

Cartas al editor

México, D.F. a 17 de julio de 1999

Carta al editor

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:

He quedado enterado y ha sido motivo de gran satisfacción, compartida seguramente por miles de médicos, la feliz decisión por parte de las autoridades del Sector Salud y con el apoyo de las Academias de Medicina y de Cirugía por su demostrado interés en mantener y después exigir la certificación de los médicos como especialistas. El camino para nuestra superación es todavía largo, pero éste es un buen comienzo.

Ya es tiempo para que los profesionales de la medicina dejemos de evadir nuestras responsabilidades y proporcionemos servicios y atención compatibles con los principios de ética y moral inherentes al ejercicio de la más bella de las profesiones del mundo ¡la práctica honesta y responsable de la medicina!⁷ ¿Cuándo aprenderemos los médicos a no exagerar beneficios y a no subestimar riesgos? y ¿cuándo aprenderemos a informar, con anterioridad al tratamiento propuesto, las indicaciones, riesgos, alternativas y complicaciones que pueden tener los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, aplicados incluso de manera ideal?

¡Libreme Dios de juzgar a mis colegas! le respondí a una periodista que pretendía que enjuiciara a un colega que probablemente actuó de manera quizá negligente.

Podría darle una opinión, si además de estar libre de culpas, yerros y tuviera más información, pero como ese no es

el caso, espero que mi colega acepte su responsabilidad y platique sinceramente con su enferma y familiares, le dije finalmente.

Mi inmenso cariño y permanente agradecimiento a la Escuela Médico Militar, me impulsa a desear que mis colegas participen, ejemplifiquen y tomen auténtico interés para recomendar las muchas formas de impedir ser acosados por la amenaza de ser demandados. Es menester seguir ejerciendo la medicina en forma eficiente, equitativa, humanizada. Los enfermos están dispuestos, en principio, para aceptar nuestras limitaciones y acaso nuestros errores involuntarios, si han sido debidamente informados con oportunidad, pero rechazan vigorosamente y con toda la razón el trato inatento y despótico, así como huir del cumplimiento responsable de su ejercicio profesional.

Atentamente
Tte. Corl. M.C. Ret.
Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco 225
11000 México, D.F.
Teléfono 5540 2085

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

México, D.F., a junio 20, 1999.

Estimado Maestro:

Leo con regularidad los artículos y aportaciones que publica la Revista de Sanidad Militar, que usted edita, pero el

motivo de esta carta, es comentar acerca de aquél realizado por mis colegas, los doctores Carlos Armando Sosa Lunas, José Guadalupe Gutiérrez Oviedo y Osiel Méndez Gonzaga, publicado bajo la siguiente referencia: Rev Sanid Milit

Mex 1999; 53(2) Mar-Abril: 123-128, con el título «Análisis del índice ventriculocerebral en tomografía axiales computadas de pacientes esquizofrénicos y su correlación con la escala de síntomas positivos y negativos por la esquizofrenia».

1) Es evidente que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan un lugar preponderante dentro de las causas de morbilidad y mortalidad en nuestra población, pero debe aclararse que la diabetes mellitus no es una enfermedad cardiovascular, como lo enfatizan los autores (página 124, columna de la izquierda, segundo párrafo, renglón 11), sino que es un síndrome en el que está alterado el metabolismo intermedio, causado por la secreción inadecuada o acción alterada (o ambos) de la insulina, cuya etiología y patogénesis no están completamente entendidas, y que efectivamente está asociada con disminución en la expectativa de vida.⁴

2) Como los autores comentan, la escala PANSS (Positive An Negative Schizophrenic Syndrome Scale) incluye «la información proveniente del personal que atiende al enfermo», y «que los 30 síntomas bien definidos y su severidad son calificados en grados de intensidad desde ausente hasta extremadamente severo: 1 a 7». Si de hecho es difícil asignar valores numéricos a una apreciación eminentemente subjetiva, ignoro porqué dos pacientes del grupo experimental (números 11 y 12 del cuadro 5, página 128), presentan valores decimales de 95.1 y 96.5, respectivamente.

