

Recibimos una carta al editor con comentarios a un artículo publicado en el número 4-2012 de la Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana, como lo hemos hecho en ocasiones anteriores, damos una única oportunidad de réplica al autor.

De esta manera, presentamos a continuación la carta del Dr. Alberto Labra con comentarios al artículo intitulado "Estandarización del sitio de corte en la uvulopalatoplastia"; posteriormente la respuesta del Dr. Eduardo López Lizarraga, autor del mencionado artículo.

Estimado Dr. Bross
Editor de Anales de Otorrinolaringología Mexicana:

Me gustaría hacer algunos comentarios sobre un artículo publicado en la revista, en el número correspondiente a los meses septiembre-noviembre de 2012, página 205, titulado "Estandarización del sitio de corte en la uvulopalatoplastia", por López Lizarraga E y colaboradores, tomando en cuenta que la revista de nuestra sociedad es de corte enteramente científico y que desde hace años se lucha por posicionarla en los diferentes índices y bases de datos científicos internacionales.

El artículo tiene un número importante de errores de concepto y desde el punto de vista metodológico y estadístico, que desde mi personal punto de vista deberían haber impedido su publicación, dado que algunos de estos errores son graves. En primer lugar, no tenemos un cálculo de tamaño de muestra. Generalmente tenemos la idea de que tener muchos pacientes en un estudio, o un artículo con algún caso raro es suficiente para publicar, pero esto no representa ningún rigor científico o metodológico. Dependiendo del tipo de estudio y de población de que se trate, efectivamente 30 pacientes pudieran ser suficientes,¹ pero sólo si sabemos que nuestra población se comporta estadísticamente como una población normal.

Por otro lado, el título hace referencia a un procedimiento quirúrgico (uvulopalatoplastia), sin embargo, en el cuerpo del texto se habla también de un manejo indiscriminado y sin control científico de los cornetes, y esto no se incluye en el análisis estadístico final, por lo que los resultados no son confiables debido a este gran sesgo.

Pero aún más grave: refieren que el índice de apnea-hipopnea (IAH) es su variable independiente; sin embargo,

en la literatura mundial,² e incluso en este mismo artículo esto es justamente lo que se está midiendo (aunque indirectamente), ésta es la variable en la que esperamos encontrar un cambio al hacer una intervención, por lo tanto ésta es la variable DEPENDIENTE. Y digo que es indirectamente la medición porque se utilizó un método que se inventó aparentemente para este estudio, el índice clínico de apnea-hipopnea. Sabemos que un sistema científico de medición no debe ser publicado como confiable si no se tiene un estudio adecuadamente diseñado para validarlo.³ Pero esto no para aquí: se le pide al familiar que observe al paciente durante cinco horas contabilizando sus periodos de apnea. Primero que nada, no podemos trabajar medicina del dormir si no conocemos fisiología básica de sueño. Un ciclo de sueño en condiciones generales dura entre 90 y 120 minutos, desde su inicio hasta pasar por etapas N1, N2, N3 y sMOR.⁴ En cada una de estas etapas, y sobre todo en la de movimientos oculares rápidos, el comportamiento neuromuscular es muy diferente, y el número de apneas observadas será distinto, suponiendo que este conteo fuera válido y que el familiar del paciente verdaderamente pudiera mantenerse despierto las cinco horas, sin parpadear, en un ambiente oscuro y de madrugada. Y peor aún: ninguna revista en el mundo publicaría un estudio de apnea del sueño sin el uso de polisomnografía previa, de hecho, operar a un paciente de cualquier procedimiento de medicina del sueño sin tener un registro polisomnográfico equivale a hacer una cirugía endoscópica de senos paranasales sin una tomografía, o una estapedectomía sin audiometría. No sólo es metodológicamente incorrecto, sino éticamente dudoso. El argumento de no contar con un polígrafo nunca ha sido válido, y menos aún en los últimos cinco a siete años, en los que han proliferado en nuestro país.

Se refiere en el diseño que se trata de un estudio descriptivo, pero en realidad no lo es, pues sus pacientes están sometidos a una intervención y se hace una medición pre y postoperatoria. La metodología está vagamente descrita en solo seis líneas y jamás especifica las condiciones en que el estudio fue realizado. El objetivo primordial, que le da nombre al artículo (la estandarización del sitio de corte) es breve y confusamente explicado. En cuanto al análisis estadístico, se propone una prueba de χ^2 , siendo ésta una prueba NO PARAMÉTRICA mientras que la variable medida es de tipo PARAMÉTRICO. Jamás se dan detalles de cómo fue hecho el tratamiento estadístico y, de hecho, sabemos que la única manera en que éste pudo haber sido hecho, hubiera sido dicotomizando las variables para poder hacer las tablas de contingencia. Por el diseño del estudio y el tipo de variables, el análisis estadístico tuvo que haber sido diferente, y lo único que en realidad se menciona son algunas medidas de tendencia central. Si el análisis estadístico es incorrecto, esto implica que los resultados y la discusión son también erróneos, lo mismo que sus conclusiones.

