quién», con esta totalidad, previamente a la búsqueda de los «qué» (qué tiene, de qué padece), la cual siempre va ligada a la indagación de posibles «por qué». Dicho «quien» es un todo significativo singular, diferenciado, el que exige ser respetado como tal.

El adecuado modo de ser para el otro posee, en seguida, alcances diagnósticos, empezando por diferenciar y relacionar lo normal de lo anormal. Desde el inicio del contacto con el consultante, el médico puede ir percatándose de cómo se va configurando el todo de la relación, de los cambios suscitados por la mutua presencia; de este cara a cara, de la mirada a la mirada. Si el médico entrevé la actitud solícita de ayuda del consultante y, en seguida, de aceptación o rechazo de la disposición de ser para el otro surgida del médico. El médico se percatará si se va logrando o no un encuentro satisfactorio. La normalidad personal se hará presente donde observe el predominio de una armoniosa integración de polaridades; opuestamente, la anormalidad se hará ostensible cuando predomine la disociación, la no integración de las polaridades, empezando por la del consultante y el médico. Como se comprende, en la medida en que predomina lo anormal, lo psicopatológico en esta perspectiva antropológica, estará interferido, dificultado en mayor o menor medida, el encuentro consultante-médico, lo que se acusará subjetiva, íntimamente, en el médico. Las diferentes modalidades o formas de alteración personal (o despersonalización) presentes en nuestros pacientes de la psiquiatría, nos muestran centralmente posturas egocéntricas, las que dificultan y/o impiden que se realice el adecuado ser para el otro; ellos no parten desde el otro como persona.

B) Aspectos comprensivos. La presente idea de la persona, configurada como un primario ser para el otro, implicando el complementario ser desde el otro, conduce y permite, a mi modo de ver, una auténtica comprensión psico-antropológica. Los estudios de las biografías de nuestros pacientes psiquiátricos atestiguan, de manera permanente, por una parte, la ausencia de relaciones satisfactorias con figuras humanas significativas, personalizadoras; es decir, con seres humanos que desempeñan el papel de adecuados otros personales para la persona en desarrollo, es decir, de figuras personalizadoras como, en cambio, con elocuencia, lo realizan las figuras modelo, ejemplares. Por otra parte, dichos estudios nos muestran la existencia de relaciones conflictivas, con frecuencia traumáticas, con otras personas, empezando con las vividas con las figuras parentales. Todo esto lo hemos observado en el presente estudio con nuestros internos y becarios.

C) Aspectos Psicoterapéuticos. A mi modo de ver, la vigencia del «adecuado modo de ser para el otro», aquí considerada de fundamental importancia, culmina en el aspecto psicoterapéutico del acto médico. Y esto es válido tanto relativamente

al acto psicoterapéutico (aspecto sincrónico) como al proceso psicoterapéutico realizado en el tiempo (aspecto diacrónico). Si aceptamos como objetivo nuclear de una psicoterapia antropológicamente orientada el proporcionar ayuda favorecedora del proceso de personalización normal; y, aun con mayor razón, si dicho proceso está alterado y, por lo mismo, debe ser corregido, podemos comprender y aceptar la decisiva importancia del papel del «adecuado ser para el otro» desempeñado por el terapeuta.

Esto último tendría como un requerimiento importante que el terapeuta permita y favorezca que en sí mismo se vaya configurando su propio proceso de personalización, de enriquecedora creciente integración. En el desenvolvimiento del proceso psicoterapéutico esto sucede al unirse integrativamente aspectos significativos estimativo-valorativos ajenos y propios. De esta manera, el médico al darse al paciente lo hará, justamente, como un adecuado otro personal, consolidándose una modalidad o estilo de relación bipersonal personalizadora, cualitativamente diferente a las experimentadas por el paciente en su trayectoria biográfica, todo lo cual forma parte de los hallazgos del presente trabajo clínico-docente.

D) Aspectos Extensivos. El acto docente del acto médico -tanto por su componente clínico como docente- ha sido y es, a más de base empírica y fuente experiencial, el contexto significativo más amplio, el todo mayor, donde como parte o miembro integrativo destacado, hemos ubicado el descrito «adecuado modo de ser para el otro», esta estructuración significativa estimativo-valorativa. En la presente perspectiva médico-antropológica, el acto docente del acto médico adquiere fisonomía propia de relevante importancia. En el docente, o monitor, se potencia el sentido de lo clínico y de lo docente.

Ahora bien, y siempre teniendo por objetivo central del quehacer docente clínico la formación personal-profesional de nuestros becarios, resulta pertinente extender lo medular sostenido a propósito del acto docente del acto médico al ACTO PERSONAL-interpersonal en sentido amplio. Considero que esto último forma parte también de la tarea formativa de nuestros becarios. La extensión o extrapolación desde el ámbito significativo del acto médico al propio del acto personal (interpersonal) en sentido amplio, se justifica antropológicamente a partir de aceptar la radical, relativa, insuficiencia o precariedad de todo ser humano, de toda persona, lo cual va unido a su capacidad contrapuesta de fortalecimiento personal, implicando la necesidad de relaciones satisfactorias con otras personas. De aquí la importancia de que en esta relación tenga vigencia el adecuado ser para el otro.

Como ya lo señalamos, el adecuado modo de ser para el otro da origen a la persona como estructura significativa estimativo-valorativa, esencialmente ética, a la vez que estética, libre, creativa, trascendente. A partir de este complejo acto relacional, se verifica la personalización tanto del otro como del uno. La estructura de sentido o significado estimativo, esta situación bipersonal, pudiera ser conside-

rada una persona bipersonal, de modo que entre este todo mayor y sus miembros constitutivos -el otro y el uno personales- se producen recíprocas configuraciones, mutuas transfiguraciones.

Asimismo, el que se verifique satisfactoriamente el «adecuado modo de ser para el otro», lo que significa percibirlo y tratarlo como persona, lleva consigo el adecuado modo de ser para sí, es decir, una autoconcienciación personal o estimativo-valorativa, aspecto básico de la propia identidad. Y sucede todo lo contrario cuando no se verifica el proceso anterior, cuando el punto de partida no es la adecuada relación desde y hacia el otro.

CONCLUSIONES. RESULTADOS

Como un corolario de lo desarrollado en este trabajo, cabría reiterar la importancia de enfocar la estructura y dinamismo de las relaciones interpersonales en sus íntimas vinculaciones con los aspectos estimativo-valorativos, es decir, con los valores humanos concretos. Aun más, considero que el desentrañar la índole de tales conexiones nos muestra la existencia de una sola realidad integrada por dichos componentes.

Esto último adquiere concreción en nuestra idea de la persona como estructuración significativa estimativo-valorativa; en rigor, como personalización-despersonalización. Idea de la persona que, como fue descrito, tiene su principal fuente de origen en el acto y proceso verificados en «el adecuado ser para el otro», cuya condición de posibilidad es la satisfactoria relación y conciencia del otro como persona. Esta es su principal fuente de origen, de su forma de ser en que se dan en unidad lo interpersonal y los valores humanos descritos.

En seguida, cabe consignar que en el acto en que se verifica el «adecuado ser para el otro» se cumpliría, también la vocación personal básica. (Respuesta personal a un llamado de servir, de darse al otro, de ser para el otro, de responder a su actitud solícita de ayuda personalizadora, asumiendo el uno la responsabilidad de hacerla). Puede advertirse la íntima relación entre lo vocacional, lo interpersonal y lo ético concreto. Esto adquiere, sin duda, especial relevancia en el quehacer médico práctico. Y, en un sentido teórico, constituye un contenido temático de fundamental importancia en el ámbito de una antropología médica. Asimismo, pudiera divisarse la contribución de esta antropología médica a la orientación humanista, antropológica, en sentido amplio, particularmente a la antropología de la convivencia, como hemos procurado mostrarlo en este escrito y en otros anteriores.

Por último, permítaseme agregar que, en lo que me concierne como docente, monitor académico, lo desarrollado en el trabajo con los becarios ha favorecido mi propia realización personal-profesional, mi propia personalización, lo cual, sin duda,

es fuente de motivación, de entusiasmo para realizar la tarea docente. Me ha permitido cumplir con mi vocación como médico clínico-docente, en el intento efectuado, a lo largo del tiempo, de procurar constituirme en un adecuado ser para estos otros personales, futuras personas profesionales. Y esto por mi parte atestado, es, también, reconocido por los becarios, quienes expresan satisfacción al constatar progreso en sus formas de relación con sus pacientes, con sus otros significativos cercanos y consigo mismos.

Ellos han mostrado progreso, también, en el empleo de una adecuada actitud clínico-fenomenológica y de una forma de pensar relacional, dialéctica, menos sustancialista y reductivista. Se han ido familiarizando con el estudio comprensivo de estructuras formales significativas, dinámicas, propias de lo personal humano concreto, reemplazando su tendencia a reducir la intercomunicación a sus componentes de contenido verbal, de significado referencial, abstracto, impersonal. Estimo que esto último constituye, también, un valioso resultado formativo de nuestro trabajo docente-clínico.

Permítaseme leer los siguientes párrafos textuales de los becarios:

«En el que recibe esta formación se produce, sin duda, un proceso de cambio. Considerando que la mayoría de los estudiantes de Medicina recibimos una educación principalmente científica naturalista, orientada hacia lo biológico, y destinada a lograr pericia técnica, para finalmente operar sobre una realidad concebida funcional y explicativamente, es todo un cambio de paradigma lo que nos propone esta orientación.

Primero que nada, nos obliga a partir desde lo real y concreto, lo que el paciente entrega expresivamente. En seguida, propone transfigurarnos, para llegar a convertirnos en el otro más adecuado para este uno particular, y no, en general, el paciente. El proceso por el cual vamos creciendo y siendo seres humanos cada vez menos incompletos es el de la personalización. Según esta orientación, todo el que necesita de la ayuda del otro es candidato al proceso personalizador. Así, no sólo el paciente, sino el estudiante, el hijo, el amigo, la pareja, son potenciales beneficiarios de esta particular forma de relación humana. La estructura básica de que está hecha todo lo humano es bipersonal. Sólo a través del otro una vida puede alcanzar la trascendencia. Se cumple así uno de los principios vocacionales más fundamentales».

«Al situarse frente a este «quien» concreto, de modo respetuoso, responsable, de manera ética y estéticamente necesaria, nos vamos a encontrar que no solo el paciente es el que se beneficia, sino que también el que está brindando la ayuda, en este caso el médico. Frente a cada suceso expresivo con fin comunicativo en una relación interpersonal, la persona, en este caso el médico, se va transfigurando de modo que al profundizarse la relación en el tiempo, va pasando a ser un adecuado otro para el paciente, al que a fin de cuentas podrá ayudar, según lo solicitado por

este. Las relaciones interpersonales, por lo tanto, fundadas según lo explicado anteriormente, hacen a las personas trascenderse y finalmente son personalizadoras tanto para el «uno» como para el «otro».

«Siguiendo con esta idea de entrega, nuestro docente nos enseña cita tras cita la premisa de ser «Un adecuado ser para el otro». Esto a partir de su ejemplo, siendo él un adecuado ser para nosotros, que se basa en la semejanza del acto médico con el acto de educar. Ambos tienen figuras comunes, en que se crea una relación entre alguien que busca ayuda y otro que trata de satisfacer esa solicitud, y a la vez en su interacción se van retroalimentando mutuamente, logrando no sólo la personalización del que la busca sino también del que la ofrece».

Desde un punto de vista epistemológico, cabría sostener que en la obtención de estos logros formativos, ha desempeñado un papel de básica importancia el hecho de que las ideas orientadoras han ido surgiendo desde la realidad dada, desde la experiencia clínico-docente convivida y no, en cambio, de la aplicación de esquemas teóricos traídos desde fuera. Ello ha facilitado que los estudiantes vayan perfeccionando ideas y actitudes prácticas a partir de su cotidiano quehacer con sus consultantes y pacientes, lo cual hace aún más creativa dicha noble actividad profesional.

Pienso, finalmente, que los aportes epistemológicos de una orientación médico-antropológica a los ámbitos clínicos, docente y de la convivencia serían:

- 1) Subrayar la importancia de lo concreto en la dialéctica concreto-abstracto en lo cual la consideración del todo personal es importante.
- 2) Destacar la significación del otro como persona en la dialéctica el otro - el uno.
- 3) La importancia de la forma significativa corporeizada en la dialéctica forma-contenido.
- 4) La necesidad de adoptar una actitud fenomenológica hermeneútica y un modo de pensar dialéctico, de manera que realidades tan significativas estimativo-valóricamente como salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, vida y muerte, constituyan bipolaridades concretas y no realidades abstractas, dicotómicamente separadas. ■

COMENTARIOS:

AC. GLORIA LÓPEZ. Muy interesante la conferencia del Dr. Oyarzún. Nosotros, me refiero a los clínicos que vemos pacientes que tienen enfermedades orgánicas que supuestamente pueden medirse, que tienen síntomas, nos cuesta más porque no tenemos la suficiente formación sobre el funcionamiento de las relaciones entre los seres humanos, aparte de psiquiatría y en semiología donde se enseña un poco

de cómo enfrentar al paciente, cómo preguntarle qué y cómo se siente. En mi especialidad, en la que elegí enfermedades crónicas, en las cuales los síntomas no son muy notables, creo que nos resulta mucho más difícil pero más crucial el tener un enfrentamiento como el que el Dr. Oyarzún manifestó. Hay algunas atenciones en medicina en las que se necesita un manejo especial, al atender pacientes crónicos con muy pocos síntomas y a los cuales tenemos que hacerles cambiar conductas, que tome varios medicamentos todos los días, que coma distinto a como lo hace el resto de la gente, que camine y haga ejercicio, totalmente distinto a lo que hace el resto de los componentes de su familia o de su medio, etc. En este aspecto de la medicina esto parece crucial y tenemos que ver cómo podemos efectivamente hacerlo, lo que veo muy difícil, ya que en la relación médico paciente uno tiene la premura de los 15 minutos que se da en los Servicios de Salud para atender a cada paciente. Aun en Estados Unidos el control de la hipertensión y el control de la diabetes se han deteriorado. En las supuestas mejores condiciones no estamos logrando lo que nosotros creemos que es bueno para las personas. Me produce angustia el no saber cómo nosotros, en la práctica diaria, podemos tener este enfrentamiento que el Dr. Oyarzún muestra tan hermosamente con sus becados.

AC. OYARZÚN (RELATOR) Estoy muy de acuerdo con lo que ha dicho la Dra. López, pienso que cada vez más se va produciendo esa necesidad, lo constatamos cotidianamente ya. En general en medicina es más fácil que se haya producido esta especie de dicotomía, esta separación entre los síntomas que dan cuenta como un lenguaje de la enfermedad y el modo como aparece la persona que está comprometida. El paciente de la psiquiatría, en ese sentido, es diferente en cuanto a que la relación que hay entre la manifestación y el todo de la persona es más estrecha, es más íntima. Cada vez veo más claro que no cabe mucha dicotomía, si lo miramos como fenómeno, como manifestación, si vemos esa relación desde el todo vamos a comprender bien las características del fenómeno y del fenómeno a la parte y se benefician las dos partes. En la medicina y en estos pacientes, como lo señalaba la Dra. López, es muy importante y esto lo constatan los internos, ven el desconcierto en médicos que no hallan qué hacer y hay testimonios de personas con enfermedades incurables que pedirían que se acercaran, por qué se distancian ahora; hay ejemplos elocuentísimos al respecto, cuando es tan importante esa compañía, esa cercanía. Hay algo que subrayo mucho, de repente hay ciertas palabras que corresponden a una realidad viva, tengo muy internalizado en el ánimo de los estudiantes esto de qué y del quién: el quién como el todo y el qué aquello, y las dos cosas con su dialéctica íntima de interrelación compleja, por supuesto. Lo otro a lo que le doy cada día más importancia es: una cosa son los hechos y otra cosa la significación que envuelve al hecho y la significación clínicamente se capta desde una pregunta que es de perogrullo, cuál es la actitud del enfermo frente a lo que le está pasando, que ya lleva semanas; la actitud es una forma, no es un contenido, es un modo de captar primariamente y prerracionalmente la significación que a veces puede ser bastante seria y dar origen a quiebras depresivas y con todo el riesgo que eso tiene.

AC. UAUY. Estas reflexiones tienen mucho que ver también con la manera de cómo se enseña la medicina. Estamos más centrados en evaluar el conocimiento, rara vez se evalúan destrezas y casi nunca se evalúan actitudes. Las actitudes se aprenden del modelo, en forma tutelar, del rol de los monitores. Hay que pensar en cómo reforzar la enseñanza de las actitudes dentro del currículum médico y cómo lo hacemos, cómo lo transformamos en un instrumento tanto docente como de evaluación.

AC. OYARZÚN (RELATOR). Estoy muy de acuerdo con lo que dice el Dr. Uauy, porque lo primero está en lo que se ve, con la prédica del monitor, con el ejemplo vivo y eso tiene un valor enorme; pero junto con eso yo le creo a este papel que desempeña el tomar conciencia explícita de la importancia, que se hable, que se sepa bien y sobre todo ir desde las palabras a la realidad a la que las palabras aluden, porque ya Roa lo decía con elocuencia: el hombre contemporáneo está pensando con razón desde las palabras, si yo pronuncio la palabra actitud todo el mundo sabe lo que es actitud o si digo la palabra símbolo, todo el mundo sabe qué es símbolo o todo el mundo sabe lo que es dialéctico, todos saben lo que es fenomenología y creo que hay una degradación en ello. Hay que ir desde la palabra siempre a esa realidad de donde la palabra surge y ahí, la palabra se ennoblece y toma vida. Es importante porque creo que la actitud mental que se tiene frente al tratamiento de la enfermedad es una actitud demasiado racionalista, demasiado clasificatoria, demasiado operacionalista y simplificadora, y si esa misma actitud se traslada a la comprensión de una totalidad que es abordable desde otro punto de vista, mucho más intuitivamente, mucho más vehiculizado en la forma misma de la relación, creo que también se peca. Hay que enseñar con un lenguaje que quedó un poco en latencia, que es el lenguaje de lo vivo, el lenguaje de la forma, de este plano que le subyace a la comprensión racional, clasificatoria y operativa, que es muy importante pero ubicado donde le corresponde.

AC. PARADA. Quiero felicitar al Dr. Oyarzún porque vuelve a poner sobre el tapete un viejo tema que conmueve a todo lo que es la formación del médico y del rol que el médico va teniendo a medida que pasa el tiempo. Para citar algo que tiene que ver con unas palabras que él señala; se llama médico asistencial al que está asistiendo, pero realmente ¿asiste?, ¿asisten los médicos a la muerte de sus pacientes?, no los asisten y los dan de alta para que se vayan a morir a sus casas. Esto generó una medicina paliativa que fue tomada por asistentes sociales, por enfermeras y por una serie de personal paramédico que decidió llamarlo cuidados paliativos. No sé cuánto será el promedio de pacientes que tienen que atender los médicos que tienen una fuerte presión asistencial. El médico asistencial casi ya no existe. Dentro del Juramento Hipocrático hay una serie de normas que se decían que eran sagradas y realmente, en este momento, yo no sé si se respetan o no. Hay una serie de problemas que se implican en la ética, en el comportamiento de las instituciones que tienen que ver en cómo uno está haciendo el acto médico o enfrentando a la persona humana.

AC. OYARZÚN (RELATOR). Creo que una resultante de esto, que yo lo veo, lo palpo, pues tengo mucho contacto médico con ambientes de todo tipo, en clases conjuntas, etc., es cómo de algún modo cuando esta parte viva, concreta humana, deja de contar, esta singularidad, esta realidad, empieza a producirse el origen de algo que puede culminar en el tedio, en el aburrimiento, porque el repetir siempre la misma cosa, por ejemplo este biologismo por la cual atraviesa la psiquiatría, casi como que el psicologismo ha ido dando paso al biologismo, ya el médico biologista dice esto es orgánico: dos o tres preguntas claves, la receta y vuelva en dos meses, esto es orgánico, no pierda el tiempo en esto (estoy haciendo una caricatura), seguro que esto ocurre a veces, pero en lo esencial, a mí esto me parece un absurdo grave, es uno de los ismos que deberían desaparecer junto a otros.

AC. DÖRR. En primer lugar felicito al Dr. Oyarzún por esta estupenda conferencia que significa un paso más en el desarrollo del pensamiento que viene forjando desde hace muchos años y que ha significado una luz para todos sus alumnos a lo largo de varios años.

Quería agregar en primer lugar que en la introducción que hace el Dr. Oyarzún, esta importancia de focalizar la temática en lo subjetivo intersubjetivo y que es el gran tema del hombre. El hombre es subjetividad, uno podría decir que todo el desarrollo del proceso evolutivo en general es un proceso de subjetivación progresivo, desde una mínima subjetivación que tendría la célula y alguna en la medida que hay una membrana que la separa del medio ambiente y hay una relación entre el individuo y el ambiente, pasando por todos los niveles de desarrollo hasta llegar al hombre, en el que se produce esta cosa tan extraña de la autoconciencia, donde no solamente hay membranas, no solamente hay un límite, no solamente un interior y un exterior; sino que ese interior es conciente de sí mismo y puede transformar ese mismo interior en objeto de su reflexión, esa es la subjetividad. Si uno profundiza un poco se da cuenta que esa subjetividad sólo se puede constituir como intersubjetividad, es el otro que desde su mirada me hacer surgir a mí como un yo. Esto tiene una tremenda importancia en la relación médico-paciente, esta relación en general, porque para el paciente el médico es un ser especial del que él espera mucho y que el médico debe saber decir la palabra justa y adoptar la actitud correcta y eso ya tiene un valor curativo como todos sabemos. Ocurre que en el caso de la Psiquiatría que se diferencia de la medicina porque los síntomas no son cosas en sí, no son sustancias, como el color amarillo de la piel o el aumento de la glicemia, sino que el síntoma ocurre en la interpersonalidad, es sólo en la interpersonalidad que yo puedo saber si el otro está sufriendo una depresión o está con un problema sentimental, aun cuando me diga lo mismo, estoy muy triste o muy deprimido y resulta que en la expresión, en la opacidad de la mirada, en el seño fruncido, en la arruga frontal en omega, en la palidez, ahí me voy a dar cuenta que estoy frente a un proceso patológico; va a ser muy distinta la expresión de la muchacha que se peleó con el novio y que también dice las mismas palabras; entonces en el diagnóstico ocurre un fenómeno interpersonal y de ahí que en psiquia-

tría no se pueda eludir esta perspectiva fenomenológica, antropológica y hermenéutica. Todo este biologismo que plantea el Dr. Oyarzún es una realidad muy alimentada por el sistema norteamericano, inventando prácticamente cantidades de entidades patológicas como si fueran cosas y son etiquetas que se le aplican, por ejemplo a los trastornos, ansiedad, stress IV y eso significa tal remedio y está toda la industria farmacéutica detrás y los propagandistas le dicen a uno, ahora se aprobó tal medicamento para el pánico N° III, cuando son entidades prácticamente inexistentes, son formas de la interpersonalidad, del sufrimiento del paciente en sí mismo y que es compartido con mayor o menor medida con el médico.

Por último quisiera aludir a una cosa que planteó el Prof. Oyarzún que parece de la mayor importancia, y es lo relativo al proceso de personalización. El llegar a ser persona es un proceso en el cual no solamente está comprometido el paciente sino uno mismo, cada uno de nosotros, porque la realidad humana es una realidad abierta; es una realidad que le es entregada a cada uno porque no decidimos existir, fuimos lanzados, como dice Heidegger, al mundo, pero, a diferencia del animal a quien se le da la existencia pero en armonía perfecta con la naturaleza, a nosotros se nos da como tarea a cumplir y con otra característica más que lo ha dicho el poeta Rilke, y lo tomó de Heidegger, que es que esta existencia es entregada como tarea y es arriesgada, nos jugamos la vida en cada momento; de este jugarse la vida que es entregada como tarea y arriesgada, porque la naturaleza, dice Rilke, no nos protege, "ni en el suelo, ni en las ramas" dice el poema, entonces esa tarea es particularmente difícil en un momento de enfermedad, es la gran prueba, y en ese momento es cuando se requiere al otro más que nunca. Diría yo que ese sería el gran papel del médico, hacer que ese momento de riesgo, de peligro de la existencia de cada cual que ha sido entregada como tarea, sea compartida con alguien que pueda ayudar.

AC. OYARZÚN (RELATOR). Una cosa de constatar y con mucho agrado es cómo estando en territorios geográficos distintos y haber pertenecido incluso a grupos psiquiátricos distintos con el Dr. Otto Dörr, cada vez más ha habido mayor concordancia, mayor afinidad. Fui bastante influido por la cosa psicoanalítica, cosa que no ocurrió con el Dr. Dörr, él fue más influido con una actitud fenomenológica más bien descriptiva, como es el caso especialmente de Armando Roa. Desde la realidad y el reflexionar sobre la realidad me es muy grato sentir este parentesco espiritual con el Dr. Dörr. Esto que ha destacado el Dr. Dörr y que yo lo encuentro tan importante, esto de lo atmosférico, esta totalidad, esta cosa que se capta como en este todo y como de alguna manera es alimentado en esta curiosa dialéctica, existe todo atmosférico inasible como forma y algo concreto como es el gesto. Creo que una de las genialidades que tuvo Chaplin en los tiempos del cine mudo es que entregó una gestualidad tan rica que lo hizo a uno vivir dramas terribles y momentos humorísticos tremendos y con esa riqueza expresiva que lo ha hecho ser uno de los grandes genios eternos, y tiene que ver con esto; esta atmósfera envuelve y hay que envolver, eso motiva. Debo decir con toda sinceridad que la relación que

yo tengo con toda esta gente como becarios, internos, etc. es de una cordialidad y riqueza afectiva que me revitaliza.

AC. ARMAS. Muy linda la presentación del Dr. Oyarzún. El médico es el de los profesionales que más necesita saber de relaciones interpersonales y no le damos espacio a eso y no veo cómo darle ese espacio y, ahí creo que viene el rol del tutor, el rol del monitor, aprender a relacionarse al lado del enfermo con un tutor. Me dio mucha envidia una presentación que hizo hace unas semanas atrás el Dr. Valdivieso en que hay interés por la monitoría y por la tutoría de su universidad, porque ahí uno podría ir formando tutores para que sepan formar a las personas que autorizan. Ahí hay una mancha grande en el ambiente en que yo me desempeño porque a nadie le interesa ser tutor, porque distrae. Respecto de las relaciones con los pacientes ya se ha mencionado: la fugacidad del encuentro, hay una diferencia cultural significativa en el ambiente en que yo trabajo, atendemos mucha gente que es rural y con bajo nivel cultural; cuesta encontrarse, no se va a producir esa relación con mucha rapidez; pero hay otros fenómenos que no hemos mencionado y es la impregnación de la técnica en el trabajo de los médicos, al médico le interesa mucho más el aspecto de la mucosa que el aspecto de la persona, le interesa mucho más el resultado de la química que la intensidad del dolor y eso es creciente. Otro aspecto en la relación actual de los médicos con el paciente, es un fenómeno cultural que se ha ido creando; el enfermo viene a que le resuelvan tal o cual cosa, no viene al médico para que le resuelva sus problemas y los de su familia, viene al doctor para que le resuelva la glicemia o para que le examine el corazón, no viene a que le pregunte por su depresión, viene a que le resuelva ese problema específico y es porque la especialización que se ha producido dentro de la medicina fue traspasada culturalmente a la población y eso es un tremendo atentado a la relación interpersonal; hacer el trabajo en base a guías clínicas y protocolo, en que uno no hace lo que cree sino que lo que debe, y al enfermo le tocó en el grupo A y no en el grupo B y va a ser sometido a este procedimiento y no al otro. Este es un tremendo problema porque está haciendo una medicina mucho más eficiente pero mucho menos humana.

AC. OYARZÚN (RELATOR). Lo que ha dicho el Dr. Armas se ve como muy confirmado y agregaría lo siguiente y aprovecho de recomendarlo: últimamente he estado leyendo a un gran pensador alemán que entiendo que murió no hace mucho tiempo: Hans Jonas, que aparece como uno de los grandes pensadores de los alemanes de todo el siglo pasado y a comienzo de éste, el primer libro "Principio vida" y el más importante de todos "El principio de la responsabilidad" y eligió como tema para aplicar donde hoy día estaba lesionándose culturalmente esta cosa fundamental del hombre, esto de la responsabilidad ética, en el impacto tremendo de una tecnología exagerada que ha surgido explosivamente y que ha hecho como ya Ortega lo señaló en su interpretación bélica de la historia, como que el instrumento va configurando al sujeto como un ser instrumental y lo va mecanizando cada vez más. Recomiendo mucho el libro "El principio de responsabilidad", que sería como

la segunda cara de la medalla con respecto a la libertad, aparece cada día más digno de acentuarse y este es un gran pensador.

Ac. GOIC (PRESIDENTE). Agradecemos al Dr. Oyarzún esta estupenda conferencia. Exponente de una visión antropológica de la medicina, en varias oportunidades nos ha enriquecido con ideas que permiten penetrar y comprender mejor la estructura, el contenido y la forma de la relación médico-paciente; y en este caso, como él lo ha planteado hoy día y en otras oportunidades, proyectada a la relación docente-alumno en el ámbito asistencial. Creo que son elementos de mucho valor para que comprendamos cada vez mejor y adoptemos las conductas más apropiadas en nuestro trabajo asistencial y en nuestro trabajo docente. Hay aquí talvez un problema más de fondo, Dr. Oyarzún, que tiene que ver con la visión que se tenga de la medicina, de la naturaleza de la medicina, de la relación de la medicina con la ética, de la relación con la ciencia, de la relación con la tecnología, etc. Ahí yo veo (no es el momento de desarrollar estas ideas) dos modelos o paradigmas muy opuestos: una concepción de la medicina que yo llamo de inspiración hipocrática versus una medicina de inspiración tecnocrática, que lamentablemente es la que está predominando y probablemente es la causante de muchos de los males que nosotros percibimos en medicina y que nos resultan incómodos en el ejercicio de nuestra profesión. Muchas gracias Dr. Oyarzún.

ENVEJECIMIENTO, DETERIORO Y DEMENCIA¹

DR. SERGIO PEÑA Y LILLO
Académico Honorario

ENVEJECIMIENTO NORMAL

La vejez es una fase normal en el ciclo de la vida. El deterioro y la demencia, en cambio, son patologías del cerebro, no exclusivas, pero sí características de la edad avanzada. El envejecimiento –en sí mismo– no sólo forma parte del desarrollo evolutivo natural del hombre sino que es, además, una etapa necesaria ya que en una existencia plena se requiere también haber transitado la experiencia de la vejez.

Con demasiada frecuencia se confunde la senescencia o envejecimiento mental normal, con la senilidad que es un envejecimiento patológico; es decir, que excede a la involución propia de la edad y que, por razones genéticas, lleva al deterioro intelectual y a la demencia. Así, es común que se diga, ante las opiniones de un hombre de mayor edad: “No le haga caso porque está senil”. Pero esto es un profundo error, debido a que, la mayoría de las veces, el envejecimiento no significa una disminución de la inteligencia ni un menoscabo en la comprensión de la realidad. Por el contrario, lo que se observa es que el hombre va adquiriendo con los años una particular ponderación del juicio y una percepción más profunda y objetiva de los hechos y los acontecimientos.

Se calcula que el deterioro intelectual franco y la demencia existirán en un 5 a 10% de las personas mayores de 65 años. Esta cifra sin duda es elevada y, para algunos, “aterradora”. Pero indica –al mismo tiempo– que más del 90% de los hombres y mujeres de edad avanzada conservan su lucidez mental y son capaces de tener una existencia creativa y responsable. No obstante, lo que sí es indiscutible es que con el transcurso de los años el organismo biológico experimenta una involución progresiva de su vitalidad, que también afecta al cerebro, con un mayor o menor grado de daño neuronal. Se estima que a los 90 años habría una destrucción

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 3 de agosto de 2005.

del 30% de las células nerviosas, pero no debe olvidarse de que no hay un paralelismo absoluto entre el déficit psicológico y el grado de atrofia cerebral y así se han descrito de casos de ancianos que –teniendo un enorme compromiso anatómico del encéfalo- conservan prácticamente indemnes sus facultades intelectuales.

Ahora, desde lo psicológico, no cabe duda que el envejecimiento cerebral se traduce en una paulatina disminución de las funciones instrumentales de la inteligencia, particularmente de la memoria y de la capacidad de aprendizaje. Sin embargo, esta merma de los rendimientos cognitivos se compensa con ese conocimiento más profundo y totalizador que sólo puede provenir de la experiencia vivida y de la madurez plena de la personalidad.

Lo que en realidad ocurre en el envejecimiento normal es que éste implica una doble vertiente: deficitaria y madurativa. En otras palabras existiría una curva descendente por el menoscabo psico-biológico, y una curva ascendente, por la mayor serenidad reflexiva y una percepción más profunda de la realidad. Estas dos curvas se entrecruzan de tal modo que las pérdidas se equilibran con las ganancias, originando lo que se ha denominado la “metamorfosis de la sabiduría”.

Es claro que, en una cultura como la nuestra, de éxitos competitivos y donde sólo pareciera valorarse lo más periférico de lo humano, se tiende a mirar el envejecimiento como algo exclusivamente negativo. No obstante –como hemos dicho- la vejez también tiene sus rasgos positivos. Podría decirse, incluso, que la caída de los rendimientos es sólo hacia fuera, en el plano de los logros y de las realizaciones exteriores, pero que existe, en cambio, un enriquecimiento hacia adentro, en el sentido de una mayor hondura reflexiva y de una superior madurez de las virtudes del espíritu. Esto no significa, por supuesto, desmerecer la importancia de los valores de la juventud, ni tampoco ignorar su papel dinamizante y renovador de la cultura. Como dice el Eclesiastés, todo tiene su tiempo y su edad y ambas etapas de la vida son complementarias, ya que se nutren mutuamente. Así, los jóvenes pueden aprender de la experiencia de las personas maduras y éstas, a su vez, enriquecerse con el entusiasmo juvenil y con su visión del mundo siempre nueva y original.

En resumen, debemos decir que la vejez normal no significa necesariamente un empobrecimiento del psiquismo y de la vida y que no debe confundirse, por lo tanto, con el deterioro psico-orgánico que es siempre patológico. En efecto, el concepto de “deterioro” –que proviene de la psicología- se refiere precisamente a una disminución de los rendimientos en las pruebas psicométricas mayor que el esperado para la edad cronológica. Luego –por definición- no corresponde al envejecimiento normal, sino que es indicador de un daño cerebral y constituye, por así decirlo, la antesala de la demencia.

