

Cartas al editor

Muy estimado señor Editor:

Me complace felicitar al grupo de médicos militares (Villagómez Rodríguez, Rodríguez Ballesteros y Álvarez Morales) por el interesante artículo titulado «Estudio comparativo del misoprostol vs dinoprostona para la inducción del trabajo de parto» y aparecido en nuestra Revista de Sanidad Militar (1997; 51: 135-140), en el cual indican haber encontrado al misoprostol como agente eficaz y seguro para transformar en maduro e inclusive iniciar el parto indicado en mujeres cuyo cuello uterino era anteriormente desfavorable. Señalan, asimismo, que por su mayor eficacia y bajo costo el misoprostol se convierte en el agente inductivo de elección. Varios investigadores coinciden con nuestros distinguidos colegas en tan importante conclusión.

Quizá convendría señalar, empero, que reduciendo a la mitad (25 µg) la dosis por ellos recomendada (50 µg) se mantiene la eficiencia y se reducen aún más los ocasionales pero preocupantes cuadros de hiperestimulación uterina (Wing I et al. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1811-1816).

El embarazo prolongado o postérmino representó la indicación de casi la mitad del grupo total de las 84 pacientes estudiadas. Mi interés en la existencia y estudio de este problema real y su reconocida mayor morbimortalidad perinatal surgió hace muchos años y desde entonces encontré imprecisión en las definiciones, términos intercambiables, ausencia de métodos razonablemente confiables para identificar «prolongaciones auténticas» de la gestación y profundas controversias acerca de beneficios y riesgos tendientes a reducir la morbimortalidad perinatal aumentada, derivada de intervenir o no interrumpiendo el embarazo. La falta de entendimiento, ligereza y superficialidades para establecer el diagnóstico e irresponsabilidad en la ejecución de tratamientos, por parte de algunos colegas, dieron y siguen dando origen a complicaciones innecesarias en sus pacientes. Por no haber cometido tan lamentables errores merece una felicitación adicional este grupo de ginecotocólogos militares.

Atentamente

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

Cor. M.C. Sergio Mendoza Hernández, Editor.

El Tte. Cor. M.C. José Antonio Frías Salcedo termina su artículo sobre el papilomavirus humano, (1997; 51(1): 52-56), con preguntas muy interesantes que merecen atención. La última toca de manera importante a las anteriores: «¿Cuáles tipos de VPH tienen capacidad de ser inductores de cáncer y por qué?» Dentro de las decenas de tipos de papilomavirus humano hasta ahora descritos existe un amplio espectro en cuanto a su capacidad transformante. En los extremos, los hay de alto riesgo (como los tipo 16, 18 y 31) y de bajo riesgo (como los 6 y 11). El mecanismo parece ser múltiple: a) integración al genoma celular con lesión de los genes virales *E1* y *E2* que regulan la expresión de los oncogenes *E6* y *E7*, b) amplificación de la forma episomal (ver a Jaime Berúmen y cols., Int J Cancer 1994; 56: 640-645 y Hum Pathol 1995; 26: 676-681 para estos dos incisos), y c) interacción de las proteínas *E6* y *E7* con las proteínas supresoras de proliferación celular p53 y Rb (Mark S. Lechner y Laimonis A Laimins, J Virol 1994; 68: 4262-4273). Este último mecanismo es también usado por adenovirus y por SV40.

Con respecto al estudio descriptivo con dos variables binarias (evolución y satisfacción) de la Tte. Cor. Enfra. Blanca Estela Vázquez Herrera y cols. (1997; 51(1): 57-63), me sor-

prendió encontrar un valor para el coeficiente de correlación τ puesto que este índice debe ser usado sólo para escalas dimensionales. Con cierta inquietud calculé el valor de ϕ con su χ^2 (raíz de 2.18/105) y me resultó diferente al de ellos (0.144 vs -0.1039). Mi valor de 0.14 sugiere una asociación positiva, aunque débil, entre las dos variables. Dado el número pequeño de cifras (de otra manera la pereza hubiera vencido), calculé mi propia χ^2 aplicando el modelo de tendencia «observado-esperado» del cuadro 2 x 2:

Sensación	Evolución			
	Buena	Mala	Total	%
Satisfacción	77(77.13)	12(11.87)	89	86.5
Insatisfacción	14(13.86)	2(2.13)	16	87.5
Total	91	14	105	
%	84.6	85.7		

Donde los valores en paréntesis son los esperados ($89/105 \times 91 = 77.13$). Dos cuestiones saltaron de inmediato:

a) los valores esperados, en una total falta de relación entre las dos variables (la hipótesis nula), resultaron ser prácticamente iguales a los observados, y b) los porcentajes marginales fueron también iguales ($86.5/87.5 = 0.99$) y tanto los horizontales como los alternos. Era ocioso continuar... pero ya había mordido yo el anzuelo con las discrepancias anteriores y proseguí. Mi valor de χ^2 fue de 0.109908 (vs 2.18) y el de ϕ 0.0102274 (vs -0.1039 y 0.144, por supuesto). El índice ϕ es análogo al coeficiente τ y un valor de 0.01 es de correlación nula (el de -0.1039 indica una correlación *negativa* débil).

Si hacemos el esfuerzo de interpretar los datos (que para eso se obtienen) en lugar de sólo mencionarlos, podríamos arribar, con parsimonia, a dos conclusiones: a) el Servicio de Sanidad debe suspender sus esfuerzos en mejorar la calidad de sus enfermeras puesto que pudiera correlacionarse hasta negativamente con la evolución del paciente ($\phi = -0.1$) o no tener prácticamente ninguna relación ($\phi = 0.1$), y b) nuestro intento presente de valorar la «satisfacción» no sirve y existe ruido suficiente como para no detectar la asociación con la atención de enfermería. La primera conclusión es, a todas luces, tonta. La segunda merece ser contemplada; aunque conviene anotar aquí, antes de proseguir, que una correlación positiva, fuerte o débil, es totalmente incapaz de detectar una relación de causa-efecto-solamente de asociación. La evolución del paciente depende también de otras variables, como la decisión de tratamiento y los procedimientos médico-quirúrgicos utilizados (excluyendo las de edad y comorbilidad de las pacientes), que pueden oscurecer la relación de la variable calidad de atención de enfermería. Además, existen sesgos de susceptibilidad (por parte de las pacientes en cuanto a los vocablos «adecuadamente», «con oportunidad», «amable», «oportunamente» y «funcionalidad» que aparecen en ocho de las diez preguntas del ESU utilizado) y probablemente de desempeño (por parte del personal de enfermería en cuanto a la uniformidad de su trato y a lo largo de la recolección de datos).

Con respecto al ESU en sí, nueve de las diez preguntas producen datos blandos —siendo la excepción la número cuatro. Por último, el otro grupo de datos (obtenidos por la aplicación del ESPS) muestran, en la *Figura 2*, un bello ejemplo de la campana de distribución de Gauss, con dispersión mínima y simétrica, obtenida con una muestra poblacional real.

Saludos a los autores y ojalá que estas líneas pudieran serles de alguna utilidad.

Cor. M.C. Ret. Mario Castañeda
Hospital Militar Regional
Veracruz, Ver.