

Comentarios sobre ciertas afirmaciones en algunos libros y revistas médicas mexicanas

Guillermo Murillo-Godínez*

“¡Qué duda cabe que la augusta autoridad del maestro ha servido

para reforzar la aceptación de juicios erróneos!”

Horacio Jinich⁶⁷

RESUMEN

La bibliografía médica está en crecimiento continuo y éste es exponencial. Por esto se hace necesario contar con evaluadores de la calidad de los escritos; en los Estados Unidos, desde hace cuarenta años y en España, ya se cuenta con este tipo de listas de libros y revistas médicas recomendadas. En México aún se carece de las mismas y, a juzgar por ciertas afirmaciones publicadas en el medio nacional que se comentan en este artículo, es imperioso y deseable que a la brevedad se cuente con ellas.

Palabras clave: libros y revistas médicas, mexicanas, evaluadores de la calidad.

SUMMARY

The literature is continually growing and this is exponential. Therefore it is necessary to have assessors on the quality of writings; in the United States, for forty years and in Spain, already has this type of lists of recommended books and medical journals. In Mexico there is still not the same and, judging from certain statements published in the national media, as discussed in this article, it is imperative and desirable that as soon as you tell them.

Key words: books, medical journals, mexican, assessors of quality.

La cantidad de textos médicos está en crecimiento continuo. En Estados Unidos se publicaron durante casi cuarenta años (hasta 2001-2003), actualizándose cada dos, unas listas (Brandon/Hill) de libros y revistas seleccionadas de acuerdo con su calidad, en los campos de la medicina, enfermería y ciencias afines, para uso de los bibliotecarios médicos.^{1,2,3} En el campo particular de la Medicina Interna, el American College of

Physicians (ACP) implementó, también durante varios años (hasta 1997), algo similar.⁴ A raíz de la desaparición de las listas Brandon/Hill y del ACP, actualmente la revisión de la calidad de los textos médicos la efectúa una institución denominada Doody's^{®,5} quien evalúa las publicaciones de acuerdo con una calificación numérica (equivalente a un número de “estrellas” determinado) adicionada de una puntuación: 97-100 = 5 estrellas, 90-96 = 4 estrellas, 69-89 = 3 estrellas, 47-68 = 2 estrellas, menos de 47 = 1 estrella, más, 1 = bueno, 2 = muy bueno y 3 = excelente. Otro intento único aislado de lista similar, fue el efectuado por Hawkin Woo, en el 2004.⁶ Incluso entre los españoles también hay publicaciones similares.⁷ En México, aunque la producción de textos médicos es inferior a la de los países mencionados, no es ya nada despreciable y, sin embargo, aún carecemos de algo parecido; lo anterior se hace necesario cuando se encuentran en la bibliografía médica afirmaciones como las que se describirán a continuación.

* Medicina Interna

Correspondencia: Dr. Guillermo Murillo-Godínez. Crisantemos 116. Col. Prados de la Capilla. C.P. 76176 Querétaro, Qro. Correo electrónico: tlmx2167747@prodigy.net.mx
Recibido: 27 de mayo 2011. Aceptado: septiembre 2011.

Este artículo debe citarse como: Murillo-Godínez G. Comentarios sobre ciertas afirmaciones en algunos libros y revistas médicas mexicanas. Med Int Mex 2011;27(6):596-602.

Acemetacina, ¿para la degeneración pigmentaria de la retina?

La acemetacina es un antiinflamatorio no esteroide (AINE), derivado del ácido indolacético, relacionada con la indometacina (éster ácido glicólico de la indometacina), aunque con menores efectos colaterales que ésta.⁸ La retinosis pigmentaria es una degeneración bilateral de la retina de origen genético;⁹ en ocasiones, la patología se refiere como *retinitis*; sin embargo, dicho término es equívoco ya que la patogenésis no es inflamatoria. Otros sinónimos incluyen: distrofia de codos y bastones, degeneración tapetoretiniana y, retinopatía pigmentaria.¹⁰