Es sabido, por otra parte que las personas de mayor edad, si son creativas y mantienen sus actividades laborales, experimentan un envejecimiento psíquico más lento y tardío. Es por lo mismo que la medicina tiene la obligación ética de “desmitificar” a la ancianidad, mostrando que los viejos también tienen su lugar en el marco del desarrollo y progreso de una sociedad, ya que la vejez -cuando es normal- no incapacita al individuo ni empobrece su existencia y es sólo una nueva y diferente etapa de la vida. Pero -eso sí- el hombre debe aprender a envejecer y cambiar sus motivaciones e intereses de acuerdo con la edad. Debe irse desinteresando progresivamente de aquellos aspectos del mundo en los cuales ya no participa y polarizar la atención hacia su interioridad. Sólo así se logra envejecer con dignidad.

DETERIORO Y DEMENCIA

Con frecuencia estos dos conceptos clínicos se confunden, o al menos no se diferencian. Así, por ejemplo, en la moderna neuropsiquiatría norteamericana se tiende a hablar sólo de demencias, definidas como una pérdida de las capacidades intelectuales al extremo de interferir el funcionamiento social y laboral, diferenciando, de acuerdo a la magnitud del compromiso psíquico, formas discretas, moderadas y avanzadas.

A mi juicio, este concepto genérico resulta poco operante ya que no se trata de un mero asunto de gradación cuantitativa, sino que un «salto» de cantidad en calidad, donde el deterioro como la demencia configuran síndromes psicopatológicos suficientemente definidos y que permiten un diagnóstico diferencial. Esta distinción, por lo demás, no tiene sólo un valor clínico, sino una enorme importancia práctica, tanto para el enfermo y su familia, como desde el punto de vista médico-legal.

El «Síndrome de Deterioro» se refiere a un déficit significativo de los rendimientos intelectuales mayor que el esperado para la edad y que -por lo mismo- es sintomático de una patología cerebral. Pero el elemento central del síndrome es la conservación de la autocrítica y el hecho de que el compromiso psicoorgánico no altera ni la normalidad del juicio ni la comprensión de la realidad. El Síndrome Demencial en cambio se caracteriza por la pérdida de esta autocrítica, apareciendo -sin conciencia de enfermedad- ideas y comportamientos insensatos que revelan el profundo compromiso del juicio y de la comprensión de la realidad. En ambos síndromes se pueden observar estados de agitación y cuadros funcionales deliriosos, pero sólo en las demencias aparecen las ideas y las conductas absurdas con claridad de la conciencia (ideas y actos demenciales). Es por esto que el diagnóstico de demencia no puede formularse de un modo definitivo en presencia de trastornos obnubilatorios de la conciencia.

La demencia, entonces, no es sólo un grado mayor de déficit intelectual sino una especie de «insuficiencia de la mente» que se sobrepone al deterioro, interrumpiendo la continuidad de la existencia al perderse lo más privativo de lo personal: la capacidad de tomar decisiones libres y responsables. Puede compararse la relación que existe entre el deterioro y la demencia con el tránsito de una cardiopatía a una insuficiencia cardíaca; o de una nefropatía a una insuficiencia renal.

Es por eso que para diagnosticar una demencia no basta con un menoscabo de las funciones centrales de la inteligencia y se requiere de un compromiso global de la personalidad, que se traduce en la pérdida de los hábitos sociales, en el descontrol de los impulsos instintivos y en la inadecuación interpersonal, pero -sobre todo- y como hemos dicho, en el quiebre de la autocrítica, desapareciendo la conciencia de defecto y de enfermedad. Esta pérdida de la autocrítica -que es lo definitorio de la demencia- se aprecia fácilmente en la entrevista clínica. Así, los enfermos deteriorados se muestran inseguros y vacilantes y se quejan de su falta de concentración y de memoria que les dificulta las tareas cotidianas. Los dementes, en cambio, ya no tienen quejas y muestran una actitud de ingenua autocomplacencia. Si se los interroga por su memoria, dirán que está perfecta, aunque olviden de inmediato lo que se les ha preguntado. Y, en general, estiman su psiquismo y su conducta como absolutamente normales. Es precisamente esta falta de conciencia de su estado la que hace que no consulten por propia iniciativa y que deban ser llevados al médico por sus amigos o familiares.

El cambio de un estado a otro puede ser dramáticamente brusco y así un enfermo que sufría por considerarse incapaz e inútil, de la noche a la mañana y ya no tiene queja alguna, sintiéndose alegre y complacido, lo que indica que ha pasado a la demencia.

Algunas veces el tránsito solo se aprecia por la aparición aislada de conductas insensatas: un robo absurdo, un acto exhibicionista o una agresión violenta hacia un familiar o un desconocido. Incluso puede no existir un claro paralelismo entre el grado del déficit y la aparición de la demencia, como ocurre, por ejemplo, en las presbiofrenias, que suelen tener escaso compromiso de las funciones cognitivas. Es por la misma razón que los test psicométricos -que sólo miden el porcentaje de deterioro- no pueden establecer la existencia de una demencia, cuyo diagnóstico es estrictamente clínico.

Personalmente, creo que hay dos razones que favorecen la confusión entre un deterioro y una demencia. La primera deriva del uso del término demencia que designa -simultáneamente- a una enfermedad y a un estado psicopatológico. Así, se habla de demencia en el Alzheimer o en la Encelofatía Multiinfarto, como diagnóstico gnosológico aun cuando el enfermo no esté demente. La segunda proviene de la doble visión -neurológica y psiquiátrica- de los cuadros. Al neurólogo lo que interesa es el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas. Y es por eso que pone el

acento en la etiología, en el sentido de saber si se trata de un cuadro vascular, tumoral, abiotrófico, etc. Al psiquiatra, en cambio, le interesa la calidad del mundo psíquico y el grado de conservación de lo propiamente personal y, por lo mismo, pone el acento en la existencia o ausencia de autocrítica, diferenciando de este modo entre un estado de deterioro y otro de demencia.

En todo caso, me parece esencial establecer esta diferencia, ya que un demente está incapacitado para una vida responsable y no puede, por ejemplo, manejar libremente sus bienes. Un deteriorado en cambio, especialmente en los cuadros de evolución más lenta, puede mantener incólume durante años tanto la adecuación de su conducta como su responsabilidad personal y económica. Incluso, ya desde el punto de vista médico, es diferente la atención que debe darse a un enfermo deteriorado, pero lúcido, y a un demente. Así, por ejemplo la hospitalización involuntaria y aun el tratamiento de una enfermedad intercurrente, va a depender del grado del compromiso intelectual, ya que -como veremos- puede ser discutible la prolongación obstinada de la vida en un enfermo demencial que -como ser humano- ha llegado ya a su fin.

LA REPERCUSIÓN FAMILIAR

Las consecuencias para la familia de la existencia de un enfermo orgánico-cerebral van a depender -precisamente- de si se trata de un simple deterioro o de una real demencia. Así un paciente meramente deteriorado, por lo general no causará mayores problemas que los derivados de lo que podría llamarse la caracteropatía de la ancianidad; que consiste en la mayor rigidez y acentuación -en ocasiones hasta la caricatura- de los rasgos previos de la personalidad. Muy diferente es el caso de las verdaderas demencias que exigen siempre cuidado especial. El demente es, de por sí, un enfermo potencialmente peligroso, tanto por los descuidos amnésicos (dejar llave de gas abierta, etc.) como por la eventualidad de agresiones físicas que pueden ser extremadamente violentas.

Es por lo mismo que se requiere con frecuencia de un adecuado aislamiento y -cuando éste no es posible en el hogar- se deberá hospitalizar al enfermo. Aquí -nuevamente- resalta la diferencia entre el deterioro y la demencia, ya que en el caso de las personas viejas no demenciadas suele ser muy pernicioso, y aun cruel, el separarlas de su ambiente familiar internándolas en asilos de ancianos. Esta costumbre, cada día más frecuente en los países económicamente desarrollados, parecería obedecer en gran medida a la actual «estructura de la familia» y de vivienda, que podría denominarse hogar para dos generaciones, en el cual no tienen cabida las personas viejas. Habría que repensar este tipo de grupo familiar si es que queremos ofrecerles condiciones de vida más humanas a los ancianos, entre los cuales -más tarde o temprano- estaremos nosotros mismos.

Finalmente quisiera referirme a un problema particularmente delicado, cual es el de la atención médica del demente ante la aparición de enfermedades intercurrentes. En efecto, el desarrollo tecnológico de la medicina moderna y de los actuales métodos de reanimación pueden mantener casi indefinidamente el funcionamiento del organismo. Esto está planteando un nuevo dilema ético que es la distanasia o mantención ilegítima y artificial de una existencia concluida. Pero el papel de la medicina es salvar la vida y no impedir la muerte. Es por eso que el médico de hoy debe saber diferenciar como nunca antes, entre la enfermedad y los «mecanismos terminales» que debe poner en marcha el cuerpo para «poder fallecer» (deshidratación y coma; paro cardíaco o respiratorio; etc.) todos los cuales pueden ser impedidos en una UTI, manteniendo una vida inhumana y vegetal.

Este problema de la distanasia adquiere una particular relevancia en el caso de los enfermos dementes. En las UTI es el «electroencefalograma plano», indicador de la muerte cerebral, el criterio para interrumpir la terapéutica. Creo que en el caso del demente podría hablarse del mismo modo de un criterio de «mente plana»; no se trata de propiciar la eutanasia, pero sí de dejar en paz a los enfermos terminales. Pienso que, en el caso de un demente, sólo se deberían evitar los dolores y sufrimientos, pero no tratar las enfermedades prolongando ilegítimamente una vida que ha perdido su condición humana. Es sin duda un asunto discutible y que debe resolver el médico, en conciencia, en cada caso particular, utilizando esa clave de todas las éticas que es «hacer al otro lo que deseáramos que hicieran con nosotros en la misma situación». Si la familia -por ejemplo, ante una neumonía- llama a un médico, éste se sentirá obligado a hospitalizarlo, o al menos a administrar sueros y antibióticos, con lo que evitará -al menos transitoriamente- el coma y la muerte. Personalmente creo que esto no debería hacerse y que a los enfermos demenciados habría que dejarlos tranquilos. Si desean permanecer en cama, que se queden; si no quieren comer, que no lo hagan; y si padecen de una enfermedad intercurrente, dejar que ésta siga su propio curso. Aunque resulte una paradoja, el hombre tiene derecho a vivir y también a morir... a morir su propia muerte. Pienso que esta difícil decisión puede ser más clara en las personas religiosas, para quienes la existencia terrenal es sólo una experiencia de tránsito hacia una vida superior. ■

COMENTARIOS:

AC. MARTA VELASCO. Para los que todavía ejercemos la profesión y que tenemos un contacto con pacientes es de extraordinaria utilidad la delimitación que él hace sobre el deterioro y la demencia. Tengo la duda de cómo reconocer cuándo derivar al psiquiatra a las personas que tienen deterioro y que tienen conciencia de lo que les está pasando y que se deprimen; ahí es dónde se presenta el dilema, ya que es difícil de valorar: si basta dar un medicamento o basta la conversación. Me gustaría conocer la opinión del Dr. Peña y Lillo al respecto.

AC. PEÑA Y LILLO (RELATOR). La pregunta de la Dra. Velasco permite llevar la teoría a la práctica. Para los casos que son muy leves, basta que el médico converse con el paciente y le asegure que no tiene ningún signo sospechoso de deterioro; si eso lo tranquiliza, es suficiente. Un detalle que puede ser interesante es la diferencia entre las fallas de atención y de memoria, lo que puede ser muy tranquilizador para el enfermo. Por ejemplo si uno va a una pieza y piensa “no me acuerdo a que venía”, va saliendo y se acuerda que venía a buscar su pipa, es una falla de atención, no de memoria; en cambio si uno se olvida de algo que hizo, por ejemplo, si yo me olvidara que vine a dar esta exposición, ahí hay un trastorno de memoria. Asimismo, si de pronto tengo una reunión a las 9.00 de la mañana y llego a las 11.00 porque se me olvidó la citación, eso es una falta de atención. Muchas veces es importante hacer esta diferencia porque es muy tranquilizador. Ahora si la persona está igual muy preocupada por su situación, se le puede decir que para su mayor tranquilidad puede consultar un psiquiatra y se le puede pedir un estudio psicométrico para explorar cómo están las condiciones del rendimiento y si se sospecha una depresión. Cabe señalar que la depresión, que es tan común, no corresponde que sea tratada exclusivamente por psiquiatras; además, la mayoría de las veces es muy leve y los pacientes pueden mejorarse con pequeñas dosis de medicamentos. Sólo si no mejora con esas pequeñas dosis, se aconseja enviar al paciente al psiquiatra.

AC. UAUY. Es un privilegio escuchar al Dr. Peña y Lillo. Creo que de alguna manera tenemos que integrar este mensaje, que es muy potente, a la dinámica tanto del mundo biológico como social en que nos movemos, porque se puede envejecer de mejor o de peor forma y hay una base biológica para hacerlo de mejor forma. Tenemos que analizar qué factores biológicos determinan un mejor envejecimiento, una preservación de la función, sin que la idea sea prolongar la vida sólo por prolongarla. Creo que ahí hay una dimensión que tiene que ver con el cuidado de la salud; con las actividades física, mental y social; con el rol de las personas de mayor edad en una comunidad, entonces es útil ver desde esta perspectiva qué mensajes hay -tanto para los individuos como para las sociedades- para envejecer más saludablemente. Todos sabemos que mantener el colesterol bajo, cuidar la presión, evitar los microinfartos parece ayudar. Ahora qué sentido tiene esto si igual va a llegar el envejecimiento; pienso que ciertamente tiene sentido pues las personas prefieren tener todas sus funciones. Como médicos tenemos también una responsabilidad de preocuparnos del mundo biológico para que las personas envejezcan lo más saludablemente posible, y lo que se habla de una compresión del período de incapacidad, es decir, si va a vivir más, que viva lo más sano el más tiempo posible y que esté enfermo lo más corto y tardíamente posible. No veo esto como un contrapunto pero creo necesario integrar este mundo que también la sociedad legítimamente quiere, disfrutar los nietos con mayor tiempo, etc., pero sin que se llenen los círculos viciosos tanto sociales como individuales que aumentan el deterioro. Entonces, desde el punto de vista de la variabilidad que hay de estos

fenómenos, uno puede modularlos a través de acciones preventivas, médicas, sociales, culturales, etc.

AC. PEÑA Y LILLO (RELATOR). Hay datos que indican que hasta un 10% de las personas pudiera llegar a la demencia; pero el 90% a 95% conserva su capacidad hasta más allá de los 90 años; se ha dicho que si viviéramos más de 100 años todos terminaríamos dementes. Otro dato que hay es que en las personas de 90 años hay un tercio de destrucción neuronal, pero ese tercio que se destruye puede no dar ninguna manifestación. Ahora, si miramos desde un punto de vista religioso, talvez las personas que van a demenciarse necesitan de alguna manera vivir esa experiencia, pues en la mirada religiosa nada es casual y todo ocurre con un sentido y cuando las cosas adquieren sentido es mucho más fácil aceptarlas; es un poco parecido a lo que ocurre con la muerte. Se ha dicho que el hombre es el único animal que sabe que tiene que morir y sin embargo si ustedes observan la gente no se preocupa por la muerte, las personas de 80 ó 90 años no están preocupadas por la muerte. Me quedo con la frase de Ortega, siempre me gustó su pensamiento tan radical: "ni mi nacimiento, ni mi muerte, le agregaríamos ni mi demencia si la tengo, se van a dar en mi vida, y lo que no se da en mi vida no vale la pena ni siquiera hablar".

AC. HERRERA. Hemos asistido a una brillante exposición, yo diría que el Dr. Peña y Lillo se ha transformado en un experto en el arte de pensar y en este aspecto siempre le he escuchado que él ejerce en el mundo, una función evangelizadora y tengo la impresión que hoy día hemos asistido a un evangelio del arte de pensar. Me ha gustado mucho cuando ha hecho referencia a la sabiduría de los hombres de mayor edad y aquí voy a hacer un ejercicio con mi propia memoria. Recuerdo a Plinio el Viejo, que fue un hombre que vivió en el siglo I de nuestra era, que escribió un libro sobre historia natural y quien fue el primero que dijo que los nacidos por cesárea eran más inteligentes, y citaba el caso de Escipion el Africano y Julio César, a pesar de que este último no nació por operación cesárea. También me estoy acordando de otro de los grandes viejos, el filósofo alemán Federico Nietzsche, que en los últimos años de su vida y cuando la gente estimaba que había enloquecido, produjo esas obras maravillosas de "Así hablaba Zaratustra", "Crepúsculos de los ídolos" y "Más allá del bien y el mal". Para mí ha sido muy satisfactorio escucharlo Dr. Peña y Lillo y continúe con su función evangelizadora.

AC. FARGA. Escuchando esta hermosa conferencia recordé la forma como Borges había poetizado este tema: "La Vejez (tal es el nombre que otros le dan) puede ser el tiempo de nuestra dicha. El animal ha muerto o casi muerto, quedan el hombre y su alma".

AC. MUNDT. Hoy he asistido a una de las conferencias más brillantes que he escuchado y creo que la parte más importante ha sido el final: la necesidad de aprender a envejecer. Envejecer es normal, lo importante es saber hacerlo. Siempre

me ha chocado el término la “tercera edad”, como si la palabra viejo fuera algo peyorativo. En la práctica ocurre que muchas veces los enfermos buscan un médico de más edad, ¿qué están buscando en él?: la sabiduría a la que se refirió el Dr. Peña y Lillo, ese hombre que ya ha vivido y que ha incorporado en sus modos de ser y pensar la experiencia que le ha entregado la vida y que es capaz de mejor juzgar y enfrentar problemas.

AC. CASANEGRA. Si la Academia hubiera querido hacerme un regalo en la primera sesión que participo, esta conferencia ha sido ese regalo: conferencia brillante, interesante, buena para la audiencia, buena para los pacientes. Quería preguntarle Dr. Peña y Lillo, si ha detectado, porque yo sí lo he hecho, una diferencia entre los viejos ricos y los viejos pobres: ¿cómo transcurre la vida del pobre que va envejeciendo y que tiene trastornos de deterioro y después una demencia, comparado con la de uno de alto nivel económico?

AC. PEÑA Y LILLO (RELATOR). Quizás el que podría contestar esta pregunta es el Dr. Mundt que trabaja con un grupo de ancianos. La verdad, lo digo con cierta vergüenza, es que no tengo un conocimiento del envejecimiento del hombre pobre. A mi consulta privada asiste gente de clase media hacia arriba. Cuando entré a estudiar medicina tenía la idea que debería ayudar a la gente sin dinero y quise dedicar un día a la semana a ir a un policlínico de población, pero por una u otra razón no lo hice.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Gracias, Dr. Peña y Lillo. Ha sido un gusto para nosotros escuchar su conferencia. Mientras escuchaba al Dr. Peña y Lillo pensaba en esta institución llamada Academia de Medicina y en sus miembros. Ser uno de sus miembros es una suerte de reconocimiento social de los pares a personas que han contribuido de alguna manera u otra al progreso y al prestigio de la medicina chilena. En consecuencia, es inevitable que ese reconocimiento venga después de una trayectoria más o menos larga; no es de esperar que una persona joven pueda haber hecho contribuciones que exigen tiempo y experiencia acumulada. Por eso creo que en esta institución hay un gran capital de conocimientos, experiencia y sabiduría y nuestro desafío es de qué manera este capital puede ser transmitido hacia otros sectores, sea la sociedad, sean los gobiernos, las autoridades educacionales y de salud. Es ahí donde nosotros tenemos que afinar nuestra estrategia de comunicación y ser capaces de transmitir a otras personas algo de lo que sabemos y pensamos. Le reitero mis agradecimientos y felicitaciones, Dr. Peña y Lillo, por su excelente conferencia.

LA CATARATA DE MONET¹

DR. JUAN VERDAGUER T.
Académico de Número

Se ha dicho que la pintura de Claude Monet es la más popular de Occidente. Ninguna obra de otro artista ha sido tan diseminada y apreciada por el público como la prolífica producción de Monet. En los últimos años de su larga vida, una catarata bilateral de progresión muy lenta afectó profundamente su percepción de colores y de los contornos.

Cezanne dijo una vez: “Monet no es otra cosa que un ojo, pero ¡qué ojo!”, aludiendo a su condición de gran observador de la naturaleza. Este relato describe los problemas visuales de Monet en su edad tardía y su recuperación después de la cirugía.

MONET, LA PERSONA

Como muchos genios, Monet era de carácter difícil, perfeccionista, nunca completamente satisfecho con su trabajo. En pie desde las 4 ó 5 de la mañana, pinta toda la mañana al aire libre. Si el tiempo está malo, si las cosas no salen bien, su carácter se torna irascible y nadie se atreve a hablarle hasta que, recuperado, vuelve a tomar los pinceles con renovado entusiasmo. Hábil negociante, sabrá vender bien sus cuadros. Su correspondencia con su marchante y mecenas Durand-Ruel, es a veces dura, implacable. Sin embargo, la lectura de sus numerosas cartas, escritas en un estilo simple, no literario, dejan entrever su preocupación por otros artistas, y sus cartas a su segunda mujer, Alice Hoschedé, cuando se ausentaba de Giverny, son muy emotivas.

Otros episodios descubren su fina sensibilidad, lealtad y espíritu de justicia. A la muerte de Manet, corre el rumor que su “Olimpia” sería vendida a un coleccionista norteamericano. Monet, alarmado, encabeza una suscripción pública para

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 7 de septiembre de 2005.

adquirir el cuadro, el que finalmente se incorpora al patrimonio nacional de Francia.

El affaire Dreyfus, que contaminó la política y dividió a los franceses de fin de siglo, conmovió igualmente a Monet. Dreyfus, oficial judío del ejército francés, fue acusado, al parecer injustamente, de traición y espionaje a favor de Alemania. Clemenceau y especialmente Zolá, se levantaron en defensa del oficial y Zolá escribe su célebre "J' ácusse" en el periódico de Clemenceau, *L'Aurore*. Monet, a pesar de sus diferencias con Zolá, apoya firmemente el manifiesto. Otros impresionistas, como Degas, adoptan la posición opuesta, antisemítica y militarista.

Monet era un gourmet: sus frecuentes invitados a la mesa en Giverny, eran atendidos fina y espléndidamente. Acostumbraba a trincar la carne en la mesa y aderezar las ensaladas, hasta ennegrecerlas con la pimienta. Sólo servía foie gras de Alsacia y trufas de Perigod. El terreno alledaño fue dedicado a la horticultura, donde el "potager" cuidaba de las verduras y legumbres para la mesa de Monet.

Aunque el cura de Giverny solía ser uno de los invitados a su mesa, Monet no iba a la iglesia sino en ocasiones absolutamente ineludibles como podría ser un matrimonio o servicio fúnebre. Simpatizante de ideas socialistas, era sin embargo hijo de la gran burguesía, de gran servicio y espléndida mesa.

LAS CATARATAS DE MONET

En 1908, Monet, acompañado de Alice, viaja a Venecia para pintar una serie de cuadros. El pintor, de 68 años, nota por primera vez cierta dificultad en la visión de lejos. Al examinar sus obras venecianas como el "Palacio Dario" o el "Palacio Mula" es difícil advertir cambio alguno.

La disminución de visión fue extremadamente lenta y progresiva. En 1912, su médico general, el Dr. Jean Rebière, diagnosticó catarata bilateral. Monet consultó varios oftalmólogos, quienes confirmaron el diagnóstico, pero consideraron que no tenía aún indicación quirúrgica, ya que las cataratas no eran maduras. El profesor Víctor Morax², figura cumbre de la Oftalmología francesa, fue partidario de la cirugía, que Monet no aceptó, por temor a un resultado desfavorable, como casi siempre sucede. Habían llegado hasta sus oídos referencias de pacientes operados con malos resultados.

En 1911 fallece Alice Hoschedé-Monet. Hasta Degas, ciego, viajó a Giverny para rendir el último tributo a la dama que lo había acogido con tanta amabilidad. Monet, sumido en la desesperación, perdió el interés por su trabajo y sólo pudo

² Maestro del Prof. Dr. Carlos Charlín Correa.

recuperarse con la ayuda de sus amigos, particularmente Clemenceau. Otras desgracias habrían de caer sobre la familia: su hijo Jean, casado con Blanche, hija de Alice Hoschedé, enfermó gravemente de una enfermedad neurológica y finalmente fallece en 1914. Blanche, viuda del hijo de Monet, renuncia a su carrera de pintora y se dedica por entero a la casa y a cuidar al anciano Monet. Estimulado por su amigo autoritario, el estadista Georges Clemenceau³, Monet inicia su monumental obra "Les Décorations", serie de telas de gran formato con el tema de la laguna y los nenúfares, los sauces y el cielo. Este gran proyecto habría de ocupar el resto de su vida. La Primera Guerra Mundial había empezado y Monet tuvo dificultades para conseguir mano de obra para construir un taller de grandes proporciones que pudiera albergar las telas. Las telas serían la gran contribución de Monet al Estado y un monumento decorativo a la gloria de Francia.

Monet, cada vez más limitado por sus cataratas, inseguro de la calidad de la obra, intentó varias veces retractarse de su compromiso, pero la reacción indignada de Clemenceau lo obliga a continuar su tarea.

Finalmente en 1922 firma en Vernon el acta notarial de donación de los grandes paneles al Estado.

A partir de 1918, el colorido de su pintura se empobrece en sus tonos fríos; los azules y los violetas desaparecen y sus cuadros, cada vez más abstractos y confusos, toman un colorido rojizo (eritropsia). Los puentes japoneses del estanque se hacen indescifrables por la alteración de los colores y la imprecisión de las formas (1922).

LA CIRUGÍA: LA ERA DE COUTELA

Clemenceau convence al pintor de la necesidad de hacer algo y consultar al doctor Charles Coutela⁴ que examina al pintor el 7 de septiembre de 1922. La visión era la siguiente:

³ Georges Clemenceau, político y periodista de destacada participación en la escena política y anticlerical. Sus intervenciones provocaron la caída de varios gobiernos, de donde el apodo de "El Tigre". En 1917, al iniciarse la Primera Guerra Mundial ocupa la jefatura del Gobierno y su intervención en la victoria fue decisiva: unificó el mando aliado bajo la jefatura del general Foch y recorrió el frente arengando a las tropas.

⁴ Charles Coutela (1876-1969). Oftalmólogo de larga y meritoria carrera en los Hospitales de París. Su participación como cirujano de guerra, 1914-18, lo marcó profundamente, interesándose por la suerte de los mutilados y luego los accidentes del trabajo y su legislación. Amigo personal de Clemenceau; ambos sufrieron heridas en un accidente de automóvil en que viajaban juntos. Alcanzó la Presidencia de la Orden Médica Francesa e ingresó a la Academia de Medicina de Francia, ocupando el sillón de su maestro el Profesor Rochon-Duvigneaud.

VOD: luz, buena proyección

VOI: 01

Diagnóstico: Catarata senil bilateral

Coutela prescribe provisoriamente un colirio midriático para el ojo izquierdo (clorhidrato de eufalmina). El 13 de septiembre, Monet escribe a Coutela:

“Es maravilloso, hacía tiempo que no veía tan bien. ¡Debí consultarlo antes”.

La lentitud de la progresión en la catarata de Monet, la mejoría visual con la midriasis, nos permite concluir que Monet padecía de una catarata nuclear. Esto explica también la amputación de los azules, en el extremo corto del espectro.

Monet adquiere más confianza y se convence que la cirugía de la catarata OD no puede seguir posponiéndose. Abriga, sin embargo, dudas y temores y la operación es postergada.

Finalmente, la operación del ojo derecho se realiza en enero de 1923 en la Clínica Ambroise Paré de Neuilly. Charles Coutela, el cirujano, la describe con pocos detalles: “extracción extracapsular del cristalino ojo derecho, con aspiración de masas lo más completa posible”⁵. “La cámara anterior estaba formada la misma tarde, lo que fue para mí un gran alivio”. Esto último hace pensar que no colocó sutura corneal o solamente una. Debe recordarse que en esa época, la anestesia se reducía a la instilación de cocaína y era necesario operar rápido, ya que el comportamiento del enfermo y del ojo era imprevisible. Terminada la operación, se parchaba ambos ojos y el paciente debía permanecer inmovilizado en su cama por un período de 10 días.

El ilustre paciente, provisto de lentes de afaquia regresa a Giverny. El Dr. Coutela acota: “como era de prever, la inevitable membránula (cápsula posterior) se opacificó, lo que me inquieta, pero esto sumió a Monet en la más profunda de las desesperaciones”.

En junio de 1923 Monet escribe a Coutela: *“han pasado seis meses de la primera operación, cinco desde que dejé la clínica y cuatro que llevo anteojos, mucho más que las 4 a 5 semanas necesarias para habituarme a la nueva visión. Debería haber terminado “Les Décorations”. Lamento haberme sometido a esta fatal operación. Perdone la franqueza, pero es criminal haberme puesto en esta situación”*.

⁵ En la catarata madura, las masas cristalinas son opacas y fáciles de extraer por lavado y aspiración para el cirujano de la época, que no contaba con microscopios operatorios. De ahí el concepto de esperar a la “maduración” de la catarata para su extracción.

Finalmente, en julio de 1923, cuando el ojo se tranquilizó, Coutela procedió a efectuar una capsulotomía posterior en la misma casa del pintor en Giverny. Un Coutela aliviado comprueba que el paciente alcanza una visión de 7/10 con un lente +10 esf + 4 cil 90°. Sin embargo, Monet tolera mal la corrección de su afaquia y escribe a Coutela: *“a pesar de mi buena voluntad, siento que si doy un paso, caeré a tierra. Para cerca o lejos veo todo deformado...”*

Además de estas perturbaciones tan comunes en el afáquico corregido con lentes al aire, Monet, como pintor, percibe un violento cambio en la percepción cromática: eliminado el filtro cristalino, los azules y los violetas penetran libremente, tornándose agresivos y dominantes (cianopsia).

Coutela no cobró honorarios por su operación. Un día recibe un paquete cuidadosamente cuadrado y plano de Monet; no era más que una fotografía dedicada.

Es el fin de la era Coutela y el inicio de la era Mawas.

LA ERA DE MAWAS

Un amigo de Monet, el pintor André Barbier, lee en la prensa un aviso de los nuevos lentes para afaquia de la casa Zeiss importados de Alemania. Barbier se presenta a la casa Meyrowitz, premunido de una receta de Coutela. Sin embargo, la casa requiere mediciones especiales que requieren del concurso del Dr. Jacques Mawas⁶, renombrado oftalmólogo parisino y anatomopatólogo ocular.

Mawas es invitado a almorzar a Giverny. Lo reciben un Clemenceau glacial y un Monet jubiloso. Clemenceau, médico además de político, no aprobó este desaire a Coutela. Informado del trastorno de la percepción cromática de Monet, Mawas prescribe lentes de Zeiss a tinte amarillo verdoso, además de lentes blancos. Ninguno de ellos en definitiva, es enteramente satisfactorio. En su correspondencia a

⁶ Jacques Mawas (1885-1976). Nacido en Egipto, en el seno de una familia de banqueros de origen judío y de cultura francesa. Estudió Medicina en Beirut y luego en Lyon, donde se especializó primero en Histología y luego en Oftalmología. Su carrera, desarrollada en la Fundación Rothschild y en la Escuela Práctica de Altos Estudios en la Sorbonne, se orientó fundamentalmente hacia la investigación en el campo de la morfología, la patología y la oncología ocular. Aunque no hizo carrera en el sistema hospitalario, es considerado una de las figuras máximas de la Oftalmología francesa de su tiempo. Dubois-Poulsen lo recuerda como un príncipe oriental desembarcado en París; de pequeño porte, vestía con cuidada elegancia “or avec recherche”; circulaba en una limosina negra cuyas puertas estaban discretamente marcadas con la imagen del Dios Horus. En su lujoso departamento en el Boulevard Saint Germain se podía admirar magníficas estatuillas egipcias. Durante la Segunda Guerra Mundial y la Ocupación debió huir a Suiza para escapar de la persecución racial. Nunca más pudo permitirse esos lujos de príncipe oriental.

Mawas, después de un período de entusiasmo pasajero con los nuevos lentes se advierte una vez más su profunda decepción: *“el pintor operado de catarata debe renunciar a la pintura”*. A pesar de su insatisfacción, es un hecho que Monet se fue adaptando lentamente y continuó trabajando incansablemente en su *“Décorations”*.

Hacia el final, un atisbo de gratitud hacia Coutela: *“aunque me hizo sufrir, he recuperado la visión y eso no se olvida”*.

LOS ÚLTIMOS AÑOS

Los años se le vienen encima. Su andar, otrora ágil y rápido, se tornó lento y penoso. Una amplia chupalla cubría su cabeza y protegía sus ojos de la luminosidad ambiente; jamás dejó de fumar sus Caporales uno tras otro. A principios de 1926 empezó a mostrar signos de fatiga progresiva. Las visitas de Clemenceau le elevaban el ánimo y el apetito. Sus médicos diagnostican enfermedad pulmonar, no bien definida (probablemente cáncer pulmonar).

En octubre dejó de pintar, lo que había sido la razón de su vida. Monet sólo hablaba de su jardín y de los bulbos de lirio que madame Kuroki había prometido enviar de Japón.

El 5 de diciembre Clemenceau recibió el aviso y viajó temprano a Giverny, acompañando a su amigo en sus últimos momentos, que fueron muy tranquilos.

El funeral tuvo lugar tres días después, en un pequeño cementerio aledaño a la iglesia de Giverny, sin campanas, responsos ni incienso. Asistieron la gente del pueblo, algunos artistas amigos y periodistas. Algunos amigos dejaron caer flores; el funeral fue breve en extremo. Todas las miradas estaban fijas en Clemenceau: éste se limitó a decir: *“Allons les enfants, il faut nous en aller”*, dando por terminada la breve ceremonia. Una leve niebla y las primeras escarchas del invierno cubrían el valle del Sena, tantas veces inmortalizado por Monet.

Los bulbos de madame Kuroki llegaron poco antes de su muerte. Al año siguiente *“Les Décorations”* fueron finalmente instaladas en la Orangerie, desde entonces denominada *“la Capilla Sixtina del Impresionismo”*; el visitante, aún ahora, se estremece al contemplarlas: sólo luz, aire, agua, tierra, poesía sin palabras.■

COMENTARIOS:

AC. ROSSELOT. Deseo felicitar al Dr. Verdaguer, hemos quedado impresionados con esta forma tan extraordinaria de presentar la vida y aspectos tan específicos de Monet. Gracias.

