

Cartas al editor

Principales conceptos y propuestas vertidas por los asistentes al Primer Congreso de Fundamentos a la Ética y Bioética Aplicada y de los Derechos Humanos realizada en la Escuela Médico Militar del 11 al 16 de enero de 1999

En general consideraron valioso y exitoso el congreso humanístico y numerosas felicitaciones a la Escuela Médico Militar y a los organizadores por la selección de temas y ponentes que fueron considerados de alto dominio en los temas expuestos, tanto por su autoridad, seriedad y experiencia al dar a conocer estos campos en forma objetiva, sin prejuicios, equilibrados, sin dogmatismos y en aras del interés de la verdad.

La forma en que fueron presentados los temas fue precisa, clara, interesante y de utilidad para todas las áreas del conocimiento y aplicación en el ejercicio médico y profesional cotidiano, que lograron integrar un sentimiento de respeto y amor a la vida y a la dignidad del ser humano.

Algunos de gran impacto por su profundo contenido que dejan conocimientos actualizados en estas materias de bioética y derechos humanos, que permiten formar criterios para tomar decisiones con más amplia y completa estructura cognoscitiva en el actuar personal y profesional.

Las proposiciones más frecuentes son de realizar una mayor difusión para estos congresos y en lugar de realizarse en una semana se amplíen los mismos y se incluyan temas de problemática social para la población en general y realizar una revisión de aspectos introductorios que no repitan conceptos tratados en trabajos anteriores, como en el caso de los valores y derechos humanos que antes de comenzar las conferencias, se pongan de acuerdo para que en su exposición no repitan partes introductorias de cada tema, así mismo, que en los talleres los asistentes tengan una par-

ticipación interactiva que motiven más a los asistentes y participantes, que se realicen discusiones sobre otras corrientes de pensamiento de investigadores y se realicen exposiciones de algunos temas en forma conjunta con profesionales de la salud, jurisprudencia y la sociología. Algunos conferencistas deben ser invitados nuevamente (Dra. Rocatti, Lic. Cazamadrid) en un segundo congreso, realizándose una mayor difusión del mismo.

Se sugiere invitar a otras instituciones, para participar en la elaboración de carteles y hasta un certamen que califique a aquéllos mejor presentados.

Otra de las sugerencias, es hacer un nuevo curso para la asistencia y difusión en otras áreas de trabajo, se recomienda continuar con estas actividades, editar memorias y elaborar programas con sugerencias, así mismo promover la orientación a medios y vías de acceso y lugares de hospedaje.

Realizar la difusión de estos congresos por radio, televisión y carteles e insistir en que no se le diga «producto» al «bebé», que se conceda mayor tiempo a las preguntas de los congresistas por las dudas en los temas expuestos, así como compartir estos conocimientos con todos los profesionales. Se reconoce el gran esfuerzo que implica la organización de este tipo de eventos, pero verán recompensados sus semillas cuando éstas empiecen a germinar en otros sitios.

Tte. Cor. M.C. Alberto Omar Villalpando

México, D.F., a 17 de diciembre de 1998

Sr. Gral. de Brigada Jorge Islas Marroquín
Director de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 35-544
11649 México, D. F.

Muy estimado Señor Director: Me pregunto si sería usted tan amable de dar cabida a ciertos párrafos que no incluí en el trabajo que usted tuvo la gentileza de publicar en el No. 5 de la Revista de Sanidad Militar y que me fueron solicitados por un alto jefe de nuestro Ejército. Estos conceptos se refieren a la plática titulada «La relación médico paciente»

«El asunto del enlace médico-paciente trata de la relación la persona que sufre, pide ayuda y acude con colegas con-

fiando su salud y pensando que tratará con personas preparadas, con recursos y conocimientos disponibles para curar, aliviar o consolar, pero nunca para ser engañados. Este enlace se prolongará indefinidamente y no podrá ser eludido».

«Les platicaré algo más. A las quejas y reclamos por malos resultados obtenidos y trato despótico de los médicos, a menudo el enojo empeoró ante la presentación de cuentas millonarias por parte de los hospitales y de los médicos, que fueron calificadas como «infames atracos» al bolsillo de los enfermos».

«También impide el mejoramiento de las relaciones médico-paciente, la existencia de médicos «bucaneros», como los bautizó un distinguido médico militar. La credibilidad se pierde ante estos colegas que son buenos para todo, e invaden terrenos que no conocen, omiten consultas con médicos apropiados, exámenes y apoyo de colegas capaces. Lo mismo atienden una fractura que un parto: llevan a cabo liposucciones y atienden enfermedades del metabolismo, casi siempre con medicina empírica, etc. Los ejemplos de tan perniciosas costumbres son interminables y lo peor es que estos señores suelen gozar de impunidad y de prestigio profesional».

«Dadas las profundas limitaciones económicas que todos experimentamos, debemos evitar los excesos al pedir exámenes complementarios. Hay que cuidar los menguados recursos de nuestros enfermos. Conviene gastar unos minutos en explicarles lo que esperamos del resultado de los exámenes y comunicarles la interpretación a la mayor brevedad. ¡Esta es ineludible obligación que a menudo olvidamos!»

