

Doctor
ALVARO RODRIGUEZ GAMA
Editor
Revista de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Apreciado Doctor:

15-12-94

≡ Es mi deseo con la presente, agradecerle el envío de la revista de nuestra facultad que, gracias a su interés, resurgió después de un largo tiempo de receso.

Quiero hacer algunos comentarios respecto a los siguientes artículos:

El primero titulado "Angiomiolipoma renal: presentación de cuatro casos", cuyos autores son: Fernando Valero, Eugenio Gómez, Edwin Cagua y Jorge Luis Paz, publicado en el Vol. 42 No. 2 de 1994, páginas 96-100.

La clasificación de cualquier tumor debe basarse en un estudio histopatológico. En este artículo se supone que dos de los pacientes que no han sido operados, tienen un "angiomiolipoma renal", sólo con base a la presencia de masa renal por TAC y a los antecedentes de una esclerosis tuberosa, pero se refiere que la lesión es bilateral, lo cual no es usual, y bien podría tratarse de cualquier otra neoplasia de origen neural o vascular, como bien los autores lo mencionan en la discusión. Existe además un error en la descripción del tamaño de las masas detectadas por TAC (13x12x7 ¿mm?). El segundo es el trabajo "Biopsia de la próstata, aspiración con aguja fina" de Eugenio Gómez, Jorge Chavarro y Miguel Martínez, publicado en el Vol. 42 No. 4 de 1994, páginas 192-196.

Con extrañeza se ve en el artículo, que durante el desarrollo del trabajo se utilizó al Departamento de Patología y a uno de sus Docentes para hacer la lectura y el diagnóstico del material de biopsias. El patólogo que participa activamente no aparece como coautor, ni se dan los respectivos créditos al Departamento de Patología. Sin el concurso de este trabajo la investigación carecería de valor.

Teniendo en cuenta que existe un Comité Consultivo de la Revista, considero que éste podría utilizarse a plenitud y muchos de estos problemas se obviarían.

Los comentarios anteriores son una crítica constructiva en pro de un trabajo multidisciplinario, de un reconocimiento a las áreas de diagnóstico, como lo es patología, que son utilizadas para estas y

otras publicaciones, y en busca de una mejor calidad de los artículos publicados en la Revista que usted edita.

Cordialmente,

Susana Murcia de Onatra
Directora del Departamento de Patología
Hospital San Juan de Dios

15-12-1994

≡ El artículo acerca de la correlación EEG-EMG y las oscilaciones de vaivén del individuo de pie plantea la asociación entre el ritmo alfa occipital y los mecanismos de estancia del ser humano, un prerequisite esencial para la locomoción bípeda (1). Infortunadamente, dicho estudio presenta fallas metodológicas y conceptuales que pueden desvirtuar sus conclusiones:

1. El registro simultáneo de EEG y EMG requiere de técnicas de promediación ("Back averaging") para poder establecer la secuencia temporal de la actividad eléctrica cortical y muscular. El estudio no incluye tampoco medidas ni pruebas de significancia estadística y las gráficas presentadas no incluyen los parámetros de tiempo y velocidad que permitan su adecuado análisis, además que la figura 4 es borrosa y confusa.

2. El trabajo no incluye el estudio de pacientes con retardo mental que permita afirmar que la ausencia o escasez de interhusos correlaciona con ausencia de oscilaciones del vaivén corporal y que esto produciría un aspecto de inmovilidad permanente.

3. El bloqueo fisiológico del ritmo alfa occipital que ocurre con la apertura ocular, no se asocia a pérdida de la estabilidad durante la bipedestación, conclusión que podría derivarse de las afirmaciones del estudio.

4. Al contrario de lo que afirma el autor, las oscilaciones corporales durante la bipedestación están incrementadas en los pacientes ancianos (2).

5. Estudios neurofisiológicos bien conducidos han demostrado la actividad tónica de los músculos gemelos durante la estancia, al contrario de las descargas breves sobre un fondo isoelectrico descritas por el autor (3).