AC. LARRAÍN. El Dr. Verdaguer nos cuenta en su hermosa conferencia que Monet fue enterrado un 8 de diciembre de 1926. Aunque lo que voy a decir es algo desligado del tema mencionado, ese día está asociado a uno de los escasos recuerdos de infancia unidos a una fecha precisa. Yo tenía 8 años y mi madre me llevó en la mañana de ese día a una ceremonia religiosa que me impresionó mucho, que se celebró bajo un sol radiante en el entonces llamado Parque Cousiño (hoy Parque O'Higgins). Precisamente a la misma hora, en un gélido día de invierno se llevaba a cabo en Francia el funeral de Monet. Otro acontecimiento bien distinto para recordar.

AC. CRUZ-COKE. Estoy impresionado con esta presentación que muestra todo el manejo y conocimiento histórico de la oftalmología, es admirable. Haciendo recuerdos, es muy sorprendente ver el libro de Charlín que fue publicado en 1925 y que se encuentra en la Biblioteca del Museo de Historia de la Medicina. Es interesante conocer la historia completa de personas que hemos admirado por su talento, como Monet. Quería recalcar la participación de Clemenceau, quien es el único médico francés de toda la historia de Francia que ha tenido un rol político máximo, es probablemente el francés más importante que ha vivido en el siglo XX, él como médico político es muy importante en la historia de Francia. Los médicos franceses han cubierto su historia con grandes descubrimientos, pero Clemenceau fue el único político que alcanzó el poder total y le dio la victoria a Francia en la primera guerra mundial.

AC. MARIO HERRERA. Escuchamos atentamente la extraordinaria conferencia del Prof. Verdaguer. Está generación de grandes pintores impresionistas vivieron en realidad dos conflictos bélicos, el citado de la guerra franco-prusiana de corta duración y uno anterior en su adolescencia, aunque lejos de sus fronteras, más prolongado y sangriento, la guerra de Crimea, donde Francia, Inglaterra y Turquía combatieron a Rusia. Un pintor dibujante y fotógrafo probablemente de segunda línea: Constantine Guys, se reunía con Monet y otros en los cafés de París, mostrando sus apuntes, pinturas y fotos del conflicto. ¿Habrán influido estas dos conflagraciones en la misma generación en sus pinturas? Por último una pregunta al expositor: ¿el impresionismo deriva de una conceptualización general por la luminosidad, el colorido, los reflejos y la paz bucólica de estas pinturas o solo fue porque Claude Monet, tituló uno de sus más afamados cuadros con el nombre de impresión al salir el sol?.

AC. VERDAGUER (Relator). Monet en realidad había querido plasmar un momento que se da sólo unos segundos y le puso ese título casi por azar, pero fue el crítico Louis Leroy, quien hizo una crítica muy negativa de esta exposición y como burlándose de esto los tituló a todos ellos "impresionistas". Si este crítico no usa esa palabra habría pasado desapercibido y no habría dado el nombre al movimiento.

AC. GOIC (Presidente). Agradezco y felicito al Dr. Verdaguer por su bellísima conferencia.

EL DILEMA QUE PLANTEAN LAS ENFERMEDADES CUYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SE BASAN EN CIFRAS¹

DRA. GLORIA LÓPEZ STEWART
Académica de Número

He considerado de interés compartir con los distinguidos Académicos este tema, porque representa a mi juicio una situación médica de frecuencia creciente y que requiere del clínico una actitud reflexiva y crítica.

En primer término, me gustaría revisar con ustedes los conceptos de Salud, Enfermedad, Enfermedades Crónicas no Trasmisibles y Riesgo de las mismas.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define SALUD, como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”. El concepto de Enfermedad, según la OMS, es “Un estado, situación o proceso, que implica una desviación orgánica o funcional de la salud, medido por parámetros aceptados como normales”.

Como puede apreciarse, aparece implícito en esta definición el concepto de normalidad, el cual es necesariamente relativo. ¿Normal comparado con qué? ¿Normalidad estadística? Definitivamente, en muchos aspectos de la biología, la normalidad es una forma equilibrada de funcionar que puede ser apreciada o medida por parámetros específicos, o simplemente porque nada afecta el proceso biológico. La temperatura corporal, por ejemplo, es un parámetro cuyos rangos normales son bien conocidos. No cabe dudas que existe un trastorno cuando una persona tiene 38°; es un signo de enfermedad. El ritmo y frecuencia cardíaca o de pulso periférico representan una situación parecida. En ambas condiciones, la persona experimenta molestias o síntomas, que llevan a consultar y nadie duda en ese momento que la persona está sufriendo una enfermedad. Lo mismo ocurre cuando la persona experimenta dolor.

Otros autores han intentado definir más precisamente el concepto de Salud. El Dr. Alejandro Goic en su libro “El Fin de la Medicina” señala que el “Estado de

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 5 de octubre de 2005.

salud es la condición de bienestar físico, psicológico y social, que permite al individuo desarrollar sus labores habituales, propias de su edad y rol, con agrado, sin sufrimiento, angustia y sin conflictos con los demás, en ausencia de apoyo medicamentoso". En el curso de la discusión, analizaremos la aplicación de esta condición a las enfermedades crónicas.

La medicina actual, intenta encontrar la explicación de las molestias o alteraciones que manifiesta un determinado individuo, a través de la existencia de una enfermedad que presenta un comportamiento especial, generalmente único, sin considerar en cada caso, las condiciones o la participación del individuo enfermo en la exteriorización del cuadro. Es así como la enfermedad representa para el médico, un conjunto de alteraciones físicas, funcionales o psicológicas, que reúne ciertas características detectables por medio de un relato, exploración física, instrumental o de laboratorio; que tiene a su vez una forma de presentación que es similar en distintas personas.

Por lo general, el médico busca o requiere de un nexo etiológico común, parcial o totalmente identificado. A pesar de lo característico de la enfermedad, habitualmente la presentación clínica tiene particularidades individuales. Este aspecto, determina que se trate entonces, de un enfermo y no de una enfermedad.

Las llamadas "Enfermedades Crónicas No Transmisibles", presentan características muy especiales, que deben ser consideradas, más aun si son las enfermedades que, en la época actual, constituyen el mayor problema de Salud Pública en los países desarrollados y muchos en vías de desarrollo.

Constituyen un conjunto de enfermedades cuyo principal vínculo común es el aumento del riesgo cardiovascular, que finaliza en un infarto del miocardio, o un accidente cerebro-vascular.

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades, son larvadas, poco específicas y muchas veces no afectan el estado de bienestar durante gran parte de su evolución. Por lo anterior, deben ser buscadas o pesquisadas en los individuos susceptibles.

Además del Riesgo Cardiovascular, se asocian a trastornos de órganos o sistemas, que, muy curiosamente, no se presentan en todos los afectados (retinopatía, nefropatía, insuficiencia cardíaca y otros).

Por lo anterior, constituyen un factor de riesgo de aparición de esas alteraciones, que pueden afectar seriamente la capacidad de vida y llegar a causar la muerte.

A fin de comprender mejor este peculiar comportamiento de las enfermedades crónicas, analizaremos con mayor detenimiento las complicaciones micro y macro angiopáticas en la diabetes.

En primer término, la proporción de diabéticos que se ve afectada por la microangiopatía, es muy variable. La retinopatía es la más frecuente, alcanzando a un 90% a los 30 años de evolución. Por el contrario, la nefropatía clínica se presenta con menos frecuencia (40 a 50% en diabéticos tipo 1 y 25% en tipo 2). Por último, la neuropatía tiene una prevalencia variable entre 8 y 50%, según el método de pesquisa empleado.

Al igual que la propia diabetes, la microangiopatía tiene un largo período subclínico. Se relaciona significativa y directamente con el control metabólico, duración de la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia y otros factores, algunos de ellos genéticos, conocidos sólo parcialmente, como alteraciones en el gen de la enzima convertidora de angiotensina, de la bomba de Na/K y potencialmente de la nefrina.

Un hecho digno de destacar, es que el diagnóstico de diabetes, por medio de cifras glicémicas, ha sido fijado de acuerdo con el riesgo de desarrollo de estas complicaciones microangiopáticas, fundamentalmente la retinopatía, definido por estudios de seguimiento.

La información existente en 1987, llevó a Grupos de Expertos de USA y posteriormente a la OMS, a fijar el valor diagnóstico en ayunas en 140mg/dL; estudios posteriores demostraron que individuos con niveles inferiores, también presentaban retinopatía en su evolución. Ese hallazgo motivó el descenso de la cifra diagnóstica en ayunas a 126mg/dL, en el año 1997.

La intolerancia a la glucosa, estado intermedio entre la normalidad y la diabetes, que representa riesgo aumentado de diabetes y enfermedad cardiovascular, no experimentó variaciones en sus cifras diagnósticas: 140-200mg/dL 2hr post carga de 75g de glucosa, con valores basales inferiores a los diagnósticos de diabetes en ayunas.

En año 1997, en un intento por determinar el valor de ayunas que implicaba un riesgo similar al de la intolerancia a la glucosa, se fijó el valor máximo en normal en 110mg/dL.

Los individuos cuyas glicemias de ayuno se encontraban entre 110 y 125mg/dL, no se consideraron normales y se les calificó como portadores de una "glicemia alterada de ayunas", que involucra riesgo aumentado de diabetes y enfermedad cardiovascular, al igual que la intolerancia a la glucosa. En el año 2003, sin embargo, se demostró que personas con valores en ayunas entre 100 y 110 mgdL, tam-

bién tenían los riesgos señalados. Lo anterior determinó el descenso de la cifra de glicemia de ayunas alterada, a valores entre 100 y 125mg/dL. Una información curiosa, es que las poblaciones de intolerantes a la glucosa y las que tienen glicemia de ayunas alterada, no coinciden exactamente como se había supuesto. Existe un porcentaje bajo de individuos que tienen glicemia de ayunas alterada y que sin embargo responden bien a la carga de glucosa. Este hecho poco acorde con los conocimientos de la patogenia de la diabetes, en que la alteración inicial es la post-carga, ha llevado a buscar otros tipos de mecanismos patogénicos en esos individuos.

Si revisamos el riesgo de aparición de DM2, que implica la Intolerancia a la glucosa (ITG), podemos observar que los estudios de seguimiento comunican tasas de conversión anual a DM2, entre 1,5 y 7,3%. Se aprecian diferencias étnicas. Los caucásicos presentan tasa más bajas; los japoneses presentan diferencias según su sitio de residencia (Tokyo, 2%, Osaka 5,8%) y residentes en USA, 7%. Los indios Pima y los Mexicanos–Americanos, tienen altas tasas (6 y 7,3%, respectivamente), en un seguimiento de más de 7 años. En Chile, la cifra comunicada es de 5%.

Como ya anticipáramos, las personas que tienen DM2, presentan un riesgo cardiovascular (RCV) aumentado desde antes de su diagnóstico. Haffner demostró que los DM2 tienen una incidencia de infarto agudo del miocardio, similar a las personas no diabéticas que ya han sufrido un infarto. Estos datos confirman la necesidad de tratar los factores de RCV en los diabéticos, de forma tan intensiva como en pacientes infartados no diabéticos. Constituyen también los fundamentos para calificar a estos pacientes, como de Muy alto RCV, equivalente a Cardiopatía Coronaria.

El NCEP ATP III, el año 2001, fijó los objetivos del control lipídico, determinado a través de la concentración de LDL-Colesterol según el RCV estimado en cada individuo. Si este presenta menos de 2 factores, el nivel objetivo es de 160mg/dl; con más de 2, es 130mg/dl y si es portador de de una cardiopatía coronaria o de una enfermedad con riesgo equivalente a cardiopatía, como la diabetes, el valor objetivo debe ser de 100mg/dl.

La hipertensión arterial también implica en la población diabética mayor riesgo CV que en no diabéticos. Podemos concluir que el estado diabético amplifica la respuesta aterogénica a los factores de RCV tradicionales.

¿CUÁNTO INFLUYE LA HIPERGLICEMIA EN EL AUMENTO DEL RCV?

Estudios epidemiológicos prospectivos, como el Honolulu Heart Study, con un seguimiento de 12 años, muestran un aumento lineal de la tasa de enfermedad CV, según quintiles de glicemia 1 hr post carga de glucosa, en 8006 hombres entre 40 y

70 años. Por otra parte, el estudio Europeo DECODE, demostró duplicación de la mortalidad en sujetos intolerantes a la glucosa y un incremento cercano a 3 veces en los diabéticos, comparados con normales.

Los grandes estudios de tratamiento intensificado de la diabetes tipo 2, como el del Reino Unido, con más de 4000 pacientes seguidos por 10 años desde el diagnóstico, confirman la reducción significativa de la microangiopatía, sin alcanzar significancia estadística en prevención de infarto del miocardio y otras patologías macrovasculares.

El tratamiento intensificado de la hipertensión arterial, redujo más aun el riesgo de ambas complicaciones de la diabetes, pero tampoco hubo significación estadística para infarto del miocardio.

Una investigación japonesa, en un grupo más reducido, de DM2 de peso normal, tratados con insulina, demostró mayor mortalidad y eventos CV en los sujetos que tuvieron hemoglobina glicosilada $A1c > 8\%$ (mal control metabólico).

Analizando los resultados de todos los estudios, el Dr David Nattam concluye, el 2005, que el RCV se incrementa de manera continua desde la normoglicemia, intolerancia a la glucosa, glicemia anormal en ayunas y diabetes, adquiriendo en esta última etapa, un incremento proporcional mayor.

Resulta evidente entonces, que múltiples factores, incluida la hiperglicemia, influyen en la aparición de las complicaciones.

El estudio STENO 2, logró probar que la intervención multi-factorial intensificada reduce significativamente, tanto la micro, como la macroangiopatía, con resultados mejores que los centrados sólo en el control glicémico. Este enfoque, sin embargo, hizo necesario, como era de esperar, una mayor frecuencia de asociación de fármacos hipotensores, de estatinas y aspirina. El señalado abordaje determinó además un significativo aumento en el número de fármacos y en el costo por paciente.

Lo comentado lleva a plantear: ¿Son necesarios más esfuerzos para mejorar los resultados en la práctica clínica?

En este sentido, mucha información apunta a que niveles habitualmente considerados como normales, tanto en lípidos, como en glicemia y presión arterial, serían beneficiosos. Esta información es más categórica cuando se agrupan alteraciones en un mismo individuo, posiblemente constituyendo el denominado Síndrome Metabólico. Sin embargo, resulta muy difícil aislar el impacto relativo de cada factor individual, puesto que existe una interacción recíproca y una asociación probablemente patogénica entre ellos.

Recientemente, Hunt intentó determinar la importancia de la diabetes (DM) y del Síndrome Metabólico (SM). Estudió la mortalidad CV ajustada por edad y etnia, en un período de seguimiento. Consideró riesgo 1 a los hombres y mujeres sin DM y sin SM. El solo hecho de tener SM, implicó una duplicación de la mortalidad. La condición de DM aislada, triplicó el riesgo en mujeres y lo dobló en hombres. Cuando ambas condiciones estaban presentes, las mujeres alcanzaron un riesgo 8 veces mayor y los hombres, 3 veces. Como puede observarse, el impacto de ambas alteraciones es más gravitante en el sexo femenino.

Cuando se trata de determinar el nivel de colesterol normal, o el que no implica riesgo, resulta interesante revisar, como lo hizo O'Keefe, las concentraciones de colesterol promedio de los humanos de la era moderna y compararlos con los de aborígenes que aun viven en las condiciones primitivas. El adulto norteamericano actual, tiene un colesterol total promedio de 209 mg/dl. En tribus de cazadores recolectores, como los Pigmeos, los niveles son de 105 mg/dl, en los Inuit, 140 mg/dl y en los Hadza, 120 mg/dl.

Si analizamos a los primates en estado salvaje, como los "night monkeys" tienen niveles de 140 mg/dl y el "Howler monkey", 110 mg/dl. Animales salvajes, como el elefante negro, presentan niveles de 120 mg/dl y el rinoceronte negro, 75 mg/dl.

¿SIGNIFICA ESTO QUE ÉSOS SON LOS VALORES NORMALES?

El mismo O'Keefe, revisó los principales estudios de prevención primaria de eventos CV, con diferentes intervenciones farmacológicas. Encontró una correlación lineal significativa con los niveles de LDL-Colesterol. Si se prolonga la pendiente desde los 90mg/dl alcanzados en el estudio Ascot-S, el riesgo 0, corresponde a 55mg/dl.

En prevención secundaria, el estudio PROVE-IT-AT, logró la mayor reducción con niveles menores de 70mg/dl, con una correlación altamente significativa.

PODRÍAMOS PREGUNTARNOS A ESTAS ALTURAS: ¿MÁS BAJO, MEJOR?

La respuesta es: probablemente sí.

La información apunta a que el nivel objetivo debiera diferenciarse según las características individuales. Habría fundamentos para intentar en los individuos de más alto riesgo metas cercanas a 70mg/dl.

Nos enfrentamos entonces a un desafío, con elementos de ambivalencia.

La realidad actual muestra que en países desarrollados o no, las metas actuales, que son menos exigentes que las propuestas, se alcanzan en menos de la mitad de los pacientes.

Como un ejemplo de esta situación, en USA, no solo no se alcanzaban los objetivos del tratamiento de la diabetes el año 1994, sino que esta realidad se había deteriorado aún más en la evaluación del año 2000 (44,5 vs. 35,8% de hemoglobina glicosilada A1c dentro del objetivo <8%). En la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Chile, efectuada el 2003, sólo el 16% de los pacientes diabéticos estaban bien compensados.

En cuanto al control lipídico, publicaciones recientes muestran que muy a menudo no se logran las metas.

Posibles soluciones

- 1.- Indudablemente, un mejor y más profundo conocimiento de la patogenia de estas afecciones, sería de ayuda para un tratamiento más etiológico.
- 2.- Un enfoque socio-educacional que ayude a volver a ser “cazadores-recolectores” de nuestra época, es decir lograr reales cambios en el estilo de vida. Tarea difícil de cumplir en la realidad actual.
- 3.- Capacitación del equipo de salud y de las Autoridades en disciplinas psico-socio-educacionales.
- 4.- Diseño y aplicación de modelos de predicción de evolución que permitan, sobre la base de resultados de estudios bien diseñados, aplicar en cada paciente la toma de las decisiones más adecuadas para ese individuo.
- 5.- Aplicación de otros sistemas de informática, tanto para el médico, como para el paciente o ambos simultáneamente.

La literatura médica está comenzando a incursionar en esas áreas.

Como es posible concluir, se trata de un tema complejo, multifacético, cuyo abordaje escapa a la biología y a la medicina, incorporando aspectos antropológicos y socioculturales.

En lo personal, representa para mí un desafío fascinante.■

COMENTARIOS

AC. MARTA VELASCO. Felicito a la Dra. López por su excelente conferencia. Quisiera preguntar si hay algún estudio con el que se logre una mayor percepción del riesgo en relación al antecedente anamnóstico y no epidemiológico de diabetes fa-

miliar. Evidentemente, las personas que tienen antecedentes familiares deben ser estudiadas. Me pregunto si la población general tiene conciencia de que la diabetes es una enfermedad, en gran parte, hereditaria.

AC. LÓPEZ (RELATORA). Hay estudios que han hecho sociólogos y psicólogos para evaluar la percepción de los riesgos a que están sometidos. Cuando hice la conferencia de ingreso a la Academia traté especialmente la sensación de amenaza que implica el riesgo de que un familiar directo tenga diabetes, pero este riesgo es mirado como muy lejano en el tiempo y el impacto que tiene en la conducta de la persona es bastante bajo; primero para llevarlo a consultar y segundo para aceptar el cambio de conducta que debiera tener una vez detectada una alteración con sólo el riesgo genético. Hay varios trabajos que están estudiando cómo convencer al individuo, a sentirse amenazado efectivamente por una enfermedad que, como lo mostré, es un riesgo de tener algo y no es una enfermedad en sí. La diabetes, la mayor parte de las veces, no da ningún síntoma, la persona se asusta cuando se le dice que tiene diabetes y a los dos meses seguro se está haciendo la prueba, es una reacción natural cuando el ser humano enfrenta una situación de este tipo. Es como cuando uno ve cruzar a un niño la calle en forma imprudente, el niño no toma conciencia del riesgo, porque no le ha pasado nada y hasta que no le pase a él o a un cercano, no va a tener la noción del riesgo. Resumiendo, en cuanto a cuantificar el riesgo los diabéticos tipo 2 tienen un riesgo hereditario muchísimo mayor, multifactorial, mucho mayor que la diabetes tipo 1. El aumento de la obesidad y el sedentarismo están aumentando más el impacto genético y están haciendo que la enfermedad aparezca precozmente.

AC. CASANEGRA. Muchas gracias por esta estupenda conferencia. Es un tema que debiera interesarnos a todos porque estas enfermedades van en aumento y con el envejecimiento de la población crecerán más. Es un problema epidémico que ya está en Chile y que va a empeorar. Creo firmemente que la actividad física es algo fundamental y que es una responsabilidad de gobierno, de país, de ministerios, de sociedades; pues este es un país de flojos, de sedentarios, de gordos, con un índice de obesidad creciente, lo que es alarmante; se impone una campaña para tratar de mejorar esta situación. En cuanto al LDL usted deslizó algo que me preocupa mucho porque con los nuevos medicamentos, cualquier doctor puede lograr reducir el LDL de 200 a 120, a 100, a 70, lo único que hay que dar, en vez de 10 mg. de atorvastatina, hay que dar 20, 40, 60 mg, etc. ¿hasta cuándo? He visto evidencias sólidas que alrededor de 100 LDL hay beneficios notables de prevención y disminución de accidentes cardiovasculares, no he visto esos resultados notables en bajo 70 LDL, pero sí he visto la promoción indiscriminada de la industria para llegar a 70 LDL, sin números gruesos, sin números sólidos. Creo que cuando uno ve el periódico de hoy y aparece que el lipitor evita las fracturas, inhibe el cáncer de colon, disminuye el Alzheimer, disminuye los resfríos, el lipitor es bueno para todo; uno se pregunta cuánto de esto será real ya que es la droga que más se vende en el mundo y la que produce más utilidades a la compañía; tiene una capacidad de difusión de

sus resultados extraordinario. Quiero poner una voz de alerta, así como lo insinuó la Dra. López, de que ¿hasta cuándo? Creo que hasta que seamos nosotros los que decidamos y no las compañías farmacéuticas.

AC. VALDÉS. Agradezco mucho a la Dra. López el análisis crítico y tan profundo de lo que significa tratar números a propósito de la glicemia. Ha expuesto en forma muy ordenada dudas y angustias que uno tiene con los pacientes hipertensos. Por un lado está la duda de los pacientes y por otro lado está la duda que el médico tiene con el paciente diabético, con el paciente hipertenso que se puede complicar o que se le va a acortar la sobrevida, y se trabaja contra una gran incógnita que es ¿Cuánto debiera vivir el paciente libre de complicaciones, si uno lo maneja bien? Eso es distinto a los resultados que están dando los grandes laboratorios de medicamentos. Uno también tiene una incógnita. Creo que las historias familiares son un importante elemento de ayuda para el médico, porque los pacientes que han tenido historias familiares muy tórpidas tienden a cuidarse mejor porque les ha tocado vivir de cerca el impacto. Creo honestamente que el genio de las enfermedades también es hereditario. Hay un hecho muy importante para que los pacientes le den importancia al número, glicemia o cifras de presión arterial, y es que no le cambien el médico al paciente. Creo que si uno le va bajando los números, es distinto que uno le diga al paciente el nivel de glicemia que tiene es éste, a que se lo digan dos o tres doctores más adelante en la cadena de salud. Me preocupa mucho que el concepto de atención de salud masivo está dado por el número de atenciones y no por la eficacia de éstas. Por lo tanto es mucho más barato rotar médicos primarios cada dos años a la gran parte de nuestra población, que tener a la Dra. López atendiendo diabéticos por treinta años. Es un concepto que tenemos que tratar de reintroducir ya que tiene un valor muy grande.

AC. SALVESTRINI. La Dra. López nos ha mostrado el tormentoso océano en que se introduce un médico cuando atiende un enfermo, y ¡qué decir de los docentes que se están fabricando en gran cantidad y que no están calificados para navegar en ese mar!, de modo que el problema se va a multiplicar enormemente con un aspecto falso de científicamente tratado y eso es muy preocupante. Resulta que la medicina hoy día se está transformando en una máscara de maquillaje, maquillan al enfermo, le indican cualquier medicamento. Es decir no hay médicos bien formados para tratar a los pacientes de la salud pública. Le agradezco a la Dra. López que haya puesto énfasis en esto y espero encuentre la fórmula para que entre en el médico una posibilidad de dudar cuando atienda un enfermo y en el enfermo una posibilidad de estar presente y hacer lo que hay que hacer.

AC. MUNDT. Hice mi memoria con el Dr. Luis Vargas Fernández sobre diabetes experimental y cuando llegué a trabajar como médico en el hospital de Valparaíso, me empezaron a enviar a todos los diabéticos, porque para los otros médicos estos pacientes eran un problema, así que la experiencia que tuve con diabéticos desde un comienzo fue muy importante. Hablando del problema genético, podría decir

que son muy pocos los diabéticos tipo 2 que no tengan en su historia algún antecedente hereditario de diabetes, ya sea abuelo, padre o madre, etc. por lo tanto el factor genético en la diabetes tipo 2 es primario. El otro punto que quisiera tocar se refiere a lo que nos ha mostrado la Dra. López que ha entrado mucho en la conciencia de los médicos tratantes; el afán de ellos es tratar de normalizar las cifras de glicemia, colesterol, etc.; pero qué se ve, que hay una tendencia a sobretratar a estos diabéticos, generando muchas veces hipoglucemias; sobre todo con las dos dosis diarias de insulina en la mañana y en la noche y ahí se genera muchas veces la hipoglucemias que pasan desapercibidas y el peligro de esta complicación iatrogénica, creo que no se ha valorado suficiente. El cerebro tiene dos cosas que no tolera: la falta de oxígeno y la falta de glucosa; he visto más de algún diabético descerebrado, o que pasan las noches con pesadillas y basta con reducir la dosis vespertina para que se terminen estas pesadillas. He visto hemiplejía completa en una paciente que se ha puesto la insulina en la mañana, se le coloca suero glucosado y desaparece la hemiplejía. Recuerdo que un día me llamaron de cirugía infantil porque había un muchacho diabético operado que no salía de la anestesia, en ese momento estábamos empezando a trabajar con las tiras reactivas de la casa EIMS, le dije al cirujano hagámonle la glicemia, dio 45-50, colóquenle suero glucosado en la vena; terminando la inyección el niño despertó. Creo que le estamos teniendo mucho miedo a la hiperglucemia y muy poca preocupación a la hipoglucemia; dos o tres tabletas diarias de dibernclamida es un exceso.

AC. LÓPEZ (RELATORA). Respecto a las hipoglucemias, la verdad es que el objetivo del tratamiento de la diabetes es obtener el mejor control glicérico reduciendo al mínimo el riesgo de hipoglucemia y precisamente el avance en la insulina terapia va en ese sentido. Hay un estudio que es el único que ha demostrado en 1400 diabéticos tipo I que efectivamente un control intensificado de la glicemia prevenía la aparición de las complicaciones pero que triplicaba el riesgo de hipoglucemia severa y eso ha llevado al desarrollo de insulinas nuevas, análogos de insulinas o formas de administración de insulinas que son más seguras y que provocan menos hipoglucemias; pero eso necesita mucha educación para el paciente y para los médicos, etc.

AC. MIQUEL. Me uno a las felicitaciones a la Dra. Gloria López por su brillante conferencia. Durante mucho tiempo nosotros creímos que el 50% de los infartos al miocardio no tenían factores de riesgo; resulta que el año pasado apareció un estudio muy interesante y creo que es único en su género, porque se hizo un estudio suplementario en 52 países del mundo sin saltarse ningún continente. Se estudiaron 15.000 infartados y 15.000 controles y se encontró que tenían factores de riesgo en un 97% las mujeres y 93% los hombres; y eran los factores de riesgos habituales o tradicionales. En primer lugar, juntos prácticamente el colesterol y el cigarrillo, en seguida la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad abdominal, el sedentarismo al cual hacía mención el Dr. Casanegra y que acá en Chile llega al 90% según encuesta nacional de salud. La otra cosa muy interesante, es que ellos

concluyen, que el 80% de los infartos son prevenibles, quitando esos factores de riesgos y que si se agregaba una estatina prácticamente el 90% de los infartos eran prevenibles. Este estudio fue dirigido por un destacado cardiólogo canadiense, el Dr. Yussuf.

AC. ARMAS. Gracias Dra. López por su presentación. El Dr. Casanegra decía que estas enfermedades crónicas se van haciendo cada vez más frecuentes porque es mayor la edad que vive la gente, lo que es evidente, pero hay otra realidad y es la pesquisa o circunstancias fortuitas, como por ejemplo "exámenes hechos por solicitud a un préstamo hipotecario", el paciente dice: "para qué me va a hacer una glicemia solamente, hágame todos los exámenes de una vez", y se crea ahí una tremenda inequidad social: es mucho más pesquisado el rico que el pobre. El 70% de la población y que es usuaria del sistema estatal de salud, le cuesta mucho que le hagan masivamente los exámenes. Entonces la oportunidad de salud es muy distinta. No sé qué importancia tenga del punto de vista de la calidad de vida o calidad de envejecimiento entre los más ricos y los más pobres, lo que sí es claro es que si el Ministerio de Salud, el FONASA, le hiciera a toda la gente que es beneficiaria de él, exámenes masivos, probablemente quebraría el sistema. Otro aspecto que quería mencionar es que el 64% de las diabetes están mal controladas y seguramente con la hipertensión pasa lo mismo. La calidad de los controles en el sistema estatal de salud es muy mala. La diabetes hoy día está en el AUGE y el AUGE debe atenderse básicamente en la atención primaria; los pacientes que yo recibo de atención primaria con diabetes son muchos y llegan con diabetes muy mal manejadas y con los lípidos muy mal manejados, ahí hay una cuota de responsabilidad del sistema de salud. Cuando se implantó el AUGE las Sociedades Médicas advirtieron al Dr. Sandoval, al Presidente Lagos, al Ministro de Salud que la gente que tenía la atención primaria y que iba a ser la responsable de la atención del AUGE no estaba debidamente preparada. El argumento que se nos dio fue que la persona que egresaba de la Escuela de Medicina estaba preparada y eso no es cierto. Entonces la diabetes del rico, es completamente distinta a la del pobre; la hipertensión del rico es completamente diferente a la del pobre, y la inequidad no es sólo de dinero, es de la calidad de la persona que está atendiendo a su enfermo.

AC. FARGA. Muy bonita la conferencia. Quisiera preguntar en qué estado está el proyecto del conflicto de la llamada super-píldora. Hace unos dos años en el British Medical Journal apareció una editorial extraordinaria; el editor dijo: esta publicación es la más importante del siglo y va a tener una influencia en todo el mundo en un futuro próximo, por un trabajo en que pretendía demostrar que la asociación en una píldora de dos hipotensores, un diurético, aspirina y una atorvastatina, es decir 5 medicamentos en dosis bastantes bajas podía producir una dramática mejoría sin tener que seguir un cambio de vida tan drástico como el que se propone, sobre todo en población de alto riesgo, pero también lo proponían como que podía ser para todo el mundo. Por ejemplo, una persona al cumplir 40 años comenzaría a tomar una píldora diaria y con esto su vida cambiaría dramáti-

camente y había un análisis estadístico bastante interesante y científico que parecía que era muy posible. Se creó una controversia, aparecieron cartas al editor y en estas cartas se discutía más bien el riesgo-beneficio y el costo-beneficio; el riesgo-beneficio que cuando uno se toma una aspirina aunque sean 100 mg. diarios tiene ciertos riesgos de hemorragia digestiva, los hipotensores y sobre todo los diuréticos pueden tener algún problema en relación al potasio, etc. Había una serie de análisis muy hermosos y pasó varios meses en que había cartas a favor y en contra y de repente no apareció más la discusión en esa publicación y me he quedado con la interrogante de que pasó con esta superpíldora.

AC. LÓPEZ (RELATORA). No he visto esas publicaciones, pero la tendencia es claramente a asociar fármacos en una misma tableta y muchas empresas farmacéuticas lo presentan subrepticamente, como que es una droga nueva, donde mezclan un hipotensor con hipolipemiente o insulinosensibilizador con hipotensor, en dosis más bajas que las dosis útiles habituales. El principio no está mal porque como el trastorno es multifactorial, probablemente el manejo multifactorial sea lo lógico. A los médicos en general, creo no nos gusta que nos entreguen algo mezclado ya, nos gusta mezclar una cosa u otra con criterios distintos, más dosis de esto que de lo otro, pero en la práctica, por ejemplo, los estudios de adhesividad al tratamiento, demuestran que si una persona tiene que tomar 4 tabletas diarias, en general toma el 40% de las veces las 4 tabletas diarias y el resto del tiempo toma 1 ó dos o tres, y hay gente que cree que cada 8 horas es dos veces al día. De manera que es muy difícil emitir un juicio categórico, la ventaja que teóricamente esto también tendría es que se usan dosis más bajas de cada uno, entonces los efectos tóxicos y adversos podrían ser minimizados alcanzando un efecto global mejor. Pero no ha habido muchos avances en ese sentido, si la asociación de dos o tres medicamentos ya está disponible en muchos campos.

AC. UAUY. Creo que la Dra. López nos ha mostrado algunas de las limitaciones de la medicina terapéutica moderna y sobre todo este paso entre eficacia versus la efectividad, que es lo que pasa en el mundo real, tanto en lo que se entrega como cuánto las personas adhieren a lo que entregamos. Si uno mira estos datos a la luz de la epidemia, esto en Chile no es sólo algunos casos; la Encuesta Nacional de Salud muestra que el 40% a 60% de los chilenos adultos entre 15 y 65 años están afectados por 3, 4 ó 5 de estos factores de riesgos, de modo tal que es de esto de lo que se están muriendo los chilenos, ajustados por la edad las tasas de mortalidad han ido disminuyendo levemente, pero como más gente llega a viejo, el número total de muertes ha subido notablemente por estas enfermedades. Esto no tiene solución por el camino que estamos siguiendo. Los países que han hecho algo al respecto, probablemente Finlandia es el mejor ejemplo, ha logrado reducir en 30 años a 85% la tasa de mortalidad cardiovascular. La solución para estas enfermedades requiere de cambios ambientales; en el fondo hemos estado viviendo los últimos 150 años un experimento no controlado, ahora están los resultados de la inactividad física y de los cambios en la dieta. La única manera de revertir esto es

cambiando conductas, en ese sentido creo que hay algunas acciones posibles; pero esto hay que verlo no a los 40 años ni a los 60 años, sino que a través de todo el ciclo de la vida. Esto es un nuevo enfoque que hoy tiene bases fisiológicas en el sentido de que los detonantes de los problemas al colesterol y de presión arterial se gestan no en la infancia, algunos se gestan “in útero”, de forma tal que los sistemas por los cuales se interviene y se actúa en lo preventivo tienen que partir muy temprano; vamos a seguir fracasando si ponemos el énfasis en el tratamiento, en las personas en riesgo ya afectadas y esto tiene que abarcar a toda la población.