Pienso que la mayoría de los médicos pueden estar tranquilos y satisfechos si proporcionan, por convicción, trato amable, afectuoso, caritativo y honorable. ¡No hay sustituto para este comportamiento! Pero esto no se aprende en los libros, ni en las aulas. Se aprende cuando desde pequeños lo vemos ejemplificado en la conducta de nuestros padres y de nuestros maestros. ¡El mejor predicador es siempre Fray Ejemplo!»

«Al ofrecer tratamientos quirúrgicos, conviene limitar nuestros optimismos, es decir: 1) no ofrezcamos infalibilidades, 2) no exageremos beneficios, 3) no debemos prometer lo que no es dable cumplir, 4) no subestimemos riesgos. Solamente podemos ofrecer cumplir nuestra tarea en forma respetuosa, honesta y responsable».

Y a propósito de la exageración de beneficios, recuerdo el caso de una joven paciente que me dijo: «Mi madre se está muriendo y hace apenas 18 meses que el cirujano que la operó nos dijo: «Quitó todo el tumor de la mama, la operación fue un éxito y tu madre está curada»... y ahora, doctor, con profundo desconsuelo, añadió: «El cáncer le retoñó y lo tiene por todas partes y no hay remedio».

Estos tristes sucesos me permitieron apreciar el realismo y la seriedad con que enfocaban el problema mis maestros de cirugía. Miren ustedes, al salir del quirófano, palabras más, palabras menos, solían pronunciarse así: «La intervención se llevó a cabo porque hay una razonable posibilidad de curación: el tumor es pequeño y son excelentes las condiciones generales de salud de tu Mamá. Más adelante platicaré con ustedes cuando conozca, si hay o no diseminación a los ganglios linfáticos y conozca la estirpe del tumor. De cualquier modo, para juzgar si la operación fue o no exitosa habrá que operar entre 5 y 10 años: «Ya a solas me comentó: es ilusorio establecer pronósticos con base en datos anatómicos aislados y añadió: el comportamiento de estos tumores es totalmente inanticipable. Tumores pequeños pueden dar origen a metástasis en unos meses y tumores aparentemente incurables pueden ser seguidos de largas remisiones e incluso pueden verse curaciones inesperadas y

casi milagrosas. Entonces, le pregunté: ¿las clasificaciones no son útiles? Sí, pero su utilidad es limitada, me contestó; en primer lugar las clasificaciones son siempre algo artificial e incompletas, pero lo más importante es que las estadísticas no pueden aplicarse sin restricción al problema individual, en virtud de lo inanticipable del comportamiento de las neoplasias. Además, añadió: nunca exageres beneficios si desconoces cuál es el tratamiento ideal. Quizá nuestro error al atender el cáncer del seno consiste en que estamos tratando como enfermedad local a un padecimiento sistémico. Los años han demostrado que no es la magnitud del acto operatorio lo que resolverá este grave problema de salud pública. Ya para terminar, me preguntó algo que entonces no le pude contestar, pero que me obligó a meditar en los siguientes años acerca de varios problemas. ¿Le parece a usted correcto que cirujanos mediocres, que son los que habitualmente se exceden en las promesas de logros extraordinarios, hagan suyos los porcentajes de curación o mejoría conseguidos por cirujanos virtuosos y excepcionales, publicados en libros y revistas científicas casi invariablemente extranjeras? En efecto, con cuánta ligereza y engaño solemos manipular las cifras estadísticas.

«Pero hay un asunto, a mi juicio, que no ha merecido la debida atención por quienes gustan de escribir sobre estos temas. Se trata de encontrar respuestas a estas interrogantes. ¿Cómo están las relaciones de los médicos entre sí, cuando se avanza en edad? ¿Qué experimentan los médicos que anteriormente proporcionaron servicios profesionales y ahora, como pacientes, acuden con sus colegas en busca de auxilio médico? Nuestra mayor edad y personal experiencia nos permite opinar con objetividad y liberarnos de especulaciones. Como solicitantes se puede tener la fortuna de haber sido atendidos por médicos virtuosos en su desempeño profesional, cordiales, con trato amistoso, generoso e incluso caritativo. Es un verdadero privilegio contraer con ellos deudas impagables de gratitud y permanente agradecimiento. ¡Felizmente ésta ha sido la regla! Las cosas sin embargo no siempre suceden así y pueden encontrarse indeseables excepciones en la relación entre los médicos, que debieran ser (y no lo son) ejemplares en el trato cordial y afectuoso. En efecto, al consultar a ciertos colegas podemos entender y compartir el desagradable sentimiento que experimentan los pacientes cuando infortunadamente caen en manos de profesionistas maleducados, desatentos, crueles y mal preparados. ¡Estos colegas necesitan, con urgencia, un amigo verdadero que les haga notar que están profundamente deshumanizados!