En un texto mexicano de Farmacología se afirma de la acemetacina: "...útil para el tratamiento a largo plazo de degeneración pigmentaria de la retina y opacidad corneal..."¹¹ En un nuevo texto de la misma materia más reciente, publicado por la misma editorial, en el capítulo correspondiente, escrito por otros autores, se afirma de la acemetacina, prácticamente lo mismo: "...útil para el tratamiento a largo plazo de degeneración pigmentaria de la retina y opacidad corneal...";¹² en cambio, en los cuadros en donde se enlistan las contraindicaciones y advertencias¹¹ y las contraindicaciones,¹² sí se dice (como debe ser), que el tratamiento a largo plazo con la acemetacina: "...provoca degeneración pigmentaria de la retina y opacidad corneal..."^{11,12}

Como se mencionó, aunque a veces se designa a la patología con el término de *retinitis*, dicha denominación es incorrecta, pues su fisiopatología no es de tipo inflamatorio (si lo fuera, podría explicar la eficacia de la acemetacina y de otros AINEs). Hasta el momento, sólo se ha demostrado utilidad medicamentosa en la degeneración pigmentaria de la retina, de la vitamina A y de los ácidos grasos omega 3.¹³⁻¹⁷

Acetaminofén, ¿causante y contraindicado en el síndrome de Reye?

El síndrome de Reye fue descrito en 1963 por Ralph Douglas Kenneth Reye y col.;¹⁸ algunos dicen que la primera descripción de las características de esta patología fue hecha en 1929;¹⁹ también se le conoce como síndrome de Reye-Johnson por los casos similares descritos en 1964 por George Johnson y col.; predomina en niños (hasta 1994, sólo se habían reportado 28 casos en mayores de 18 años, siendo el caso número 28, el primero descrito en México).²⁰ El síndrome de Reye esporádico es una

hepatopatía mitocondrial secundaria, precipitada en un individuo genéticamente susceptible por la interacción de una infección viral (gripe, varicela) y el empleo de salicilato.²¹ Otros casos pueden presentarse por reacción de hepatotoxicidad idiosincrática por ácido valproico y en la enfermedad de vómitos de Jamaica (por la toxina hipoglicina).²² Algunos casos más han sido reportados en la asociación de enfermedad de Kawasaki y tratamiento con salicilatos.^{23,24} Por su relación con el síndrome de Reye, están contraindicados los salicilatos en menores de 20 años, para tratar la fiebre propia de las enfermedades virales. Las pruebas epidemiológicas de un vínculo entre el consumo de ácido acetilsalicílico en niños y el síndrome de Reye fueron lo bastante firmes para que en 1986 se ordenara incluir en la etiqueta la advertencia de que el ácido acetilsalicílico conlleva el riesgo de este síndrome en niños. Desde esa fecha ha disminuido extraordinariamente el consumo de ácido acetilsalicílico en niños y la presentación del síndrome, concomitante, ha disminuido. No se ha atribuido al acetaminofén participación en la génesis del síndrome de Reye y es el antipirético preferente en niños y adolescentes²⁵ (y quizás en adultos, por los 28 casos referidos previamente), si fuese necesario usarlo.²⁶

Sin embargo, en los dos textos de farmacología mexicanos citados se dice que el acetaminofén "...puede causar síndrome de Reye protrombinopénico en administración crónica en dosis altas...", aunque, en contradicción con lo anterior, en los cuadros en donde se enlistan las indicaciones (principales) (como debe ser), dice que una de ellas es el síndrome de Reye.^{11,12} En todo caso, a lo que quizás quisieron referirse los autores, es a la conocida hepatotoxicidad del acetaminofén con dichas dosis (5-8 g/día durante varias semanas o 3-4 g/día durante un año),⁸ sin relación en este caso con el síndrome de Reye. El acetaminofén es el antipirético recomendado en las infecciones respiratorias agudas por la Organización Panamericana de la Salud.²⁷

Antiinflamatorios no esteroides, ¿para "curar" la hipertensión arterial sistémica esencial y la diabetes mellitus tipo 2?