3) En la página 125, columna de la izquierda, renglón 23, se establece que «las poblaciones de esquizofrénicos estudiadas tienen IVC (Índice Ventrículo Cerebral) superiores al promedio en sus límites superiores de más de 6.6 cm²». Es menester aclarar que cuando se dividen cantidades que presentan la misma unidad (dimensión), sólo queda la relación o índice de dividir las (adimensionales).¹

4) Respecto a ese mismo párrafo, me surge duda en cuanto al «valor normal» del IVC, que presenta como 4.4 (promedio o media) $\pm$ 2.2 (desviación estándar). Ellos suponen que el límite superior para dicho IVC es de 6.6 (que es el promedio más una desviación estándar, puesto que no hay otro símbolo) y que el 70% de las poblaciones de esquizofrénicos presentan IVC superiores a dicho valor. Si consideramos este límite superior, 6 de los 30 pacientes (20.00%) del grupo control presentan IVC elevado, mientras que del grupo experimental, 21 de 29 pacientes (72.41%) lo tienen. Ahora bien, si consideramos que el valor superior debe corresponder a la media más dos desviaciones estándares del grupo control^{2,3} (que según sus resultados, es de 4.422 ± 2.024), el valor límite debe ser de 8.47 y él ninguna persona del grupo control (0.00%) tiene IVC elevado, mientras que del grupo experimental 16 de los 29 pacientes sí lo tienen (55.17%). Al comparar el límite superior que ellos utilizan contra el que muestran sus resultados, se obtiene lo siguiente:

	Valor crítico	
	> 6.6	> 8.47
Sensibilidad	77.77%	100.00%
Especificidad	75.00%	69.77%
Exactitud	76.27%	77.97%
Valor predictivo (+)	72.41%	55.17%
Valor predictivo (-)	80.00%	100.00%

5) En la sección de «Material y Métodos» (página 125, columna de la izquierda), mencionan que el grupo experimental consta de 30 pacientes esquizofrénicos, pero el cuadro con los resultados de ellos (página 128), sólo muestra los de 29.

6) Debe establecerse en la sección de «Material y Métodos» el nivel de significancia o error tipo α (que es la máxima probabilidad de cometer o de que aparezca un error tipo I que se está dispuesto a aceptar),^{2,3,5} contra el cual compararán sus resultados.

7) Reconozco la honradez de los autores de publicar los resultados de las pruebas realizadas a los pacientes sin y con el diagnóstico de esquizofrenia (PANSS y el IVC), que permitió realizar mi propio análisis estadístico, cuyos resultados generaron algunos comentarios que me gustaría compartir:

a) La técnica de correlación que los autores utilizaron y que llamaron «Correlación de dos grupos de variables cuantitativas continuas», en realidad se conoce como «Correlación de rangos ordenados de Spearman».²

b) La fórmula que utilizaron, y que a saber corresponde a la conclusión del inciso anterior, se presenta en forma desarrollada. Debe considerarse que es más fácil trabajar con ecuaciones no desarrolladas (y por lo tanto, simplificadas), a saber:

Fórmula	
Desarrollada	No desarrollada
$r_s = 1 - \frac{6\sum D^2}{n(n-1)(n+1)}$	$r_s = 1 - \frac{6\sum D^2}{N(N^2 - 1)}$

Si observamos el denominador de la fórmula desarrollada, corresponde al producto de la suma por la diferencia de dos cantidades, que según el álgebra elemental, es igual al cuadrado del minuendo menos el cuadrado del sustraendo.¹

La pregunta que afloraría sería: ¿por qué «N» y no n? Basta con mencionar que las características de la población se denominan **parámetros** (donde el número total de casos se representa con n), mientras que las de una muestra (como es el caso del estudio) se denominan **variables estadísticas**, representado al número total de casos con N².

c) Para clasificar el grado de aplanamiento de una distribución (denominada curtosis), debe compararse contra la distribución teórica normal estándar.^{2,3} Esto es, que los datos deben seguir la distribución de la curva normal o gaussiana. Con los datos que presentan los autores en los cuadros 4 y 5

(resultados del grupo control y experimental), para la escala PANSSS, organicé dicha información en histogramas de frecuencia y encontré que:

- En el grupo control, la curva es de tipo bimodal (no presenta distribución gaussiana).
- En el grupo experimental, la curva tiene sesgo o asimetría negativa, tendiendo los valores a agruparse hacia la región donde se encuentra el cúmulo de las puntuaciones (lado derecho). Por ello, tampoco tiene distribución gaussiana.

d) Con el fin de comparar las medias de ambos grupos (control y experimental), realicé una prueba t de Student bipareada, asignándole como nivel de significancia el valor 0.05, y encontré que existe diferencia de la siguiente manera:

- PANSSS: Grupo control *versus* experimental, $p < 0.0001$, considerada extremadamente significativa.
- IVC: Obtuve igual valor p al comparar el grupo control contra el experimental ($p < 0.0001$).

Por cierto, los autores no establecieron si los datos demográficos de ambas muestras (edad, sexo, etc.) son comparables. Aclarando, no se si el grupo de pacientes esquizofrénicos tenían edad mayor a la del grupo control, lo que haría suponer que el IVC elevado fuera secundario a cambios degenerativos, secundarios al proceso de envejecimiento.

e) Además, busqué el coeficiente de correlación para ambos grupos (control y experimental), asignando de cada individuo

el valor PANSSS como variable *independiente*¹⁻³ (que se colocará en el eje X) con su respectivo valor IVC, que irá en el eje Y (variable *dependiente*). Para ello, utilicé la correlación producto-momento de Pearson.² De igual forma, determiné para ambos grupos las ecuaciones lineales correspondientes y demás información necesaria (coeficiente de determinación, coeficiente de correlación, significancia de la correlación), que se presenta debajo de los siguientes dispersogramas:

	Control	Experimental
<i>N</i>	30	29
Ecuación	$y = 0.0075x + 4.0667$	$y = 0.0233x + 5.7214$
<i>r</i>	0.0331	0.23664
<i>r</i> ²	0.0011	0.056
<i>p</i>	0.8604	0.1310

f) En cuanto a la interpretación del coeficiente r de Pearson, hay algunas consideraciones a realizar:²

Primero: el coeficiente de correlación es una medida de la relación entre dos variables. Por lo tanto, en la práctica, una r de 0.8 o más se considera alta, mientras que de 0.5 se considera moderada y de 0.3 o menos se considera baja. Pero la mejor forma de evaluar una r es mediante su coeficiente de determinación (r^2).

Segundo: el coeficiente de relación es una medida de causalidad, aunque en ocasiones puede existir una relación causal entre las variables.

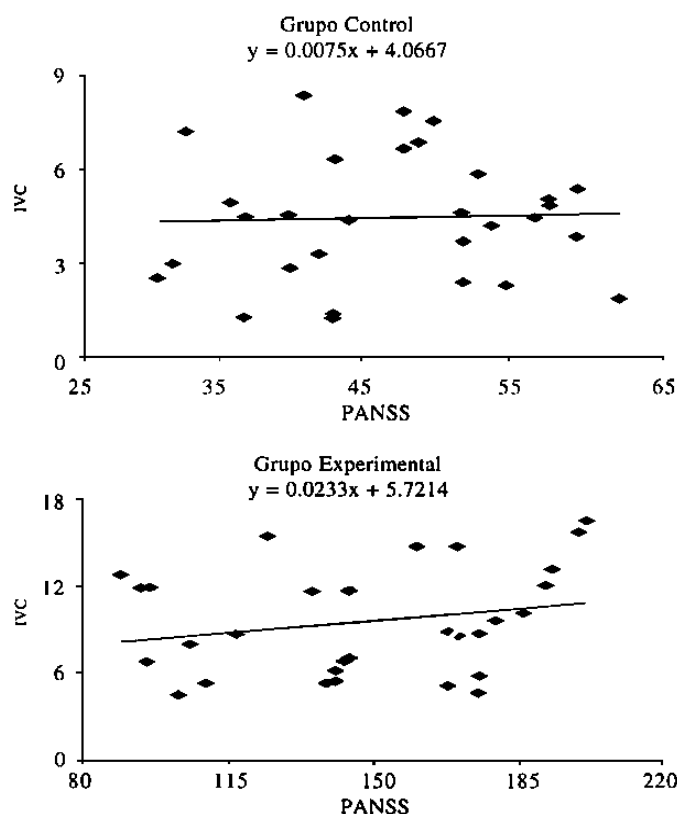
Tercero: ocasionalmente se podrán obtener coeficientes de correlación moderados o altos que no siempre tendrán significancia clínica, aunque la tengan estadísticamente.