Pero se pueden desprender enseñanzas provechosas de estas deplorables experiencias y para ello hay que revestirse de verdadera humildad cristiana y amor a nuestros semejantes, aún cuando algunos lo consideren cursi. Y como yo no soy ajeno a estas infortunadas conductas, en mis ratos de reflexión me he dicho a mí mismo ¡cómo quisiera una nueva oportunidad, ahora que medito sobre los errores que cometí en años anteriores, a fin de enmendar mis faltas! ¡De qué nos sirve tanta sapiencia si no hay caridad y comprensión humana!

«Al llegar al retiro de mis actividades médicas privadas (pero no de mi permanente interés en la medicina, que espero conservar sin límite) quisiera agregar lo siguiente: mucho me enorgullece recordar a mis maestros queridos, tener presentes sus inolvidables enseñanzas, recordar su congruencia incondicional. No tengo duda alguna: fue su conocimiento, su ejemplo y la amistad que muchos de ellos me brindaron, las contingencias que intervinieron en la felicidad de los años de mi juventud profesional. Estudiar fue su pasión, así como enseñar a sus alumnos a que aprendieran a pensar. Pertenecer a las sociedades médicas, nacionales y extranjeras, no fue su meta: fueron éstas las que reclamaron su presencia. Les llegaron premios y distinciones sin haberlas buscado y las aceptaron con profunda humildad cristiana y sabedores que enaltecían a su patria. De la amistad y la lealtad hicieron un verdadero culto.

Jamás escuché referirse a sus colegas en términos peyorativos, no obstante su talento superior. Fueron prudentes y respetuosos de las opiniones ajenas, aun cuando no coincidieran con ellas, en particular si se trataba de asuntos controversiales. Pero eran unos tigres para combatir al demagogo de la medicina, al mentiroso y a los explotadores. Repudiaban sin límite a los violadores de la ética profesional. Jamás buscaron beneficios económicos o fortaleza política mediante el aprovechamiento de su sabiduría. Los vi aten-

der con igual cariño y comprensión al humilde y al adinerado. Es interminable la lista de sus cualidades y virtudes, pero conviene detenerse.

«Y ahora termino respondiendo a una interrogante y acusándome de un pecadillo de vanidad, al formular este planteamiento. ¿Cuál puede ser el máximo orgullo y legítima satisfacción a la que puede aspirar un docente que pretendió llevar enseñanzas a sus alumnos, durante casi 30 años? Es muy sencilla la respuesta: ¡Verse superado por ellos! Imposible citar a todos por sus nombres. Por supuesto que sus logros y excelencias en su desempeño profesional no tienen que ver con el hecho de haber sido mis alumnos: son cualidades y virtudes inherentes a su capacidad y personal empeño. Pero eso no me impide agradecer en silencio la singular alegría que me proporcionan cuando me siento a escuchar sus exposiciones, leo sus contribuciones en las revistas científicas o me entero de sus honorables designaciones».

Nunca he dicho, ¡Es que fueron mis alumnos! pero sí he dicho:

¡Es que son médicos militares!

Les reitero mi agradecimiento por la paciencia que han demostrado quienes leyeron este escrito. ¡Muchas gracias!

Tte. Cor. M.C. Raúl Fernández Doblado
Monte Blanco 225, 11000 México D.F.

Sr. Dr. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 35-544
11649 México, D.F.

Revisión de un libro

Muy estimado Señor Editor: Solamente en la música y en la lectura de buenas obras se pueden encontrar horas de auténtica felicidad y satisfacción espiritual. Recientemente he tenido la fortuna de leer un libro notable, cuyo título original en latín es *De Egritudinibus et Remediis Infantium*. Se trata de un incunable editado en 1472, en la ciudad de Padua, por Paulo Bagalardo y traducido al castellano por Patricia Villaseñor. La edición es en verdad hermosa, con reproducción del texto original de un lado y su traducción en la hoja opuesta. ¡Cómo hemos mejorado! El prólogo, la introducción y las notas se deben al doctor Jesús Kumate Rodríguez, Médico Militar, Exsecretario de Salud y Caballero de la Legión de Honor de Francia.

En la lectura del texto me deleitó enterarme de las corrientes dominantes de la medicina en su tiempo. Todos los capítulos son interesantes y gocé en particular el que se refiere a la epilepsia y a los recursos mágicos propuestos otrora para sanar esta enfermedad considerada como sagrada.

Tengo la seguridad que todos los galenos y los pediatras en particular gozarán de su lectura y calidad de pre-

sentación. Hallarán deleite singular en capítulos titulados, por ejemplo: «Sobre las enfermedades del oído de los infantes, por dentro»; «Sobre los gusanos o lombrices de los infantes»; «Sobre el tumor del vientre en los infantes»; Sobre la incapacidad de contener la orina y la micción en el lecho».

Este es un libro que debe ser adquirido para leerlo y atesorarlo en nuestra biblioteca particular.

Por cierto que la edición original en latín y por supuesto la traducción termina con una verdad, que como todas las auténticas realidades tienen vigencia eterna «Solo la miseria carece de envidia» 1472, día 21 de abril.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225
11000 México, D. F.

México, D.F., a 18 de diciembre de 1998

Sr. Gral. de Brig. M.C. Jorge Islas Marroquín
Director de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 35-544
11649 México, D.F.