6. El autor propone la influencia de la activación cortical occipital en los mecanismos de postura durante la bipedestación humana, en una supuesta vía eferente. Su hipótesis contradice los hechos conocidos acerca del control motor, pues son las áreas frontales las involucradas en las eferencias de estímulos sinápticos que deben interactuar con los ganglios basales, el cerebelo y el tronco cerebral, para ir finalmente a influenciar la actividad de las neuronas efectoras de la médula espinal.

7. La evidencia clínica y de investigación en animales y humanos nos ha demostrado que la pérdida de la versatilidad y cadencia del

movimiento (elementos del signo conocido como aquinesia) obedece a disfunción de la sustancia negra porción compacta, que al fallar en su proyección de dopamina hacia el estriado, conduce finalmente a que las eferencias de los ganglios basales no puedan activar el área motora suplementaria localizada en la cara medial del lóbulo frontal (4). No existe evidencia investigativa que permita afirmar que el retardo psicomotor y sus déficit de movimiento asociados obedezcan a déficit de inter-husos en la corteza occipital. Es más, muchos pacientes con retardo mental, presentan disquinesias, es decir exceso de movilidad, con estereotipias y manierismos, aunque su EEG puede ser lento o normal (5,6). De hecho yo estaría sorprendido, si el autor hubiera logrado que un grupo de pacientes con retardo mental permanecieran inmóviles para cumplir el protocolo de su estudio.

8. La estancia y la bipedestación, requieren de estimulación sensorial, conducida por los cordones posteriores de la médula espinal, cuya falla conduce a ataxia sensorial en la que el paciente depende de control visual para ejecutar la marcha. El signo de Romberg no indica lesión vestibular o cerebelosa como lo sugiere el autor.

9. El equilibrio es un requisito esencial para la locomoción bípeda. Se puede alterar por déficit propioceptivo, vestibular, cerebeloso o por inestabilidad postural asociada a enfermedad del sistema extrapiramidal, o el tronco cerebral, situación que no contempló el autor en su escrito (7, 8, 9).

10. El término retardo psicomotor puede abarcar los síndromes pediátricos de retardo mental y parálisis cerebral o simplemente significar bradifrenia y bradiquinesia en el contexto de un síndrome parkinsoniano o un síndrome depresivo (10, 11).

11. El autor no aclara el uso que le da en su artículo, y en cualquier caso sus conclusiones sobre el síndrome motor y sus correlatos electroencefalográficos no encuentran validez científica.

REFERENCIAS

1. Peñaloza JH. Correlación entre los interhusos del ritmo alfa, el EMG de los gemelos y la oscilación de vaivén del individuo de pie. *Rev Fac Med UN Col* 1994; 42: 183-188.
2. Nutt JG. Gait disorders. En: Jankovic J, Tolosa E, eds. *Parkinson's disease and movement Disorders* 2 Ed. New York: Raven Press; 1993: 433-441.
3. Elble RJ, Moody C, Leffler K, Sinha R. The initiation of normal walking. *Movement Disorders* 1994; 9: 139-146.
4. Jenkins IH, Fernández W, Playford ED, Lees AJ, Frackowiak RSJ, Passingham R, Brooks D. The impaired activation of the supplementary motor area in Parkinson's disease is reversed when akinesia is treated with apomorphine. *Ann Neurol* 1992; 32: 794-757.
5. Lees AJ. Tics and related disorders. London: Churchill-Livingstone 1985.
6. Fernández W. Retardo mental: un enfoque neurológico. *Fides* 1992.
7. Nutt JG, Marsden CD, Thompson PD. Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly. *Neurology* 1993; 43: 268-279.
8. Marsden CD, Gorelick PB. Thalamic astasia: inability to stand after

unilateral thalamic lesions. *Ann Neurol* 1988; 23: 589-603.