En el año 2009 se reportaron tres casos de pacientes con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en los que después del tratamiento con AINEs y clonazepam, se logró la "curación" de ambas patologías, pudiendo prescindir de

la ingestión de captopril e hipoglucemiantes. Los autores refieren que la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial esencial, son causadas por isquemia progresiva en los núcleos hipotalámicos anteriores y posteriores, respectivamente,^{28,29} y que la normalización de las cifras de presión arterial sistémica y de glucemia, son secundarias a la revascularización de dichos núcleos provocada por el efecto antiinflamatorio y antiaterogénico de los AINES aunada al efecto del clonazepam que reduce el estrés y los desórdenes del sueño por su acción sobre los receptores GABAérgicos y benzodiacepínicos distribuidos en el sistema límbico, disminuyendo o bloqueando la excitabilidad de las neuronas glutamatérgicas durante el sueño NREM.²⁸ Lo anterior tendría apoyo en el hecho de que los trasplantes de epiplón (omento), sobre la bifurcación carotídea y el espacio perforado anterior, han logrado normalizar la hipertensión arterial esencial,³⁰ por lo que sugieren que ambas patologías tendrían un origen hipotalámico y su origen común explicaría su frecuente asociación.²⁸

Sin embargo, en ningún momento los autores hacen mención de que los AINES originan (pérdida) de la inhibición (inducida por prostaglandinas) en la reabsorción del ion cloro y la acción de la hormona antidiurética (vasopresina), lo que hace que se retenga sodio en el túbulo proximal y en el asa de Henle y agua, resultando en estudios epidemiológicos³¹ en complicaciones hipertensoras o contrarrestar la eficacia de tratamientos antihipertensivos y originar edemas en algunos pacientes;^{25,32} el efecto hipertensor de los AINES también está dado por otros mecanismos: a través de la reducción de prostaciclina (PGI₂) y PGE₂ con mayor síntesis de endotelina 1, y aumentando la resistencia vascular debido al efecto vasoconstrictor y sin oposición de la angiotensina II y las catecolaminas, así como por la inhibición del metabolismo de la aldosterona, con el consecuente hiperaldosteronismo.^{31,33}

La depuración de creatinina en orina de 24 horas, ¿la mejor técnica para medir la filtración glomerular con detimento de otras fórmulas?

El año pasado, en un editorial se decía: "...Para cuantificar la filtración glomerular existen dos procesos: medirla o calcularla mediante fórmulas muy elaboradas que parten de los niveles de la creatinina sérica. Recientemente se ha demostrado la complejidad, margen de error y variabilidad de estas fórmulas y quienes se empeñan en usarlas no son competentes o no tienen otros

recursos para medirla...Lo anterior nos lleva a reconocer y aceptar que la técnica más apropiada, confiable, sin limitaciones técnicas y económica es medir la filtración glomerular mediante la depuración de creatinina en orina de 24 horas..."³⁴

Sin embargo, el autor no indica la referencia en donde dice que se demostraron recientemente las maldades citadas de las fórmulas en cuestión y, consecuentemente, la incompetencia de quien las use; sólo citó como apoyo de su afirmación, la referencia de la conocida fórmula de Cockcroft-Gault.³⁵ En opinión de otros, dichas fórmulas parecen ser *razonablemente precisas* para el seguimiento de los cambios en la tasa del filtrado glomerular a través del tiempo.³⁶ Así mismo, hay también estudios que demuestran que hay *concordancia significativa* entre la depuración de creatinina calculada con la fórmula MDRD³⁷ y la filtración glomerular estimada por el gamagrama renal,³⁸ método éste último calificado por el autor del editorial citado como *preciso*.³⁴ Incluso, también hay estudios que demuestran una *correlación adecuada* de la fórmula de Cockcroft-Gault con la depuración de creatinina en orina de 24 horas en los ancianos, por lo que *puede utilizarse*^{39,40} y en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *es confiable*;⁴¹ en pacientes en estado crítico, la depuración de creatinina en orina de 2 horas, *es equiparable (tan efectiva)* a la calculada en muestras de orina de 24 horas.⁴²

El término *anemia*, ¿mejor que el de *oligoemia*?