Hoy día las opciones saludables son las más caras, tener una vida activa hoy día es caro, no hay espacios públicos. La educación nutricional a través del sistema escolar predica una cosa y se practica otra a la hora de servir los almuerzos escolares; los niños en la escuelas están recibiendo alimentos poco saludables, tienen a lo más dos horas de clase de gimnasia a la semana y por lo tanto hay que hacer cambios radicales, no solamente en la medicina, sino en la manera como vivimos, como comemos, si no esto no tiene solución. El costo de los medicamentos cuando uno dice es de rico o pobre, lo que no sólo es un problema de acceso a la medicina, cada una de estas nuevas píldoras azules para combatir la obesidad, la diabetes, la hipercolesterolemia valen entre US \$40 y US\$ 80 por persona por mes, lo cual no es sostenible para la mayoría de los chilenos. Por lo tanto vamos a seguir teniendo esta epidemia hasta que no se hagan cambios radicales en el ambiente y eso es lo que ha pasado en Noruega o Finlandia donde los beneficios ya se están observando.

AC. CASSORLA. Quería felicitar a la Dra. López, por introducirnos un poco en este esquema de pensar en puntos de corte y en niveles de riesgos que creo que se dan en una serie de patologías. En la patología de diabetes es particularmente preocupante por el impacto que tiene a nivel del paciente, el drama que le significa al paciente que le digan que 108 de glicemia hace 5 años era normal pero que 103 hoy día es anormal, entonces el paciente tiene justa razón para sentirse desorientado. Esta desorientación refleja un poquito la arbitrariedad con que se definen estos puntos de cortes, los que son reflejos de riesgos relativos más adelante, no son certeza ninguna, como la medicina tiende a darnos riesgos de un tipo o de otro, pero certeza absoluta en general no existe para prácticamente ninguna patología y para mí no sería nada de complicado pensar que este punto de corte, en cinco años más, este punto de corte de la glicemia baje de 100 a 95. Uno termina metiendo en un zapato chino a un porcentaje altísimo de la población que sigue, como dice el Dr. Uauy, mirando televisión todo el día, comiendo papas fritas y teniendo hábitos que son profundamente poco saludables, pero que sin embargo llega el momento de alarma en que una glicemia definida arbitrariamente en un laboratorio que también varía de uno a otro, está por encima del número mágico y acá me permito hacer una analogía, es casi como conducir un vehículo, es decir si uno va a 110 km/h lo más probable es que su posibilidad de accidentes sean superiores a si va a 100 km/h, por qué no vamos a 90 o por qué no nos quedamos en la casa y no

salimos ni siquiera a manejar. Es decir, creo que acá tiene que haber un equilibrio en la forma como nosotros, como comunidad científica y médica transmitimos a nuestros pacientes el significado que esto no es nada más que un problema de riesgo relativo y que el riesgo relativo se reduce con una serie de maniobras, no sólo con tener una glicemia bajo determinado punto de corte sino que también con tener una vida como se ha dicho más activa y con la alimentación más saludable. Creo que ese enfoque es muy importante y no angustiar al paciente con un número que hace 5 años atrás era normal, creo que de ahí nace un poco nuestra responsabilidad, tenemos que mirar esto en un contexto global de intervención en donde el número es un elemento más y que sólo es un elemento que nos ayuda a definir riesgo relativo, y el riesgo relativo definitivamente puede bajar otro poco si es que uno baja un poquito el punto de corte y con ese criterio podemos terminar todos con glicemias de 80, angustiados, cuando en realidad empieza cada vez más a ser menor el riesgo relativo. Creo que eso es muy importante transmitirlo al paciente porque la angustia genera parálisis tanto en el médico como en el paciente.

AC. LÓPEZ (RELATORA). En nuestra medicina actual se dan los dos extremos: la gente que se alarma con 102 de glicemia y vive angustiado, tengo una paciente que me llama dos veces a la semana porque empezó a hacerse auto-monitoreo y me dice: doctora, tuve 125 y después del almuerzo, y cómo puede ser si comí poco; ese es un caso. Hay otras personas que efectivamente tienen una diabetes franca y que tiene una apatía inicial y que dice: pero doctora, si estoy bien. Se dan los extremos, en el enfoque del paciente, todos decimos que es individual, pero también hay un contexto de personalidad que se da en cada situación. Llega un ingeniero a verme, yo sé que me va a pedir los riesgos médicos y va a decir, si tengo 100 de glicemia qué significa, o si tengo 95 y cuántos controles al día, y otro paciente no me va a pedir nada. Lo que me intriga y a la vez me preocupa es que estamos trabajando con riesgo y el riesgo no es la enfermedad, es la probabilidad de que tenga algo la persona, y pienso que mientras más factores se sumen, el riesgo de ese trastorno único va aumentando; si la persona tiene 105 de glicemia, pero es normo-tenso, lípidos normales y hace ejercicios, qué importa que tenga 105 de glicemia. Se está viendo cada vez personas que han tenido durante años glicemias de 120 y no tienen nada. Mientras más estudiemos la situación, más factores van apareciendo que son difíciles de manejar porque no los conocemos exactamente. Pero claramente estamos en un momento de crisis y creo que el Dr. Uauy tiene más poder que nosotros para hacer algo, para que nosotros cambiemos y queramos cambiar. Acabo de hablar con un Sr. que está trabajando en China y me dijo: el modelo americano que estamos reproduciendo es exactamente igual en China y todos los chinos quieren tener automóviles y todos los chinos quieren no caminar; realmente, ¿es inherente al ser humano querer tener ese tipo de vida?, ¿es la comodidad lo que los mueve? Hay muchos factores que tenemos que analizar y quizás juntarnos con la gente que tiene los recursos técnicos y la preparación como para que podamos influir favorablemente en esto.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Como fui aludido gentilmente por la Dra. López comentaré que los conceptos de normalidad y salud son de aquellos difíciles de definir. Cuando escribí el capítulo que se llama "Normalidad, Salud y Enfermedad" en el libro al que la Dra. López aludió, revisé la literatura y en la definición de normalidad agregué un elemento de reflexión. Es obvio que lo que prima en el concepto de normalidad es el criterio estadístico y eso se aplica en la estatura, en el peso, en la temperatura, etc. Pero la reflexión mía es que para decir que una persona es normal no sólo se tienen en cuenta criterios estadísticos. Uno como médico cuando examina a alguien para concluir que es normal o no, está pensando en un esquema ideal de la estructura física, de la fisiología del organismo, etc. Cuando examino a un enfermo y encuentro que tiene un soplo, concluyo que es anormal porque yo sé por la anatomía y fisiología que las válvulas tienen que cerrar bien para que el corazón cumpla su función adecuadamente, y que al cerrar bien no se producen soplos. O sea, no empleo sólo un criterio estadístico. Un ejemplo extremo sería el caso de una comunidad en que la inmensa mayoría de la gente tiene caries dentales; no vamos a decir que tener caries es lo normal por el hecho que esta condición sea la más frecuente cuantitativamente. Entonces, además del estadístico, otros criterios entran en la definición de la normalidad. Respecto a salud, siempre me ha parecido que la definición que hizo la Organización Mundial de la Salud en la década del 40: "el completo bienestar físico, psicológico y social", es utópica. De acuerdo a esta definición nadie estaría sano porque nadie goza de «completo» bienestar. Creo que un individuo es normal en la medida que se levanta todos los días y puede ir a su trabajo con cierto agrado, sintiéndose razonablemente libre de molestias, sin sufrimiento, sin angustias, sin conflictos con los demás; esa llamaría yo una persona normal. Agregué a la definición la expresión: "en ausencia de tratamiento medicamentoso», pensando precisamente en enfermedades como a la que la Dra. López se dedica; me parece claro que si una persona está recibiendo insulina, aunque se sienta bien, está enferma: tiene una enfermedad que está oculta por los medicamentos que está tomando.

Dra. López, le reitero nuestras felicitaciones por su conferencia tan ilustrativa, tan clara y amena como usted la presentó. Muchas gracias.

¿ES POSIBLE LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2?¹

DR. MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS A.
Académico de Número

La diabetes mellitus, particularmente la tipo 2 (DM2) constituye un problema de salud pública en todo el mundo por su alta y progresiva prevalencia. Se considera que para el año 2025 se habrá duplicado el número de diabéticos, alcanzando a cifras de 300.000.000 de individuos, y que este crecimiento será a expensas de los países en desarrollo. Esta verdadera explosión epidemiológica de una enfermedad crónica de alto costo por su elevada morbi-mortalidad, ha movido a múltiples investigadores a buscar la posibilidad de la prevención primaria de la DM 2, enfocada en grupos de alto riesgo de la enfermedad.

Está ampliamente aceptado que en la patogénesis de la DM2 existe un doble defecto: insulino-resistencia (IR) y alteraciones de la secreción de insulina, ambos genéticamente determinados. Sobre ellos co-actúan factores ambientales, tales como obesidad androide, sedentarismo, etc.

La DM2 es una enfermedad de lenta progresión, cuyo diagnóstico está precedido por un período de intolerancia a la glucosa (IG) con hiperinsulinemia compensatoria de duración variable, pero siempre presente. La diabetes se manifiesta cuando se produce la caída de secreción insulínica por la incapacidad beta celular de mantener la hiperfunción.

Nuestro grupo demostró en sujetos obesos aparentemente sanos, comparado con individuos de peso normal, IG en el 33% de los casos. Todos los obesos eran hiperinsulinémicos y los obesos-IG tenían niveles de insulina significativamente más altos que aquellos con tolerancia a la glucosa normal y que el grupo control (1).

En el estado pre-diabético –situación intermedia entre la normalidad y la DM2- existe intolerancia a la glucosa de ayunas (IGA) (glicemia 100/125 mg/dl) y/o intolerancia a la glucosa post carga de glucosa a las 2 horas (IGP) (glicemia 140/199 mg/dl), ambos estados con elevada IR, marcador de riesgo de DM2. La insulino-

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 2 de noviembre de 2005.

resistencia se inicia 10-20 años antes del diagnóstico de diabetes y se mantiene durante toda la evolución de la enfermedad, mientras la secreción de insulina disminuye progresiva e inexorablemente.

En los últimos años, múltiples investigaciones en diversos grupos étnicos han estudiado el grado de IR en los estados de IGA/IGP con resultados disímiles. El grupo de San Antonio (2), en sujetos no diabéticos con factores de riesgo de DM2, encontró que los individuos IGP eran más IR, identificándolos como de mayor riesgo cardiovascular. Resultados exactamente opuestos informa Hanefeld en una población alemana (3). Un trabajo realizado en China indica igual grado de IR en los IGA/IGP (4). Los hallazgos discordantes señalados podrían deberse a los distintos métodos empleados para determinar la IR, o bien a reales variaciones étnicas.

La pesquisa de IGA/IGP con glicemias de ayunas o de preferencia prueba de tolerancia a la glucosa (mayor sensibilidad), permite intervenciones para prevenir o retardar la aparición de DM2. Estas acciones son de la mayor importancia si se considera la alta tasa de conversión anual de IG a DM2, que va de 1,5% -la más baja, en Bedford, UK- a 7% en grupos méjico-americanos en Colorado, EE.UU. (5). Nuestro grupo, en un estudio de seguimiento a 15 años, demostró una conversión de 2% anual (6).

La prevención primaria de DM2 se ha realizado en sujetos intolerantes a la glucosa –generalmente IGP- mediante intervenciones no farmacológicas –reducción de peso y cambios de estilo de vida–, medidas que disminuyen la IR, y con tratamientos farmacológicos que provocan igual efecto.

ESTUDIOS CON CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

Uno de los primeros trabajos observacionales con medidas no farmacológicas fue el realizado en la ciudad de Malmo, Suecia, en 217 hombres con IGP seguidos durante 6 años, observándose un 63% de reducción de riesgo relativo de desarrollar DM2 (7). La crítica a esta investigación es que los sujetos no fueron asignados en forma aleatoria.

Más recientemente se han publicado varios estudios randomizados, que demuestran –al igual que el anterior- que la intervención temprana en individuos intolerantes a la glucosa interfiere en el desarrollo de DM2. Entre estos destacamos el Finish Diabetes Prevention Study (DPS) (8) y el Diabetes Prevention Program (DPP) (9). El primero reclutó en forma aleatoria 522 IGP observados durante tres años, demostrándose en el grupo tratado con cambios de estilo de vida –ejercicio programado y régimen individualizado– una reducción de 58% en la incidencia de DM2 comparado con el grupo control.

El DPP, la investigación con mayor casuística (n=3234), realizada en IGP, con un seguimiento de 2,8 años, se efectuó en tres brazos: grupo control, programa intensificado de cambios de estilo de vida y una cohorte tratada con metformina. La incidencia de DM2 disminuyó en 58% con medidas no farmacológicas y 31% con el uso de metformina. Se debe enfatizar que ambos trabajos muestran coincidentemente una reducción del 58% de incidencia de DM2 con cambios de estilo de vida, intervención que disminuye la IR y previene el daño betacelular.

En un país en desarrollo, China, el estudio Da Qing también mostró un sustancial efecto preventivo de DM2 con dieta, ejercicio o la combinación de ambos (10).

ESTUDIOS CON INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

Si bien los fármacos hipoglicemiantes orales fueron introducidos para el tratamiento de la DM2, desde el inicio se intentó su empleo en sujetos con “diabetes química” para frenar o revertir su desarrollo. Los primeros trabajos fueron hechos con baja casuística y/o metodología inadecuada, lo que no permitió obtener resultados confiables.

En los años 2000 se han publicado investigaciones con fármacos insulino-sensibilizadores (metformina y tiazolidinedionas) de conocido efecto reductor de la IR y con un inhibidor de la absorción de monosacáridos (acarbose), que al ser empleados en IGP lograron disminuir la incidencia de DM2. Además, se han utilizado otras drogas sin efectos hipoglicemiantes, pero de acción sobre la IR.

El ya citado DPP (9) obtuvo con metformina un 31% de reducción del riesgo de desarrollar diabetes, cifra significativamente inferior al 58% logrado con cambios de estilo de vida. Debe destacarse que este último grupo fue intensamente monitoreado por expertos profesionales focalizados individualmente. Lamentablemente no hubo otro brazo que recibiera ambas terapias.

Con el empleo de una droga insulino-sensibilizadora, el estudio TRIPOD (11) registró un 56% de menor incidencia de DM2, en un seguimiento de 30 meses en mujeres tratadas con troglitazona que habían presentado una diabetes gestacional previa (estado de IR), en comparación con el grupo control que recibió placebo. La troglitazona fue posteriormente eliminada de la farmacopea por hepatotoxicidad.

Recientemente Durbin (12), en una observación de 3 años, informa el efecto de la rosiglitazona y pioglitazona en sujetos IR con IGA e IGP, demostrando una reducción de riesgo de conversión a DM2 de 88,9%, para ambas drogas. Esta es la cifra más alta publicada en la literatura.

El trabajo Xendos (13), en 350 individuos obesos intolerantes a la glucosa, observados durante 4 años, demostró que el xenical (fármaco inhibidor de la lipasa gastrointestinal) junto a cambios de estilo de vida, disminuyó en 37,3% la incidencia de DM2, comparado con placebo.

Tasas más bajas de prevención de DM2 (25%) mostró el estudio STOP – NIDD, aleatorio doble ciego con acarbosa, en 1.429 sujetos IGP seguidos durante 3,3 años (14). Por los efectos secundarios digestivos de la acarbosa, el 30% de los individuos abandonó el protocolo.

Un número de otros agentes puede potencialmente prevenir la DM2. El análisis de estudios dirigidos a la prevención de la enfermedad cardiovascular, sugiere que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y las estatinas pueden reducir el riesgo de DM2.

El HOPE (Heart Outcomes Protection Evaluation) demostró que el uso de ramipril disminuyó el riesgo de DM2 en 34% comparado con placebo (15). Otros IECA –captopril, enalapril– han exhibido resultados similares. El WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study) que usó pravastatina redujo en 30% la incidencia de DM2 (16).

Actualmente se están desarrollando varias investigaciones con el empleo de distintas drogas junto a medidas no farmacológicas. Entre ellas se cuentan el DREAM (ramipril asociado a rosiglitazona) y el NAVIGATOR (nateglinida y valsartan), cuyos resultados se conocerán en los próximos años.

De lo anotado se desprende la importancia de realizar pesquisas en sujetos de alto riesgo de desarrollar DM2 –mayores de 40 años, obesos, sedentarios– con el objeto de prevenir o enlentecer la enfermedad en los individuos normoglicémicos insulinoresistentes y con mayor razón en los IGA/IGP, con cambios de estilo de vida y en ciertos casos con el uso de fármacos. Las investigaciones prueban inequívocamente la eficacia de las medidas no farmacológicas en grupos focalizados; lo difícil es su generalización a la población.

En síntesis, la prevención primaria de DM2 es posible sólo parcialmente, tal vez, entre otros, por la incapacidad del ser humano de realizar y mantener cambios de estilo de vida en forma permanente, que normalicen la sensibilidad a la insulina y preserven la función de la célula beta. Es factible tener éxito en casos individuales muy monitoreados. Para tener impacto en salud pública se requiere de campañas nacionales y programas de prevención de DM2 centralizados en la atención primaria de salud. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz F., Durruty P., López G., García de los Ríos M. Respuesta insulínica plasmática a una sobrecarga de glucosa oral en individuos obesos y de peso aceptable. *Rev Med Chile* 1978; 106: 358-63.
2. Festa A., D'Agostino R., Hanley A.J., et al. Differences in insulin resistance in nondiabetic subjects with isolated impaired glucose tolerance or isolated impaired fasting glucose. *Diabetes* 2004; 53:1549-55.
3. Hanefeld M, Koehler C, Fuecker K, et al. Insulin secretion and insulin sensitivity pattern is different in isolated impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose: the risk factor in impaired glucose tolerance for atherosclerosis and diabetes study. *Diabetes Care* 2003; 26:868-74.
4. Li C.L., Tsai S.T., Chou P. Relative role of insulin resistance and beta-cell dysfunction in the progression to type 2 diabetes. The Kin Men Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 59:225-32.
5. Edelstein S.L., Knowler W.C., Bain R.P., et al. Predictors of progression from impaired glucose tolerance to NIDDM: an analysis of six prospective studies. *Diabetes* 1997; 46:701-10.
6. García H., Tapia J.C., Vicuña J., García de los Ríos M. Intolerancia a la glucosa y diabetes. *Rev Med Chile* 1980; 108:1125-9.
7. Erikson K.F., Lindgarde F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6 year Malmo feasibility study. *Diabetología* 1991; 34:891-8.
8. Tuomilehto J., Lindstrom J., Eriksson J.G., et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *NEJM* 2001; 344:1343-50.
9. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *NEJM* 2002; 346:393-403.
10. Pan X.R., Li G.W., Hu Y.H., et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997; 20:537-44.
11. Buchanan T., Xiang A.H., Peters R.K., et al. Preservation of pancreatic B-cell function and prevention of type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk Hispanic women. *Diabetes* 2002; 51:2796-2803.
12. Durbin R.J. Thiazolidinedione therapy in the prevention/delay of type 2 diabetes in patients with impaired glucose tolerance and insulin resistance. *Diabetes Obes Metab* 2004; 6:280-5.
13. Torgerson J.S., Hauptman J., Boldrin M.N., et al. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study. *Diabetes care* 2004; 27:155-61.

14. Chiasson J.L., Gomis J.R., Hanefeld M., et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomized trial. *Lancet* 2002; 359:2072-7.
15. Yusuf S., Gerstein B., Hoogwerf B, et al. For the HOPE study investigators. Ramipril and the development of diabetes. *JAMA* 2001; 286:1882-5.
16. Freeman D.J., Norrie J., Sattar N., et al. Pravastatin and the development of diabetes mellitus; evidence for a protective treatment effect in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 2001; 103:357-62.

COMENTARIOS

AC. VARGAS. Quisiera felicitar al Dr. García de los Ríos y comentar la gran separación que existe entre los ensayos clínicos y el progreso de la diabetes básica experimental, porque ninguno de estos estudios ha determinado la hormona de crecimiento y se sabe que esta es la gran hormona diabetógena, responsable de la resistencia insulínica y de la neuropatía. Investigadores en Estados Unidos demostraron que el ratón transgénico espontáneamente hace nefropatía si se inhibe la hormona de crecimiento. Si está con hiperglicemia y glicosilación, no se produce nefropatía, de manera que es potente la acción experimental. Sería muy interesante ver si en la especie humana ocurre algo semejante y para eso bastaría con hacer determinaciones relativamente continuadas de hormona de crecimiento, claro que lo que nos mostró el Dr. García de los Ríos es sumamente ingenioso, es una manera de avanzar; pero se progresaría mucho más si se determinara la hormona de crecimiento.

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS (RELATOR). Ustedes saben que joven es aquel que tiene mirada a futuro y proyectos, y no el que tiene edad, por eso he dicho que el Dr. Vargas es una persona eternamente joven. Dr. Vargas, usted tiene razón, lo que pasa es que los estudios epidemiológicos con gran casuística enfocan las cosas nada más que como epidemiología en salud pública. Usted está en lo cierto al decir que se podrían hacer trabajos muy focalizados con un número de casos más pequeños, en los cuales se hicieran estudios más completos y no sólo de hormona de crecimiento.

AC. UAUY. Muy buena la presentación del Dr. García de los Ríos; quizás vale la pena contrastarla con lo que escuchamos en la sesión pasada en la conferencia de la Dra. López, que mostró un cuadro relativamente negativo de lo que podíamos hacer con tratamientos farmacológicos en muchas de las enfermedades crónicas. En ese sentido la diabetes ha probado ser muy influida por los cambios en los estilos de vida. Quisiera referirme a dos aspectos: uno es el tema del peso, porque el índice de masa corporal (IMC) es una medida global de cuánta masa hay y obviamente a través de este índice vemos los extremos de adiposidad, pero vale la pena destacar en qué lugar está la grasa y en ese sentido el IMC es un pésimo indicador de dónde

se encuentra. La cintura es sin duda mucho más fiel en predecir el riesgo de síndrome metabólico en la enfermedad diabética. En las curvas que nos mostró el Dr. García de los Ríos, si uno le pone cintura en cada nivel de IMC, ésta juega un rol más importante que el IMC, aun sobre un IMC de 30. Entonces esto explica por qué una baja de peso de sólo 5% puede tener una incidencia muy importante, ya que la grasa abdominal, especialmente la intravisceral, puede ser no más de un 15% a 20% de la grasa total; pero si uno reduce eso en forma selectiva, es decir baja la circunferencia de la cintura, tiene mayor beneficio. De ahí entonces esta combinación de una baja de peso moderada y una disminución de cintura es lo ideal. Es decir, asociar la dieta con ejercicio tiene gran potencia, porque se consigue bajar la cintura. Es una medida muy práctica y que vale la pena destacar.

El otro punto es la comparación, entre el estudio norteamericano y el de Finlandia, que si bien da la misma cifra de eficacia de cerca de un 60%, lo notable es que en este último país se hizo a una fracción del costo. Esto se logró a través de un sistema establecido de atención primaria, como el que tenemos en Chile. El caso del estudio americano costó US\$ 3.000 p/p por año: había un personal trainer, un equipo de nutricionistas, era muy completo y probablemente no aplicable, en salud pública en general.

El tercer punto, en el que juega un rol importante el Auge, es que la diabetes en Chile ha ido ascendiendo a pasos agigantados, el síndrome metabólico también; sin embargo, las medidas preventivas están simplemente olvidadas. Los gastos asociados son insolventables, ningún país del mundo puede absorberlos. Están quebrando las compañías de autos americanas no por producir vehículos que no se venden, sino porque los gastos en salud y los de previsión social simplemente los dejan fuera de mercado. Por lo tanto esta participación de la Academia dentro del AUGE, debe destacarse, y por otra parte recomendar al Ministerio de Salud, que tiene que ser de salud y no sólo de enfermedad.

AC. GLORIA LÓPEZ. Agradezco al Dr. García de los Ríos la claridad de su conferencia. En relación a lo pesimista que pude haber estado yo en la conferencia pasada, no es respecto a si es posible prevenir, sino a la vía práctica. En realidad la evidencia muestra que estos trabajos bien diseñados efectivamente pueden prevenir, pero que en la práctica incluso en Estados Unidos, el grado de control de la diabetes se ha deteriorado en vez de mejorar; quiere decir que lo difícil es que la gente cambie hábitos de vida. Probablemente tenemos que intervenir no sólo en salud misma, sino que en educación, antes de que la persona llegue a tener el riesgo de la enfermedad, cuando nace o antes de nacer; durante el embarazo de la madre es probablemente donde debemos actuar y no solamente cuando aparece el riesgo.

AC. VALDIVIESO. Muchas gracias Dr. García de los Ríos por su entretenida y pedagógica conferencia. Hay un fenómeno fisiopatológico que me gustaría que profundizaras un poco más y que se refiere a la conducta de la célula beta. Una vez establecida la diabetes tipo 2, tú mostraste que la célula va produciendo cada vez

menos insulina y en el período de prediabetes produce más, o por lo menos es lo que habitualmente se ve. ¿Qué sucede con la célula?, ¿por qué sigue esa curva?, ¿qué es lo que fisiopatológicamente determina esta curva?, ¿si existe un fenómeno de agotamiento, cómo se podría prevenir? Esa es una pregunta.

Lo otro que quería preguntar, las drogas llamadas hipoglicemiantes orales, ¿qué influencia tienen positiva o negativa sobre este fenómeno?

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS (RELATOR). Contestando a la pregunta del Dr. Valdivieso, se ha demostrado que en la evolución de la diabetes 2 se va produciendo un fenómeno de apoptosis de las células beta debido a la gluco y lipotoxicidad que provoca la diabetes crónicamente descompensada. Es posible y hasta ahora no conozco ningún trabajo en que se hayan tomado diabéticos tipo 2 que desde el diagnóstico tuvieran glicemias y hemoglobinas glicosiladas siempre normales, con lo cual no habría gluco-lipotoxicidad. Incluso en el UPKDS si tú ves la hemoglobina glicosilada el primer año todas están bajo 7%, pero a los 5 años estaban en 8%. La naturaleza humana no es capaz de tener adhesión 100% al tratamiento.

Sobre la segunda pregunta yo he tenido las más fuertes dudas respecto de si los fármacos insulino-secretoreos (sulfonilureas) están sobreestimulando a la célula beta y que al emplearlos inicialmente quizás resultan ser paradójicamente negativos. Lo ideal sería usar sólo insulino-sensibilizadores para mejorar la resistencia insulínica, pero no sobreestimar la célula beta.

Respecto de lo que dijo el Dr. Uauy, tiene toda la razón, y lo cité muy al pasar cuando hablé de la obesidad principalmente visceral. Los estudios los han hecho con IMC y no con circunferencia de cintura, que lógicamente es más adecuada. El problema es que no hay prevención en Chile. El AUGE es una herramienta política, yo fui coordinador del AUGE 2 y ahí me di cuenta que cuando empezamos a trabajar, los que estábamos como "expertos" y que habíamos sido recomendados por nuestras Sociedades, hicimos múltiples aportes técnicos, pero muchos aspectos del protocolo ya estaban definidos previamente por el Ministerio, por razones de costos. Otro aspecto para mí fundamental es que los diabéticos tipo 2 en tratamiento insulínico serán atendidos en el nivel primario, porque no hay especialistas suficientes en el nivel 2° o 3°; sin embargo, los médicos de atención primaria no están capacitados para manejar la insulino terapia.

AC. VARGAS. Me interesa mucho el título de esta conferencia, si acaso será posible la prevención de las diabetes tipo 2, yo creo que sí. He tenido un enfermo que es muy particular porque es mi yerno y vive en Estados Unidos; yo creía que en ese país la medicina era maravillosa, estuve un tiempo allá y me mostró los exámenes. A través de lo que he visto en la experimentación, los 100 mg de glicemia considerados normales es algo muy especial, porque se produce la glicosilación a esos niveles. No actúa la hormona del crecimiento como corresponde, etc., entonces le pro-

puse hacer una tolerancia a la glucosa. Para poder conseguirlo tomó seis meses porque en la zona de Estados Unidos donde él estaba no había diabetólogo. Se hizo la prueba y salió típicamente diabética y se comenzó a tratar; ahí el diagnóstico fue ultra-rápido, él ya lleva 6 años y se hizo un examen de fondo de ojo el que fue normal. Aprendió después de mucho el sistema de autocontrol, y le aconsejé que anduviera con chocolates en el bolsillo, costó dos años para que lo hiciera, hasta que un día tuvo una hipoglucemia y ahí recién entendió. La diabetes es una enfermedad muy difícil de llevar, porque requiere una educación, pero tengo la impresión que en el largo plazo esto va a ser posible. Por investigaciones que he hecho he visto que las sulfonilureas son capaces de inhibir levemente la hormona de crecimiento. Claro que no he estudiado las distintas sulfonilureas, pero la glipizida me dio muy buenos resultados, sea inyectándola intraventricular directamente en los centros que tienen una notable influencia sobre la hormona de crecimiento o dándola por vía oral.

Ac. Goic (Presidente). Dr. García de los Ríos lo felicitamos y agradecemos su conferencia que fue muy completa, clara, precisa y que revela el gran dominio que usted tiene sobre la diabetes mellitus en todos sus aspectos. Además, demuestra su capacidad de estudio que le permiten estar al día en las publicaciones relacionadas con el tema. Gracias.

“¿A DÓNDE NOS HA LLEVADO EL ENIGMA DE LA COLESTASIS GRAVÍDICA?”¹

DR. HUMBERTO REYES B.
Académico de Número

La colestasis gravídica (CG) se caracteriza por prurito que aparece durante el embarazo avanzado (tercer trimestre), junto con una elevación leve o moderada de los ácidos biliares y las aminotransferasas séricas, en ausencia de dolor abdominal y de antecedentes clínicos, signos físicos o del laboratorio que pudieran corresponder a otra enfermedad hepática, aguda o crónica, o a algún otro trastorno no hepático. Aproximadamente una de cada ocho pacientes presenta, además, una hiperbilirrubinemia leve y la ictericia clínica es excepcional. El prurito aparece generalmente en las palmas y las plantas, pero frecuentemente se extiende a otras zonas del cuerpo, persiste por el resto del embarazo y desaparece minutos a horas post-parto, o en los primeros días del puerperio. Las anomalías del laboratorio también declinan rápidamente *post partum* y recuperan la normalidad en menos de un mes. En las pacientes con ictericia y en aquellas en que el prurito tuvo un comienzo precoz durante su embarazo (segundo trimestre) se puede detectar una esteatorrea subclínica y puede alterarse el estado nutricional materno. En la mayoría de las pacientes el diagnóstico de CG puede hacerse con una razonable seguridad durante el embarazo y se verá reforzado cuando se compruebe la recuperación total –clínica y del laboratorio- después del parto (1-6).

En multíparas, la CG puede aparecer en cualquier embarazo y recurre en 40-70% de sus embarazos subsiguientes. La intensidad del prurito, su fecha de comienzo durante el embarazo y la magnitud de las alteraciones en las pruebas del laboratorio hepático varían de modo impredecible en embarazos consecutivos de multíparas con enfermedad recurrente. La CG se presenta con mayor frecuencia en embarazos gemelares o múltiples que en los embarazos simples o únicos (2).

En la mayoría de los países la prevalencia de la CG es muy baja, oscilando de 1 en 1.000 a 1 en 10.000 partos, excepto en Suecia, en otros países escandinavos y

¹ Conferencia presentada en Sesión Ordinaria de fecha 7 de diciembre de 2005.

en Chile, donde la prevalencia de esta enfermedad es 10 a 100 veces mayor. En Suecia y en Chile, la prevalencia de la CG ha disminuido en las últimas décadas. La incidencia de casos es mayor en invierno que en verano (2).

Se desconoce una causa única para esta enfermedad. Su patogenia parece relacionada con anormalidades en el metabolismo y la eliminación de las hormonas sexuales y de los ácidos biliares, determinadas por la interacción entre una predisposición genética y factores del ambiente (2,5-7). La síntesis de ácidos biliares aparece disminuida en pacientes con CG y se retienen en la sangre ácidos biliares primarios conjugados. En contraste con los embarazos normales, el ácido cólico se convierte en el ácido biliar predominante en la sangre y orina –en lugar del ácido quenodeoxicólico- y aumentan la hidroxilación y sulfatación de los ácidos biliares, mientras que su conjugación con glucuronidos no se modifica. La cantidad total de estrógenos y de progesterona en la sangre y orina de pacientes con CG es similar a la de embarazadas normales, por lo cual la investigación se ha centrado en la búsqueda de metabolitos anormales. La síntesis de progesterona no está modificada pero los perfiles de metabolitos de la progesterona en el plasma y la orina difieren de los embarazos normales, con una mayor proporción de metabolitos mono y disulfatados, principalmente sus isómeros 3á, 5á, mientras los metabolitos glucuronizados no se modifican (8,9). Esto nos permitió proponer que las pacientes con CG tienen un defecto selectivo en la secreción de metabolitos sulfatados en la bilis, causado posiblemente por un polimorfismo genético de los transportadores canaliculares para esteroides sulfatados, o su regulación (9).

En mujeres con antecedentes de CG se han identificado recientemente ciertos defectos en el gene MDR3, que codifica el transporte de fosfolípidos a través de la membrana canalicular hacia la bilis (5,6). Sin embargo, dichas mujeres constituyen una mínima proporción de las pacientes con CG y en algunas de ellas el diagnóstico de CG es dudoso, haciendo válida la pregunta: *¿Está todo el misterio en nuestros genes?*

Hay observaciones que apoyan un rol para el selenio dietario como factor ambiental que podría modular la variabilidad epidemiológica, estacional y clínica de la CG: en Finlandia y en Chile la concentración sanguínea de selenio fue significativamente menor en pacientes con CG que en sus controles y cambios en los niveles plasmáticos de selenio han coincidido con cambios en la prevalencia de la CG y con su variabilidad estacional (10).

Datos de nuestro grupo, aún no publicados, documentan una alteración en la permeabilidad de la barrera mucosa intestinal en algunas pacientes con CG. Esto, sumado a la observación previa de una esteatorrea subclínica en pacientes con CG (11), podría influir en la circulación enterohepática de endotoxina bacteriana y otros compuestos colestásicos, incluyendo a metabolitos de los ácidos biliares y las hormonas sexuales.