9. Marsden CD, Alampur U, Cavaliere R, Taroulares G. Astasia and gait failure with damage of the ponto mesencephalic locomotor region. *Ann Neurol* 1994; 35: 619-621.
10. Lawrence DG, Kuypers GJM. The functional organization of the motor system in the monkey. The effects of the descending brainstem path ways. *Brain* 1968; 91: 15-36.
11. Rogers D, Lees AJ, Smith E, Trimble M, Stern GM, Bradyphrenia in Parkinson's disease and psychomotor retardation in depressive illness. An experimental study *Brain* 1987; 110: 761-776.

Cordialmente,

William Fernández Escobar
Instructor Asociado de Neurología
Universidad Nacional

5-8-1994

≡ El jurado calificador del Primer Premio Nacional de Periodismo en Salud y la Cooperativa Integral de Trabajo Médico Asociado "FEMEC", han considerado que en esta primera ocasión el reconocimiento especial a las revistas médico-científicas no debe ser otorgado, teniendo en cuenta que la calidad, la experiencia y la labor en beneficio del cuerpo médico nacional y de la salud de los colombianos, ha sido papel fundamental en todas las publicaciones. El reconocimiento especial, por lo tanto, es a todos los órganos de divulgación médico-científica y se establecerá para la siguiente oportunidad un reglamento que permita reconocer y estimular el trabajo de uno de ellos en particular.

El jurado y FEMEC desean resaltar el infatigable esfuerzo de la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia para brindar el mejor carácter médico científico a su publicación y lo invita desde ya, a ser uno de los participantes que institucionalicen el citado reconocimiento. Igualmente le augura los mayores éxitos, para que su gestión continúe en beneficio de todos.

Mario Rueda Gómez, MD.
Gerente FEMEC

18-11-1994

≡ En julio de 1968 empecé a construir lo que quería hacer de mí misma. Ingresé a la Universidad Nacional con las expectativas y los miedos que genera el enfrentarse a un universo, o multiverso (como dice Humberto Maturana), en el que se expresan tantas tendencias, formas de pensar, guías filosóficas y éticas que no conocía, en un espacio geográfico aparentemente pequeño y en una profesión que, a la postre, me ha ido enfrentando con los más grandes cuestionamientos que se ha hecho la sociedad de occidente. En esta experiencia cotidiana, la de construir el conocimiento ante la necesidad de resolver el problema de otro y, al mismo tiempo el mío propio, fue apareciendo el requerimiento de ser capaz de proyectar preguntas en alguien más que mis hijos y, hace cuatro años empecé a acercarme a ese sueño, ingresando a la carrera docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Estos años, compartidos con estudiantes llenos de expectativas, ilusiones y preguntas me han producido ¡oh sorpresa!, muchos cambios; desde intentar doblegar mi orgullo como “poseedora de la verdad”, hasta la necesidad de crear un espacio de compartir preguntas y respuestas a propósito del cómo nos hacemos médicos, de cómo es este quehacer cada vez más cuestionado entre quienes podrían ser nuestros usuarios, en la medida en que sus problemas parecen mejor resueltos por otro tipo de profesionales y de quiénes somos en medio del mercado de consumo de la información, la literatura y la tecnología médicas. En este trasegar han ido surgiendo estas ideas a propósito de la actitud docente.

Desde que ingresé a la Universidad como estudiante, conocí el nombre Héctor Reverand Pacheco, “profesor del hospital” cuya permanencia en la facultad, defendían los estudiantes de clínicas en una proclama que muy convincentemente nos fue incluyendo a todos, incluso a los recién ingresados, que en ese momento no alcanzábamos a entender en sus verdaderas dimensiones. Después ingresé al área clínica: “el hospital”, espacio de confrontamientos con la dolorosa realidad, la realidad que une, en forma casi imposible, casi todos los sufrimientos de que puede ser susceptible un ser humano. No tuve la oportunidad de tener al Profesor Reverand como docente directo, pero sí pude ver cómo mis compañeros que recibían sus enseñanzas en forma directa, percibían en una forma menos agresiva toda esa realidad y, empujada por la curiosidad, asistí varias veces a sus clases de semiología. Era un espacio o mejor, un tiempo, en el que ese otro ser humano sufriendo era lo más importante; donde el “saber” surgía de la inspiración que generaba la necesidad de ayudar a resolver ese sufrimiento, al mismo tiempo que respondía a las expectativas de sus estudiantes. Allí, en ese espacio, fui comprendiendo, por qué, unos años antes, aquellos estudiantes de clínicas nos habían convocado a defender su permanencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y hoy, 20 años después, en mi condición de docente, les agradezco por haberme permitido defender un ideal que se sigue volviendo realidad en las conversaciones que día a día sostengo con este gran ser humano, siempre dispuesto a captar las nuevas ideas, siempre reconociendo el “saber” del otro, símil de los que yo considero se acerca mucho al verdadero ejercicio de la actitud docente.