En una Carta al Editor, los autores cuestionaban el uso del término *biometría hemática*, aduciendo que dicho término proviene de *bios* = vida y *metros* = medida y proponiendo que este barbarismo sea sustituido por el de *citometría hemática*, proveniente de *citos* = célula, *metros* = medida y *haema*, *haematos* = sangre, lo cual sería más propio para nombrar al examen consistente en la cuenta de células de la sangre periférica; los autores dicen, además, que el término *biometría hemática*, "...no se usa en todo el mundo de habla castellana..." y que en España, por ejemplo, al estudio en cuestión se le llama *hemograma*.⁴³ El Editor respondió que en el diccionario de la Academia de la Lengua Española, la definición de biometría es "*estudio mensurativo o estadístico de los fenómenos o procesos biológicos*", lo que aunado al complemento de *hemática*, harían que el término no resultara tan incorrecto, además de que está ampliamente sancionado por el uso.⁴⁴

En un texto de Medicina Interna, tan tradicionalmente español (aunque haya sido fundado por el alemán Alexander von Domarus y actualmente sea dirigido por el esloveno Ciril Rozman Borstnar) como lo es el Farreras-Rozman Medicina Interna, no se habla de *hemograma* sino de *hematimetría*.⁴⁵ Por otra parte, llama la atención que, a pesar del purismo demostrado en el señalamiento reiterado, como lo dicen los autores,^{43,46,47} de que es incorrecto el término *biometría* hemática por lo que debiera abandonarse; sin embargo, en dos de los textos citados (^{46,47} – incluso en la nueva edición del primero, 2010:41-53 –), mantienen el término *anemia*, sin cuestionamiento alguno, aún cuando ya, por lo menos desde 1935, Adolf V. Strümpell y Carly Seyfarth, decían en su Tratado de Patología y Terapéutica Especiales de las Enfermedades Internas, que el término más exacto era el de *oligoemia*; por lo interesante y la importancia del razonamiento de estos autores al respecto, vale la pena citar el párrafo correspondiente de su escrito:

“...Aunque con la voz “anemia” (más exactamente “oligoemia”) sólo debería entenderse, hablando con propiedad, la disminución de la masa total de la sangre, como la que se produce, por ejemplo, inmediatamente después de una gran hemorragia; sin embargo, corrientemente se suele dar menos valor a la cantidad de la sangre que a su composición y, especialmente, al número y caracteres de los hematíes...”⁴⁸

Inmunología, ¿de memoria?

Como se refería en la Introducción, la cantidad de textos médicos está en crecimiento continuo y, además, dicho crecimiento es exponencial; para tener una idea de la magnitud de esta situación baste señalar que, según estudios recientes, se publican alrededor de 3,500,000 artículos biomédicos anualmente.⁴⁹ Un libro de texto electrónico que contiene una colección de monografías como el UpToDate[®],⁶ cubre más de 8, 500 temas, en 17 especialidades médicas, contando con más de 97, 000 páginas de texto, gráficos, enlaces a los resúmenes de Medline[®], más de 385,000 referencias y una base de datos de medicamentos; para poder lograr sus objetivos, más de 4, 400 médicos revisan más de 440 revistas, emitiendo una nueva versión cada 4 meses, desde hace 19 años.⁵⁰

Con los datos anteriores, suena pretensioso y arrogante lo que el autor de un texto de inmunología mexicano, en su primera edición (1996), dijera acerca del motivo del

título de su obra “Inmunología (*de memoria*)”; el autor explicaba así las razones para tal nombre: (se debió a que) “..Como tal, fue escrito, casi en su totalidad, de memoria,... utilizando sólo la información que en el momento el autor pudo recordar de un acervo de conocimientos adquiridos a lo largo de poco más de 15 años...”⁵¹ en la tercera edición del texto, el propio autor dice que, aunque ya no es un libro escrito de memoria, quiso mantener el nombre original, *por razones personales más que científicas*.⁵² Una crítica del libro dice que: “...El texto está trufado con referencias tecnológicas, algunas caídas ya en desuso (ej. factor de transferencia, prueba de fijación del complemento, placas de lisis de Jerne, prueba del MIF, etc.)...” y que “...se tiene siempre la impresión de estar delante de una especie de “memoria histórica” de la Inmunología...”⁵³ Para mantener la humildad necesaria hay que recordar que François Marie Arouet, (Voltaire) (París, 1694-1778), decía: “Los médicos recetan medicamentos que conocen muy poco, para curar enfermedades que apenas entienden, en seres humanos que desconocen por completo” y que el mismo padre de la medicina occidental, Hipócrates (Cos, c. 460 a. C.-Tesalia, c. 370 a.C.) refería: “La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil”.