Muy estimado Señor Director: Esporádicamente recibo cartas de algún colega que interpreta incorrectamente mis afirmaciones y me atribuyen contingencias que no han pasado por mi mente. En efecto, a propósito de mi opinión acerca de la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL) un distinguido colega me indicó que mis objeciones (¿cuáles?) me ubican como «retardatario del progreso de métodos modernos», etc.

En rigor, sólo recuerdo haber señalado la ineludible obligación de los hospitales para impedir que estas intervenciones sean realizadas por cirujanos improvisados y cuya capacidad (piensan ellos) radica en haber asistido a dos o tres congresos. Indiqué también que los diplomas de asistencia de ninguna manera son sinónimo de eficiencia y capacitación. Quizá, estimado señor Director, encuentre el siguiente relato como claro ejemplo de la importancia que tienen tales exigencias.

«Lesión cerebral causada por histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica» (HVAL)

En 1992 le fue recomendada la HVAL a una señora de 45 años de edad, con larga historia de endometriosis. Tres años antes, parte del sigmoide había sido resecado por padecer endometrioma obstructivo. La paciente aceptó la intervención (HVAL), que se prolongó por 7 horas. La pérdida de sangre no se cuantificó pero fue estimada como «alta», habiendo presentado manifestaciones de hipovolemia posoperatoria. En la necesaria reintervención realizada 4 horas después, los hallazgos consistieron fundamentalmente en áreas extensas hemorrágicas, que incluían el muñón vaginal, así como desgarros de la mucosa rectosigmoidea y varias perforaciones en ambos lados del colon transversal. Se hicieron las necesarias reparaciones y se practicó colectomía parcial y colostomía pasando al servicio de terapia intensiva.

En virtud de la persistencia del sangrado fue nuevamente intervenida al día siguiente, siendo necesario ligar la arteria uterina, fuente de la hemorragia. Como resultado de la pérdida de sangre en gran cantidad, de los desórdenes de la coagulación que presentó, el cerebro sufrió daño permanente e irreversible que la incapacita para depender de sí misma.

El cirujano fue demandado y se encontraron las siguientes sorpresas: 1. A 5 años de su retiro el cirujano nunca antes había realizado la HVAL. 2. No fueron empleados los instrumentos adecuados. 3. No había recibido el entrenamiento apropiado ni alcanzado la competencia indispensable para llevar al cabo esta operación. 4. Esta había sido la primera operación, de esta naturaleza, verificada en ese hospital estadounidense del estado de Massachusetts. La querrela quedó concluida mediante pago de \$ 1 millón de dólares. Allí, por supuesto, no hay consejos costosos para conciliar y servir de árbitros ante tan punibles atracos a la salud y la vida.

Ref. Bibliog: Contemporary ob/gyn. 1998; 43: 203-204

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Raúl Fernández Doblado.
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225. 11000 México, D.F.

Noviembre 4 de 1998

Sr. Gral Brigadier Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de SANIDAD MILITAR
Apartado Postal 35 - 544
11649 México, D.F.

Muy estimado Señor Editor: No obstante el abandono de mi actividad médica privada, espero mantener mi permanente interés en la medicina. Recientemente, (23/X/98) al celebrarse el día del médico vinieron a mi mente recuerdos imborrables, inolvidables y mi deseo de expresar mi infinita gratitud a mis antiguos profesores, si su hospitalidad me lo permite.

Me entusiasma recordar en particular a dos maestros que cambiaron mi manera de pensar y de actuar en la práctica de nuestra envidiable profesión. En efecto, fue mi fortuna el ser distinguido con la amistad de los Coroneles M.C. Jorge Menezes Hoyos y Leonel Fierro del Río (ambos fallecidos) y pude beneficiarme al observar su comportamiento ante sus enfermos, colegas y estudiantes. Ellos no predicaban con

discursos o consejos, *nos enseñaban con el ejemplo*. Nos sorprendía favorablemente a sus alumnos el trato atento, cordial y comprensivo que dispensaban, lo mismo al paciente millonario (y los había) que al enfermo humilde e incapacitado para cubrir sus honorarios, que nunca fueron abusivos.

Prudentes, serios y responsables, basaban invariablemente sus decisiones en el conocimiento de hechos demostrados con todo rigor científico. No confundían hechos con teorías, hipótesis e interpretaciones y jamás se aventuraron por el camino de la imaginación. Fueron enemigos de la especulación y de los prejuicios, siempre estériles. Modestos y austeros eran sus consultorios, pero sus bondades y conocimientos eran gigantescos. Ambos recibieron premios, honores, distinciones: sin embargo, era de tal magnitud su humildad que permanecieron ignorados por muchos años para algunos de sus alumnos. Estudiar era su pasión, así como enseñar a sus alumnos a que aprendieran a estudiar, usando con provecho sus facultades mentales superiores.

Para establecer el diagnóstico dependían fundamentalmente del interrogatorio y del examen físico, metódico, intencionado y bien orientado. Por supuesto que los nuevos y notables adelantos no les eran desconocidos, pero

eran recursos auxiliares de los que no debería abusarse. ¡Es más importante conocer al enfermo que a la enfermedad! solía decir el maestro Meneses. Jamás le oí expresarse peyorativamente al referirse a sus colegas, no obstante su talento superior.