*El pronóstico materno no se modifica por la CG y el seguimiento a largo plazo de estas pacientes muestra normalidad en las pruebas sanguíneas habituales de función hepática (2-6). Contrastando con ello, la consecuencia principal de esta enfermedad reside en el pronóstico del feto y del recién nacido (12-22). Las pacientes con CG tienen mayor riesgo de partos prematuros que las embarazadas normales, principalmente las pacientes con una CG de comienzo precoz (antes de la semana 33 del embarazo), las que desarrollan hiperbilirrubinemia y las que tienen una infección urinaria coexistente. Antes de 1970, la mortalidad perinatal bordeaba 10% pero esta tasa ha disminuido por una mayor vigilancia obstétrica. Las muertes fetales *in utero* ocurren con una frecuencia más alta que en la población general de embarazadas. La mayoría de los niños nacidos de madres con CG tienen una relación peso/talla acorde con la edad gestacional y su desarrollo posterior es normal. La incidencia y severidad de la "ictericia fisiológica del recién nacido" se relaciona únicamente con su eventual premadurez. La lactancia materna no está contraindicada después de un embarazo con CG.*

El control obstétrico durante las últimas semanas del embarazo puede detectar signos de sufrimiento fetal. En tal caso, tan pronto se consigue la madurez pulmonar del feto debería inducirse el parto o practicar una cesárea. Con esta política, diseñada y adoptada en la mayoría de los centros obstétricos que vivieron la experiencia de la enfermedad durante las décadas de 1950 a 1970, la mortalidad perinatal ha disminuido notoriamente. Sin embargo, los recién nacidos todavía tienen los riesgos que corresponden a una eventual premadurez y, por lo tanto, es importante mejorar el ambiente anormal de la unidad feto-placentaria y permitir a los niños que alcancen una madurez total antes del parto.

El ácido ursodeoxicólico (AUDC) es el único fármaco que se ha mostrado consistentemente eficaz cuando se le administra a pacientes con CG (23-25). Dado por vía oral, en una dosis diaria de 15-20 mg por kg de peso corporal, la mayoría de las pacientes experimentan una clara atenuación del prurito después de 7-10 días, las pruebas hepáticas séricas mejoran, los niveles sanguíneos maternos de ácidos biliares disminuyen y la relación entre los ácidos quenodeoxicólico y cólico tiende a normalizarse (9). Simultáneamente disminuyen la concentración de metabolitos sulfatados de la progesterona en la sangre y su excreción en la orina (8,9). Se ha observado una mejoría en el transporte transplacentario de ácidos biliares pero los niveles aumentados de ácidos biliares en el meconio no se han modificado después de la administración de AUDC (26,27). No se han detectado efectos adversos en las madres ni en sus niños. Hemos comunicado recientemente la experiencia acumulada por nuestro grupo en doce años, con la administración de AUDC a 33 pacientes, iniciada entre las semanas 25 y 35 de embarazo y prolongada hasta el parto, observando que 60,6% de ellas tuvieron partos de término (25). Esta proporción de partos de término se compara favorablemente con la de 28,6% de partos de término que tuvieron 14 controles históricos ($p < 0,01$). Todos los niños en nuestra serie han tenido crecimiento y desarrollo normales durante los primeros 3 meses, observación que en algunos de ellos se ha extendido hasta 11 años.

En síntesis, la Colestasis Gravídica es una enfermedad enigmática, con anomalías complejas en el metabolismo de los ácidos biliares, estrógenos y progesterona, determinadas por una interacción entre una predisposición genética y algun(os) factor(es) ambiental(es). Sus principales consecuencias derivan de un mayor riesgo de partos prematuros, con aumento de la morbilidad y mortalidad perinatales. La administración de ácido ursodeoxicólico durante el tercer trimestre de embarazos afectados por CG parece ser una medida eficiente y segura, mejorando la enfermedad materna y también el pronóstico del embarazo. ■

AGRADECIMIENTOS: Durante casi 40 años de dedicación al tema expuesto, un gran número de co-investigadores y colaboradores han participado en muchos estudios resumidos en esta presentación y sus nombres están identificados en las Referencias. Nuestro trabajo ha sido apoyado y financiado por la Universidad de Chile y por CONICYT, en su programa FONDECYT.

REFERENCIAS

1. Svanborg A. A study of recurrent jaundice of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1954; 33:434-44.
2. Reyes H. Intrahepatic cholestasis. A puzzling disorder of pregnancy. *J Gastroenterol Hepatol* 1997; 12:211-6.
3. Bacq Y., Sapey T., Bréchet M.-C., Pierre F., Fignon A., Dubois F. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A French prospective study. *Hepatology* 1997; 26:358-64.
4. Bacq Y. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Liver Dis* 1999; 3:1-13.
5. Lammert F., Marschall H.-U., Glantz A., Matern S. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: molecular pathogenesis, diagnosis and management. *J Hepatol* 2000; 33:1012-21.
6. Riely C.A., Bacq Y. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Liver Dis* 2004; 8:167-76.
5. Vore M. Estrogen cholestasis. Membranes, metabolites, or receptors? *Gastroenterology* 1987; 93:643-9.
6. Reyes H., Simon F.R. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: An estrogen-related disease. *Semin Liver Dis* 1993; 13:289-301.
7. Leslie K.K., Reznikov L., Simon F.R., Fennessey P.V., Reyes H., Ribalta J. Estrogens in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:372-6.
8. Meng L.-J., Reyes H., Axelson M., Palma J., Hernández I., Ribalta J., Sjövall J. Progesterone metabolites and bile acids in serum of patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy: effect of ursodeoxycholic acid therapy. *Hepatology* 1997; 26:1573-9.

9. Reyes H., Sjövall J. Bile acids and progesterone metabolites in intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Ann Med* 2000; 32:94-106.
10. Reyes H., Báez M.E., González M.C., Hernández I., Palma J., Ribalta J., Sandoval L., Zapata R. Selenium, zinc and copper plasma levels in intrahepatic cholestasis of pregnancy, in normal pregnancies and in healthy individuals, in Chile. *J Hepatol* 2000; 32:542-9.
12. Roszkowski I., Pisarek-Miedzinska D. Jaundice in pregnancy. II. Clinical course of pregnancy and delivery and condition of neonate. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 101:500-3.
13. Laatikainen T., Ikonen E. Fetal prognosis in obstetric hepatitis. *Ann Chir Gynaecol Fenn* 1975; 64:155-64.
14. Reid R., Ivey K.J., Rencoret R.H., Storey B. Fetal complications of obstetric cholestasis. *BMJ* 1976; 1:870-2.
15. Ämmälä P., Kariniemi V. Short-term variability of fetal heart rate in cholestasis of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141:217-20.
16. Shaw D., Frohlich J., Wittman B.S., Willms M. A prospective study of 18 patients with cholestasis of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142:621-5.
17. Laatikainen T., Tulenheimo A. Maternal serum bile acid levels and fetal distress in cholestasis of pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1984; 22:91-4.
18. Berg B., Helm G., Petersohn L., Tryding N. Cholestasis of pregnancy. Clinical and laboratory studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65:107-13.
19. Fisk N.M., Storey G.N.B. Foetal outcome in obstetric cholestasis. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95:1137-43.
20. Rioseco A.J., Ivankovic M.B., Manzur A., Hamed F., Kato S.R., Parer J.T., et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A retrospective case-control study of perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:890-3.
21. Davies M.H., da Silva R.C., Jones S.R., Weaver J.B., Elias E. Fetal mortality associated with cholestasis of pregnancy and the potential benefit of therapy with ursodeoxycholic acid. *Gut* 1995; 37:580-3.
22. Heinonen S., Kirkinen P. Pregnancy outcome with intrahepatic cholestasis. *Obstet Gynecol* 1999; 94:189-93.
23. Reyes H., Radrigán M.E., González M.C., Latorre R., Ribalta J., Segovia N., et al. Steatorrhea in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Gastroenterology* 1987; 93:584-90.
23. Palma J., Reyes H., Ribalta J., Iglesias J., González M.C., Hernández I., et al. Effects of ursodeoxycholic acid in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Hepatology* 1992; 15:1043-7.
24. Palma J., Reyes H., Ribalta J., Hernández I., Sandoval L., Almuna R., Liepins J., Lira F., Sedano M., Silva O., Tohá D., Silva J.J. Ursodeoxycholic acid in the

- treatment of cholestasis of pregnancy: A randomized, double-blind study controlled with placebo. *J Hepatol* 1997; 27:1022-8.
25. Brites D., Rodrigues C.M.P., Oliveira N., Cardoso M.C., Graça L.M. Correction of maternal serum bile acid profile during ursodeoxycholic acid therapy in cholestasis of pregnancy. *J Hepatol* 1998; 28:91-8.
26. Serrano M.A., Brites D., Larena M.G., Monte M.J., Bravo M.P., Oliveira N., et al. Beneficial effect of ursodeoxycholic acid on alterations induced by cholestasis of pregnancy in bile acid transport across the human placenta. *J Hepatol* 1998; 28:829-39.
27. Rodrigues C.M.P., Marín J.J.G., Brites D. Bile acid patterns in meconium are influenced by cholestasis of pregnancy and not altered by ursodeoxycholic acid treatment. *Gut* 1999; 45:446-52.
28. Zapata R., Sandoval L., Palma J., Hernández I., Ribalta J., Reyes H., Sedano M., Tohá D., Silva J.J. Ursodeoxycholic acid in the treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy. A 12-year experience. *Liver International* 2005; 25:548-54.

COMENTARIOS

AC. HERRERA. El Dr Humberto Reyes es un experto reconocido en colestasis gravídica y ha dedicado parte de su vida a investigar esta patología. Esta afección en sus orígenes y patogenia continúa siendo un misterio. No hay duda de sus relaciones genéticas que necesitan de variados factores para expresarse. En Chile la mayor frecuencia se identifica en la raza mapuche, como en los chiquitanios en la zona de Santa Cruz en Bolivia o en tribus del sur de California; antropológicamente, sin embargo, debemos señalar el origen probablemente común de las grandes emigraciones de pueblos asiáticos mongoles que a través del estrecho de Bering llegaron en oleadas al continente americano. En esto es bueno recordar que muchos siglos después, el gran navegante danés Vitus Bering por ordenes del zar Pedro el Grande demoró 9 años en recorrer de San Petersburgo a Alaska atravesando Rusia, Siberia y las islas Aleutianas por el estrecho que ahora lleve su nombre. Curiosamente la colestasis es desconocida en asiáticos mongoles y es común en pueblos escandinavos, tan diferentes a lo menos físicamente a nuestros araucanos.

La frecuencia de la colestasis gravídica ha descendido en el último tiempo como lo afirma el Dr. Reyes, variando de cifras de 8 a 14% a 0,8% en la actualidad, motivado quizás por cambios en hábitos alimenticios. ¡Otro misterio a resolver! Las colestasias ictericas, que son las de mayor riesgo para el feto, pudiendo provocar sufrimiento y muerte del feto *in útero* son felizmente el 10%; las demás son anictéricas. Un hecho interesante avalado por trabajos científicos del Dr. Germain en la Universidad Católica, donde participó la Dra. Gloria Valdés, en la interrelación entre

el incremento del ácido cólico en estas patologías y el aumento de la sensibilidad de los receptores de ocitocina en el músculo uterino, a través del m RNA mensajero. Esto pudieron probarlo in vivo e in vitro con trozos miometriales de biopsias obtenidas en operaciones cesáreas. Esto es trascendente particularmente si se pretende inducir partos por la hipercontractibilidad uterina que conlleva y sus consecuencias indeseables. Se usa habitualmente en estas pacientes de riesgo el test de Manning o perfil biofísico fetal monitorizados para un adecuado seguimiento. En cuanto al tratamiento de los intensos pruritos, la experiencia en nuestro servicio con ácido Ursodeoxicólico no ha sido exitosa. Usamos el tradicional talco mentolado y la sedación en algunos casos con Diazepan. Producido el parto todas las molestias pasan y no quedan secuelas. Esta afección continúa abierta a múltiples interrogantes.

AC. CASSORLA. Desde el punto de vista del endocrinólogo, estoy intrigado con el posible efecto del estrógeno sobre esto. Una pregunta: ¿estudios de seguimientos de mujeres que han tenido esta patología que después llegan a posible etapa de reemplazo hormonal más adelante, ha habido un seguimiento de función hepática, cuidada porque el prurito puede ser un marcador un poco grueso y estas mujeres cuando ya tienen una edad distinta en términos de estudios de función hepática sobre todo tratando de contrastar administración de estrógenos por diferentes vías que podría tener un efecto hepático distinto, para tratar de entender, si es que habría una sensibilidad especial a estrógeno no sólo durante el embarazo sino que en otra etapa de la vida?

AC. REYES (RELATOR). El uso de estrógeno en pacientes con antecedentes de colestasis gravídica fue muy discutido y muy temido hasta hace unos 10 a 15 años, sobre todo en la relación con ictericia y prurito durante el uso de contraceptivos hormonales, que se presentaba con mucha mayor frecuencia en las mujeres que habían tenido colestasis gravídica que en el resto de la población; pero eso cambió en los últimos 20 años, coincidiendo con varias cosas: uno, la disminución de prevalencia de la enfermedad en nuestro país, pero el factor más importante yo creo que ha sido el cambio en la composición y dosis que traen actualmente los preparados hormonales, ha sido enorme; las dosis que se usan ahora son 100 o más veces menores que las que se usaban antes, hoy es mucho más suave, su efecto sobre el hígado de estas mujeres. La verdad es que haciendo las pruebas hepáticas comunes, no se evidencia en ellas ninguna alteración significativa.

AC. GARCÍA DE LOS RÍOS. Felicitaciones por su brillante exposición, Dr. Reyes. Sorprendido, probablemente por la ignorancia sobre el tema, el hecho que haya ido disminuyendo la incidencia en forma tan espectacular, eso hace pensar que aquí están actuando factores ambientales que se han modificado, en circunstancias que del grupo familiar estudiado da la impresión que la herencia sería del tipo autosómico dominante y si eso fuera así, entiendo aún menos cómo ha ido disminuyendo tanto la incidencia.

AC. REYES (RELATOR). La única forma es imaginarse que esta es una herencia polifactorial, que no hay un solo gen mutado en todas por igual sino que puede haber anormalidades genéticas variadas y que todas condicionan en distintos grados de predisposición a la enfermedad; estas son elucubraciones teóricas. El ejemplo de las familias está ahí a la vista pero son pocas; insisto, la mayoría de las pacientes no tienen antecedentes familiares y tienen hermanas gestantes, madres gestantes, etc.

AC. VALDIVIESO. Me sumo a las felicitaciones al Dr. Reyes, más que a la calidad de su presentación lo que yo quiero felicitar es la tremenda persistencia de Humberto y de su grupo para encarar un enigma en que muchos otros habrían tirado la toalla y especialmente la forma como él y su grupo han buscado distintas alternativas patogénicas a lo largo de toda esta historia que él contó y que aparentemente no están vinculadas unas con otras. Lo que eché de menos en tu presentación fue el factor genético en otros países latinoamericanos. Hago este comentario porque es posible que en otros países los factores ambientales a que se refería Manuel García de los Ríos y que pueden haber cambiado en nuestro medio, tal vez no hayan cambiado tanto, por eso quería preguntar si tienes alguna información adicional de lo que está pasando en Sudamérica respecto de esta enfermedad.

AC. REYES (RELATOR). Muy poca, no se han hecho estudios epidemiológicos importantes en ningún otro país latinoamericano a pesar de que en todos reconocen tener la enfermedad, pero de una prevalencia baja, por lo tanto no les motiva hacer estudios. El único estudio que se hizo en la década del 80 fue cuando fuimos a La Paz en Bolivia, estimulados un poco porque cuando hicimos la investigación en Arica, encontramos que un grupo de la población de Arica que tenía ancestro étnico Aimara evidente, tenía la enfermedad y parecía ser un poquito más frecuente en ella que en el resto de la población chilena. Acuérdense que de la población chilena que vive en Arica sólo 20% son ariqueños ancestrales, el otro 80% son de Angol, Puerto Montt, etc. o sus padres lo fueron, esa población es la misma que hay en Santiago, Valdivia, Panguipulli, etc., pero las aimaras de allá tenían un poquito más. Entonces, la única forma de ampliar esto era irse donde hay Aimaras y ahí estudiamos población en La Paz, la población caucásica de La Paz la comparamos con población de origen étnico Quechua y de origen étnico Aimara. Encontramos que en realidad el grupo étnico Aimara tenía una prevalencia más alta que el resto de la población boliviana y ahí sí que había diferencias de tipo ambiental y de dieta con nosotros y entre ellas.

AC. UAUY. Me sumo a los reconocimientos para la presentación del Dr. Reyes. Quisiera plantear una interrogante en cuanto al enfoque de cómo investigar, porque cuando uno está tratando de aislar cada variable muchas veces no va a encontrar la respuesta porque es la interacción de muchas variables, tal como se ha planteado que esto puede ser también poligénico y dentro de los factores ambientales también puede ser multifactorial, y más aun, todavía para hacerlo más comple-

jo, hay interacciones entre genes y factores ambientales de forma tal que quizás esto se expresa cuando hay una mezcla de una susceptibilidad genética, bajo selenio y alguna alteración de ácido graso; todo esto lo hace mucho más complejo y exige que uno esté abordando en los mismos pacientes los diferentes modelos de causalidad, viéndolo como multifactorial. Dentro de lo genético hoy día, no más de un 1% o 2% de las afecciones genéticas realmente son monogénicas, mendelianas. Hoy día la genética está definitivamente por el lado de lo poligénico y por interacciones muy ricas con el ambiente, así que la separación entre lo ambiental y lo genético, es cada vez más compleja. Más aún cuando hay factores ambientales que definen en forma temprana la vida, qué genes se van a expresar y qué genes van a quedar apagados y qué nivel de expresión van a tener. Por ejemplo estamos haciendo una intervención con ácido fólico en este país, el ácido fólico define la metilación del DNA y eso está dejando junto con salvar los efectos metabólicos de un patrón de expresión génica que todavía no sabemos qué consecuencias va a tener. De todas maneras creo que junto con la persistencia de esto, el ir acotando diferentes mecanismos patogénicos en forma multidisciplinaria, es la única manera de cómo vamos a responder esta interrogante; y decir que hoy día es quizás una de las herramientas más interesantes en lo que se ha llamado los estudios de randomización mendeliana; es decir, de alguna forma uno puede hacer hoy día un estudio de todos los polimorfismos que presenta un grupo que tenga un fenotipo determinado, como en este caso los signos bioquímicos de la colestasis y que hay ictericia, ve entonces el patrón del polimorfismo como dos grupos, si es que no hay un factor genético, deberían estar todos repartidos 50 y 50 y de esa manera uno puede ver genes que específicamente están no repartidos 50 y 50 y por ahí seguir la pista. Hoy día este es el primer paso que uno debiera seguir para estudiar el componente genético de cualquier enfermedad, no dice la intensidad del efecto. En el caso del ácido fólico claramente se descubrió que los defectos del tubo neural estaban vinculados a la enzima metil-fólico-reductasa. Pero solamente después de estudiar dosis-respuestas de ácido fólico uno puede ver qué porcentaje de la población va a estar explicada por esa mutación. Obviamente para hacer este tipo de análisis hay que juntar habitualmente un par de miles de casos y controles para poder llegar a dilucidar el componente genético.

AC. MARTA VELASCO. Dr. Reyes: quiero felicitarlo por su presentación, pienso que ha sido excelente. Quisiera preguntar qué información tiene sobre una cosa que es de observación clínica y es que hay tantas mujeres que han hecho reemplazo hormonal y sin embargo la colestasis por reemplazo hormonal ha sido extremadamente rara, mucho más rara que lo que fue en su momento el uso de los anticonceptivos en las mujeres que tenían antecedentes. Quisiera saber si tú pudieras decir algo al respecto.

AC. REYES (RELATOR). Esta es sólo una observación epidemiológica porque no hay estudios metabólicos en humanos sobre esto y que en realidad con la terapia de reemplazo actual y en el caso de los anticonceptivos actuales tipo hormonal, la

aparición de daño hepático en estas personas es realmente excepcional, bajísima, tal como era antes, impredecible, no se puede saber a quién le va a ocurrir y no tiene relación con las molestias que las pacientes relatan al comienzo de la terapia, atribuible a esa terapia, como bochornos, mareos, cefaleas, etc; no tienen ninguna relación. Pueden ser personas que no han tenido ninguna molestia y les aparece el problema. Como en todos los casos de hepatotoxicidad, se sigue la regla general de las hepatotoxicidades; a quienes les va a dar, les da en las primeras semanas o meses, es lo mismo que el uso de las estatinas, después de 6 meses ya no hay que estar haciendo más creatinfosfotinasas ni transaminasas, etc.

AC. GLORIA LÓPEZ. Quería hacer un comentario: que aparentemente todas las colestasis han ido disminuyendo, no solamente la gravídica, porque las colestasis por drogas, que eran relativamente frecuentes, como por ejemplo sulfanilurea, en este momento prácticamente no se ven, están todavía apareciendo en la lista de efectos adversos del uso de la sulfanilurea. Vi una cuando llegué a la Unidad de Diabetes del San Juan de Dios y todas las publicaciones dicen que han ido desapareciendo de la experiencia médica, de manera que hay algo, como lo ambiental del selenio o de alguna otra cosa que ha hecho que esta determinada falencia no aparezca en este momento.

AC. CRUZ-COKE. Quisiera preguntar al Dr. Reyes: hasta ahora no se ha mencionado nada a qué esta caída puede deberse, a que también han caído las enfermedades infecciosas: ¿no puede haber algún microorganismo que esté metido ahí como un virus o un microbio? No he escuchado en la información que ha dado el Dr. Reyes algo que excluya la posibilidad de la existencia de un microorganismo que está disminuyendo, con la caída de las enfermedades infecciosas en el mundo a fines del siglo XX y que puede explicar entonces que la enfermedad haya bajado?

AC. REYES (RELATOR). Muy atinente su pregunta, Dr. Cruz-Coke. En realidad ese es un misterio que quisiéramos poder investigar no sólo nosotros sino que en todas partes. Evidentemente que uno de los cambios que se tiene que haber producido en años en que delante de nosotros la enfermedad ha disminuido. Pueden estar los cambios en la composición de la flora bacteriana intestinal, porque nuestra flora bacteriana tiene sobre 400.000 cepas distintas. Los métodos que se pueden usar para estudiarlas son extraordinariamente complejos, de modo que hay muy pocas posibilidades de hacer estudios de ese tipo a menos de que haya una sospecha definida de algo e investigar eso específico, si no el costo de la investigación es inabordable por ninguna entidad, ni siquiera las internacionales.

Esa fue una de las razones que nos impulsó a nosotros a hacer estos estudios sobre permeabilidad intestinal porque en el fondo lo que queremos ver es si al haber un aumento en la permeabilidad intestinal, en las personas que tienen colestasis gravídica esté entrando a la sangre portal endotoxinas bacterianas. La endotoxina no importa de dónde venga, es el mismo compuesto químico; puede venir de cual-

quier bacteria que la produzca, el hecho de tener endotoxemia sería un parámetro de que ingresaron desde el intestino. La otra forma de verlo sería que cuando las endotoxinas entran al organismo estimulan a determinadas células del sistema retículo endotelial, en el hígado y en otras partes, a liberar compuestos como las citoquinas, necrosis del factor tumoral alfa, distintas citoquinas pro inflamatorias que salen a la circulación y ellas tienen capacidad colestásica en el hígado demostrada. Pero el problema está en que investigando en sangre periférica venosa de seres humanos, señoras embarazadas, es bien poco lo que podemos hacer activo para investigar bien ya que no podemos estar tomando muestras de tejidos ni sangre portal.

En sangre periférica los niveles de estos compuestos son bajísimos y las variaciones que se encuentran son nimias. Dónde habría que medirlo es en la vena porta, esa sería la única importante y no se puede.

AC. HERRERA. A diferencia del climaterio, la embarazada es un organismo inundado de hormonas esteroidales de origen placentario, desde luego el ascenso permanente de las curvas de estrógenos y progesterona.

AC. VARGAS. Quisiera preguntar si se ha considerado la hipótesis de si estas personas son capaces de producir una sustancia tóxica, como hay otros ejemplos, y poder decir "esta sustancia es la responsable de lo que está sucediendo", pero si no se busca por ese lado es difícil encontrar la solución.

AC. REYES (RELATOR). No se ha identificado ninguna. Se han buscado muchas para ver varios metabolitos que en animales de experimentación se sabe que son colestásicos, producen daño hepático. Esos metabolitos se han medido en la sangre y en la orina de pacientes con colestasis gravídica y se han comparado con los de controles adecuados de embarazos normales y no se ha encontrado ninguna.

AC. GÜNTHER. Felicito al Dr. Reyes por este trabajo polifacético y sumamente complejo, casi un mosaico de problemas médicos. Me llamó la atención que en Suecia hubiese tanto interés por el tema y me recuerdo que los lapones forman ahí una entidad genéticamente distinta de los suecos. Qué pasa en Estados Unidos?, ¿Qué pasa en China?, ¿qué pasa en Rusia con la misma enfermedad?, porque obviamente que hay un factor genético predominante, y es interesante saber que hay entre Estocolmo y Laponia en relación con esta misma enfermedad.

AC. REYES (RELATOR). En Suecia la población que se estudió y se está estudiando en la actualidad, todavía es solamente la población del Sur de Suecia donde no hay lapones. En Laponia son muy pocos los lapones que van quedando y en los lapones no se ve la enfermedad, se ve muy excepcionalmente. Ese es otro grupo étnico, como usted lo dijo. En el resto de Europa se reconoció en todas partes y hasta hace unos 20 años, constituía una rareza y nadie se interesaba por la enfermedad. Hoy todos los trabajos que salen publicados sobre esta enfermedad son de Europa, apa-

recen series que realmente en Chile uno no se imagina cómo. Un estudio que acaba de salir publicado en una prestigiosa revista de especialidad viene de Suecia y este estudio demoró 4 años, tiene una serie de 40 pacientes asignadas al grupo experimental y 40 pacientes en el grupo control, 80 en total; uno sabe que al estudio deben haber ingresado por lo menos un 15% más porque alguna pérdida se produce en todos estos estudios, es decir, más de 100 pacientes reunidas en 4 años y aquí no juntamos 100 pacientes en todo Chile en 4 años que cumplan requisitos diagnósticos estrictos. Algo extraño pasa: allá está aumentando y aquí disminuyó, delante de nuestros ojos, usando los mismos criterios de diagnósticos, los mismos exámenes de laboratorio, aplicados por las mismas personas.

AC. GOIC (PRESIDENTE). En primer lugar quiero felicitar al Dr. Reyes por la calidad de su presentación, que refleja en buena medida su carácter ordenado y minucioso. Conozco muy de cerca los trabajos del Dr. Reyes porque hemos sido compañeros de trabajo en el hospital El Salvador durante varias décadas, así que conocí desde un comienzo su interés e inquietud por el estudio de esta enfermedad. Quisiera destacar dos cosas: ya ha sido mencionada aquí la perseverancia y además la forma ordenada y sistemática con que a través de los años el Dr. Reyes ha ido estudiando este tema. Lo segundo a destacar es que el Dr. Reyes no sólo se ha preocupado de los aspectos clínicos de esta enfermedad sino que él se ha incorporado a la investigación experimental. El Dr. Reyes es uno de los pocos ejemplos de médicos que, sin abandonar la clínica, practicando la clínica, han hecho una investigación seria, metódica e importante, de tal manera que en nombre de todos los Académicos y Académicas presentes le reitero nuestras felicitaciones, Dr. Reyes.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Vamos a pasar al segundo punto de la tabla que es la elección de candidatos de la Academia para el Premio Nacional de Medicina que se da cada dos años por lo que corresponde otorgarlo en abril del 2006. Voy a recordar el objetivo de este premio: *“El objetivo principal del Premio Nacional de Medicina será reconocer la obra de aquellos médicos que se hagan acreedores a esta distinción por su trayectoria de excelencia, creatividad y aporte relevante al desarrollo y prestigio de la medicina nacional. El premio deberá recaer en un médico que haya sobresalido entre sus pares en el área de la clínica o de la salud pública y que, además, haya tenido un rol destacado en la docencia universitaria, la administración académica o la investigación”*.

El procedimiento que vamos a seguir de acuerdo con las instrucciones del Comité que coordina este premio y que preside el Dr. Heerlein, es que vamos a elegir y proponer a tres personas de la Academia al jurado que tiene que discernir este premio. Se va a entregar un voto en el cual ustedes por favor anoten tres nombres de las personas que ustedes consideran reúnen las cualidades para obtener este premio, idealmente en orden de jerarquía de vuestra preferencia. El escrutinio lo realicen entre la Dra. Segovia y el Dr. Armas y nos den a conocer los tres nombres más mencionados de la votación.

Habiendo acuerdo de la asamblea en el procedimiento se reparten los votos a todos los presentes.

AC. ARMAS. El resultado de la votación fue la siguiente: se recibieron 19 nombres y los tres más votados son los Drs. Alejandro Goic, Rodolfo Armas y Manuel García de los Ríos.

AC. GOIC (PRESIDENTE). Por último quisiera hacer una consulta a la asamblea. ¿Habría disposición para hacer una eventual reunión en enero del 2006 para escuchar a la Subsecretaria de Salud Dra. Cecilia Villavicencio, que nos dé una explicación más detallada y más ordenada del plan AUGE? Esta reunión se haría el segundo miércoles de enero.

Se acuerda hacer la reunión a la que se citará oportunamente.

Están todos invitados al almuerzo de fin de actividades que ha programado la Academia.

DOCUMENTOS

REFUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE HISTORIA DE LA MEDICINA¹.

DR. ALEJANDRO GOIC G.

Desde el inicio de la educación médica formal en el país, en el siglo XIX, los médicos chilenos y otras personalidades han demostrado interés por los estudios sobre Historia de la Medicina. En general, fueron esfuerzos individuales aunque no por ello menos valiosos. En este ámbito, destacan el Dr. Miguel Semir con sus «*Apuntes para la historia de la enseñanza médica*», publicados en 1860; D. Benjamín Vicuña Mackenna y sus «*Médicos de antaño*», de 1877; Eduardo Salas Olano y su «*Historia de la Medicina en Chile*», de 1894; José Grossi y su «*Reseña del progreso médico en Chile*», de 1895. Clásicos son la «*Historia General de la Medicina en Chile*» de Pedro Lautaro Ferrer, aparecida en 1904, y los encantadores «*Recuerdos de la Escuela*» del Dr. Augusto Orrego Luco, publicados inicialmente en la *Revista Médica de Chile*, en 1922. En 1928, el Dr. Ricardo Benavente Garcés escribió una acabada historia sobre el «*El protomedicato en Chile*». (1)

En el campo educacional, en la primera mitad del siglo XX, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en diversas ocasiones, promovió la enseñanza de la historia de la Medicina y, temporalmente, fueron profesores de esta disciplina los Drs. Juan Bruner y Juan Marín. De igual modo, las Escuelas de Medicina de la Universidad Católica y de Concepción lo hicieron a través de los Profesores Bernardino Piñera y Cristóbal Martín, respectivamente.

Un hito importante en los esfuerzos para impulsar el cultivo de la disciplina fue la creación, en 1955, del *Museo de Medicina* (2) por el Dr. Enrique Laval Manrique, con el apoyo del entonces Director General del Servicio Nacional de Salud, Dr. Valenzuela Lavín, y que, en 1986, fue cedido en comodato a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Museo que hoy, con justicia, lleva el nombre de su ilustre creador.(3)

¹ Palabras pronunciadas por el Presidente de la Academia Chilena de Medicina en la Asamblea de refundación de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Santiago de Chile, 6 de mayo, 2005.

También, por la importancia que tuvo en su momento, debe destacarse la creación, en 1957, del «*Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina*» en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, durante el Decanato del Dr. Alejandro Garretón Silva, y que contó con el respaldo del Rector Juan Gómez Millas (1).

Sin embargo, el primer paso decisivo destinado a institucionalizar el cultivo de la disciplina, fue la creación de la *Sociedad Chilena de Historia de la Medicina*, en 1955, bajo el liderazgo del Dr. Enrique Laval Manrique, reconocidamente el historiador de la medicina más importante que ha tenido el país. (1) La Sociedad realizó una activa e importante labor durante muchos años y uno de sus aciertos fue la publicación de los *Anales Chilenos de Historia de la Medicina* (4), fundados en 1959, que se publicaron en forma continuada hasta los volúmenes XIV y XV. Pero, lamentablemente la vida societaria fue relativamente breve y, después del fallecimiento de su más distinguido representante e inspirador, en 1971, fue languideciendo paulatinamente hasta desvanecerse corporativamente.

Fue en estas circunstancias, que la Academia Chilena de Medicina, exigida por sus objetivos institucionales y bajo la Presidencia del eminente Dr. Amador Neghme Rodríguez, tomó en sus manos la responsabilidad de mantener vivo el estudio de la historia de la medicina. Así, la Academia, con la colaboración con las Facultades de Medicina, llevó a cabo en 1986 las *Primeras Jornadas de Historia de la Medicina Chilena* (5), organizadas por los Drs. Neghme y Pérez Olea. Desde entonces, las continuó realizando periódicamente (6-9), gracias al interés y comprensión de los sucesivos Presidentes de la Academia. Las últimas Jornadas, quintas de la serie, se realizaron en el año 2004, fueron organizadas por el Comité de Historia de la Medicina de la Academia, bajo la conducción de su Presidente, el Dr. Ricardo Cruz Coke Madrid.

Debo agregar que, en todo caso, es destacable y muy positivo que, en los últimos años, se haya consolidado la enseñanza de la Historia de la Medicina en las principales Escuelas de Medicina del país, incorporándola formalmente como asignatura del currículum médico, y se han formado unidades o centros que reúnen a los académicos interesados en este saber. Además, han visto la luz importantes obras sobre diversos aspectos de la historia de la medicina chilena y universal, como las publicadas por Cruz Coke, Roa, Larraín, Vargas, Cubillos, De Tezanos Pinto, Chuaqui, Uribe, entre varias otras (10-18).

Con todo, la Academia de Medicina ha estimado que la responsabilidad del estudio y desarrollo de esta disciplina debe volver a sus cauces naturales, es decir, de una sociedad disciplinaria que tenga una extensión y representatividad más amplia que la que puede proporcionarle la Academia de Medicina, dada su naturaleza y propósitos, que son distintos, aunque no contradictorios, de los de una Sociedad disciplinaria y especializada. En razón de ello, convocó a un grupo de médicos de reconocido interés en la Historia de la Medicina, con el fin de proponer-

les la refundación o, en términos estrictamente legales, la reactivación de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, iniciativa que tuvo una amplia acogida. En las reuniones de carácter preliminar, presididas por el Dr. Cruz Coke, participaron los Drs. Mordo Alvo Gateño, Eduardo Medina Cárdenas, Sergio Puente García, Lorenzo Cubillos Osorio, Carmen Noziglia, Nelson A. Vargas Catalán, Camilo Larraín Aguirre, Alejandro Goic Goic, Patricio Hevia Rivas, Bernardino Piñera Carvallo, Juan Verdaguer Tarradela.