El mecanismo de acción de la nitrofurantoína, ¿se ignoraba en el 2003?

En el capítulo correspondiente de un texto mexicano de farmacología, editado en el 2003, ya citado, con respecto al mecanismo de acción de la nitrofurantoína, decía: “No se conoce”;⁵⁴ sin embargo, en un texto extranjero de farmacología, editado en inglés en 1965 (y en español en 1969), ya desde entonces se decía al respecto “hay algunas pruebas, cada vez mayores, para demostrar que esta molécula que se encuentra en un estado altamente oxidado, debe su actividad antimicrobiana a su propiedad de actuar como aceptor de electrones de ciertas enzimas respiratorias que intervienen en la desasimilación del piruvato, produciéndose una inhibición reversible”.⁵⁵

La “cirugía intracelular”, ¿existe?

En un texto de farmacología mexicano citado, se habla de la “cirugía intracelular”,⁵⁶ aunque, dado que enseguida se habla de los mióticos (acetilcolina) y de enzimas (alfaquimiotripsina, hialuronato sódico), seguramente, se trata de “cirugía intraocular”.

La “taquicardia”, ¿es igual de grave que la taquicardia helicoidal?

En dos de los textos de farmacología citados, en relación con el antihistamínico H1 no sedante, terfenadina, dicen: “la sobredosis o la interacción con ketoconazol produce (n) taquicardia”.^{57,58} Como es sabido, existen diferentes tipos de taquicardia: las taquicardias supraventriculares pueden ser sinusales y paroxísticas, las segundas pueden ser por reentrada (perisinusal, nodal, fibrilación auricular –microreentradas –, aleteo (vibración, flúter)⁵⁹ auricular y atrioventricular – vías accesorias –) y auriculares por aumento del automatismo (unifocal, multifocal); por su parte, las taquicardias ventriculares pueden ser monomórfica, polimórfica y helicoidal (*torsade de pointes* o taquicardia ventricular – polimorfa – en entorchado^{60,61}). En particular la terfenadina, cuando se combina con el ketoconazol, ha sido asociada con el síndrome de QT largo adquirido y la taquicardia helicoidal, dichas arritmias se han considerado “malignas” (620), por lo que no tiene la misma trascendencia sólo decir que la combinación de estos medicamentos ocasiona “taquicardia”, a especificar qué tipo de taquiarritmia pueden producir.

Las plaquetas, ¿se coagulan por oxidación?

En uno de los textos mexicanos de farmacología citados, con respecto al Ginkgo biloba, dice que la planta, posee dos elementos importantes: glucoides flavonoides, “cuyas propiedades antioxidantes evitan que las plaquetas se coagulen” y las lactonas terpenas.⁶³ Como es sabido, durante su activación, las plaquetas experimentan cambios de forma, adhesión al endotelio vascular, síntesis de prostaglandinas y tromboxano, así como liberación del contenido de los gránulos y agregación, lo que culmina con la formación de un trombo plaquetario.⁶⁴ Por lo anterior, parece ser que las plaquetas no se coagulan por oxidación.

CONCLUSIÓN

Las afirmaciones comentadas no son simples erratas de imprenta, que incluso éstas y nuestra mala caligrafía,⁶⁵ pueden costar la vida a los pacientes, pues ya lo decía Samuel Langhorne Clemens (Mark Twain) (Florida, 1835 - Redding, 1910) “Tenga cuidado con la lectura de libros sobre la salud. Podría morir de una errata de imprenta”, sino, frases completas con las cuales hay que tener cuidado y criterio para manejarlas, ya que,

además, hay que tomar en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta⁶⁶ y que está sujeta, como toda ciencia, a errores.^{67,68}