Sean honestos, serios, prudentes; no exageren beneficios, no subestimen riesgos, no prometan infalibilidades ni aquello que no puedan cumplir. Desarrollen y mantengan de manera permanente su sentido de responsabilidad, tan importante para la salud y la vida de sus enfermos. Ofrezcan solamente cumplir con su tarea profesional con honestidad, responsabilidad y caridad. ¡Cómo extraño a mis maestros, médicos extraordinarios y auténticos orgullos de nuestra patria!

En este mes de noviembre cumplió seis años de haber fallecido el inolvidable maestro Leonel Fierro del Río.

En fin, Señor Editor, le ofrezco una disculpa por haberme excedido en el espacio, justificada solamente por el recuerdo cariñoso y la gratitud que me merecieron. Muchas gracias.

Tte Cor. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar

México, D.F. a 26 de enero de 1999.

C. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 35-544
C.P. 11649 México, D.F.

Distinguido Sr. Editor: Sobre el artículo intitulado «Malrotación intestinal en el Adulto, informe de un Caso», de los doctores Córdova González y Candia de la Rosa-1998; 52(6) Nov.-Dic.:387-390: cabe resaltar su importancia en cuanto informa de la posibilidad de que este padecimiento muy pediátrico se manifieste ocasionalmente en el adulto. También es digno de destacar las circunstancias por las cuales después de una cesárea y a los tres días posteriores a ella, al presentarse un cuadro de abdomen agudo, en el curso de la urgente laparotomía fuera hasta entonces reconocida dicha anomalía congénita, así como también los hechos que la enferma haya sido reintervenida a los 10 días para la práctica de una colecistectomía y todavía más, el que al parecer al día siguiente de esta cirugía fuera nuevamente intervenida para el desenclavamiento de un cálculo en la Ampulla de Vater. La enferma sobrevive sin complicaciones al retiro de la sonda en «T» al término de 38 días. Estos cuatro episodios quirúrgicos complicantes fueron superados seguramente por los buenos manejos posoperatorios.

Sin embargo, es necesario precisar algunos criterios en relación con la entidad motivo de la publicación. Para el pediatra cirujano las malrotaciones intestinales y los defectos de implantación peritoneal le son comunes. Nuestros conceptos embriológicos difieren un tanto de los expresados por los autores, como cuando, por citar un ejemplo, dan a entender que los errores en el primer periodo de

la detención del desarrollo del intestino medio, *per se*, (hecho que ocurre antes de la 10a semana) es la causa del exónfalos y no su frecuente consecuencia acompañante. Aprovechando estas líneas es conveniente recordar que el intestino medio comprende dos segmentos: el prearterial y el posarterial: el primero se extiende del duodeno al conducto vitelino y el segundo, de éste a la parte media del colon transversal. Entre la sexta y la décima semanas de la vida embrionaria el tubo alimentario crece más rápidamente que la cavidad celómica por lo que una porción del intestino medio y algunos otros órganos protruyen por la base de la cuerda umbilical; el que a partir de la décima semana el ritmo de crecimiento se invierte y el celoma al crecer más aceleradamente motiva la introducción a la cavidad abdominal tanto del intestino medio como el de los otros órganos antes protruidos, tiempo durante el cual dicho intestino medio y otras vísceras tenderán a acomodarse normalmente. Si la rotación no se efectúa o lo hace inapropiadamente, la porción posarterial del intestino medio, el cual incluye el íleon terminal, el ciego, el colon ascendente y el transversal se ubican casi en su totalidad del lado izquierdo del abdomen, como al parecer fue el caso de la interesante publicación.

Pero en donde sí existe un frontal desacuerdo es en lo referente al tratamiento y por el cual los autores le atribuyen a

quien de refilón aún me correspondiera como maestro, al Dr. William E. Ladd, la sutura del colon ascendente al colon descendente y sigmoides con la intención de «fijar el pedículo mesentérico y así evitar la torsión», esto es contrario a su técnica.

No hubo hecho más opositor de parte del cirujano pediatra que era Ladd, en el manejo de las malrotaciones en las cuales él fue pionero, que la fijación colónica que los autores equivocadamente le atribuyen. El neonato, el lactante, el pre y el escolar con el rápido crecimiento y desarrollo de sus vísceras abdominales se ocluirían por acodamientos, angulaciones y torsiones si es que parte alguna del intestino se suturara. Los cirujanos pediatras sabemos que después de la corrección del volvulus del intestino medio, hay que proceder a seccionar las bandas ceco-renales que ocluyen el duodeno —malrotación intestinal variedad ciego no descendido, que es la más frecuente— y permitir que el ciego se acomode libremente en el flanco izquierdo del abdomen.

