

Cartas al editor

México D.F. a 25 de abril de 1999

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

Muy estimado Señor Editor:

Durante muchos años he combatido, como médico y como profesor, con los recursos disponibles a mi alcance, el perjuicio que en las personas origina la lectura de notas médicas sensacionalistas que aparecen en diarios nacionales y revistas ajenas a nuestra actividad profesional. Si criticable es la hospitalidad de los medios que, con la mejor buena fe, abren sus puertas a personas ineptas e impreparadas (inclusive médicos), también es censurable la ausencia de protestas por parte de las Asociaciones, Academias de Medicina, etc. que debieran sacudir su apatía, desidia e indiferencia y manifestar su decidida oposición a la divulgación de pseudo-ciencia, tan nefasta.

Esto es precisamente lo que le recomendaba a un colega, oftalmólogo muy distinguido, que estaba enojadísimo porque ha visto publicada, con harta frecuencia, curaciones dizque no-

tables logradas en padecimientos oculares que infortunadamente son incurables en el estado actual de adelanto de la medicina. En lugar de enojarse —le dije— debieran hacer mani-fiesta su inconformidad. En efecto, es de inaudita crueldad despertar esperanzas de curación, cuando los médicos sabemos que no las hay. Hay enfermedades incurables, por supuesto, que son susceptibles de mejoría y controlándolas la calidad de vida mejora. Es inadmisibles engañar y prometer logros inalcanzables, en la búsqueda de beneficios económicos. ¡Basta ya de engaños! La Sociedad de Oftalmología tiene la palabra.

Atentamente

Dr. Raúl Fernández Doblado. Profesor Emérito
de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225 11000 México, D.F.

México D.F. a 20 de abril de 1999

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

Muy estimado Señor Editor:

Como médico militar experimenté gran satisfacción y orgullo cuando recientemente los ciudadanos fuimos enterados del reconocimiento otorgado al Gral. de Brig. Rafael Moreno Valle, un hombre que ha servido a su patria con profunda honestidad y convicción en incontables puestos de gran responsabilidad y jamás en su desempeño ha manchado su honor.

Moreno Valle fue primero mi maestro y, después, mi inolvidable amigo Gregorio González Mariscal y mi maestro querido y siempre recordado, don Juan Pérez Muñoz (ambos fallecidos) me enseñaron a conocerlo, admirarlo y respetarlo. Cuan cierto es que, en el ejercicio de su profesión, jamás separó al rico del pobre, al influyente del desposeído. Atendió invariablemente, con igual efecto, dedicación y cariño a todos sus pacientes, que sumaron miles. Hubo noches que no durmió entre operaciones y consultas. Los honora-

rios eran cosa secundaria (a menudo el pago era en pollos, plátanos y frutas). No era capaz de ofender con el rechazo del regalo más insignificante. Todo le complacía. Quedaba pagado con un ¡muchas gracias doctor!

En general Moreno Valle ocupa con justa razón un lugar de distinción entre los médicos militares. Es un gran amigo, siempre presto a servir y es un electrizante conversador, dotado de prodigioso memoria. No hace mucho tiempo, en épocas de menos tristeza, propias del adelanto de los años e inevitables enfermedades, nos reuníamos a desayunar con él, mis condiscípulos Rafael García Carrizosa, Kumate Rodríguez, su atento servidor y nuestra respectivas esposas. Esas inolvidables reuniones se han espaciado, pero nunca se espaciará el sentimiento de gratitud y de afectuoso cariño que guardamos para Rafael (o San Rafael como algunos de sus pacientes lo llamaban).

Decía ese sabio ilustre orgullo de España y de la humanidad, don Santiago Ramón y Cajal; «Cualquiera pueda te-

ner uno o dos amigos, muy pocos seis y nadie una docena». Con el inmenso respeto a esta figura extraordinaria de la medicina, pienso que puede haber excepciones. Considero que Rafael Moreno Valle tiene más de una docena y yo me sentiría halagado en formar parte de ese excepcional exceso que se ha ganado con sus cualidades.

Esta clase de ciudadanos y de médicos militares nos hacen sentir el orgullo por nuestra mexicanidad, tan deteriorada por la proliferación de tantos malosos.