REFERENCIAS

1. Hill DR, Stickell HN, Crow S, Levy G, Levy JW Brandon/Hill Selected list of print books and journals for the small medical library. Bull Med Libr Assoc. 2001 apr.;89(2):131-153
2. Hill DR, Stickell HN, Levy G, Levy JW Brandon/Hill Selected list of print nursing books and journals. Nurs Outlook 2002 may.-jun.;50(3):100-113
3. Brandon/Hill Selected list of print books and journals in allied health. J Med Libr Assoc 2003 jan.;91(1):18-33
4. Frisse ME, Florance V A Library for Internists IX: Recommendations from the American College of Physicians. Ann Intern Med 1997 may. 15;126(10):836-846
5. Doody's core titles (disponible en: <http://www.doody.com/dct/>) (consultada el 22-95-2011)
6. Woo H A general internist's library. *Proceedings of UCLA healthcare* Fall 2004;8(1):1-2
7. González GC Libros y textos recomendados en AtenciónPrimaria (disponible en: http://www.fisterra.com/material/no_explor/textos_ap.asp) (consultada el 22-05-2011)
8. Feria M Fármacos analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos, en: Flórez J (dir.) Farmacología humana. Elsevier España, S.L., Barcelona, 2008:421-455
9. Beers MH. Retinosis pigmentaria, en: El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Elsevier-Merck & Co., Inc., White-house Station NJ, 2007:996
10. Give S, Garg S Retinitis pigmentosa: Clinical presentation and diagnosis, en: UpToDate ® v. 19.1 (2011 ene.-abr.).
11. Flores OV, Allende PS, Trejo FCSS Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, en: Uriarte BV, Trejo FCSS Farmacología clínica. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2003:65-90
12. Díaz CMMA, Alanís FAK, Gil RMG Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, en: Trejo FCSS, Dueñas A, Hernández G, Núñez L, Plascencia NI, Santiago D Fundamentos de Farmacología. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2010:57-77
13. Gouras P, Carr RE, Gunkel RD Retinitis pigmentosa in abetalipoproteinemia: Effects of vitamin A. Invest Ophthalmol. 1971;10(10):784
14. Berson EL, Rosner B, Sandberg MA, Hayes KC, Nicholson BW, Weigel-DiFranco C y cols. A randomized trial of vitamin A and vitamin E supplementation for retinitis pigmentosa. Arch Ophthalmol. 1993;111(6):761
15. Hoffman DR, Locke KG, Wheaton DH, Fish GE, Spencer R, Birch DG A randomized, placebo-controlled clinical trial of docosahexaenoic acid supplementation for X-linked retinitis pigmentosa. Am J Ophthalmol. 2004;137(4):704
16. Berson EL, Rosner B, Sandberg MA, Weigel-DiFranco C, Moser A, Brockhurst RJ y cols. Clinical trial of docosahexaenoic acid in patients with retinitis pigmentosa receiving vitamin A treatment. Arch Ophthalmol. 2004;122(9):1297
17. Hodge WG, Barnes D, Schachter HM, Pan YI, Lowcock EC, Zhang L y cols. The evidence for efficacy of omega-3 fatty acids in preventing or slowing the progression of retinitis pigmentosa: a systematic review. Can J Ophthalmol. 2006;41(4):481