Nunca practicar la apendicectomía para evitar la posible sepsis que se suscitara con la movilización peristáltica precoz que se requiere a fin de evitar las nuevas coalescencias de las partes recientemente despulidas. De esta posición ceco-apendicular serán informados los familiares. Como discreta modifi-

cación a la técnica de Ladd, con frecuencia practicamos la piloromiotomía, cuando al tacto notamos cierta hipertrofia pilórica o desde luego cuando ésta existe concomitantemente para acto seguido embarrar gentilmente la solución de nitrofurazona sobre esas zonas despulidas. Con esto se ha logrado disminuir las antes frecuentes reoperaciones.

Referencias

- Ladd EW, Gross ER. *Abdominal surgery of infancy and childhood*, Phil and Lon. W.B. Saunders Cy 1941; Chap V; 53-70.
- Gross ER. *The surgery of infancy and childhood*, Phil and Lon. W.B. Saunders Cy 1953; Chap 14; 192-210.
- Straffon OA, Figueroa M, García GR. Malrotación de intestino variedad ciego no descendido -Enfermedad de Ladd-Informe de 72 casos. *Rev Mex Ped México* 1968; XXXVII (3) 75-84.
- Straffon OA. *Pediatría médico quirúrgica*. México 4a Ed. Edit Trillas 1992; Cap 13 73-85.

Atentamente

Tte. Cor. M.C. Retirado. Andrés Straffon Osorno
Parque de la Duquesa 48, Col. El Parque de Coyoacán.
C.P. 04890. México, D.F.

Medicina basada en evidencia clínica ¿Puede alguien estar en contra de ella?

Tampico, Tamps. 26 de enero de 1999.

C. Gral. Brig. M.C.
José Antonio Redon Tavera.
Editor Rev. Snd. Militar.

Estimado Señor Editor: La medicina basada en evidencia, se define como el proceso de investigación orientada de la literatura científica y aplicar sus resultados a la práctica clínica.¹ Significa integrar la experiencia clínica individual, no el gusto estético... «A mí me gusta para»... las costumbres, los rumores, la magia y dogmas, con la mejor experiencia clínica disponible, que se obtiene de la exploración física sistemática.

Para efectuar este proceso se deben seguir los siguientes cuatro pasos:²

1. Elaborar, es hacer una pregunta a partir de un problema, que presente el paciente, haciéndola lo más específica posible. Puede ser acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc., etc.

2. Localizar la bibliografía de mayor importancia relacionada con la pregunta inicial en la literatura. Actualmente con Internet, todos los médicos a quienes nos interese el desarrollo de nuestra profesión, podemos tener acceso a mucha información, se calculan alrededor de 36,000 revistas biomédicas en todo el mundo. Se pueden obtener artícu-

los publicados hasta la semana anterior de la búsqueda.^{3,4}

3. Evaluar, significa valorar críticamente las publicaciones en función de su validez y utilidad, para resolver la pregunta inicial y aplicarla a la práctica médica, para beneficio de nuestros enfermos. Es recomendable aunque no indispensable la búsqueda y lectura de los artículos denominados metanálisis, en los cuales se combinan resultados de estudios previos y que se utilizan para elaborar conclusiones acerca de la eficiencia terapéutica o nuevos planes de estudio.⁵

4. Aplicar, con base en las evidencias más importantes, toma de decisiones clínicas y su aplicación a la práctica médica diaria. Esta siempre será decisión del médico o del grupo médico, haciéndolo con crítica y analizando las situaciones en que se llevará a cabo. Debemos siempre utilizar tanto la experiencia clínica individual, como la mejor evidencia externa disponible, porque ninguna de las dos es suficiente por sí misma.

Hay quienes agregan una quinta etapa que es conducir otros análisis cuando sea necesario.

Es de justicia señalar que las ideas en que se fundamenta la medicina basada en evidencia no son nuevas, identificar preguntas y consultar la literatura siempre se ha hecho... Pero de manera ocasional y con las limitaciones señaladas con anterioridad, si basamos en cambio en este proceso la consulta y evaluación de la literatura, se convierte en un procedimiento rutinario, mejora la comprensión de los métodos de investigación y efectúa una crítica más estricta de la información, promoviendo la enseñanza autodirigida y el trabajo en equipo, y por qué no, el día de mañana también generar y producir nuestra propia información, y no solamente ser receptores de la generada en otros países, sobre todo los de habla inglesa.

«Saber y hacer son una y la misma cosa». Máxima Samurai.

Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera,
Editor Revista de Sanidad Militar