La Asamblea General Extraordinaria de hoy representa la culminación del trabajo realizado por el grupo convocado y, en particular, de un Comité ejecutivo integrado por los Drs. Ricardo Cruz-Coke, Lorenzo Cubillos, Nelson Vargas, Patricio Hevia y Eduardo Medina, quienes han tenido la responsabilidad de organizar esta reunión y a quienes la Academia de Medicina agradece su interés y empeño. El Comité ha estudiado, además, una completa modificación de los Estatutos, adaptados a la realidad actual, que fuera preparada por el Dr. Cubillos y que deberá ser discutida oportunamente. Saludamos y agradecemos a todos los presentes, cuyo apreciable número y diversidad demuestra el interés por la Historia de la Medicina, lo que es muy estimulante y de suyo auspicioso para llevar a feliz término la tarea en que estamos empeñados.

Creo que esta reunión es muy significativa para la medicina chilena y, estoy cierto que, con la participación activa y entusiasmo de todos los presentes, podemos augurar a la *Sociedad Chilena de Historia de la Medicina* que hoy reactivamos, un futuro promisorio y productivo. Ciertamente, la Academia Chilena de Medicina, en conformidad a su propósito de fomentar el desarrollo y prestigio de la medicina en el país, mirará con sumo interés su desenvolvimiento y le seguirá brindando su mayor respaldo, en el marco de sus propósitos y objetivos institucionales. ■

REFERENCIAS

1. Boletín de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. 1. Fundación. 2. Estatutos. En: *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. 1959; vol. 1. *Talleres de la Sección Educación para la Salud: Santiago de Chile*. 1959.
2. Museo del Servicio Nacional de Salud. En: *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. 1959; vol. 1. *Talleres de la Sección Educación para la Salud: Santiago de Chile*. 1959.
3. Goic A. Recepción del Museo Histórico Dr. Enrique Laval. En: *Jornadas de Historia de la Medicina Dr. Amador Neghme*. Editorial Universitaria: Santiago de Chile. 1989.
4. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. 1959; vol. 1. *Talleres de la Sección Educación para la Salud: Santiago de Chile*. 1959.

5. Primeras Jornadas de Historia de la Medicina Chilena. *Academia de Medicina*. (A. Neghme, J. Pérez Olea, Eds.) Editorial Universitaria: Santiago de Chile. 1987.
6. «Jornadas de Historia de la Medicina Dr. Amador Neghme R.» Editorial Universitaria: Santiago de Chile. 1989.
7. Terceras Jornadas de Historia de la Medicina. *Academia Chilena de Medicina* (A. Roa, J. Pérez Olea, S. de Tezanos Pinto, Eds.) Editorial Universitaria: Santiago de Chile. 1993.
8. Cuartas Jornadas de Historia de la Medicina. *Academia Chilena de Medicina*. Lom Ediciones: Santiago de Chile. 1995.
9. Quintas Jornadas de Historia de la Medicina. *Academia Chilena de Medicina* (A. Goic, R. Cruz-Coke, Eds.). Lom Ediciones: Santiago de Chile. 2003.
10. Cruz Coke, R. Historia de la Medicina Chilena. Editorial Andrés Bello: Santiago de Chile. 1995.
11. Roa, A. Ensayos sobre la historia de la Medicina. LOM Ediciones: Santiago de Chile. 2001.
12. Vargas, N. Historia de la Pediatría Chilena: crónica de una alegría. Editorial Universitaria: Santiago de Chile. 2002.
13. Larraín C. La Sociedad Médica de Santiago y el Desarrollo histórico de la Medicina en Chile. Imprenta Salesianos: Santiago de Chile. 2002.
14. Cubillos L. Profesor Dr. Rodolfo Rencoret Donoso. Médico y cristiano ejemplar. Alfabetas Artes Gráficas: Santiago de Chile. 2002.
15. De Tezanos Pinto, S. Historia de la Medicina. Impresos Libra: Santiago de Chile. 2003.
16. De Tezanos Pinto, S. Historia de la Medicina. El concepto de enfermedad a través de la historia. Impresos Libra: Santiago de Chile. 2003.
17. Chuaqui C. Chuaqui B. Prefacio a De Humani Corporis Fabrica de Andrés Vesalio. Ediciones Universidad Católica: Santiago de Chile. 2003.
18. Uribe P. Biografía de un Hospital. Perfil Asistencial-Académico, Científico y Humano. Hospital del Salvador 1872-2002. Garcés y Goycolea Ltda.: Santiago de Chile. 2003.

OBITUARIO

DR. TULLIO PIZZI POZZI¹

DR. ALEJANDRO GOIC G.
Académico de Número

La Academia Chilena de Medicina concurre a este campo-santo para expresar su sentimiento de profundo pesar por el fallecimiento del Profesor Dr. Tulio Pizzi Pozzi, distinguido médico y académico y Miembro de Número de la Corporación. Desde su graduación como médico-cirujano en la Universidad de Chile en 1944, su vida profesional estuvo dedicada a las actividades universitarias donde alcanzó las más altas distinciones a que puede aspirar un académico. Después de perfeccionar sus conocimientos en Inmunología y Parasitología en la Universidad de Chicago, tempranamente en su carrera académica fue Profesor de Parasitología en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. Posteriormente, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile alcanzó la jerarquía de Profesor Extraordinario de Parasitología y Profesor de Patología General. Ocupó en ella altos cargos de administración académica, siendo Director del Departamento de Medicina Experimental, Presidente de la Comisión de Ética, Cultura e Historia, Director de la Escuela de Medicina y Secretario y, luego, Decano de la Facultad en 1976. Sus actividades de investigación se plasmaron en más de un centenar de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales y en un libro sobre Inmunología de la Enfermedad de Chagas y otros sobre ética médica. La Pontificia Universidad Católica lo distinguió como Miembro Académico y la Sociedad de Inmunología como Maestro de la Inmunología Chilena. La Academia de Medicina lo eligió Miembro de Número, en 1986, en razón de sus méritos académicos y su brillante trayectoria universitaria. En su Discurso de Incorporación se refirió a la «Biología del envejecimiento». Participó activamente en nuestra corporación, siendo por varios años Editor del Boletín anual y de otras publicaciones societarias.

Como alumno suyo en el Curso de Parasitología en el tercer año de la Carrera de Medicina, pude apreciar sus innatas cualidades docentes y su gran dedicación a los estudiantes, así como su corrección y modales amables. Ahí me enteré, además, de sus habilidades ajedrecísticas que lo llevaron a ser campeón nacional de esa especialidad. Años después, como colegas en la Universidad de Chile, fui testi-

¹ Palabras del Presidente de la Academia Chilena de Medicina con motivo del fallecimiento del Académico de Número Dr. Tulio Pizzi Pozzi, 16 de agosto de 2005.

go privilegiado de sus altos ideales universitarios y su gran compromiso con la Universidad a la que dedicó todas sus capacidades y talentos. Hoy lamentamos su ausencia pero nos queda el recuerdo de un gran universitario y una bella persona. Quiero transmitir a su familia, en nombre de la Academia de Medicina, nuestro más sentido pésame y expresar nuestra esperanza de que, de acuerdo a la fe que profesaba, Dios lo acoja en su seno y le otorgue la paz eterna.

MEMORIA ANUAL

INFORME ANUAL
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
AÑO 2005

DR. ALEJANDRO GOIC G.
Presidente

Durante el presente año académico la Corporación realizó 15 sesiones: 9 ordinarias, 3 extraordinarias, 4 públicas y solemnes.

Sesiones Ordinarias:

En las Sesiones Ordinarias expusieron los siguientes académicos en los temas que se indican: *“Tratamiento de las hiperlipidemias. ¿Qué sabemos en el año 2005?”* Dr. Benjamín Stockins, Miembro Correspondiente; *“Desarrollo Docente en la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. “El proyecto MECESUP 2001”* Dr. Vicente Valdivieso, Miembro de Número; *“Relación interpersonal y valores humanos. Proyección a la formación médica”*, Dr. Fernando Oyarzún, Miembro Correspondiente; *“Envejecimiento, deterioro y demencia”*. Dr. Sergio Peña y Lillo, Miembro Honorario; *“La catarata de Claude Monet”*. Dr. Juan Verdaguer, Miembro de Número; *“El dilema que plantean las enfermedades cuyo diagnóstico se basa en una cifra. Salud-enfermedad, un continuo”* Dra. Gloria López, Miembro de Número; *“¿Beneficia la pesquisa preventiva el curso de la diabetes mellitus tipo 2?”*. Dr. Manuel García de los Ríos, Miembro de Número y *“¿A dónde nos ha llevado el enigma de la colestasis gravídica?”*. Dr. Humberto Reyes, Miembro de Número.

Sesiones Extraordinarias:

En Sesiones Extraordinarias convocadas para tal efecto, fueron elegidos como Miembros de Número los Drs. Pablo Casanegra Prnjat y José Adolfo Rodríguez Portales, de destacada trayectoria profesional y académica.

Invitada por la Academia, la Dra. Cecilia Villavicencio, Subsecretaria de Salud, expuso en Sesión Extraordinaria sobre las “Garantías Explícitas en Salud” (AUGE).

Sesiones Públicas:

En las Sesiones Públicas y Solemnes se incorporaron como Miembros de Número de la Academia de Medicina los Drs. Gloria Valdés Stromilli, Pablo Casanegra Prnjat y José Adolfo Rodríguez Portales, Profesores Titulares de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El discurso de incorporación de la Dra. Valdés, especialista en hipertensión arterial, versó sobre *“Un largo viaje desde la hipertensión hacia el inicio de la vida”* y el discurso de recepción estuvo a cargo del Académico de Número Dr. Vicente Valdivieso Dávila. El Dr. Casanegra, especialista en cardiología, disertó sobre *“La medicina y los medios de comunicación”* y fue recibido por el Académico de Número Dr. Flavio Nervi Oddone. El Dr. Rodríguez, especialista en endocrinología, tituló su conferencia *“Del caso clínico al meta-análisis: cambios en la epistemología médica”* y fue recibido por la Académica de Número Dra. Gloria López Stewart.

Convocada por la Academia de Medicina se realizó una Asamblea General Extraordinaria de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina, cuyo objetivo fundamental fue su reactivación institucional. Fue elegido Presidente del Directorio Transitorio de dicha sociedad el Académico de Número Dr. Ricardo Cruz-Coke Madrid.

Actividades de extensión académica

Se llevo a cabo en la ciudad de Concepción la primera visita programada por la Academia para extender sus actividades a las Regiones del país, con un doble propósito: dar a conocer mejor la naturaleza y objetivos de nuestra Corporación a la comunidad médica y tener la posibilidad de informarse más de cerca de la realidad educacional y asistencial en el país. La Academia estuvo representada por su Presidente y los Académicos Drs. Rodolfo Armas y Otto Dörr. En la ocasión el Dr. Armas presentó el trabajo *“Salud y Pobreza en Chile”*, dirigido a médicos generales y salubristas. Previa una introducción del Presidente sobre la Academia de Medicina, el Dr. Dörr presentó la conferencia *“El Delirio como posibilidad humana”*, dirigida a docentes, becados, internos y alumnos del Departamento de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Hubo, además, una conversación informal entre los Académicos visitantes y docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Distinciones:

Fueron distinguidos por instituciones externas a la Academia: los Drs. Carmen Velasco Rayo y Raúl Etcheverry Baruchi como *Profesores Eméritos* de la Universidad de Chile; el Dr. Fernando Mönckeberg Barros con el *Premio Bicentenario 2005*,

otorgado por la Universidad de Chile, la Corporación Patrimonio Cultural de Chile, la Comisión Bicentenario y Minera Escondida; el Dr. Ricardo Uauy con el *Premio Abraham Horwitz al liderazgo en salud interamericana*, otorgado por la Organización Panamericana de la Salud; Monseñor Bernardino Piñera fue designado *Miembro Emérito* de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina; el Dr. Mordo Alvo recibió la distinción *Premio de la Sociedad Médica de Santiago* por su destacada trayectoria como médico internista y el Dr. Alejandro Goic el título de *Maestro de la Medicina Interna Chilena* otorgado por la Sociedad Médica de Santiago.

Premio Academia de Medicina 2005

El *Premio Academia de Medicina 2005*, distinción que se adjudica al médico que ha desarrollado una sostenida y destacada línea de investigación, fue otorgado al Académico de Número Dr. Manuel García de los Ríos Álvarez. El diploma que acredita este reconocimiento fue entregado por el Presidente de la Corporación en la Asamblea General de Socios del XXVI Congreso Chileno de Medicina Interna.

Premio Nacional de Medicina 2006

La asamblea de la Academia propuso como candidatos al Premio Nacional de Medicina 2006 a los Académicos de Números Drs. Alejandro Goic, Manuel García de los Ríos y Rodolfo Armas Merino.

Publicaciones de la Academia:

- Boletín de la Academia Chilena de Medicina 2004, N° XLI.
- El documento “*La actual formación de Médicos Especialistas en Chile*” del Comité de Educación Superior de la Academia Chilena de Medicina (Lom Ediciones) y el libro “*Errores en Medicina. ¿Es segura la atención sanitaria en Chile*” (Lom Ediciones).

Otras Actividades:

Académicos de la Corporación disertaron en los siguientes Congresos o Jornadas:

Dr. Alejandro Goic: *¿El fin de la medicina?*, Conferencia Inaugural del Seminario Futuro Laboral del Médico, organizado por la institución Médicos para Chile; el

Dr. Rodolfo Armas Merino: *"ASOCIMED y la Reforma de la Salud"* y el Dr. Alejandro Goic: *"La visión de la Academia Chilena de Medicina en los programas de postgrados"*, en el II Simposio Nacional sobre Escuelas de Medicina, Campos Clínicos y Certificación Médica", organizado por el Departamento de Formación y Acreditación Médica del Colegio Médico de Chile. La Académica Dra. Gloria Valdés fue distinguida con la Conferencia Sociedad Médica de Santiago que versó sobre *"El Paciente y el laboratorio de investigación básica: ¿dos realidades incompatibles?"* en el XXVII Congreso Chileno de Medicina Interna. El Dr. Alejandro Goic dictó la Conferencia de Apertura de la Celebración del XXXIV Aniversario de la Carrera de Medicina de la Universidad de la Frontera, que versó sobre *"El arte de la medicina y el humanismo médico"*, y la Conferencia: *El arte clínico y la relación médico paciente"*, en la Escuela de Medicina de la Universidad de la Santísima Concepción.

El Dr. Fernando Mönckeberg representó a la Academia de Medicina en la jornada: *"Estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital"*, organizada por el Ministerio de Salud; el Dr. Mario Herrera Moore representa a la Academia en el Consejo Consultivo Asesor del Ministro de Salud sobre Garantías Explícitas en Salud y; el Dr. Fernando Cassorla en el Grupo de Estudios en Biomedicina de la Academia Chilena de Ciencias.

Durante el año la Academia patrocinó 10 Congresos, Seminarios y / o cursos, solicitados por diversas Sociedades Científicas y Médicas.

Durante los meses de febrero y agosto fue expuesta en la ventana cultural del Metro Bellas Artes una gigantografía de la Corporación.

En el presente año la Corporación hizo una inversión destinada a remodelar y alhajar sus dependencias, a cargo de la empresa Empresa Aedo, Ebner, Muñoz Arquitectos.

Relaciones Internacionales:

Se ha mantenido comunicación permanente con la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM) y con el The InterAcademy Medical Panel (IAMP), institución que agrupa a las Academias de Medicina de distintos países del orbe.

La próxima reunión del Consejo Directivo de ALANAM con participación de la Academia Chilena de Medicina se llevará a efecto en Bogotá, Colombia, en febrero del 2006. El tema de la reunión será *"Educación Médica"*. La Academia presentará el trabajo *"Panorama actual de la educación médica en Chile"*, elaborado por los Drs. Goic y Armas.

Biblioteca Academia:

Se ha concentrado en los textos de estudio y revistas médicas de mayor circulación e importancia. La Biblioteca de la Academia cuenta a la fecha con cuatro bases de datos: colección de libros; colección de revistas; boletín de la Corporación y colección de fotos.

Obituario:

La Academia de Medicina ha debido lamentar la pérdida del Académico de Número Dr. Tulio Pizzi Pozzi, Profesor de Parasitología y Patología General de extensa y brillante trayectoria en las Universidades de Chile y Católica.

Agradecimientos

Deseo agradecer a las señoras y señores académicos que participaron en los Comités de Estudios de la Academia: de Educación Superior, de Historia y el Comité de Postulaciones. Extiendo mis agradecimientos al funcionario Sr. Jorge Gajardo, a la Sra. Bibliotecaria Elfriede Herbstaedt y, muy en particular, a la Secretaria Administrativa Cristina Blamey por su dedicación y eficiente desempeño. ■

ANEXO

Distinciones recibidas, publicaciones, actividades académicas y culturales de los Miembros de la Academia de Medicina

MORDO ALVO GATEÑO

Docencia

3er año de Medicina: "Prevalencia y patogenia de la hipertensión arterial"

4º Año: "Glomerulopatías"

Jornadas y Congresos

Conferencia: "Infecciones Nefrourológicas", en XIV Jornadas de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios.

Miembro de la Comisión de Premiación evaluando los trabajos presentados en las XIV Jornadas de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios.

Asistencia al Congreso de Medicina Interna. 25-28 octubre 2005.

Distinciones

"Distinción del Presidente al Internista Destacado", premio que otorga la Sociedad Médica de Santiago. 28 de octubre.

RODOLFO ARMAS MERINO

Publicaciones

Capítulos de libro: "Hemocromatosis" Wolff C. Armas R. en Hematología. Diagnóstico y Terapéutica. Editor Dr. Guido Osorio. 2005.

"Porfirias Hepáticas". Armas R. Wolff C. en Hematología. Diagnóstico y Terapéutica. Editor Dr. Guido Osorio. 2005.

Conferencias y participación en cursos, seminarios y jornadas

Jornadas de la Academia de Medicina en Concepción, junio 2005, presentación de la conferencia "Pobreza y Salud".

Curso Internacional de Insulino-Resistencia de la Sociedad Chilena de Endocrinología. y Metabolismo. agosto 2005. Presentación de la Conferencia "Resistencia a Insulina y Esteatohepatitis no Alcohólica".

Seminario Colegio Médico, octubre 2005. Conferencia "Las Sociedades Médicas y la reforma de salud".

Curso de educación continua de la Sociedad Médica de Santiago. octubre 2005. Conferencia "Avances en hepatología de interés para internistas".

Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Oficina Panamericana de la Salud (Casi). Noviembre 2005. Participación y Coordinación de Sesión.

Docencia

En pregrado dicta clases y participa en evaluaciones de pregrado. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

En postítulo realiza seminarios a médicos en programa de formación en medicina interna, participa en evaluación práctica a médicos en proceso de certificación de especialistas en medicina interna por Conacem y a médicos en proceso de certificación de especialistas en medicina interna en la escuela de postgrado. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

También participa como representante del decano en comisiones de evaluación teórica final de médicos en proceso de certificación de especialistas en medicina interna y de médicos en proceso de certificación de especialistas en gastroenterología. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Otras actividades académicas

Academia de Medicina del Instituto de Chile. Miembro de Número, Miembro de la Mesa Directiva (Tesorero), Presidente del Comité de Educación Superior, Representante permanente ante la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina.

Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS). Miembro de este Consejo, que es un Consejo Asesor del Ministro de Salud.

Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS). Miembro del Consejo de este Fondo en representación de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT).

Asociación de Sociedades Médicas de Chile (ASOCIMED). Miembro del Directorio (Presidente).

American College of Physicians, Miembro del Consejo Asesor del Gobernador.

Labor asistencial

Labor de médico clínico del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios realizando 8 Horas semanales de consulta externa de nivel terciario en la Unidad de Gastroenterología.

Miembro del Comité del Ministerio de Salud que selecciona los casos para ser tratados de infección con virus C de la Hepatitis.

PABLO CASANEGRA PRNJAT

Preside junto al Dr. Carlos Akel, Simposio de Clínica Mayo. Dr. Scott Wright, Dr. Jorge Alegría, en el XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 29 de noviembre, Pucón.

Se incorpora como Miembro de Número en la Academia de Medicina, 21 de julio.

Conferencia: Medicina y Medios de Comunicación. Academia de Medicina, 21 de julio.

Es nombrado Profesor Emérito por la Pontificia Universidad Católica de Chile, Salón de Honor, el 6 de mayo.

Asistencia al IV Curso Anual: Avances en Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Comisión de Graduados, Escuela de Medicina, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Pontificia Universidad Católica de Chile. 6-7 mayo.

FERNANDO CASSORLA GOBULOF*Trabajos Publicados*

Codner E., Mook-Kanamori D., Bazaes R.A., Unanue N., Sovino H., Ugarte F., Ávila A., Íñiguez G., and Cassorla F. Ovarian function during puberty in girls with type 1 diabetes mellitus: response to leuprolide. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90:3939-3945, 2005.

Sir Petermann T., Hitschfeld C., Maliqueo M., Codner E., Echiburú B., Recabarren S., and Cassorla F. Birth weight in offspring of PCOS mothers. *Human Reproduction*. 20:2122-2126, 2005.

Quigley C.A., Gill A.M., Crowe B.J., Roberts K., Chipman J.J., Rose S.R., Ross J.L., Cassorla F., Wolka A.M., Wit S.M., Rekers-Mombarg L.T.M., and Cutler G.B. Safety of growth hormone treatment in pediatric patients with idiopathic short stature. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90:5188-5196, 2005.

Rey R., Codner E., Íñiguez G., Bedecarrás P., Trigo R., Okuma C., Gottlieb S., Bergadá I., Campo S.M., and Cassorla F. Low risk of impaired testicular Sertoli and Leydig cell function in boys with isolated hypospadias. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 90:6035-6040, 2005.

Savage M.O., Cassorla F., Gluckman P., Grueters A., Raghupathy P., Silink M., Czernichow P., Chiarelli F., Rogol A., Crock P., Cowell C., Fujieda K., Arnhold I. Global Inequalities in Pediatric Endocrine Care: Statement of minimal acceptable care. *Hormone Research*. (in press).

Aros S., Mills J.L., Torres C., Henríquez C., Fuentes A., Capurro M.T., Mena M., Conley M., Cox C., Klebanoff M. and Cassorla F. Prospective identification of heavy drinking women during pregnancy: Substance use and misuse. (in press).

Presentaciones a Congresos

Codner E., Maliqueo M., Íñiguez G., Echiburú B., Hitschfeld C., Ávila A., Cassorla F., Sir-Petermann T. Elevated Anti-Mullerian hormone serum concentrations during childhood in daughters of women with polycystic ovary syndrome (PCOS). ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Aros S., Íñiguez G., Mericq V., Sir-Petermann T., Ávila A., Klebanoff M., Mills J., Cassorla F. IGF-II and Leptin levels in children exposed to alcohol in utero. ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Codner E., Rey R., Íñiguez G., Trigo R., Bedecarrás P., Okuma C., Campo S., Cassorla F. Reduced risk of impaired testicular tubular and interstitial function in boys with isolated hypospadias. ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Román R., Íñiguez G., Salazar T., Ávila A., Mericq V., Gunn R.D., Cassorla F. Relationship between IGF-I and insulin sensitivity in small for gestational age children (SGA). ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Sir-Petermann T., Codner E., Maliqueo M., Hitschfeld C., Echiburú B., Gacitúa R., Cuello X., Pérez P., Cassorla F. Gonadal function during early infancy in female infants of women with polycystic ovary syndrome. ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Íñiguez G., Gilbert M., López T., Eterovic P., Espinosa A., Jaimovic E., Cassorla F. Differences in intracellular calcium response to IGF-I in primary muscle cell culture from SGA and AGA children. ESPE/LWPES 7th Joint Meeting Paediatric Endocrinology. Lyon, Francia. September 2005.

Román R., Íñiguez G., Salazar T., Ávila A., Mericq V., Gunn R., Cassorla F. Relación entre la sensibilidad a la insulina y la sensibilidad a IGF-I en niños pequeños para la edad gestacional (PEG). XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Maliqueo M., Codner E., Echiburú B., Crisosto N., Gacitúa R., Cassorla F., Sir-Petermann T. Efecto de la insulino-resistencia (IR) durante el embarazo en la función gonadal postnatal en hijas de mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP). XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Soto N., Trejo L., Ávila A., Íñiguez G., López P., Cassorla F., Codner E. Síndrome de ovario poliquístico (SOP) y morfología ovárica de SOP (SOPM) en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) según criterios diagnósticos de Rotterdam. XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Mohr J., Pérez F., López P., Ávila A., Cassorla F., Soto N., Íñiguez G., Codner E. Relación entre el polimorfismo en el promotor del gen CYP 17 con el perfil hormonal en mujeres con diabetes tipo 1. XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Hernández M.I., Unanue N., Valencia C., Vildoso J.P., Cassorla F., Codner E. Edad de menarquia en niñas de colegios de nivel socioeconómico medio-bajo, alto y universitarias. XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Hernández M.I., Mook-Kanamori D., Bazaes R.A., Cassorla F., Codner E. Nuevo índice cintura-talla en niñas con y sin diabetes mellitus tipo 1 (DM1). XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón, Chile. Noviembre 2005.

Conferencias en Congresos.

Conferencista Invitado 4^o Congreso Colombiano Endocrinología Pediátrica, Santa Marta, Colombia, Marzo 2005.

Conferencista Invitado 16th Novo Nordisk Symposium in Growth Hormone, Viena, Austria, Abril 2005.

Moderador Simposio Plenario Global Inequalities in Simposio Plenario. Pediatric Endocrine Care in 7th World Joint Meeting in Pediatric Endocrinology, Lyon, Francia. Septiembre 2005.

Conferencista Invitado IV Reunión Latinoamericana de Endocrinología Pediátrica, Sevilla, España, septiembre 2005.

Conferencista Invitado VI Congreso Brasileiro de Endocrinología Pediátrica, Río de Janeiro, Brasil, octubre 2005.

Premios y Distinciones.

Premio Anual a la Excelencia Académica, Sociedad Chilena de Pediatría. (El espíritu del Premio es otorgar un reconocimiento a aquellos pediatras que, en el ejercicio de su profesión, hayan dedicado parte importante de su trabajo a la enseñanza e investigación en el campo de la pediatría).

RICARDO CRUZ-COKE MADRID

Congresos internacionales

IV Congreso Latinoamericano de médicos católicos, 29-30 de abril 2005- Los Dominicos, Santiago, Chile. Trabajo Clonación, genética y ética.

Segunda reunión intergubernamental de Bioética de UNESCO. 21-24 de junio de 2005, París. Revisión y adopción de texto de Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Consejero delegación de Chile.

Reunión anual del Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina (SIHM), 25 junio 2005, París, Biblioteca Facultad de Medicina (BIUM). Aprobación acuerdos próximos congresos como Vicepresidente de SIHM.

37 Reunión anual de Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC), 3-8 de noviembre 2005, Angra dos reis, Brasil. Debates sobre prematuridad.

Reunión anual de Oficina regional de educación de UNESCO, 23-24 de Noviembre

2005. Mineduc, Santiago, Chile. Día mundial de Filosofía de UNESCO. Celebrado con participación de delegaciones de cinco continentes, presididos por subdirector de UNESCO. Debates sobre futuro de UNESCO.

Congresos Nacionales

Reunión de la sección genética humana de la Sociedad de Genética de Chile, 13 de abril de 2005. Bios Chile, Santiago. Conferencia de Dra. Joan Knoll de Estados Unidos.

VI Jornadas de Historia de la Medicina. Organizadas por la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. 30 septiembre 2005, Facultad de Medicina. U.Chile, Santiago. Presidencia de la Reunión.

Publicaciones

Cruz-Coke, R. Recuerdos de mi vieja Facultad de Medicina 1943-1950. en Huella y Presencia Facultad de Medicina. Vol 7:29-44, 2005.

Cruz-Coke, R. La enseñanza de la medicina. En Estudios sobre Educación Superior en Chile. Anales Instituto de Chile. Estudios 2004; 97-108.

Cruz-Coke, R. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Rev. Med. Chile. 2005: 133; 1120-1122.

Cruz-Coke, R. Bibliografía. Libro Medicina de Ciencia y Conciencia, de Vargas, Chuaqui y Duarte, PUCo Rev med .-Chile 2005; 133; 1394-1395.

Conferencias

Presentación de la nueva Declaración de UNESCO sobre la Bioética y los Derechos Humanos. 23 agosto 2005, Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Presentación del Profesor Igor Saavedra a la Medalla Rector Juvenal Hernández. Salón de Honor, Universidad de Chile, 6 septiembre 2005

Distinciones

Electo Presidente de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Mayo 2005

Presidente de Comisión Electoral de Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile, Elecciones de mayo 2005.

Presidente de Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, agosto 2005.

DR. OTTO DÖRR ZEGERS

Conferencias en universidades chilenas:

“El delirio como posibilidad existencial”. Sesión inaugural del Curso Común de Psiquiatría. Escuela de Post Grado, Universidad de Chile. Santiago, 9 de mayo de 2005.

“El delirio como posibilidad humana”. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, 17 de junio de 2005.

“La palabra y la música: aproximación a los Sonetos a Orfeo de Rainer Maria Rilke”. Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, 26 de agosto de 2005.

“El sentido del dolor”. Acto Académico del encuentro de Ex Alumnos y Docentes del Programa de Especialización en Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Concepción. Concepción: 22 de octubre de 2005.

Conferencias en otras instituciones chilenas:

“Fenomenología y psicoanálisis”. Programa de Post-Título en Psicoterapia Psicoanalítica. Unidad de Psicoterapia Dinámica. Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz”. Santiago, 30 de junio de 2005.

“Angustia y creatividad”. Curso de Educación Médica Continua de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 22 de julio de 2005.

“Psicopatología de la enfermedad afectiva”. Curso de Educación Médica Continua de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago, 10 de agosto de 2005.

Cursos en universidades extranjeras:

“Fenomenología de la intersubjetividad y su importancia para la comprensión de las enfermedades mentales” (8 horas). Curso de Post Grado “La cuestión de la subjetividad. Perspectivas y dimensiones: yo, identidad, persona”. Facultad de Filosofía y Letras. Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”. Buenos Aires, Argentina: 5 y 6 de agosto de 2005.

Conferencias dadas en congresos o jornadas chilenos:

“En torno a la belleza y la experiencia estética”. Encuentro Nacional de Estudios Clásicos “La idea de Belleza en el mundo antiguo”. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago: 12 de agosto de 2005.

“Fenomenología de la intersubjetividad y su deformación en las psicosis endógenas”. 60° Congreso Chileno de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Pucón: 17-19 de noviembre de 2005.

“Fenomenología de la conciencia y sus trastornos”. Symposium Internacional “La Conciencia; La última frontera”, organizado por la Escuela de Psicología, la Facultad de Medicina y el Instituto de Filosofía de la Universidad de Los Andes. Santiago: 28 de noviembre de 2005.

Conferencias dadas en congresos en el extranjero:

“El delirio como posibilidad humana”. IX Congreso Colombiano de Neuropsicofarmacología. Bogotá: 3 al 5 de Marzo de 2005.

“La fenomenología psiquiátrica y sus consecuencias terapéuticas con especial referencia a la esquizofrenia”. IX Congreso Colombiano de Neuropsicofarmacología. Bogotá: 3 al 5 de marzo de 2005.

“Fenomenología del amor y psicopatología”. IX Congreso Colombiano de Neuropsicofarmacología. Bogotá: 3 al 5 de marzo de 2005.

“Los trastornos de personalidad desde una perspectiva fenomenológica”. IX Congreso Internacional sobre Trastornos de la Personalidad de la ISSPD”. Mar del Plata, 20-23 de abril de 2005.

“El homicidio del psicópata perverso”. Mesa Redonda “Homicidio y trastornos de la personalidad”. IX Congreso Internacional sobre Trastornos de la Personalidad de la ISSPD”. Mar del Plata, 20-23 de abril de 2005.

“The role of phenomenology in psychiatric therapeutics with special reference to schizophrenia”. Symposium on Psychopathology, Hermeneutics and Phenomenology, XIII World Congress of Psychiatry. El Cairo, 10-15 de septiembre de 2005.

“Fenomenología de la intersubjetividad y su importancia para la comprensión de las psicosis endógenas”. Conferencia central en el XII Congreso Internacional de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). Buenos Aires, 25-28 de octubre de 2005.

Publicaciones en revistas nacionales:

“Aspectos Fenomenológicos y éticos del envejecimiento y la demencia”. Rev. Méd. Chile 133: 113-120 (2005).

“Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana”. Boletín de la Academia Chilena de Medicina N° XLI: 61-71 (2004).

“Eros y Tánatos”. Boletín de la Academia Chilena de Medicina N° XLI: 181-195 (2004).

Publicaciones en revistas internacionales:

“Fenomenología del amor y psicopatología”. Salud Mental (México), Vol. 28, No. 1: 1-9 (2005).

Capítulos en libros editados en Chile:

“El Amor y la Relación Médico-Paciente”. En: Valores de hoy, Sentido y Experiencias. A. Campos y E. Rosselot (Eds.). Santiago: Ediciones Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (2005).

“La verdad desde la perspectiva del delirio”. En: “Quid est veritas?”, de la Colección ITER. Santiago: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (2005).

Capítulos en libros editados en el extranjero:

“La psiquiatría fenomenológico-antropológica”. En: Tratado de Psiquiatría, Tomo I. N. Marchant y A. Monchablon (Eds.). Buenos Aires: Editorial Grupo Guía (2005), pp. 43-58.

RAÚL ETCHEVERRY BARUCHI

Entrevista en Canal 7 de Televisión Nacional, sobre la Historia de Carlos Martel, en el marco del Congreso de Anatomía Patológica del Cono Sur.

Publicaciones

Tres capítulos de la tercera edición del libro “Hematología. Diagnóstico y Tratamiento, del Dr. Guido Osorio: Linfadenopatías benignas; Anemias sidecoblásticas primaria y secundaria; y Síndrome del Hiaticito azul marino.

Distinciones

Profesor Emérito de la Universidad de Chile.

EDUARDO FASCE HENRY*Publicaciones:*

Los nuevos roles del docente de Medicina”. Eduardo Fasce, Revista de Educación en Ciencias de la Salud, 2004; 1:7-13.

Enseñanza a distancia no presencial asistida por computador comparada con semipresencial basada en texto. Pilar Ibáñez, Patricia Miguel, Eduardo Fasce, Heberto Pérez. Revista de Educación en Ciencias de la Salud 2004, 1:31-36.