18. Reye RDK, Morgan G, Baral J Encephalopathy and fatty degeneration of the viscera: A disease entity in childhood.. Lancet 1963 oct. 12;282(7311):749-752
19. Brain WR, Hunter D Acute meningo-encephalomyelitis of childhood. Report of six cases. Lancet 1929 feb. 2;213(5501)::221-227
20. Rangel GRA, Martínez HR, Marfil A, Bosques PF, Cavazos R Síndrome de Reye en un adulto. Revisión de los mecanismos patogénicos. Rev Invest Clín 1994 sept.-oct.;46(5):
21. Carey RG, Balistreri WF Hepatopatías mitocondriales, en: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF Nelson. Tratado de Pediatría. Elsevier España, S.L., Barcelona, 2009:1697
22. Johnston MV Encefalopatías, en: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF Nelson. Tratado de Pediatría..., op. cit., pág. 2498
23. Lee JH, Hung HY, Huang FY Kawasaki disease with Reye syndrome: report of one case. Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi. 1992;33(1):67
24. Wei CM, Chen HL, Lee PI, Chen CM, Ma CY, Hwu WL Reye's syndrome developing in an infant on treatment of Kawasaki syndrome. J Paediatr Child Health. 2005;41(5-6):303
25. Burke A, Smyth E, FitzGerald GA agentes analgésicos-antipiréticos; farmacoterapia de la gota, en: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, 2007:681-682
26. San Gil CE, Herrera CD, Odio PCM Síndrome de Reye: seis años de experiencia en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Rev Cost Cienc Méd 1987;8(4):267-271
27. Alpízar CLB Efectos nocivos de la fiebre en el niño y medidas terapéuticas. Rev Cubana Pediatr 1998 oct.-dic.;70(4):177-184
28. Hernando R, Rodríguez J Drogas antiinflamatorias no-esteroideas para la hipertensión esencial. Rev Fac Med UNAM 2009 sept.-oct.;52(5):227-229
29. Rafael H Isquemia hipotalámica y diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Cardiol 2007 oct.-dic.;18(4):185-187
30. Rafael H El epíplón. Trasplante al sistema nervioso. Editorial Prado, S.A. de C.V., México, 1996
31. Beunza JJ, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Núñez-Córdoba JM, Toledo E, Alonso A Aspirina, analgésicos y riesgo de hipertensión arterial en la cohorte SUN. Rev Esp Cardiol 2010;63(3):286-293
32. Leza JC, Lizasoain I Fármacos antiinflamatorios no esteroideos y otros analgésicos-antipiréticos, en: Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. Editorial Médica Panamericana, S.A., Madrid, 2009:513-536
33. Camaforta M, Cocab A Hipertensión arterial y consumo de analgésicos: claroscuros de un viejo problema. Rev Esp Cardiol. 2010;63(3):265-267
34. Treviño-Becerra A ¿Por qué, cómo y para qué medir la filtración glomerular?. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010;48(5):465-467
35. Cockcroft DW, Gault MH Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron 1976;16(1):31-41
36. Wang X, Lewis J, Appel L, Cheek D, Contreras G, Faulkner M y cols. Validation of creatinine-based estimates of GFR when evaluating risk factors in longitudinal studies of kidney disease. J Am Soc Nephrol. 2006;17(10):2900
37. Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 1999;130(6):461
38. Reyes MFA Análisis de concordancia entre la depuración de creatinina, con la fórmula de la MDRD y la filtración glomerular estimada por el gamagrama renal en donadores renales. Nefrol Mex 2008;29(1):3-6
39. Andrade SJ, Alcántar LE, Gámez NJI Correlación de la fórmula de Cockcroft Gault con la depuración de creatinina en orina de 24 h en el anciano. Med Int Mex 2002;18(3):124-129
40. De Santillana HSP, Alvarado MLE Depuración de creatinina en pacientes geriátricos. Cálculo mediante fórmula de Cockcroft Gault. Rev Méd IMSS 1998;36(1):35-38
41. Leyva JR, Álvarez AC, López MMG Función renal en diabéticos tipo 2, determinada por fórmula de Cockcroft Gault y depuración de creatinina. Rev Méd IMSS 2004 ene.-feb.;42(1):5-10
42. Arcos CJH, Lozano FG, Amancio CO, Franco GG Depuración de creatinina en orina de dos horas en pacientes en estado crítico. Rev Méd Hosp Gen Méx 1994 ene.-mar.;57(1):27-30
43. Ruiz-Reyes G, Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Delgado GJ Carta al Editor. Med Int Méx 2009 jul.-ago.;25(4):330
44. Ramiro HM Respuesta a la carta al editor. Med Int Méx 2009 jul.-ago.;25(4):331
45. Aguilar BJL Hematometría básica, en: Rozman C (dir.) Farreras-Rozman Medicina Interna. Elsevier España, S.L., Barcelona, 2009:1629
46. Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Delgado GJ Citometría hemática, en: Ruiz-Reyes G (edit.) Fundamentos de interpretación clínica de los exámenes de laboratorio. Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., México, 2004:75-90
47. Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Reyes G, Ruiz-Delgado GJ Interpretación de la citometría hemática. Índices y parámetros eritrocíticos. Definición de anemia, en: Ruiz-Argüelles GJ (edit.) Fundamentos de Hematología, Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., México, 2009:13-24
48. Strümpell AV, Seyfarth C Las anemias secundarias. División de las anemias, en: Tratado de patología y terapéutica especiales de las enfermedades internas para estudiantes y médicos. Francisco Seix-Editor, Barcelona, 1935;II:165-166
49. Pacheco L Prefacio, en: Bioquímica médica. Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2009:IX-X
50. UpToDate ® v. 19.1 (disponible en: <http://www.uptodate.com/home/about/index.html>) (consultada el 24-05-2011)
51. Rojas-Espinosa O Prefacio a la primera edición, en: Inmunología (de memoria). Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., México, 2001:IX-X
52. Rojas-Espinosa O Prefacio, en: Inmunología (de memoria). Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V., México, 2006:IX-X
53. Lozano F Crítica de libros. Inmunología (2^a ed) de Peter Parham (Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2006) e Inmunología (de memoria) (3^a ed) de Óscar Rojas-Espinosa (Ed. Panamericana, México, 2006). Inmunología 2007 ene.-mar.;26(1):62-63
54. Robles AJG Antisépticos de las vías urinarias, en: Uriarte BV, Trejo FCSS Farmacología clínica. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2003:946-951
55. Oster KA, Giarman NJ Quimioterapia de las infecciones bacterianas. I. Antisépticos y germicidas, en: DiPalma JR (coord.) Drill. Farmacología Médica. La Prensa Médica Mexicana, México, 1969:1403-1425