Atentamente

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

México, D.F. a 16 de mayo de 1999

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

Estimado Señor Editor:

El interés por encontrar métodos eficientes para inducir el parto, en circunstancias distintas, incluyendo la ruptura prematura de las membranas, explican la aparición de valiosas contribuciones como la publicada en nuestra Revista de SANIDAD MILITAR (1999: 53: 18-22) en donde Rodríguez Ballesteros y col. exploran y dan a conocer los favorables resultados obtenidos con el empleo del dinoprostol, comparado con el uso de oxitocina.

Los investigadores en sus conclusiones se inclinan por la utilización de la prostaglandina E, es decir, el dinoprostol.

A este respecto, recientemente Wing D y col. (CONTEMP OB/GYN 1999; 44: 46-51), que comparten con centenares de gineco-obstetras su entusiasmo por hallar métodos válidos y confiables, nos indica haber encontrado al misoprostol, en dosis reducidas de 25 mg, aplicados en el fondo de saco vaginal posterior, a intervalos de 4 horas, como método altamente eficiente y seguro, con menos complicaciones y a un costo considerablemente menor, cuando se compara con el uso del dinoprostol. Hallaron, además, que acorta significativamente la duración del trabajo de parto, sin necesidad de acudir a la oxitocina en búsqueda de estímulos adicionales.

A semejanza de las personas inducidas con dinoprostol, hay que estar atentos a la posible aparición de fenómenos de taquisistolia e hiperestimulación, mediante vigilancia apropiada *intra partum*.

Tanto el misoprostol como el dinoprostol tienen como contraindicación su utilización en personas con cesárea previa. Hay inclusive una comunicación de ruptura uterina en una mujer múltipara, sin cesárea anterior, inducida con múltiples dosis de misoprostol. (Bennett BB. Obstet Gynecol 1997; 89: 832-883). Finalmente, indican que a diferencia del dinoprostol, el miniprostol mantiene su estabilidad a la temperatura del cuerpo, sin requerir refrigeración.

Estimo que cuando se consiguen resultados igualmente satisfactorios, con diferentes medicamentos, hay que preferir los de menor precio, habida cuenta que también se utilizan en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, como el nuestro.

Atentamente

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

P.D. Salvo su mejor opinión pienso que a lo largo del escrito, si es aceptado para su publicación, conviene usar los términos Minoprostol y Dinoprostol.

México D.F. 20 abril de 1999

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

Muy estimado Señor Editor:

Es el número 1 de nuestra Revista de Sanidad Militar (1999) aparece publicado el artículo en donde mis colegas Gutiérrez Vega, García Gómez y Uzcanga Sánchez, comunican el resultado de la investigación de las causas de sangrado posmenopáusico, mediante la aceptada y divulgada combinación de explorar el endometrio con ultrasonido vaginal y la cavidad uterina con legrado fraccionado, empleando la jeringa y cánula de Karmann.

Estas líneas son un comentario adicional a sus conclusiones, con las que coincido. En efecto, la presencia de hemorragia posmenopáusica despierta siempre la sospecha de

cáncer endometrial y la posibilidad de identificarla en etapa temprana y curable, si la persona acude con la debida celeridad en busca de auxilio médico. Pienso que para establecer el diagnóstico de certeza es indispensable estudiar el tejido recogido por legrado fraccionado y que éste no puede ser reemplazado totalmente por métodos diagnósticos novedosos, como el ultrasonido vaginal. El engrosamiento endometrial asintomático es habitualmente benigno. Ahora bien, si yo encuentro endometrio engrosado y hemorrágico y la biopsia es negativa, entonces sin pensarlo dos veces aconsejo dilatación y legrado fraccionado; estén o no presentes factores de riesgo: obesidad, nuliparidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, empleo de estrógenos o de tamoxifeno. Si bien es cierto que solamente entre 20 y 30 por ciento de las hemorragias posmenopáusicas dependen de cáncer endometrial, con fines prácticos conviene mantener la sentencia: «Toda hemorragia posmenopáusica significa cáncer mientras no se demuestre lo contrario». Por cierto que la clasificación clínica usada por tantos años, tenía muchas deficiencias y limitaciones y los ginecólogos consideramos como adelanto de gran significación que la FIGO la clasifique, desde 1988, atendiendo a los hallazgos operatorios.