Capacitación de estudiantes de primer año de Medicina en la aplicación de estrategias de prevención en salud en el nivel primario. Ivone Campos, Carolina Bustamante, Eduardo Fasce. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud* 2005, 2:26-28.

Utilización del aprendizaje basado en problemas en el aprendizaje de informática básica en estudiantes de primer año de Medicina. Olga Matus, Eduardo Fasce, Sylvia Palacios, Alejandro Soto, Roxana Maturana, Pilar Ibáñez. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud* 2005; 2:29-31.

Comunicaciones en Congresos:

Conductas ligadas al profesionalismo demostradas por alumnos de 1er año de Medicina: evaluación por usuarios del nivel primario de salud.

Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Desarrollo de habilidades de comunicación en estudiantes de 1er año de Medicina. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Enseñando prevención en el nivel primario: aplicación del Examen de Salud Preventivo del Adulto por estudiantes de 1er año de Medicina. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Estilos cognitivos y estrategias de aprendizaje en alumnos de 1er año de Medicina, años 2002 y 2004. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Estilos de aprendizaje en estudiantes de 1er año de Medicina según inventario de Honey Alonso. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Estudio comparativo de dos modalidades de aprendizaje basado en problemas: casos clínicos y formas clínicas. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Percepción de los estudiantes de los cambios curriculares de la carrera de Medicina de la U. de Concepción: análisis cualitativo de tres años. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Utilización de un modelo de entrevista semiestructurado para reconocer componentes del Currículum Oculto, aplicado a egresados de la Carrera de Medicina de la U. de Concepción. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

¿Alcanzan sus metas los estudiantes de Medicina?: Evaluación a tres años. Novenas Jornadas de Educación Médica, Concepción, enero 2005.

Análisis comparativo de dos modalidades de aprendizaje basado en problemas: casos clínicos versus formas clínicas. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Aplicación de entrevistas semiestructuradas para evaluar componentes del currículum oculto. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Aplicación de la técnica de análisis reflexivo para tutores de aprendizaje basado en problemas. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Aplicación del cuestionario de inteligencias múltiples en estudiantes universitarios. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Aprendizaje del examen neurológico: validación de programa multimedia. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Capacitación de estudiantes de 1er año de medicina en la aplicación de estrategias de prevención en salud en el nivel primario. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Conductas ligadas al profesionalismo demostradas por alumnos de 1er año de medicina: evaluación por usuarios del nivel primario de atención. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Estilos de aprendizaje en estudiantes de 1er año de Medicina según inventario de Honey Alonso. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Identificación de conductas de internos de medicina en la atención de pacientes de hospital. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Percepción de estrés en estudiantes de las carreras de Medicina, Psicología y Ciencias Políticas de la U. de Concepción. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Percepción de los estudiantes de los cambios curriculares: análisis cualitativo de tres años. Carrera de Medicina, Universidad de Concepción. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Utilización de un modelo de integración en la enseñanza de la geriatría. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Utilización del método de evaluación de competencias clínicas (OSCE) en práctica de primeros auxilios. 3er Congreso Internacional de Educación Médica, Santiago, mayo 2005.

Tendencias en el estado de la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en una comunidad urbana. Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Pucón, diciembre 2005.

Conferencias:

Bases neurobiológicas del aprendizaje. Universidad Católica Santísima Concepción, mayo 2005.

Uso de fármacos en hipertensión. Jornadas Servicio de Salud Concepción, junio 2005.

Obesidad e hipertensión arterial. Sociedad Chilena de Hipertensión, Santiago, agosto 2005.

Conferencia inaugural Jornadas de investigación médicos generales de VIII y IX Región. Cañete. Profesionalismo Médico. Julio 2005.

Hipertensión arterial en el adulto mayor. Servicio de Medicina, Hospital Regional de Valdivia, agosto 2005.

Los nuevos roles del docente de Medicina. Universidad Católica Santísima Concepción, mayo 2005.

Terapia antihipertensiva: más allá de los eventos. Servicio de Medicina, Hospital de Chillán, noviembre 2005.

Mecanismos de hipertensión en obesidad. Jornadas de Otoño Sociedad Chilena de Cardiología, junio 2005.

Normas de la International Society of Hypertension. Jornadas Servicio de Salud Concepción, junio 2005.

Tratamiento de la hipertensión. Dpto. Medicina Interna, Concepción, marzo 2005.

De los consensos a la práctica clínica, Dpto. de Medicina Interna, marzo 2005.

Profesionalismo médico, Curso de postgrado Dpto. de Pediatría, U. de Concepción, julio 2005.

Cambios epidemiológicos en el comportamiento de la hipertensión arterial en comunidades urbanas de la VIII Región después de 15 años. VII Seminario del Adulto Mayor, Servicio de Salud Concepción, noviembre 2005.

Actividades docentes:

Director del Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, U. de Concepción.

Director y docente del Diplomado en Geriátrica Clínica y Gerontología, VI versión, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Director y docente del Diploma en Educación Médica, Facultad de Medicina, U. de Concepción.

Otras actividades:

Editor de la Revista de Educación en Ciencias de la Salud de ASOFAMECH y Sociedad Chilena de Educación en Ciencias de la Salud.

Miembro del Comité Editorial de la Revista de Medicina Interna.

Premios:

2do lugar como mejor trabajo de presentación oral en el 3er Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud, mayo 2005.

Trabajo "Tendencias en el estado de la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en Concepción urbano", nominado candidato al premio de la Fundación de Cardiología en el Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, diciembre 2005.

MANUEL GARCÍA DE LOS RÍOS ÁLVAREZ*Docencia de pregrado*

Clases. Curso: Nutrición y Diabetes, 3º año Medicina. Fac. de Medicina. U. de Chile.

Tutoría de Internos de Medicina. 3 alumnos rotativos durante el año lectivo. U. de Chile.

Docencia de postgrado

Clase Curso IV Jornadas de Patología Prevalente de Medicina Interna. "Diabetes en el Senescente". Chillán 30/04/2005.

Clase Curso Asociación Chilena de Laboratorios Clínicos. "Diabetes Mellitus en Chile". 2/05/2005.

Clase. II Jornadas de Diabetes para la Atención Primaria Área Sur “Complicaciones Macrovasculares del diabético”. 8/08/2005.

Clase Curso Resistencia Insulínica en la Práctica Clínica. “Insulino resistencia, estados de Intolerancia a la Glucosa y Diabetes”. 26/08/2005.

Clase. Curso Obesidad y Diabetes. “Terapia farmacológica de la Diabetes Tipo 2”. 29/08/2005.

Clase. INTA Magíster Nutrición Humana. Comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus 3/10/2005.

Clases (3) en Jornada de Actualización en Diabetes. “Manejo Farmacológico”. Antofagasta 10/10/2005.

Clases (5) Curso Diabetes Mellitus: Puesta al día. Punta Arenas 24-25/11/2005.

Control de prácticas becados de Medicina Interna

Director “Curso de Especialización en Diabetes” Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina.

Tutor Becado extranjero Dr. Hernán Muñoz Lucero Abril-Julio 2005. Escuela Postgrado. Fac. de Medicina.

Conferencias nacionales

Fundación Dr. Hernán Alessandri R. “¿Es mejor la insulino terapia en el 2005?” Hospital del Trabajador. 19/08/2005.

Jornadas Hospital San Juan de Dios. “Diabetes Mellitus en el senescente”. Hospital San Juan de Dios. 24/08/2005.

Academia de Medicina. “¿Es posible la prevención de la diabetes tipo 2?” Academia de Medicina 2/XI/2005.

Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. “50 años de Diabetes en Chile”. Pucón 12/XI/2005.

Conferencias Internacionales

XVI Congreso Panamericano de Endocrinología. “Diabetes Mellitus en el Geronte”. Punta Cana. República Dominicana 5/V/2005.

IV Congreso Uruguayo de Diabetología “Nefropatía Diabética: Prevención y Detección precoz”. Montevideo, Uruguay. 30/VII/2005.

IV Congreso Uruguayo de Diabetología. "Prevención de la Diabetes tipo 2" Montevideo, Uruguay 30/VII/2005.

Participaciones en congresos

Presentación de trabajo libre. Congreso COPAEN 2005. "Niveles de Péptido C en Diabéticos tipo 1 y tipo 2 en tratamiento Insulínico". Punta Cana. República Dominicana 6/V/2005.

Asistencia

Congreso COPAEN 2005. Punta Cana. República Dominicana 5-8/V/2005.

Congreso Asociación Americana de Diabetes 2005 (ADA) San Diego. U.S.A. 9 al 13/VI/2005.

Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes Pucón 10-12/XI/2005.

Publicaciones

Capítulo de Libro: Concha L., Sanhueza L., García de los Ríos M. Alteraciones Hematológicas en la Diabetes: Osorio G., ed. Hematología: Diagnóstico y Terapéutica 2005 (3ª edición) Santiago de Chile.

Actividad de extensión

Curso de Capacitación para el Plan Auge 2 MINSAL 20/VI/2005.

Entrevista diario EL MERCURIO. Día Mundial de la Diabetes 12/XI/2005.

Entrevista diario "El Magallanes". Punta Arenas 28/XI/2005.

Participación en comités nacionales e internacionales

Nacionales

Director CONACEM.

Consejo Asesor Escuela de Postgrado Facultad de Medicina

Consejo Campus Occidente, Facultad de Medicina.

Subdirector Boletín Hospital San Juan de Dios.

Vicepresidente Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico.

Revisor Proyectos FONDECYT y otros.

Internacionales

Miembro del Comité Editorial de la Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).

Revisor trabajos Boletín de la OPS.

Premios y distinciones

Premio Academia de Medicina 2005, a la investigación en el campo de la diabetes mellitus.

Nominado Master del American College of Physicians.

Diploma INTA por 30 años de docencia en el Magíster en Ciencias de la Nutrición.

Otras actividades

Comisiones de exámenes de revalidación. Universidad de Chile.

Comisiones de exámenes de Medicina Interna CONACEM.

Comisiones de exámenes de Pregrado, Facultad de Medicina.

Comisiones de exámenes de Diabetes, Geriatría y Medicina Interna. Escuela de Postgrado Facultad de Medicina.

DR. ALEJANDRO GOIC GOIC*Docencia:*

Diecisiete Seminarios sobre temas de Ética Clínica. Curso: Fundamento ético y humanístico de la medicina. III año carrera de Medicina (Campus Oriente).

Conferencias:

Conferencia de Apertura de la Celebración del XXXIV Aniversario de la Carrera de Medicina de la Universidad de la Frontera, Temuco. Invitación del Centro de Alumnos: "El arte de la medicina y el humanismo médico".

Conferencia por invitación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Trinidad de Concepción: "El arte clínico y la relación del médico con su paciente".

Conferencia Inaugural del Seminario Futuro Laboral del Médico, organizado por la institución Médicos para Chile: “¿El Fin de la Medicina?”.

Conferencia en el II Simposio Nacional sobre Escuelas de Medicina, Campos Clínicos y Certificación Médica, organizado por el Departamento de Formación y Acreditación Médica del Colegio Médico de Chile: “*La visión de la Academia Chilena de Medicina en los programas de postgrados*”.

Extensión:

“El Informe Flexner y la Educación Médica”. Artículo de opinión. El Mercurio 29 noviembre 2005.

Participación en Comités y Consejos:

Integrante de la Comisión de Ética y Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Presidente del Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago.

Consejero del Consejo Superior de Educación.

Distinciones:

Maestro de la Medicina Interna Chilena, otorgado por la Sociedad Médica de Santiago (Sociedad Chilena de la Medicina Interna).

Publicaciones:

Goic A. “Apuntes sobre Eutanasia”. Rev. Med. Chile 2005; 133:371-375

Goic A. “Homenaje al Papa Juan Pablo Segundo en la Academia Chilena de Medicina”. Rev. Med Chile 2005; 133: 495-496.

Goic A. “El futuro del ejercicio de la medicina en Chile” (editorial). Rev. Chile Dermatol 2005; 21: 4-6.

Goic A. “La Academia Chilena de Medicina y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En: Huella y Presencia tomo VII; Imprenta Salesianos: Santiago de Chile 2005: 173-194.

Goic A. “Descripción y Análisis Crítico del Sistema de Educación Superior en Chile”. En: Anales del Instituto de Chile. Santiago de Chile 2005.

MARIO HERRERA MOORE

Docente de Obstetricia y Ginecología sexto año de medicina. Universidad de Chile, Hospital San Borja-Arriarán, Sede Central (clases, conferencias, mesas redondas).

Docente y coordinador de internado séptimo año de medicina Unidad de partos del departamento de Obstetricia y Ginecología Central.

Docente en la carrera de Obstetricia y Puericultura (matronas).

Editor Emérito de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Miembro de la comisión de evaluación académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Miembro del Consejo Consultivo Asesor del Ministro de Salud en las garantías explícitas en Salud (Plan Auge).

Conferencia en la Academia de Medicina del Instituto de Chile " Globalización Mortalidad Materna y Pobreza" (junio 2005).

XXX Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología (Viña del Mar, noviembre del 2005) Presidente y Moderador de "Gestión Clínica en Ginecología y Obstetricia".

SANTIAGO JARPA ORREGO

El 16 de marzo del 2005, a pedido del Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, en sesión especial en el auditorio de la Clínica Alemana, hice la presentación del libro titulado "CIRUGÍA DEL HÍGADO, VÍA BILIAR Y PÁNCREAS", de los autores Juan Hepp Kuschel y Xabier de Aretxabala Urquiza.

EL 13 de julio del 2005, a petición del Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, realicé el Discurso Homenaje a la Memoria del Dr. CELSO GUTIÉRREZ, ex-Presidente de la Sociedad, quien fue mi alumno y ayudante durante muchos años.

En el Congreso de GASTROENTEROLOGÍA LATINOAMERICANA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y HEPATOLOGÍA, al segundo día del evento, 24 de noviembre del 2005, se celebró una Reunión Homenaje en mi honor, como Invitado Nacional, en que la presentación estuvo a cargo del Dr. Raúl Correa, quien fue también alumno mío y ayudante.

CAMILO LARRAÍN AGUIRRE*Publicaciones*

“Pica en don Quijote”. Rev. Med. Chile., 133; 2005.

Algunos recuerdos autobiográficos, en Huella y Presencia, tomo VII, edit. Amanda Fuller. Imp. Salesianos; pag. 21-28, Santiago 2005.

Docencia

Curso práctico de hematología a los alumnos de IV año de Medicina, primer semestre, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, área norte.

Distinciones

Homenaje de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 16 de diciembre 2004, Santiago.

Premio al mejor docente. Distinción otorgada por los alumnos del IV año de medicina del área norte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Noviembre 2005.

DRA. GLORIA LÓPEZ STEWART*Docencia de pre-grado*

Tutora de los Internos de la Carrera de Medicina. Facultad de Medicina Occidente. U de Chile.

Clase y Taller de Obesidad. Tercer año Carrera de Medicina. Curso de Nutrición. Facultad de medicina occidente. U de Chile.

Docencia de post grado

Docente Curso GES. Grupo Endocrinológico del Sur. Conferencias: “Enfermedades crónicas:

adhesividad al tratamiento, un desafío y Experiencias” y “consejos prácticos en educación. Talca 28 al 30 de Abril del 2005”

Docente en Cursos de capacitación de Diabetes Mellitus. Atención Primaria de Salud SS Metropolitano Occidente y Consultorios. 6 y 7 de Enero del 2005.

Escuela de Post Grado. Programa de Educación Continua. Especialidad Gineco-Obstetricia. 26 de Mayo. Tema Diabetes y Embarazo.

Escuela de Post Grado. Curso Oficial de Medicina Interna. Bases Fisiopatológicas de la Medicina Interna. Tema: Insulinorresistencia. 7 de Septiembre del 2005.

Tutor Dr Hernán Muñoz de Ecuador, en estadía de perfeccionamiento. Escuela de Post Grado Facultad de Medicina. U de Chile

Tutor Dra María Teresa Barros, en Curso de Especialización. Escuela de Post Grado Facultad de Medicina. U de Chile

Encargada permanente de docencia ambulatoria y Seminarios a Becados de Medicina Interna en su rotación. Martes y Jueves.

Conferencias nacionales e internacionales

Conferencista en el Tercer Congreso Colombiano de Diabetes. Federación Diabetológica Colombiana. Bogotá, 21 al 23 de Julio del 2005.

Conferencista en el IV Congreso Uruguayo de Diabetología. Tema Diabetes Gestacional. Montevideo 28 al 30 de Julio del 2005.

Presidente del Simposio Diabetes y embarazo. XVI Congreso Panamericano de Endocrinología. Punta Cana. Rep. Dominicana. 4-7 de Mayo del 2005.

Simposista: Síndrome Metabólico con el tema: "Definición y Diagnóstico". 28 al 30 de Julio del 2005 Montevideo 28 al 30 de Julio del 2005

Conferencista en Curso de Resistencia Insulínica. Tema: "Consenso de Insulinorresistencia".

Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. 26 y 27 de Agosto del 2005

XXVII Congreso de Medicina Interna. Integrante del Comité Científico y Revisora de Posters. 25 al 28 de Octubre del 2005. Sociedad Médica de Santiago

Conferencista: Tema: El dilema que plantean las enfermedades cuyo diagnóstico se basa en cifras. Academia de Medicina. Santiago, 2 de Noviembre del 2005

Presidente de conferencia y Revisora de Posters. XVI Congreso Chileno de Endocrinología y Diabetes. Pucón. 10 al 12 de noviembre.

Organizadora e Integrante del grupo de trabajo Reunión Consenso: "Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2". ALAD. Paipa, Colombia. 9 al 10 de Diciembre.

Participación en congresos y jornadas

Tecnología Participativa: "Metodología de Trabajo Grupal". ICA. Santiago. 31 Marzo al 1 de Abril

Participante del 65th Scientific Session American Diabetes Association. San Diego California. 10 al 14 de Junio del 2005.

IV Congreso Uruguayo de Diabetología. Montevideo Uruguay: 28 al 30 de Julio 2005.

XLV Jornadas Bienales de Medicina Interna. "El paciente anciano y la medicina Interna: Avances en acciones preventivas y terapéuticas" 23, 24 y 25 de Agosto 2005.

Curso de Insulinoreistencia. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. Santiago, 26 y 27 de Agosto 2005.

XXVII Congreso de Medicina Interna. 25 al 28 de Octubre del 2005. Sociedad Médica de Santiago

Actividades en curso

Investigador responsable para Chile de estudio Multicéntrico del Grupo Latinoamericano de Diabetes (GLESMO). Circunferencia de cintura y su relación con grasa visceral (medido por TAC)

Investigador responsable estudio DEAL (diabetes en Latinoamérica a nivel de Médicos generales) Financiado por Laboratorio GLAXO SMITH KLINE)

Publicaciones

En fase de redacción: Comparación de los criterios Diagnósticos de Diabetes Gestacional ALAD/OMS y O'Sullivan Lopez Stewart Gloria; Durruty Alfonso Pilar, Carrasco Piña Elena.

Aplicación de Normas ALAD/OMS/MINSAL en diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Gestacional. López Stewart, Gloria Moncada Valenzuela Sandra, Villarroel Ana Claudia, Tapia Mauricio.

Cargos directivos en sociedades científicas.

Presidente Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2004-2007.

Secretaria general de la Asociación de Sociedades Científicas Médicas. Asociamed Desde 2002 a la fecha.

Organizadora y Presidente del Consenso clínico-terapéutico sobre resistencia insulínica. Organizado por la SOCHEM y ALAD.

Extensión

Simposio: Actualizaciones en Diabetes en el niño y adolescente. Clínica Alemana 20 de Mayo del 2005. 2 conferencias: Insulinas: Presente y Futuro y Complicaciones crónicas de Diabetes tipo 1 en niños y adolescentes.

Otras actividades

Evaluadora de Proyectos FONIS

Revisora de artículos de Revista Panamericana de Salud Pública.

Revisora de artículos de Revista Médica de Chile

Integrante del Comité organizador del Premio Nacional de Medicina 2006 (Academia de Medicina, Asocimed, Asofamech, Colegio Médico de Chile).

Invitada a reunión de Constitución de Grupo Latinoamericano de Estudio del Síndrome metabólico GLESMO. Bogotá, Colombia: Febrero 2005

Coordinadora del Consenso de Insulinorresistencia de la SOCHEM Abril 2005 adelante

Certificación CONACEM como especialista en Diabetología.

Artículo Diabetes y Embarazo en Revista Diabetes Hoy.

Artículos Página web Clínica Alemana: Diabetes tipo 2 y Día Mundial de la Diabetes.

JULIO MENEGHELLO RIVERA

Actividades docentes:

Director General del XXIV curso vespertino semanal de enseñanza continua de postgrado en pediatría primaria y ambulatoria año 2005. Actividad destinada de preferencia a Médicos Generales, Pediatras, Enfermeras Universitarias y Profesionales del Equipo de Salud que se desempeñan en la Atención Primaria y Ambulatoria, articulada con los diversos niveles de atención.

Módulo I: Atención ambulatoria, 6 de abril a 11 de mayo de 2005.

Módulo II: Lactantes, 18 de mayo a 22 de junio 2005.

Módulo III: Patología del escolar: abordaje de las patologías más frecuentes en la atención primaria, 29 de junio a 03 de agosto de 2005.

Módulo IV: Problemas de salud frecuentes durante la adolescencia, 10 agosto a 14 de septiembre de 2005.

Módulo V: Urgencias, 21 de septiembre a 26 de octubre de 2005.

Publicaciones

Director de la revista "Pediatria al día", volumen 21, edición bimensual de 5 números al año. Creada como un método complementario a los cursos de enseñanza que FUDOC realiza desde el año 1985, recoge y selecciona la abundante información existente de los problemas que con más frecuencia debe enfrentar el pediatra general y personal del equipo de salud, en la atención primaria y ambulatoria, sin marginarse de los progresos científico-tecnológicos de los otros niveles de atención.

CARLOS MIQUEL BAÑADOS

Publicaciones

Miquel Carlos: ¿Qué hacer actualmente, en el año 2005, con el paciente que sufre una angina estable crónica y tiene una enfermedad coronaria de 2 ó 3 vasos? Bol. Hosp. S.J de Dios. 2005; 52 (2): 86-92.

Miquel C. Factores de riesgos para enfermedades cardiovasculares, Bol. Hosp. S J de Dios 2005; 52: 260- 263.

Docencia

Curso de Post grado de educación continua en medicina interna avanzada, para internistas. Versión 2005.

Miquel C.: Manejo del paciente con angor crónico estable. Sábado 24 -09-2005. 11 a 12 horas.

Conferencias

Miquel C.: Conferencia Plenaria Dr. Zapata Díaz. XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía cardiovascular y II Jornada Chileno-Española de Cardiología.

Toma de exámenes a internos y becados del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios.

DR. FERNANDO MÖNCKEBERG BARROS

Fellow del American Society for Nutritional Sciences (Sociedad Americana de Ciencias de la Nutrición) (2005).

Premio Bicentenario otorgado por la Universidad de Chile, Minera Escondida y Comisión Bicentenario, por su destacada trayectoria y aporte cultural en el Siglo XX. (2005)

Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina (2005).

Doctor Honoris Causa de la Universidad de San Luis de Mendoza, Argentina (2005).

Premio Excelencia Académica otorgado por el Colegio Médico de Chile (Dic. 2005).

FLAVIO NERVI ODDONE*Universitarias*

Profesor Titular, Jornada Completa, Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile.

Publicaciones

F. Nervi. 2005. Introducción a la Medicina Paliativa. Editores R. López, F. Nervi, P. Taboada. En Manual de Medicina Paliativa. PUC. Pp. 5-8.

R. González, A. Soza, V. Hernández, R. M. Pérez-Ayuso, M. Álvarez, A. Morales, M. Arellano, A. Riquelme, P. Viviani, C. Covarrubias, M. Arrese, J.F. Miquel, F. Nervi. 2005. Incidence and prevalence of hepatitis C virus infection in Chile. *Ann Hepatol* 4: 127-130.

M.M. Reyes, B. Santi, F. Nervi. 2005. Cuidados paliativos y control de síntomas en Chile. La experiencia de Clínica Familia. *Ars Medica* 11: 187-193.

Proyectos de Investigación

Responsable. Fondecyt 1030744. (2003 -2006). "Rol de la vesícula biliar y de la regulación del metabolismo hepático del colesterol en la patogenia de la colelitiasis". Colaboración con investigadores de los Departamentos de Gastroenterología, Endocrinología y Metabolismo del Karolinska Institute, Uddinge, Estocolmo, Suecia.

Coinvestigador Fondecyt, Dr. Miquel, "Rol de determinantes genéticas que controlan el circuito entero-hepato-biliar de lípidos en la patogenia de la colelitiasis en Chile".

Actividades de Extensión: Sociedades Científicas, Comités Editoriales de Revistas.

Miembro de los Comités Editoriales de: Revista Médica de Chile, *Annals of Hepatology*, *Journal of Palliative Care* y *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*.

Miembro del Comité de Acreditación de Programas de Formación en Gastroenterología, ASOFAMECH.

Miembro del Comité de Acreditación de Programas de Doctorado en Ciencias Médicas y Biomedicina de CONICYT.

Asesor Escuela de Medicina de la Universidad de Loja, Ecuador.

Director Médico Clínica Familia para Cuidados Paliativos.

Vicepresidente Fundación Pro Dignitate Hominis.

Conferencias y presentaciones.

F. Nervi. Conferencia. Rol del Investigador Profesional en una Facultad de Medicina: Visión desde la Clínica. 75 Aniversario Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005.

F. Nervi. Conferencia. Medicina Paliativa: Definición y Perspectivas en el Siglo XXI. Curso *American College of Physicians*. 2005.

F. Nervi. Coordinador Mesa Redonda Desafíos bioéticos en el cuidado de las personas mayores. XXVII Congreso de Medicina Interna 2005.

F. Nervi. Conferencia. *Present state of gastro-intestinal neoplasm in developing countries*. Curso *Malignant Lymphomas, Cervical and Gastric Cancer*. *The European School of Oncology*, Lima, 2005.

Ludwig Amigo, Juan Castro, Luis Villarroel, Silvana Zanlungo, Sergio González, Steven G. Young, Juan Francisco Miquel, Flavio Nervi. *Prevention of cholesterol gallstone disease by blocking the secretion of hepatic very low density lipoproteins (VLDL) in a mouse model*. Digestive Disease Week. American Gastroenterological Association, Chicago, May 14–19, 2005.

FERNANDO OYARZÚN PEÑA

Relación Interpersonal y valores humanos. Proyección hacia la formación médica. Presentado en Academia de Medicina del Instituto de Chile. VII. 2005.

Conciencia del otro personal y ética concreta. Presentada en II Congreso Nacional de Logoterapia. Valdivia 2005.

El trastorno depresivo en una perspectiva médico-antropológica. Presentado en Simposio "Desde la Psicopatología a la Neurobiología de la Depresión". Sonepsyn y Sociedad Chilena de Psiquiatría Biológica. Santiago 2005.

La Persona Humana y el dinamismo de formas y estructuras significativas. Trabajo presentado en Congreso Nacional de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Pucón 2005.

Consideraciones sobre Psicopatología y Epistemología. Gazeta Universitaria. Santiago 2005.

Publicación del libro "Idea Médica de la Persona. La Persona ética como fundamento de las antropologías médica y de la convivencia humana". Editorial LOM. Santiago 2005.

ENRIQUE RAFAEL PARADA ALLENDE

Universidad de Chile, marzo a mayo, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Dpto. de Bioética y Humanidades Médicas, Campus Norte. Profesor de Antropología Médica.

Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Post-Grado. 4º versión *Doctorado en Psicología*, orientado a desarrollar y potenciar la investigación en Psicología para formar graduados del más alto nivel dotados de idoneidad para desenvolverse en los aspectos empíricos y teóricos de la ciencia psicológica.

Desde marzo. Seminario Central sobre las Psicosis, basado principalmente en el texto de Charles Melman "Estructuras Lacanianas de las Psicosis". Dos Martes al mes de 20:30 hrs. a 22:00 hrs., en el Hospital Psiquiátrico.

Desde abril. Universidad Diego Portales, facultad de Ciencias Humanas y Educación, Director programa Magíster en Psicología clínica, mención psicoanálisis. Duración 7 semestres. Dirigida a Psicólogos, Psiquiatras, becados en Psiquiatría y otros Profesionales vía solicitud especial. Objetivos: promover la adquisición de criterios teóricos y metodológicos relacionados con la investigación en psicología clínica, con especial énfasis en la propuesta psicoanalítica.

1er Semestre. Universidad Andrés Bello, Profesor titular curso "Transferencialidad y Estructuras Psicopatológicas" realizado en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Agosto. Prólogo del Libro "Idea médica de la persona" del Dr. Fernando Oyarzún Peña.

23 de septiembre. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, SONEPSYN, participó como conferencista en el Curso "Actualización en Psiquiatría 2005", realizado en el Hotel Santiago Park Plaza.

Septiembre. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, recepción de estudiantes de 6º año de la carrera de Medicina bajo el antiguo y nuevo currículo.

Octubre 21. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía SONEPSYN, programa "Desde la Psicopatología a la Neurobiología de la Depresión: Reflexión y Actualización". Hotel Santiago Park. Tema expuesto "Los trastornos del ánimo: Condicionamiento Psicobiológico y su Expresión Psicopatológica.

Octubre 26. Simposio Internacional "Fenomenología: Sentido, Límites y Perspectivas", Centro de Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Auditorio de la Facultad de Filosofía, Campus Oriente. Expuso el tema "Temporalidad y melancolía en el pensamiento de Binswanger".

Noviembre 4 y 5. Coordinador del *IX Symposium Internacional*, Colegio Chileno de Neuropsicofarmacología, "Enfermedades del ánimo: certezas, perspectivas y controversias", Hotel Santiago Park Plaza.

Noviembre 25. Universidad de Chile, examen de grado del Ps. Hugo Rojas, alumnos del Programa de Doctorado en Psicología, tema "Las Concepciones Psicopatológicas de Sigmund Freud".

Noviembre 11. Universidad Internacional SEK, Expone sobre "Cuestionamiento sobre sueño y subjetividad".

SERGIO PEÑA Y LILLO

Artículos

Experiencias Hipnóticas del Túnel y del Bardo. (Artes y Letras, El Mercurio, 17 abril de 2005).

El Quijote como Personalidad Fantástica (El Quijote en Chile), Aguilar Chilena Ed. Octubre 2005.

La Lucidez de la Agonía (El Quijote en Chile), Aguilar Ed. Octubre 2005.

Enfermedad Bipolar y Distimias Epilépticas. Rev. Colegio Médico regional Santiago, Octubre 2005.

La Enfermedad y el Hombre. (En prensa como artículo destacado en Gaceta Universitaria, año 1 vol. 1 n° 3)

Distanasia y Muerte Digna (caso Terri Schiavo), Cartas al Director, El Mercurio, marzo y abril 2005.

Matrimonio Homosexual (Cartas al Director, El Mercurio, junio y julio 2005)

Ediciones

El Temor y la Felicidad. Ed. Universitaria (vigésima séptima y vigésima octava edición 2004-2005).

O Temor e a Felicidade. Beca Producoes Culturais Ltda. Sao Paulo (enero 2005).

ZDZISLAW JAN RYN

Actividades docentes

Curso de medicina de altura, Compañía Minera "El Aguilar", Argentina, 11-14 abril de 2005, 24 horas.

Clases de psiquiatría clínica y psicoterapia: Facultad de Medicina – Departamento de Odontología, Universidad Jaguelónica, Cracovia, año académico 2004/2005.

Clases de rehabilitación en psiquiatría: Facultad de Rehabilitación, Academia de Educación Física y Deporte, Cracovia, año académico 2004/2005.

Clases de Antropología y Medicina Indígena Andina: Universidad Jaguelónica, Cátedra de América Latina, 2004/2005.

Miembro del Senado de Academia de Educación Física y Deporte, Cracovia (2005-2008).

Conferencias en congresos

Sanktuaria na szczytach Andów. Z medycyny archeologicznej [Los santuarios andinos. Medicina arqueológica], Academia de Educación Física, Cracovia, 16 febrero 2005.

Jan Pawel II – Pontyfikat cierpienia [Juan Pablo II – Pontificado del sufrimiento], Unión Polaca de Chile, Santiago de Chile, 3 abril 2005.

Esculapio en las grandes alturas, Conferencia de inauguración de I Simposio Internacional sobre Medicina de Altura, La Serena, Chile, 6 abril 2005.

Juan Pablo II – Experiencia del dolor, Universidad de La Serena y Museo Historico Regional La Serena, 8 abril 2005.

El médico en las grandes alturas, Conferencia para inaugurar el curso de medicina de altura, Hospital de Compañía Minera “El Aguilar”, San Salvador de Jujuy, Argentina, 11 abril 2005 r.

Juan Pablo II – Pontificado del dolor, Conferencia en Compañía Minera “El Aguilar”, Argentina, 14 abril 2005.

Ignacy Domeyko. Człowiek nauki i wiary [Ignacio Domeyko – Hombre de ciencia y fe], IX Foro de Polonia, Toruń, Wyższa Szkoła Kultury Społecznej i Medialnej, 23 abril 2005.

Jan Pawel II: pontyfikat cierpienia [Juan Pablo II: Pontificado del dolor], IX Ogólnopolska Konferencja “Etyka w życiu gospodarczym”, Salezjanska Wyższa Szkoła Ekonomii i Zarządzania, Łódź, 12-13 mayo 2005.

Praca – aspekt twórczy i terapeutyczny [El trabajo – aspecto creativo y terapéutico], “Akademia Oswiecimska”, Kraków, Universidad Jaguelona, 6 junio 2005.

Ignacy Domeyko – obrońca praw człowieka w Chile [Ignacio Domeyko – defensor de los derechos humanos], “Akademia Oswiecimska”, Centrum Dialogu i Modlitwy, Oswiecim, 7 abril 2005.

“Przegląd Lekarski – Oswiecim” – material dydaktyczny dla “Akademii Oswiecimskiej” [“Revista Médica – Auschwitz para Academia de Auschwitz], Centrum Dialogu i Modlitwy, Oswiecim, 7 junio 2005.

Jan Pawel II – Katecheza cierpienia i umierania [Juan Pablo II – Catequesis del dolor y agonía], Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, 15 abril 2005.

Psychiatria i polityka [Psiquiatría y política], Instytut Samorządowy, Kraków, 24 septiembre 2005.

Ignacy Domeyko – Kandydat na ołtarze [Ignacio Domeyko – Candidato como Siervo de Dios], Warszawa, Łazienki Królewskie, 24 octubre 2005.

Kształty miłości według Antoniego Kepińskiego [Caras del amor según Antoni Kepinski], Akademia Oswiecimska, Dom Pracy Tworczej Ministerstwa Kultury, Wigry, 25 octubre 2005.