56. Alanís VLA, Grimberg ZN Oftalmología, en: Uriarte BV, Trejo FCSS Farmacología clínica. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2003:1052-1074
57. Vázquez H, Arenas R Dermatología, en: Uriarte BV, Trejo FCSS Farmacología clínica. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2003:1075-1090
58. Vázquez H, Arenas R Fármacos que se emplean en dermatología, en: Trejo FCSS, Dueñas A, Hernández G, Núñez L, Plascencia NI, Santiago D Fundamentos de Farmacología. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2010:933-941
59. Navarro F *flutter*, en: Navarro F Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U., Madrid, 2005:383
60. Navarro F *torsade de pointes*, en: Navarro F Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. McGraw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U., Madrid, 2005:1014
61. Rodríguez RT Arritmias. Clasificación, en: Gutiérrez-Cirlos MC, Cárdenas CM, Catzin-Kuhlmann A, Flores RA, López ZJL, Villegas JA y cols. (eds.) Manual de Terapéutica médica y procedimientos de urgencias. INNSZ-McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, 2006:56-57
62. Senra AL, Aguilar RN, Buchaca FE, Vera EA, Pardo NA Arritmia ventricular maligna tras empleo simultáneo de terfenadina y ketoconazol. Rev Cubana Med 1998;37(1):56-59
63. Colinabarranco GMG, Díaz CMMA Fitofármacos, en: Trejo FCSS, Dueñas A, Hernández G, Núñez L, Plascencia NI, Santiago D Fundamentos de Farmacología. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2010:972-975
64. Marfil RLJ Fisiología de la coagulación I: función plaquetaria, en: Jaime PJC, Gómez AD Hematología. La sangre y sus enfermedades. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, 2005:135-141
65. Dillner L La caligrafía ilegible mata enfermos. BMJ (en español) 1993 feb.-mar.;1:10
66. De la Garza EV La medicina como ciencia exacta y el tratamiento de la presión arterial normal: dos notas de advertencia. Med Int Méx 1998 jul.-ago.;14(4):188-192
67. Jinich H La verdad y el error en medicina. Enseñanzas de la historia. Gac Méd Méx 2009;145(3):255-258
68. Peña RJC ¿Es fisiológicamente recomendable ingerir mucha agua y es esta conducta correcta?. Acta Méd Gpo Ángeles 2008 oct.-dic.;6(4):192-196