Quisiera aprovechar la oportunidad que me brinda la lectura del excelente trabajo que estoy comentando, para hacer hincapié en lo siguiente. La evidencia actual indica que aproximadamente el 23 por ciento de las mujeres que

padecen hiperplasia endometrial atípica compleja pueden transformarse eventualmente en enfermas con cáncer endometrial. En rigor, puede considerarse como lesión premaligna potencial. Por otra parte quisiera enfatizar que el diagnóstico de hiperplasia endometrial simple tiene diferente significación pronóstica y que es inclusive susceptible de tratamiento médico en personas bien elegidas. Ojalá las nuevas generaciones de médicos militares, cada vez mejor informados, se opongan al mal uso y abuso que consiste en recomendar innecesariamente la histerectomía para corregir este hallazgo morfológico benigno e indicativo, casi siempre, de insuficiencia ovárica y actividad persistente de la producción estrogénica, con ausencia de cuerpos amarillos que elaboran progesterona.

¡Basta ya de cirugías innecesarias, engañando y asustando a las mujeres! No se trata de eliminar las indicaciones, porque si las hay, se trata de corregir los excesos.

Encuentro muy grato y satisfactorio los trabajos y las inquietudes de mis estimados colegas, así como su plausible interés en participar y que debiera ser imitado.

Atentamente

Dr. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225
11000 México D.F.

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

Estimado Gral. Antonio Rendon, en esta ocasión me voy a tomar la libertad de aplicar un título a esta Carta al Editor, siguiendo el atinado ejemplo de Díaz Alday, ante la ausencia de una clasificación temática de las Cartas al Editor publicadas en la Revista. Sin el propósito de provocar heterogeneidad en el estilo, confío en la buena disposición del Consejo Editorial para abordar este problema menor, aunque importante, así como los relativos a publicar las fechas de recepción y aprobación de los manuscritos sometidos a la Revista, con las menos importantes comunicaciones correspondientes a los autores. Mis afectuosos saludos.

En segundo lugar, motivo capital de esta Carta, el artículo del MMC Jesús Ortega Arroyo y cols. sobre niños con fiebre sin foco aparente (Rev Sanid Milit 1999; 53(1): 9-14). Esta comunicación forma parte de una fracción privilegiada de artículos de la Revista por presentar sus datos de manera clara, ordenada y pertinente. Tanto, que sus Cuadros 3-5 invitan al lector a calcular y corroborar sobre la marcha y directamente, la eficacia de los diferentes marcadores diagnósticos utilizados. Es siempre placentero encontrar la mesa puesta y además, bien presentada. Sobre todo con tanto por leer y agravado ello por la complejidad de los

problemas que son asequibles ahora al inquirir médico. Sin embargo y si bien es cierto que hay carne y ésta es jugosa (lo cual es requisito primario), no hay guiso. Ni carne gringa asada al carbón, ni salsa francesa, ni aceite, hierbas y verduras italianas, ni mole mexicano. El grupo de pediatría, estoy convencido, es capaz de hacer más. El guiso en un artículo reside, de manera principal, en el párrafo de discusión y sus aromas deben ser percibidos desde la introducción (tal como sucede al arribar a las inmediaciones de la cena succulenta; si no, no se hace agua la boca). En la inmensa mayoría de los artículos de la Revista, la Discusión en lugar de referirse de manera fundamental al análisis e interpretación de los datos obtenidos, es un intento afanoso por asemejar los datos encontrados a los reportados en la literatura inglesa e implicar: «somos como ustedes». El Consejo Editorial bien podría cambiar el subtítulo Discusión por el de Relaciones Sociales Internacionales. Sería más apropiado. Aunque de utilidad nula pues los lectores de habla inglesa no nos leen. Y por más esfuerzos que realice mi estimado Luis Benítez con Archives y nuestra misma Revista con sus Summaries. Si queremos que nos lean debemos producir artículos competitivos. ¿Y si son competi-

vos? ¡los publicamos fuera! Aunque es cierto también que como Agua Para Chocolate tuvo que ser traducida al Inglés para hacerse popular allá. ¡Pero, diablos, qué novela! Casi ya estoy oliendo por lo menos uno de los platillos de Tita.