Agradezco al Tte. Cor. M.C. Jorge Luis Díaz Alday sus interesantes reflexiones sobre Espina Bífida, Genes y Vitaminas (*Rev Sanid Milit* 1998; 52(2): 83-84) y quisiera aprovechar su interés académico para hacer 3 comentarios; y aunque me halla orillado a trabajar el doble pues esto es un resultado benéfico de la interacción entre colegas. Primero, por ser el más importante por trascendente en nuestro Servicio, su último párrafo —su satisfacción de encontrar objetivos comunes entre investigadores biomédicos (tradicionalmente «de ciencias básicas») y clínicos. La única diferencia entre investigador en biomedicina y clínico o cirujano es su enfoque primario hacia la enfermedad. Los primeros intentan explicar los mecanismos de la expresión vida y de sus alteraciones, y los segundos, tratar al enfermo y a la enfermedad. De manera general, durante los siglos 18 y 19 ambas actividades se desarrollaron en forma un tanto separada, pero a partir de los años 50 con la identificación de la molécula de la herencia y de los mecanismos regulatorios básicos (el operón) dichas actividades se entremezclan cada vez más y la terapia génica, por ejemplo, empezó a ser intentada con el fago y y desde los 60. El cambio de enfoque principal de la nosología hacia la nosogenia es resultado de todo ello e iniciado desde 1882 cuando Koch anuncia que ha encontrado la causa de la TB (principios de la medicina moderna). Y dada la complejidad de la vida, y por consiguiente de las enfermedades, quien no intenta conocer y dialogar con la otra actividad vive en época pretérita. Simplemente recordar que ya en los 40 fueron clínicos quienes explicaron, a nivel molecular, la resistencia a penicilina del pneumococo.¹ Es la inquietud de la persona quien lo lleva a laborar, y de manera principal en uno o en el otro campo.

Segundo, folato. Los defectos del tubo neural (DTN) se encuentran entre las alteraciones del desarrollo al nacimien-

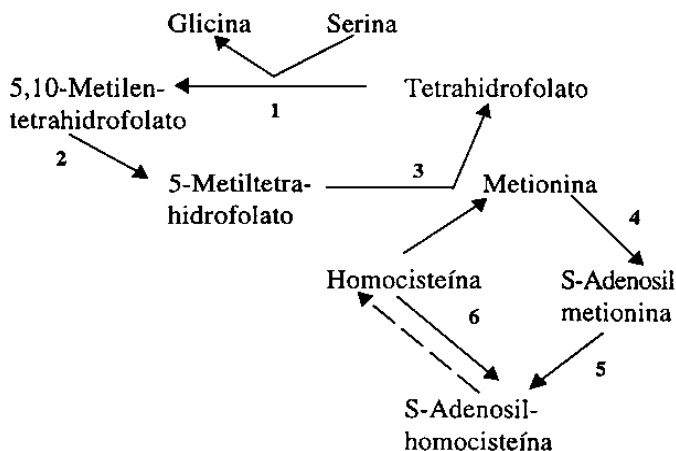
Referencias

1. Villegas S, Padilla A. La Medicina basada en la evidencia clínica aplicada, en los servicios de urgencias. *Urgencias*. Ed McGraw-Hill Interamericana 1998; 49-54.
2. Humolmel HN, Cherem JH. Medicina basada en la evidencia clínica. *Rev Fac Med UNAM* 1997; 40: 7.
3. Rosemberg W, Donald A. Evidence based medicine a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420.
4. Nieto E. *Internet para médicos*; México: Paidós. 1996.
5. Sackett D, Rosemberg W, Gray J et al. Evidence based medicine: what is and what is'n. *BMJ* 1996; 312: 71.

Tte. Cor. M.C. Jorge Luis Díaz Alday.
Jefe del Servicio de Pediatría y Med. Prev. del H.M.R.
Profesor de Farmacología. Fac. Med.
Universidad del Noroeste.

to más comunes y se han asociado con anomalías en los cromosomas 18 y 21 con trisomía 13 y quizá como una condición asociada al X. La mayoría de los DTN son esporádicos, aislados y multifactoriales. La deficiencia de folato es pues sólo uno de entre varios factores; y dicha deficiencia es peculiar, puesto que los 200 µg/día requeridos por el adulto no son suficientes para el embrión y la dosis materna efectiva (400-800) está en desproporción a los requerimientos biosintéticos totales de la madre y de los productos de la concepción a esa temprana edad. De todas maneras, ¡folato es capaz de prevenir hasta un 70% de los DTN en el humano! Su prescripción periconcepcional no puede ser ignorada. Además, folato previene también bloqueos en la septación aórtico-pulmonar. El folato participa en el mantenimiento de los grupos de un carbón (excepto el reducido metano y el oxidado CO₂) y de S-adenosilmetionina que es el donador primario de grupos metilo, siempre y cuando las enzimas correspondientes estén presentes. Dicha condición depende de los particulares procesos, en tiempo y en espacio de diferenciación celular, la cual, es heterocrónica. Esta consideración es importante porque el efecto teratógeno de la insuficiencia de folato no es general ni aleatorio sino específico y predecible, el resto del embrión se desarrolla. Bien, existen varias metiltransferasas que utilizan S-adenosilmetionina pero todas ellas son inhibidas por producto, la S-adenosilhomocisteína, por lo que su remoción es esencial. S-adenosilhomocisteína es transformada hacia homocisteína pero el equilibrio de la reacción favorece la producción de S-adenosilhomocisteína. La administración de homocisteína produce bloqueos en la septación aórtico-pulmonar y en el cierre del tubo neural en embriones de pollo y dicho efecto es prevenido por folato.² En el humano, el exceso de homocisteína es factor de riesgo para estas dismor-

fogénesis y para preeclampsia,³ ambas condiciones sensibles a folato. La deficiencia de metionina sintasa produce también DTN.⁴ El metabolismo de metionina y de tetrahidrofolato presenta interrelaciones íntimas:⁵



Enzimas: 1, Serina hidroximetilasa. 2, Metilentetrahidrofolato reductasa. 3, Metilfolato homocisteína metiltransferasa. 4, Metionina adenosiltransferasa. 5, S-Adenosilmetionina transmetilasa. 6, S-Adenosilhomocisteinasa.