Refleksje oświęcimskie Antoniego Kepińskiego [Reflexiones sobre Auschwitz], Akademia Oświęcimska, Dom Pracy Tworczej Ministerstwa Kultury, Wigry, 25 octubre 2005.

Polonia w Ameryce Łacinskiej szkoła patriotyzmu [Los Polacos en América Latina como escuela de patriotismo], XI Asamblea General de USOPAL, Montevideo – Punta del Este (Uruguay), 25 noviembre 2005.

X-lecie USOPAL w refleksji naukowej [X Años de USOPAL en la ciencia], XI Asamblea General de USOPAL, Montevideo – Punta del Este (Uruguay), 26 noviembre 2005.

Ameryka Łacinska w Uniwersytecie Jagiellońskim [América Latina en la Universidad Jaguelona], XI Asamblea General de USOPAL, Montevideo – Punta del Este (Uruguay), 26 noviembre 2005.

Antoni Kepiński – lekarz który kochał niekochanych [Antoni Kepiński – médico que amaba a los no amados], Centro Estudiantil de Opus Dei, "Skala", Kraków, 1 diciembre 2005.

Publicaciones

Libros:

Antoni Kepiński. Refleksje oświęcimskie [Antoni Kepiński. Reflexiones de Auschwitz], Redacción, selección e introducción Zdzisław Jan Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005, 343 pp.

Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies.

Editor Zdzisław Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oswiecim, Krakow 2005, 352 pp. ISBN 83-908654-2-4.

Artículos y memorias:

Lesniak E., Lesniak R., Ryn Z.J.: Nurt oświęcimski w twórczości Antoniego Kepińskiego [Estudios sobre Auschwitz en la obra de Antoni Kepiński],[en] Antoni Kepiński: *Refleksje oświęcimskie*, Wydawnictwo Literackie, Krakow 2005, p. 305-319.

Maslowski J., Ryn Z.J.: The KZ-Syndrome: A Selection of the Most Essential Polish Bibliography. [en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzisław Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oświęcim, Kraków 2005, s. 309-324.

Ryn Z.J.: Antoni Kepinski internowany na Wegrzech (1939-1940) [Antoni Kepinski internado en Hungría], [en] Antoni Kepinski: *Refleksje oswiecimskie*, Wydawnictwo Literackie, Krakow 2005, p. 195-217.

Ryn Z.J.: Antoni Kêpiński w Miranda de Ebro [Antoni Kepinski en campo Miranda de Ebro], [en] Antoni Kepinski: *Refleksje oswiecimskie*, Wydawnictwo Literackie, Krakow 2005, p. 218-285.

Ryn Z.J.: Cywilizacja a zdrowie psychiczne [Civilización y salud mental], Polska Akademia Umiejetnosci, Prace Komisji Zagrozen Cywilizacyjnych, vol. 6, 2004, p. 65-76.

Ryn Z.J.: Jan Pawel II: Lekcja cierpienia i umierania [Juan Pablo II: Clase del sufrimiento y agonía], "Alma Mater", octubre de 2005, no 74, p. 51-57, il.

Ryn Z.J.: Jan Pawel II: pontyfikat cierpienia [Juan Pablo II: El Pontificado del sufrimiento], IX Ogolnopolska Konferencja "Etyka w zyciu gospodarczym", Lodz, 12-13 de mayo 2005, p. 40-41.

Ryn Z.J.: Jornada de Ciencia – Polish Science Days in Chile, "Newsletter", International Relations Office, Jagiellonian University, 2005, no 26, p. 4-7.

Ryn Z.J.: Karol Wojtyla – Jan Pawel II – milosnik gor i przyrody czyli goralski biskup, goralski kardynal i goralski Papiez [Karol Wojtyla – Juan Pablo II – Obispo de montañeses, Cardenal de montañeses y Papa de montañeses], "Sport Wyczynowy", Año XLIII, 2005, no 9-10, p. 115-118.

Ryn Z.J.: Suicide in the Nazi Concentration Camps. [en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzislaw Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oswiecim, Kraków 2005, s. 125-140.

Ryn Z.J.: The Fate of Three Siblings in the Concentration Camp: A Clinical Study. [en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzislaw Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oswiecim, Kraków 2005, s. 239-250.

Ryn Z.J.: The Rhythm of Death in the Concentration Camp.[en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzislaw Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oswiecim, Kraków 2005, s. 101-110.

Ryn Z.J.: The Widows of Auschwitz Prisoners: The Pathology of Indirect Victims.[en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzislaw Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in

cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oswiecim, Kraków 2005, s. 273-282.

Ryn Z.J.: W blasku Kordylirow [En el brillo de la Cordillera], "Alma Mater", 2004, nr 62, p. 43-47.

Ryn Z.J.: Wstep [Introducción], [en] Antoni Kepinski: *Refleksje oswiecimskie*, Wydawnictwo Literackie, Krakow 2005, p. 5-8.

Ryn Z.J.: Zyciorys listem pisany (Wegry, Hiszpania, Wielka Brytania 23 IX 1939 – 15 V 1947) [Panorama de la vida epistololar (Hungria, España, Gran Bretaña)], [en] Antoni Kepinski: *Refleksje oswiecimskie*, Wydawnictwo Literackie, Krakow 2005, p. 286-304.

Ryn Z.J.:Zródla katechezy cierpienia w nauczaniu Jana Pawla II [Fundamentos de catequesis del sufrimiento en la obra de Juan Pablo II]. [en:] *Ból i cierpienie*, "Acta Academiae Modreviana", Krakowska Szkoła Wyzsza im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2004, s. 18-25.

Ryn Z.J., Klodzinski S.: Between Life and Death: Experiences of the Concentration Camp Musulmen. [en:] Auschwitz Survivors. Clinical-Psychiatric Studies. Editor Zdzislaw Jan Ryn, Publisher: "Przegląd Lekarski" (Medical Review) Krakow 2005 in cooperation with the Auschwitz-Birkenau Museum in Oœwiecim, Kraków 2005, s. 111-124.

Ryn Z.J., Zdebski J.: Jan Pawel II i góry. Aspekty antropologiczne i psychologiczne [Juan Pablo II y las Montañas. Aspectos antropológicos y psicológicos], [en] Konferencja Naukowa "Ks. Karol Wojtyła – Jan Pawel II. Milosnik gor i przyrody", Krakow, 13 de octubre 2005, Krakow 2005, p. 11-13.

Otras publicaciones:

Ryn Z.J.: Cel i program konferencji [Propósito y programa de conferencia], [en] Konferencja Naukowa "Ks. Karol Wojtyła – Jan Pawel II. Milosnik gor i przyrody", Krakow, 13 de octubre 2005, Krakow 2005, p. 7-10.

Ryn Z.J.: El Papa Juan Pablo II ofreció sus servicios a Dios hasta el final, "El Día", La Serena, 1 de abril de 2005, p. 1 y 12.

Ryn Z.J.: Esculapio en las grandes alturas, CD Rom, Universidad Católica del Norte, Escuela de Medicina, Coquimbo, abril 2005.

Ryn Z.J.: Konferencja Naukowa "Ks. Karol Wojtyła – Jan Pawel II. Milosnik gor i przyrody" [Karol Wojtyła – Juan Pablo II, amante de la montaña y la naturaleza], Krakow, 13 de octubre de 2005, Krakow 2005, p. 7-10.

Ryn Z.J.: Nieoczekiwane skutki pewnej terapii [Consecuencias inesperadas de una terapia], Reseña del libro David Lewis "Hombre que creó Hitler", "Nowe Książki", 2005, no 12, p. 26-27.

Ryn Z.J.: Prof. Krzysztof Przeclawski doktorem honoris causa [Prof. Krzysztof Przeclawski doctor honoris causa], "Puls AWF", 2005, no 2(22), p. 7-8.

Ryn Z.J.: Un Pensador, "El Mercurio", El Sábado [Santiago de Chile], no 342, 9 de abril 2005.

Ryn Z.J.: W poszukiwaniu sensu cierpienia [En la búsqueda del sentido del sufrimiento], "Biuletyn Informacyjny Miasta Jaroslavia", Año XII, 2004, no 10-11(142-143).

Ryn Z.J.: Wyspa Wielkanocna [Isla de Pascua], Fotorreportaje, "Dominik", Tygodnik dla Dzieci, 17 de abril 2005, no 16(294), p. 8-9, il.

Ryn Z.J.: Zawsze jest Wyspa Wielkanocna [Isla de Pascua para siempre], "Charaktery", 2005, no 3(98), p. 65-68, fot.

Entrevistas publicadas:

"Juan Pablo II estuvo interesado en la transición chilena". El médico polaco Jan Ryn fue su alumno y evoca su época universitaria. "El Mercurio", 3 de abril de 2005, p. C7, il.

Koszmar na pokolenia [Las pesadillas tras generaciones], Entrevista con prof. Zdzisław Jan Ryn, psiquiatra de Collegium Medicum, Universidad Jaguelona, "Głos Polski – Voz de Polonia", Buenos Aires, R LXXXII, no 3(4947), 7 II 2005, p. 15-16.

Papieskie "białe kruki" [Libros raros sobre Juan Pablo II], Takiego mnie jeszcze nie znacie: prof. Zdzisław Jan Ryn. "Dziennik Polski", no 111(18 513), 13 V 2005, p. 36, il.

Śmierć Papieża zintegrowała społeczeństwo [La muerte del Papa integró la sociedad], Entrevista con prof. Zdzisław Jan Ryn, ex-embajador de Polonia en Chile y Bolivia, "Głos Podbeskidzia", no 5(130), 2005, p. 40-41, il.

Zagłdanie za krawędź życia [Mirando atrás del límite de la vida]. Conversación con prof. Zdzisław Jan Ryn, "Charaktery", no 5(100), mayo 2005, p. 41-43, il.

Wyspa skarbów [Juan Fernández - Isla de tesoro], "Gazeta Krakowska", R CCX, no 228(17.495), 30 IX 2005, p. 1 i 2, il.

Kocha³ “niekochanych”. Ksi¹żka: Ryn o Kêpińskim [Él amaba a los no amados. Libro: Ryn sobre Antoni Kepinski], “Zycie Warszawy”, no 271, 22 XI 2005, p. 16, il.

JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ PORTALES

J.A. Rodríguez, P. Trincado, C. Nápoli. “Fracturas vertebrales, densidad ósea y vitamina D: hallazgos en 555 mujeres postmenopáusicas”. Congreso Chileno de Osteología y Metabolismo Mineral. *Premio SCHOMM al Mejor trabajo presentado al Congreso*, abril 2005.

J.A. Rodríguez, C. Carrasco, N. Wohlk et al. “Resultados del tratamiento quirúrgico de la acromegalia en Chile”. Simposio Latinoamericano sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Acromegalia, Iguazú, Argentina, 28-29 abril.

Asistencia a la Reunión Anual de la Endocrine Society. San Diego, California (USA) 1-3 junio.

Reunión de Investigadores para Proyecto de Investigación de Osteoporosis. Roma, Italia, 12-18 junio.

Conferencias: “Manejo del nódulo tiroideo; Climaterio; Trastornos endocrinos en el paciente crítico; Hipotiroidismo”. Docente invitado a Curso Endocrinología, Sociedad Médica de Coyhaique. 1-3 septiembre.

“Del caso clínico al meta-análisis: cambios en la epistemología médica”. Discurso Incorporación, Academia Chilena de Medicina. 13 octubre.

J. A. Rodríguez, C. Díaz, P. Trincado. “Risk factors for osteoporotic vertebral fractures in Chilean postmenopausal women”. Congreso Mundial de Menopausia, 18-20 octubre.

C. Díaz, J.A. Rodríguez. “Factores de riesgo para fracturas vertebrales prevalentes. Estudio de casos y controles”. Congreso Anual de la Sociedad Médica de Santiago. 27-29 octubre.

Jurado Concurso de Posters. Congreso Anual de la Sociedad Médica de Santiago. 27-29 octubre.

C. Díaz, J.A. Rodríguez. Factores de riesgo para fracturas vertebrales prevalentes. Estudio de casos y controles.

C. Díaz, J. A. Rodríguez, P. Trincado, J. Urrutia, M. Campos. Factores de riesgo asociados a fracturas vertebrales sintomáticas versus asintomáticas.

C. Carrasco, J. Véliz, N. Wohllk, D. Rojas, J.A. Rodríguez, G. González, J. López. Resultados quirúrgicos de 91 acromegálicos operados en 2 centros universitarios. Congreso Chileno de Endocrinología, 10-12 noviembre.

N. Roa, C. Campusano, J.M. López, E. Arteaga, G. González, L. Mosso, J.A. Rodríguez, C. Fardella. Radioterapia como tratamiento coadyuvante en la cirugía de tumores hipofisarios. Congreso Chileno de Endocrinología, 10-12 noviembre.

N. Roa, C. Campusano, J.M. López, J.A. Rodríguez, G. González, L. Mosso, P. Besa, E. Arteaga. Presentación clínica de tumores hipofisarios sometidos a cirugía: experiencia de 10 años. Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica por deficiencia de 21 hidroxilasa: Caracterización clínica y molecular.

A. Martínez, H. Rumié, H. Poggi, G. González, E. Arteaga, J.M. López, P. Villaseca, C. Campusano, C. Fardella, J.A. Rodríguez, V. Mericq, M. Lagos, A. Cattani. Cáncer diferenciado de tiroides en niños y adolescentes.

C. Godoy, A. Martínez, A. Catan, H. García, I. Torrealba, J.M. López, J.A. Rodríguez, C. Campusano, E. Mancilla, L. Reyes, R. Silva, R. Román, A. Solar, L. Mosso. Cáncer papilar de tiroides: Impacto de la etapificación ecográfica preoperatoria del cuello.

H. González, F. Cruz, A. O'Brien, I. Goñi, A. León, C. Camus, L. Mosso, E. Arteaga, J.M. López, G. González, C. Fardella, C. Carrasco, C. Campusano, J.A. Rodríguez. Radioyodo en el tratamiento de tiroides lingual obstructiva en paciente tetrapléjica hipotiroidea.

A. Espino, J.A. Rodríguez, F. Cruz. Jurado concurso de posters.

EDUARDO ROSSELOT JARAMILLO

Conferencias y presentaciones.

E. Rosselot. Conferencia: Secreto Profesional, en III Seminario sobre Ética Médica del Consejo Regional Rancagua del Colegio Médico. Rancagua, 16 de abril de 2005.

E. Rosselot. Conferencia: Diversidad, Equidad y Calidad desde la Perspectiva Axiológica, en el III Congreso Internacional y VI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago, 26 de mayo de 2005.

Estévez A., Jirón M.I. Ríos D., Troncoso E., López I., Hanne C., Jedlicki E., Martínez L., Mena A., Rosselot E., Mateluna E. – Currículo de Medicina: Visión de los Internos del antiguo (AC) y nuevo currículum (NC), presentado en III Congre-

so Internacional y VI Jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago, 25 a 27 de mayo de 2005.

Jedlicki E., Hanne C., Martínez L., Mena A., Rosselot E., Troncoso E., Estévez A., Jirón M.I., Ríos D., López I., Mateluna E. Currículo de Medicina: Visión de los actores del currículum, profesores, alumnos y personal administrativo, presentado en III Congreso Internacional y VI jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago, 25 a 27 de mayo de 2005.

Estévez A., Quevedo F., Bustamante M., Garrido S., Hanne C., Jedlicki E., Ríos D., Rosselot E. Evaluación de la docencia en Medicina: posible influencia del cambio de Profesor Encargado de Curso (PEC) en la opinión de los estudiantes, presentado en III Congreso Internacional y VI jornada de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago, 25 a 27 de mayo de 2005.

Rosselot E. Conferencia "De la diversidad, equidad y calidad en docencia en salud. Un modelo axiológico para las definiciones éticas de mínimos y máximos". en Graduación del Diploma de Bioética 2004. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 22 de julio de 2005.

Rosselot E. Conferencia "Nuevo Código de Ética del Colegio Médico y Tribunales de Ética" en Reunión del Departamento de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 26 de agosto de 2005.

Rosselot E. Conferencia: "Ética y Calidad en la formación profesional", en el 1er Simposium de Comunicación en Salud. Innovaciones curriculares y asistenciales. Stgo, 17 y 18 de noviembre de 2005.

Rosselot E. Presentación sobre "Lo que significa preocuparse de la formación multiprofesional en Ciencias de la Salud". E, Jornada de SOEDUCSA, 25 de noviembre de 2005. Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Rosselot E. Conferencia: "Enfoque Bioético del Paciente Terminal", en el XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Pucón, Chile, 1 de diciembre de 2005.

Participación en organismos de Gestión Docente y Académica

Miembro del Departamento de Ética Médica del Colegio Médico de Chile A.G.

Integrante del Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile A.G.

Presidente de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Directorio de la Sociedad de Educación en Ciencias de la Salud (Past Presidente).

Integrante de la Comisión de Educación Superior de la Academia de Medicina del Instituto de Chile.

Integrante de la Comisión Central de Autoevaluación de la Universidad de Chile.

Miembro del Consejo del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Director del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Observador Internacional en la 2ª. Fase del Proceso de Acreditación por CONEAU, de las Carreras de Interés Público (Medicina) en Argentina. Instituto Profesional del CEMIC. 2 al 7 de mayo de 2005.

Dirección del III Congreso Internacional y VI Jornadas de Educación en Ciencias de la Salud, Santiago de Chile, 24, 25 y 26 de mayo de 2005. (Profesionalismo y Calidad)

Asistencia al Seminario "Implicancias Jurídicas para la Profesión Médica de la Reforma Procesal Penal". Colegio Médico de Chile. Santiago, 5 de agosto de 2005.

Asistencia al X Seminario Internacional de Aseguramiento de la Calidad: Impacto y Proyecciones. CNAP y CSE. 28 al 30 de septiembre de 2005.

Docente del Curso de Gestión de Calidad a Distancia de Medichi, versiones 2004 y 2005; responsable del módulo de Ética y Calidad.

Docente del Diploma de Bioética Clínica, del Curso de Ética Clínica del Magíster en Bioética, y de los cursos de Bioética para Doctorados de la Facultad de Química y Farmacia (noviembre) y en Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina (diciembre) de la Universidad de Chile.

Docente del Diploma en Docencia en Ciencias Biomédicas. Módulos de Currículum y Gestión.

Asistencia al I Seminario Regional de Comités Ético-Científicos "Bioética e Investigación Científica: Nuevos Desafíos en el Marco de la Reforma de Salud". Santiago. 18 de agosto de 2005.

Asistencia al X Seminario Internacional "Aseguramiento de la Calidad, Impacto y Proyecciones". Consejo Superior de Educación. Santiago, 28, 29 y 30 de

septiembre, 2005.

Integrante (Presidente) del Comité Académico del Magíster en Bioética de las Facultades de Filosofía y Educación y de Medicina, de la Universidad de Chile.

Integrante del Comité Académico del Programa de Magíster en Educación en Ciencias de la Salud. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Publicaciones:

Rosselot E. La globalización en la educación superior europea. Pródromos para nuestra educación médica. Rev. Méd. Chile 2005; 133: 833-840.

Rosselot E., Bravo M., Goic A., Horwitz N., Thambo S., Valenzuela C., Sotomayor S.- Levonorgestrel: aspectos bioéticos implicados en su indicación y proscripción.(Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.) Rev. Méd. Chile 2005; 133: 841-6.

Rosselot E. Huella y Presencia. Año 13, en Huella y Presencia, vol VII, 2005, pp. 7-12.

Rosselot E. Incorporación del Dr. Jorge Las Heras a la Academia de Medicina del Instituto de Chile. Discurso de Recepción, en Huella y Presencia, Tomo VII, año 2005, pp. 195-201.

Rosselot E. Dimensiones del Profesionalismo Médico. Proyecciones para el Siglo XXI. Presentado a Rev. Médica de Chile. (7/2005)

Campos A. y Rosselot E. Valores de Hoy, Sentido y Experiencias. Facultad de Medicina, U. de Chile (Andros Imp.). 2005.

Campos A. y Rosselot E. Prólogo, en Valores de Hoy, Sentido y Experiencias. Facultad de Medicina, U. de Chile. 2005. Pp. 17-21.

Rosselot E. Calidad y Profesionalismo en la Docencia, Revista (electrónica) de Educación en Ciencias de la Salud (Facultad de Medicina, U. de Concepción). (2º semestre de 2005).

PEDRO ROSSO ROSSO

Cargo actual

Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Distinciones

El 28 septiembre de 2005, recibió la condecoración Caballero de la Orden al Mérito de la República Italiana, otorgada por el Gobierno de Italia.

Publicaciones

Mardones F., Rosso P. A weight gain chart for pregnant women designed in Chile. *Mater Child Nutr.* 2005; 1: 77-90.

ELSO SCHIAPPACASSE FERRETI*Publicaciones*

“Proceso de selección de estudiantes de Medicina en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá” (artículo de revisión). *Rev. Educ. cienc. Salud* 2005; 2(I): 6-8.

Conferencias

“Reforma de la Educación Superior en Chile hasta el 2011”, en curso de Actualizaciones en Educación Médica, a Docentes. Facultad de Medicina, Dpto. de Educación Médica.

Docencia

Integrante del grupo de profesores que participa en los grupos de tutoría en la asignatura de “Introducción a la Medicina.” Primer año de Medicina.

Integrante del grupo de profesores que participa en los grupos de tutoría en la asignatura de Bioética; Primer año de Medicina.

Otras actividades

Trabajo de revisión bibliográfica acerca de “Impacto de la Globalización en los currículo de las Escuelas y/o Facultades de Medicina” (para ser presentado en la Academia Chilena de Medicina en 2006).

Miembro del Comité Editorial de la Revista de Educación de Cs. de la Salud.

Distinciones

Miembro de la Academia de Profesores Eméritos de la Universidad de Concepción.

BENJAMÍN STOCKINS FERNÁNDEZ*Conferencias:*

Academia Chilena de Medicina: Conferencia: "Tratamiento de las hiperlipidemias. ¿Qué sabemos en el año 2005?", 6 de abril, Santiago.

Universidad Austral de Chile: XVI Curso de Avances en Medicina Interna: "¿Además de las Estatinas, qué?", Osorno, 31 de marzo de 2005.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: IV Simposio Internacional GEMI. Actualización en Síndromes Coronarios Agudos. "Experiencia preliminar del manejo del protocolo AUGE en Chile", Santiago 8 de abril de 2005.

Universidad de La Frontera: XIII Jornadas Multidisciplinarias de Avances en Medicina Interna:

"Infarto del Miocardio, Nuevos Desafíos y Oportunidades",

"Nuevas Evidencias en Dislipidemias e Hipertensión". Temuco, 21 y 22 de abril de 2005.

ILIB, Curso Internacional: Dislipidemia y Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica, Conferencia: "¿Hasta dónde debemos usar las Estatinas en Enfermedad Coronaria?", Santiago, 13 de mayo de 2005.

"Comprensión Global de la Dislipidemia: ¿Qué hay más allá del LDL?", Talca 3 de junio de 2005.

"Implicaciones Clínicas de la Disfunción Endotelial", Puerto Montt 17 de junio de 2005.

Abbott Diagnostic: Moderador de Conferencia científica: "Nuevos Marcadores diagnósticos para la detección precoz del IAM y para el diagnóstico y seguimiento de la ICC", Temuco, 23 junio de 2005.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XXVII Curso Oficial de Post Grado: Avances y Controversias en Cardiología y Cirugía Cardiovascular 2005, Conferencia: "IAM Trombolisis", Santiago, 14 de julio de 2005.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XXVII Curso de Post Grado: Avances y Controversias en Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2005.

"Tratamiento Actual de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva". 29 de julio de 2005

“Mesa Redonda: Insuficiencia Cardíaca”.

ILIB, Curso Internacional: Simposio Dislipidemia, Conferencia: “Metas en el uso de Estatinas en Enfermedad Coronaria”, Puyehue, 13 agosto de 2005.

Universidad de La Frontera: Programa Prevención Riesgo Cardiovascular, Conferencia: “Cardiopatía Coronaria”, Temuco, 23 agosto de 2005.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Curso Anual Cardiología: Conferencia: “Disfunción Diastólica, Mito o Realidad”, Viña del Mar, 21 octubre de 2005.

Organización Panamericana de la Salud: XXXIX Reunión Comité Asesor de Investigaciones: Conferencia: “La Investigación Clínica en Chile”, Santiago, 9 de noviembre de 2005.

Nombramientos:

Integrante del Consejo Consultivo del Ministerio de Salud.

Encargado Relaciones Internacionales Facultad de Medicina Universidad de La Frontera.

Asesor del Programa AUGE - Infarto del Miocardio en Araucanía Sur.

Participación en Congresos y Cursos

American College of Physicians, Orlando Florida, Estados Unidos, marzo 2005.

Paris Course on Revascularization (PCR). París Francia, mayo 2005.

Congreso Europeo de Cardiología, 3 al 7 de septiembre en Estocolmo-Suecia.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: XLII Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular: Pucón, 1 de diciembre de 2005.

Publicaciones:

Solange Martínez O., Yvette Zegers B., Benjamín Stockins F.: “Evaluación de una Maniobra Nutricional Tendiente a Reducir los Niveles de Colesterol en Pacientes Portadores de Enfermedad Coronaria en el Sistema Público de Salud chileno”. Revista Médica de Chile, 2004; 132:1457-1465.

RICARDO UAUY DAGACH-IMBARACK*Libros*

Tsang R.C., Uauy R., Koletzko B., Zlotkin S.H., editors. Nutrition of the preterm infant: scientific basis and practical guidelines. 2nd ed. Cincinnati, Ohio: Digital Educational Publishing, Inc.; 2005.

Hornstra G., Uauy R., Yang X., editors. The impact of maternal nutrition on the offspring. Basel: Nestec Ltd., / Vevey / Karger; 2005. (Nestlé Nutrition Workshop Series Pediatric Program; v. 55)

Capítulos de libro

Olivares M., Castillo C., Arredondo M., Uauy R. Cobre y zinc en nutrición humana (Copper and zinc in human nutrition). En: Gil A., editor. Tratado de nutrición. Madrid: Acción Médica; 2005. v. 1, p. 973-996.

Valenzuela A., Uauy R. Funciones biológicas y metabolismo de los ácidos grasos esenciales y de sus derivados activos. En: Gil A., editor. Tratado de nutrición. Madrid: Acción Médica; 2005. v. 1, p. 429-450.

Uauy R., Tsang R.C., Koletzko B., Zlotkin S.H. Concepts, definitions and approach to define the nutritional needs of LBW infants. In: Tsang R.C., Uauy R., Koletzko B., Zlotkin S.H., editors. Nutrition of the preterm infant: scientific basis and practical guidelines. 2nd ed. Cincinnati, Ohio: Digital Educational Publishing, Inc; 2005. p. 1-21.

Olivares M., Castillo Durán C., Arredondo M., Uauy R. Cobre y zinc (Copper and zinc). En: Gil A., Sánchez de Medina F., Ruiz M.D., Camarero E., Culebras J.M., González J., León M., Álvarez J., García de Lorenzo A., Montejo J.C., Planas M., Martínez de Victoria E., editores. Tratado de Nutrición. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE), Acción Médica SA; 2005. p. 973-996.

Uauy R., Rojas C., Llanos A., Mena P. Dietary essential fatty acids in early postnatal life: Long-term outcomes. In: Hornstra G., Uauy R., Yang X., editors. The impact of maternal nutrition on the offspring. Basel: Nestec Ltd, Vevey and S. Karger; 2005. p. 101-136 (Nestlé Nutrition Workshop Series. Pediatric Program; v. 55).

Artículos de revistas

Llanos A., Li Y., Mena P., Salem N. Jr, Uauy R. Infants with intrauterine growth restriction have impaired formation of docosahexaenoic acid in early neonatal life: a stable isotope study. *Pediatr Res* 2005; 58(4):735-740.

Birch E.E., Castañeda Y.S., Wheaton D.H., Birch D.G., Uauy R.D., Hoffman D.R. Visual maturation of term infants fed long-chain polyunsaturated fatty acid-supplemented or control formula for 12 mo. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(4):871-879.

Uauy R., Díaz E. Consequences of food energy excess and positive energy balance. *Public Health Nutr* 2005; 8(7A):1077-1099.

Araya M., Kelleher S.L., Arredondo M., Sierralta W., Vial M.T., Uauy R., Lonnerdal B. Effects of chronic copper exposure during early life in rhesus monkeys. *Am J Clin Nutr* 2005; 81(5):1065-1071.

Dangour A.D., Moreno X., Albala C., Rivera-Márquez A., Lera L., Villalobos A., Morris S.S., Uauy R. Chile's national nutritional supplementation program for older people: Lessons learned. *Food Nutr Bull* 2005; 26(2):190-197.

Araya M., Olivares M., Pizarro F., Méndez M.A., González M., Uauy R. Supplementing copper at the upper level of the adult dietary recommended intake induces detectable but transient changes in healthy adults. *J Nutr* 2005; 135:2367-2371.

Kain J., Uauy R., Lera L., Taibo M., Espejo R., Albala C. Evolución del estado nutricional de escolares chilenos de 6 años (1987- 2003). *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1013-1020.

Kain J., Uauy R., Lera L., Taibo M., Albala C. Trends in Height and BMI of 6 year-old children during the nutrition transition in Chile. *Obesity Research* (*aceptado para publicación*).

Distinciones

Annual Award of the Spanish Nutrition Society for International Nutrition.

Premio Abraham Horwitz 2005 PAHEF/PAHO por Liderazgo en Salud para las Américas.

President for International Union of Nutrition Sciences (IUNS)

GLORIA VALDÉS STROMILLI

Docencia

Docencia Fisiopatología/Patología Renal 3er Año Medicina: 3 Seminarios. Hipovolemia, Síndrome nefrótico, Insuficiencia renal crónica.

Docencia 4° Año Medicina: Curso Nefrología MEC 246-2005. Clases "Hipertensión primaria y secundaria-Casos clínicos", "Etapificación Hipertensión Arterial y factores de riesgo cardiovascular".

4 Seminarios "Homeostasia, Glomerulopatías, Hipertensión Renovascular, Insuficiencia Renal.

Docencia Tutorial Nefrología Clínica en Centro Médico San Joaquín a alumnos 4° Medicina Discusión en pequeño grupo de las principales patologías nefrológicas, supervigilancia atención de pacientes en sesiones de 4:30 h durante 2 semanas, por 3 períodos: 13 – 21 junio, 29 agosto - 11 septiembre y 21 noviembre – 4 diciembre.

Docencia Programa Doctorado en Ciencias Médicas: Seminario Programa Doctorado Ciencias Médicas curso MDO1020 "Procesos Biológicos Básicos en Enfermedades Humanas".

"Preeclampsia: Placentación como factor etiológico". 2 sesiones.

Tutoría Dr. Carlos Escudero, Alumno Doctorado Ciencias Médicas, 1er Año Unidad de Investigación.

Docencia de Postgrado: Docencia tutorial a becados de Nefrología y Medicina Interna en Centro Médico San Joaquín.

Actividades Asistenciales

Atención semanal en Centro Médico San Joaquín Programa Hipertensión (4 h semana).

Atención en Programa Diálisis Peritoneal y en Laboratorio Clínico Hipertensión, Lira 85 (2 h semana).

Presentaciones a Congresos

Vasodilatory factors and transformation of human spiral arteries. Valdés G., Corthorn J., Chacón C., Brosnihan K.B., Neves L.A. XVI Scientific Meeting Inter-American Society Hypertension, Cancún, 17-21 abril.

Trophoblast expresión of kallikrein, bradykinin B2 receptor, and endothelial nitric oxide synthase in normal gestation, preeclampsia and placenta accreta. G. Valdés, J. Corthorn, AM Germain, C. Chacón, S. Rey, I. Duarte, S. Rey.

II Latin-American Symposium Placenta Fetal Interaction. Noviembre 6-9.

Expresión of kallikrein, B2 bradykinin receptor and endotelial nitric oxide synthase in guinea pig utero-placental units along early, mid and late pregnancy. J. Cothorn, G. Valdés, C. Chacón. II Latin-American Symposium Placenta-Fetal Interaction. Noviembre 6-9.

Deferroxamine increases the expresión of kallikrein in a cellular line of human cytotrophoblasts. C. Escudero, J. Cothorn, G. Valdés, C. Chacón. II Latin-American Symposium Placenta.-Fetal Interaction. Noviembre 6-9.

Conferencias

Conferencia "The chilean experince with hypertension guidelines", XVI Scientific Meeting Inter-American Society Hypertension. Cancún, abril.

Homenaje Dr. Héctor R. Croxatto en Ceremonia organizada Fundación de Hipertensión. 2 julio. Casa Central Pontificia Universidad Católica.

Participación en panel "Hipertensión Endocrina" en Simposio Homenaje al Profesor Hernán Alessandri R. ¿Progresas la Medicina Interna? Santiago, 19 Agosto

Charla "Adaptaciones hemodinámicas a la gestación" a alumnos 1-4° Medio. Complejo Educacional Eduardo Cuevas Valdés, por Programa Explora Fondecyt, 13 octubre.

Moderadora panel "Industria Farmacéutica e Investigación" en Jornadas Investigación Facultad Medicina Pontificia Universidad Católica, 18 octubre.

"El paciente y el laboratorio de investigación. ¿Dos realidades incompatibles?"

Reunión Medicina Interna Escuela Medicina Pontificia Universidad Católica. 22 octubre.

Publicaciones

Goecke H., Ortiz A.M., Troncoso P., Martínez L., Jara A., Valdés G., Rosenberg H. Influence of the kidney histology at the time of donation on long term kidney function in living kidney donors. *Transplant Proc.* 2005; 37:3351-3.

Adaptaciones vasoactivas en la gestación normal y patológica. Valdés G. *Boletín Escuela Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.* 2005; 30:21-25.

G. Valdés, L. Anton, L.A.A. Neves, J. Cothorn, C. Chacón, A.M. Germain, D.C. Merrill, C.M. Ferrario, R. Sarao, J. Penninger, K.B. Brosnihan. Distribution of angiotensin-(1-7) and ACE2 in human placenta of early and term normotensive pregnancy and Preeclampsia".

Placenta. (en prensa.)

Investigación

Primer Año "Relación entre el sistema caliceína-cininas y otros componentes del repertorio vasodilatador en el proceso de la placentación". Investigador Responsable. Fondecyt 1050707.

Distinciones

Premio al Investigador Mayor. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica. Febrero 10.

Incorporación Academia de Medicina Instituto de Chile. Conferencia "Un largo viaje desde la hipertensión al inicio de la vida". 19 mayo.

Conferencia Sociedad Médica de Santiago. "El paciente y el laboratorio de investigación ¿Dos realidades incompatibles?" XXVII Congreso Chileno Sociedad de Medicina Interna, 28 octubre.