Bien, a pesar de que el título de este bonito artículo específica «causas y evolución» y sus palabras claves no incluyen criterios Rochester, apariencia clínica y proteína C reactiva, los datos más interesantes del artículo son los correspondientes a estos tres últimos aspectos. Y los mismos autores, aunque lo hayan querido meter al subconsciente presumo que lo saben: a) una mitad de la Discusión es ocupada por esos 3 tópicos, b) la evolución no es ni siquiera mencionada en Discusión (en Resultados solo «buena evolución y no defunciones»; resultados importantes que hablan de la calidad del Servicio, sí), y c) las causas no son particularmente interesantes a pesar de las diferencias encontradas con la literatura inglesa. Por otro lado, lo que inmediatamente salta en Resultados son los datos obtenidos con la estimación de riesgo usando los criterios Rochester (Cuadro 3). Si estos datos fueran comunes, nadie usaría dichos criterios. Su uso intenta identificar un número sustancial de niños febriles con riesgo bajo de infección bacteriana en los cuales, con la posibilidad de un seguimiento cercano, puedan ser tratados como externos e, idealmente, sin antibióticos. La especificidad, la proporción de los cultivos negativos de los identificados como de bajo riesgo, es sólo de un 24% y el valor predictivo negativo (VPN), la proporción de clasificados como de bajo riesgo con cultivos negativos, también de sólo un 80%. Entre paréntesis y con el debido respeto a ustedes, no puedo deglutir que este valor 80% no sea diferente (aún con un valor grande de alfa de 0.05) al de 99.3% (párrafo 4 p 13). Estos criterios tampoco servirán aquí para la identificación de febriles con infección bacteriana grave (lo cual no es propósito primordial de su uso): sensibilidad, proporción de cultivos positivos en los pensados como de riesgo alto, de 75% y valor predictivo positivo, proporción de clasificados como de alto riesgo tuvieron cultivos positivos, de 19% (9/9+38). Los valores correspondientes obtenidos con la apariencia clínica (Cuadro 4) y con proteína C reactiva (Cuadro 5) son mucho mejores. ¿Para qué entonces andar «rochesteando»? Porque, de acuerdo a lo reportado en la literatura inglesa, los valores son mejores y este marcador diagnóstico, al no ser invasivo, reduce la importancia de factores iatrogénicos. Tan útil, que es incorporado a lineamientos generales, por ejemplo¹: 1). Todo niño con apariencia tóxica y los febriles menores de 28 días deben ser hospitalizados y tratados con antibióticos, 2). Febriles de 28-90 días identificados como de bajo riesgo por criterios clínicos y de laboratorio pueden manejarse como externos si se asegura un seguimiento cercano, 3). Aquéllos de 3-36 meses con leucocitos mayores a 15,000/mm cúbico deben tener hemocultivo y antibióticos de uso empírico, 4) Urocultivo en niños menores de 6 meses y niñas menores de 2 años que sean tratados con antibióticos, 5) ? (otros más). No pode-