El esquema muestra que la falta de metionina limita la disponibilidad de S-adenosilmetionina y que el exceso de homocisteína da lugar a S-adenosilhomocisteína que inhibe las metiltransferasas. Por otro lado, el exceso de metionina disminuye 5-metiltetrahidrofolato por inhibición de la enzima número 3. Esta enzima, metilfolato homocisteína metiltransferasa, es la única que utiliza 5-metiltetrahidrofolato y con la coenzima metilcobalamina. Cuando esta coenzima falta se limita la regeneración de tetrahidrofolato y por ello la deficiencia de B12 produce efectos similares a los de la falta de folato. En cuanto a nucleicos, el 5,10-metilentetrahidrofolato es utilizado por la timidilato sintasa para convertir la desoxiuridina 5-monofosfato (dUMP), proveniente de la desaminación de dCMP, en dTMP. Este último es también generado a partir de timidina por la timidina cinasa. Por lo tanto, el folato es requerido en varias vías del metabolismo intermediario a través de las metiltransferasas y para la síntesis de DNA. En el humano, mutaciones de la metilentetrahidrofolato reductasa, enzima 2, son factor de riesgo para DTN^{6,7} pero sólo llegan a explicar un 10-15% del riesgo.

Tercero y último, PAX3. El ratón *splotch*, con mutación en el gen PAX3, presenta entre otros defectos, DTN. PAX3

codifica un factor de transcripción que regula la expresión de varios genes: *N-CAM*, *N-caderina* (a los que se refiere Jorge Luis), *c-met*, *MyoD*, *Myf-5* (involucrados en miogénesis) y *versicans* que codifica para un proteoglicano de condroitin-sulfato. Ninguna proteína codificada por estos genes parece estar relacionada al metabolismo del folato. La mutación PAX3, en más de 50 sitios,⁸ en el humano (cromosoma 2q35-37), produce el síndrome de Waardenburg tipos I y III (presentación extrema del tipo I) con defectos en tejidos derivados de la cresta neural,⁹ entre ellos: despigmentación en parche (ausencia de melanocitos en piel, pelo y ojos), sordera (falta de la estría vascular de la cóclea), distopia canthorum, y, espina bífida (aparente u oculta). Sin embargo: a) las mutaciones en PAX3 no causan la mayoría de los DTN y no hay enlace génico entre PAX3 y DTN familiar en el humano,¹⁰ y b) el ratón *splotch* presenta un defecto en el metabolismo de folato y su DTN es prevenido por la administración de folato, mejorado por la de timidina, y exacerbado por la de metionina.¹¹ ¡Sorpresas nos da la vida!

Saludos Jorge Luis.

Referencias

1. Hotchkiss RD. Gen, principio transformante y ADN: Antología de biología molecular, 2a edición, M Castañeda editor, México, Dir Gral Publs UNAM, 1985: 119-132.
2. Rosenquist TH, Ratashak SA, Selhub J. Homocysteine induces congenital defects of the heart and neural tube: Effect of folic acid. Proc Natl Acad Sci USA 1996; 93: 15227-15232.
3. Sohda S, Arinanu T, Hamada N, Yamada N, Hamaguchi H, Kubo T. Methylenetetrahydrofolate reductase polymorphism and pre-eclampsia. J Med Genet 1997; 34: 525-526.
4. Morrison K, Edwards YH, Lynch SA, Burn J, Hol F, Mariman E. Methionine synthase and neural tube defects. J Med Genet 1997; 34: 58.
5. Finkelstein JD. Methionine metabolism in mammals. J Nutr Biochem 1990; 1: 228-237.
6. Van der Putt NM. Mutated methylenetetrahydrofolate reductase as a risk factor for spina bifida. Lancet 1995; 348: 10701071.
7. Whitehead AS. A genetic defect in 5-10 methylenetetrahydrofolate reductase in neural tube defects. Q J Med 1995; 88: 763766.
8. Carey ML, Friedman TB, Asher JH, Innis JW. Septo-optic dysplasia and WSI in the proband of a WSI family segregating for a novel mutation in PAX3 exon 7. J Med Genet 1998; 35: 248-250.
9. Read AP, Newton VE. Waardenburg syndrome. J Med Genet 1997; 34: 656-665.
10. Chatkupt S, Hol FA, Shugart YY, Genrds MPN, Stenroos ES, Koenigsberger MR. Absence of linkage between familial neural tube defects and PAX3 gene. J Med Genet 1995; 32: 200-204.
11. Fleming A, Copp AJ. Embryonic folate metabolism and mouse neural tube defects. Science 1998; 280: 2107-2109.

Cor. M.C. Ret. Mario Castañeda