El diccionario reza, entre otras cosas, que la actitud es, desde el punto de vista figurado, la disposición de ánimo manifestada exteriormente, la postura que se adopta frente a una idea, acción, etc. Los sinónimos de la palabra actitud son numerosos: predisposición, hipótesis, intención, espera, preparación para la acción, etc., pero ninguno de ellos evidencia suficientemente la organización orientada de la actitud. Dice también el diccionario que docente es aquél que enseña o ilustra a otro. Pero yo agregaría que es aquél que siempre está dispuesto a aprender algo nuevo en el desarrollo de un trabajo en el que la interacción con un otro, al igual que en un acto médico, es la base fundamental de la acción. Hasta hoy la relación docente-dicente ha estado planteada en una

sola dirección, de izquierda a derecha, en la orientación de las palabras, de forma tal que el primero posee la verdad de la que el segundo carece. Sin embargo, vale la pena recordar que el docente se define a través de la presencia del dicente. Es posible ser alumno sin necesidad de tener un profesor, pero la acción de este último sólo queda estructurada frente a un otro que quiere “aprender”. ¿Pero, en qué consiste esta acción de “aprender”? Las teorías hacen suponer que el aprender es la captación de algo independiente de nosotros; pero no se puede captar algo externo, ya que en la interacción lo que a uno le pasa, depende de uno; es decir, que en la medida en que somos seres o sistemas en continuo cambio, lo que nos pasa en cada instante depende de cómo somos o de cómo estamos en ese instante. Si se acepta esta premisa, la actitud de un docente estará guiada por la necesidad de crear un espacio de co-construcción con el alumno, en el que sólo establece una “interacción instructiva” con la que pretende cambiarlo, encerrándolo en un esquema predeterminado de comportamientos y conocimientos, sino que permite su expresión, la valora y acepta la posibilidad de crear otras opciones y proposiciones que surjan en la interacción, desde una postura de curiosidad y de respeto por el otro.

Por eso, serán siempre hermosas estas palabras: “El pedagogo que quiere hacer su trabajo a conciencia no negligente ninguna oportunidad de conocer a sus alumnos... Una respuesta, un gesto, una actitud son ampliamente reveladores... Creo que durante toda mi carrera he respetado lo que hay de más sagrado en el niño: el derecho a buscar su verdad. Los he amado a todos y creo haber hecho todo lo posible por no manifestar mis ideas y pasar así por encima de su inteligencia joven”. Le escribió Germain Louis a su alumno Albert Camus en abril de 1959, de quien dice este último en carta enviada al primero, en noviembre de 1957: “pero ésta es la ocasión para decirle lo que usted fue y es aún para mí, y para asegurarle que sus esfuerzos, su trabajo y el corazón generoso que usted le ponía, permanecen vivos en el alma de uno de sus alumnitos que, a pesar de la edad no ha dejado de reconocerse como su alumno”, palabras con las que me dirijo también yo al Profesor Reverand.

Atentamente,

*María Teresa Pérez
Instructora Asociada
Unidad de Medicina Interna Integral*

16-12-1994

≡ Reciban sinceras felicitaciones magnífica publicación. Esperamos seguir disfrutando y aprovechando temática de actualidad científica promulgada en la misma. Cordialmente,

*Carlos Alberto Corredor, MD
Director del Hospital Andrés Girardot
Guicán, Boyacá*