8) Ahora bien, considero que el análisis de los datos sociodemográficos (del tipo de esquizofrenia y el tratamiento médico de los pacientes del grupo experimental), a los que se refieren en la sección de «Material y Métodos», que fue organizada en una base de datos, puede aportarnos información valiosa respecto a la intervención de los tratamientos en la historia natural de esta enfermedad. En forma particular, sería interesante saber si existe correlación entre la puntuación de la variable PANSSS con el tiempo de evolución de la enfermedad, si existe mejoramiento de dicha puntuación con respecto al éxito del o de los tratamientos administrados, o si algún tipo de esquizofrenia se relaciona con puntuaciones más altas de la escala PANSSS, etc. Se obtendrá más información si se relacionan los puntos anteriores con respecto al IVC.

9) Como en todo trabajo, es obvio que surgirán nuevas interrogantes que promoverán la investigación conducente para responderlas. Algunas de ellas, que en estos momentos las que se me ocurren son:

a) Si las personas que padecen de esquizofrenia presentan IVC elevados, en comparación a los controles, ¿a qué se debe tal incremento?

b) ¿Existirá diferencia en la velocidad de progresión en el incremento del IVC entre los distintos tipos de esquizofrenia en su evolución natural?



c) ¿La efectividad de los tratamientos de la esquizofrenia podrá, además de la mejoría clínica, detener o anular la progresión del IVC?

d) ¿Influirá el género del paciente en la progresión del IVC?

e) ¿A partir de qué edad puede considerarse de valor diagnóstico la escala PANSS y el IVC?

f) ¿Qué otras enfermedades se acompañan de IVC elevado?, etc.

10) Finalmente deseo hacer hincapié acerca de las referencias. En el texto del artículo, certeramente en la página 126, columna izquierda, tercer párrafo «Tipo de variables», se menciona que revisaron la referencia 8. De igual forma, en la página 128, columna de la izquierda, en la línea número 5, aprecio dos nuevas referencias (10 y 11). Pero al revisar la relación de las mismas, asentadas en la página 128, desafortunadamente sólo muestran siete títulos de artículos y/o libros de consulta.

Espero que estos breves comentarios sirvan para fomentar y estimular los trabajos de investigación, que su revista publica.

Myr. M.C. Raúl Guillermo López Valle
Cmte. Ptn. Snd. 1/er. Grupo de Caballería,

Cuerpo de Guardias Presidenciales,
Av. Constituyentes No. 851,
México, D.F.

Hda. De la Purísima No. 19,
Col. Prados del Rosario,
Delegación Azcapotzalco,
C.P. 02410 Z.P. 16,
México, D.F.

Tel./Fax: (5) 382-7208

E-mail: lova@dfi.telmex.net.mx

Referencias

1. Baldor A. Álgebra. Edición 1981. Madrid: Ediciones y Distribuciones Códice, S.A.
2. Downie NM. Métodos estadísticos aplicados. Quinta edición. México: Editorial Harla; 1986.
3. Kramer MS. Clinical Biostatistics: An overview. En Troid H et al, Eds. Principles and practice of research. 2nd Ed., New York: Springer-Verlag; 1991.
4. Mandrup-PT. Diabetes (Clinical review, recent advances). BMJ 1998; 316: 1221-5.
5. Moreno-Bonett M, Jauffred MFJ. Elementos de probabilidad y estadística. Primera edición. México: Representaciones y Servicios de Ingeniería, S.A., 1969.

México, D.F., a 26 de julio de 1999.

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

Estimado Señor Editor:

Voy a referirme al artículo de mi compañero y amigo, el C. Cor. M.C. (Ret.) Mario Castañeda Morales publicado en el número 3 (Rev Snd Mil Vol. 53, No. 3, págs. 218-220) con el título «Impotencia: ¿de urología a cardiología?»