mos entonces decir que los criterios Rochester no sirven como pasó con la Escala de Observación Yale basada en apariencia clínica.² Aquí está entonces lo interesante de este artículo: si ellos están equivocados, no los sigamos; si nosotros, analicemos nuestro problema. Podríamos quizá sustituir esos criterios por el Protocolo Milwaukee³ con sensibilidad de 96% y VPN de 99% o por el Protocolo Philadelphia, que con su uso, de 287 identificados como de bajo riesgo, 286 resultaron sin infección bacteriana grave (IBG) y de 64 de alto riesgo, 64 presentaron IBG (además de uno de los de bajo riesgo) en una comunicación inicial⁴ y creo de los febriles con IBG fueron identificados como de bajo riesgo en otra reciente.⁵ Los datos de Ortega y cols. en el Cuadro 3 incluyen a los de neonatos, lo cual no fue así en las referencias 3-5 (y tampoco se recomiendan esos criterios en neonatos, ref. 1). Valdría pues la pena sacar los datos de los neonatos del Cuadro 3 y ver si así mejoran, importantemente, los valores obtenidos con el uso de los criterios de Rochester. Esta acción es razonable puesto que el porcentaje de bacteremia es mayor en los neonatos y el desarrollo del sistema inmune empieza hasta los primeros 2-3 meses y prosigue durante los siguientes años de vida (no es que el neonato sea deficiente, y entonces anormal, en su sistema inmune; el niño no es un adulto chiquito decían mis profesores de pediatría). Un 6% de los neonatos clasificados como de bajo riesgo tuvieron IBG^{6,7} y un 40% de los de bajo riesgo fueron reclasificados a los 2-3 días de hospitalización^{8,9} y con bacteremia, infección urinaria y gastroenteritis.⁹ Los buenos datos obtenidos con el uso de la proteína C reactiva (pCR), en el Cuadro 5, pueden también ser mejorados en vista de que se utilizó una escala semicuantitativa gruesa (por exigencias de la técnica empleada) y de que se hizo una sola determinación a un tiempo no especificado. Cuando se toma un valor umbral de 10 mg/L después de por lo menos 24 h de haber iniciado los antibióticos, de 121 neonatos sin IBG, 120 fueron identificados como de bajo riesgo con VPN de 99% (intervalo de confianza al 95%: 95.4-99.9%) y la prolongación del antibiótico hasta la caída de la concentración (menos de 10 mg/L) de pCR, minimizó la recurrencia de la infección.¹⁰ La elevación de la pCR no es inmediata y por ello la espera. El pico en la concentración se alcanza hacia las 19.5 h (valor de la media) de haber iniciado los antibióticos y hasta las 48 h en algunos casos. Posteriormente decae con una vida media de 21 h (rango 11-38), y de manera interesante e importante para la clínica, con velocidad semejante en niños con hemocultivo positivo o negativo.¹¹ Despierta también curiosidad saber los resultados de las placas de tórax los cuales no fueron mencionados en el artículo. Por último, deseo hacer una recomendación general para que los autores dejen de usar la palabra Chi en Castellano para referirse a la letra X griega pues Chi representa la transliteración al Inglés (pronunciada «cai»). Debe ser escrita directamente con el símbolo griego, tal como aparece (aunque inapropiadamente en paréntesis) en las pp 5, 17, 24 y 42

(mismo Número de la Revista) y pronunciado por nosotros como «ji» para diferenciarla de la X española. Además, estando en el medio médico, siento la necesidad de nuevamente reiterar que mis acciones y palabras llevan la mejor de las intenciones hacia ustedes mis colegas médico-militares. Saludos afectuosos Melchor.

Referencias

1. Braff LJ, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, McCracken GH et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Agency for Health Care Policy and Research. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1198-1210.
2. Baker MD, Avner JR, Bell LM. Failure of infant observation scales in detecting serious illness in febrile 4- to 8-week-old infants. *Pediatrics* 1990; 85: 1040-1043.
3. Bonadio WA, Hagen E, Rucka J, Shallow K, Stommel P, Smith D. Efficacy of a protocol to distinguish risk of serious bacterial infection in the outpatient evaluation of febrile young infants. *Clin Pediatr (Phil)* 1993; 32: 401-404.
4. Baker MD, Bell LM, Avner JR. Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *N Engl J Med* 1993; 329: 1437-1441.
5. Baker MD, Bell LM, Avner JR. The efficacy of routine outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *Pediatrics* 1999; 103: 627-631.
6. Ferrera PC, Bartfield JM, Syneder HS. Neonatal fever: Utility of the Rochester criteria in determining low risk for serious bacterial infections. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 299-302.
7. Chiu CH, Lin TY, Buflard MJ. Application of criteria identifying febrile outpatient neonates at low risk for bacterial infections. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 946-949.
8. Chiu CH, Lin TY, Buflard MJ. Identification of febrile neonates unlikely to have bacterial infections. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 59-67.
9. Baker MD, Bell LM. Unpredictability of serious bacterial illness in febrile infants from birth to 1 month of age. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 508-511.
10. Ehl S, Gehring B, Bartmann P, Hogel S, Pohlandt F. C-reactive protein is a useful marker for guiding duration of antibiotic therapy in suspected neonatal bacterial infection. *Pediatrics* 1997; 99: 216-221.
11. Ehl S, Gehring B, Pohlandt F. A detailed analysis of changes in serum C-reactive protein levels in neonates treated for bacterial infection. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 238-242.

Cor. M.C. Ret. Mario Castañeda