Como atinadamente menciona, a ese trastorno sexual en la actualidad se le denomina «Disfunción eréctil del pene» y sus causas son múltiples: psicógenas, metabólicas (diabetes mellitus), hormonales (hipogonadismo primario y/o secundario), cardiovasculares (fundamentalmente aterosclerosis sistémica y/o coronaria), post-quirúrgicas (prostatectomía y/o cistectomía radical por cáncer) etc.

La colocación de prótesis peneanas en todos sus estilos y variedades, que se inició desde los 70s tiene sus inconvenientes, además del alto costo y complicaciones posibles.

Hasta fines de los años 80s, el tratamiento de la impotencia sexual era a base de hormonas masculinas sustitutivas o estimulantes de la producción endógena de testosterona, así como la administración de antidepresivos y/o psicoterapia e inclusive psicoanálisis, sobre todo de individuos jóvenes de 30 ó 40 años, con disminución o pérdida de la

capacidad sexual, en los que no se encontraba alteración orgánica alguna.

A partir de hace aproximadamente una década, se inició la terapia actual con aplicación de sustancias vasoactivas directamente en los cuerpos cavernosos del pene, inicialmente a base de papaverina y/o prostaglandinas, con resultados satisfactorios en más del 70% de los casos y últimamente (2 ó 3 años) se agregó fentolamina combinada a las dos anteriores, recibiendo la mezcla el nombre de «Trimix», con resultados aún mejores en más del 90% de los pacientes, que obtienen erecciones completas con duración de 30 a 90 minutos y mínimos o nulos efectos secundarios; el único inconveniente es el aprendizaje por parte de los pacientes para autoaplicarse el vasoactivo ya que algunos de ellos por otros padecimientos, obesidad o ancianidad, pueden no estar capacitados para hacerlo.

La otra opción apareció en el mercado hace apenas un par de años con una gran publicidad; es el empleo de sildenafil, que administrado por vía oral, en promedio una hora antes de la actividad sexual, proporcionaba hasta un 80% de éxitos. Sin embargo, como el Dr. Castañeda lo menciona en su artículo no está libre de riesgos y ya son varias decenas de

muertes las atribuidas a este medicamento; por lo cual se justifica plenamente que el manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario, e individualizar cada caso.

Atentamente

Gral. de Bgda. M.C. Ret.
Gilberto B. Lozano y Lozano

Ex-Jefe del Servicio de Urología
Instituto Nacional de Cancerología

Consultorio: Bajío No. 283
Col. Roma sur
Tels. 5564-2655
5564-2528
5564-8809

Asociación Mexicana de Mastología

México, D.F., 11 de agosto de 1999
General Brigadier M.C.
Antonio Redon Tavera
Director de la revista Sanidad Militar
Presente:

Respetable Editor:

Reciba los saludos más sinceros de parte de nuestra asociación.

Por este conducto le extendemos una invitación para que nos acompañe en mayo del año 2000 en la ciudad de Cancún en el congreso internacional de Mastología que ha tocado en turno a nuestro país presidir. Es por esta razón que nos hemos empeñado en procurar la más amplia difusión posible de este evento y para ello estamos solicitando la ayuda de las más prestigiosas revistas nacionales de manera que a través de ellas llegue toda la información necesaria que permita a nuestros médicos ser los principales protagonistas de este evento y logren obtener los mayores beneficios del mismo.

Conocedores de la calidad e importancia de la población médica a la que tiene acceso la revista que se digna usted

dirigir, deseamos solicitar su ayuda para integrarla entre los medios que nos permitirán la difusión que tanto deseamos.

Por adelantado le expresamos nuestro agradecimiento por toda la ayuda que sirva prestarnos, esperando que en una próxima oportunidad podamos servirle de igual manera. Con la esperanza de obtener una respuesta positiva a nuestra petición estaremos atentos a su comunicado para así hacerle llegar el material que usted considere oportuno para llevar a efecto lo planteado anteriormente. No nos queda, pues, nada más que despedirnos.

Atentamente

Dr. Mario A. Carpuso García
Agrarismo No. 221 Edif. A-002 Col. Escandón C.P. 11800
Tel./Fax. 5271-6903 5516-7880 5516-4309