Mencionan en la introducción que se ha encontrado un papel importante de la base de la lengua en la génesis de los trastornos obstructivos del dormir;⁵ sin embargo, nunca se menciona una búsqueda exhaustiva de los sitios de obstrucción o colapso en sus pacientes y, a pesar de su frecuencia, ningunos de sus pacientes recibió manejo a ese nivel. Y una de las conclusiones es que el género no tiene relación con los problemas respiratorios del sueño, cuando una líneas antes se refiere que en su propio estudio hay un 33.3% de mujeres y 66.6% de hombres.

Finalmente, en las citas de referencia se encuentran dos de wikipedia, otras tantas correspondientes a sitios web no científicos, y dos artículos del mismo autor que no tienen relación con lo que actualmente se publica.

Mi comentario es como sigue: publicar artículos tan pobres no sólo entorpece el camino de la revista hacia una mejor posición a nivel internacional, sino que representa un riesgo para la población otorrinolaringológica, y en particular para los residentes y médicos jóvenes, pues al no inculcar una lectura crítica de la literatura médica, cualquier cosa publicada servirá como respaldo a su formación, tomando como válido este conocimiento cuando en realidad está lejos de serlo. La frase “Si está publicado entonces es cierto” nunca estuvo más alejada de la realidad, y un artículo con nula validez interna no puede bajo ninguna circunstancia tener validez externa. Lo preocupante es que el problema no recae sólo en los autores, sino también en los revisores, en las personas que aceptaron este artículo mientras que, como revista científica, tenemos la obligación de cuidar los contenidos.

Referencias

1. Dawson B, Trapp RG. Bioestadística médica, 3ª ed. Ciudad de México: Manual Moderno, 2002.
2. Li KK, Riley RW, Powell NB, Gervacio L, et al. Obstructive sleep apnea surgery: Patient perspective and polysomnographic results. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;123:572-575.
3. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, et al. *Designing Clinical Research*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
4. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: An overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4ª ed. Philadelphia: Editorial Elsevier Saunders, 2005.
5. Somerz-Best D, Romero-García LA, Cruz-Hernández J. Características y variaciones anatómicas de la arteria lingual en población mexicana y su correlación quirúrgica con la radiofrecuencia de la base de la lengua en el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño. *An Orl Mex* 2010;55:127-132.

Dr. Alberto Labra

*Coordinador Médico de la Clínica de Trastornos del Sueño, Facultad de Medicina, UNAM
smimslabra@yahoo.com.mx*

Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana
Dr. Daniel Bross Soriano Director-Editor

a 25 de enero del 2013

Presente:

En cumplimiento del diálogo telefónico sostenido con usted, el día 21 de enero del presente año, en el cual me indicó: Fundamentara el artículo de su servidor y colaboradores titulado: “Estandarización del sitio de corte en la uvulopalatoplastia” y en atención a correo electrónico del C. Dr. Alberto Labra, Coordinador Médico de la Clínica de Trastornos del Sueño, Facultad de Medicina, UNAM, me permito informarle lo siguiente:

En primer término: agradecerle al Dr. Labra su tiempo como crítico del artículo y felicitarlo por su preocupación por el desarrollo de la ciencia y más específicamente de la Otorrinolaringología mexicana.

Como me fue señalado, responderé a los planteamientos expresados por el Dr. Labra, conforme a su documento:

En la fundamentación planteada por él, señala: En nuestro punto de vista (30 pacientes pudieran ser suficientes,¹ pero sólo si sabemos que nuestra población se comporta estadísticamente como una población normal).

La respuesta es: Me parece correcto lo manifestado por el Dr. Labra.

En su documento dice: que se hace referencia a un procedimiento quirúrgico (uvulopalatoplastia); sin embargo, en el cuerpo del texto se habla también de un manejo indiscriminado y sin control científico de los cornetes.

La respuesta es: en primer término: deseo hacer notar que en el artículo se fundamenta la patología de los cornetes, para ello en el inciso 2 de la introducción, dice lo siguiente: Ya que en un alto porcentaje este sonido puede ser provocado por la hiperplasia de los cornetes inferiores,⁵ alteración biológica que a su vez tiene como factor predisponente más importante. Las patologías rinosinusales,^{5,6} entre las que destaca la deformidad septal, porque a su vez ocasiona una metaplasia escamosa de la mucosa nasal.⁵

Continuando con la respuesta, deseo establecer lo siguiente: Es falso que realicemos un manejo indiscriminado y sin control científico de los cornetes, en virtud de que durante mi vida profesional me he dedicado a rehabilitar la fisiología de la nariz y senos paranasales, por lo que sugiero a los lectores revisar los artículos titulados: López Lizárraga E. Síndrome de la Rinoplastia de reducción. Revista Médica Otorrino 1997;5:38-40, el cual obtuvo el Premio Categoría Libre en el XVII Congreso Nacional. FESORMEX. 1995 y en el que se propone la turbinoplastia térmica con el uso del conductor eléctrico de E. López Demerutis. Y el artículo titulado: "Hiperplasia de la cola del cornete inferior causa de obstrucción nasal crónica" publicado en la Revista del Hospital Escuela. CUCS. UdeG. Septiembre de 1996;3:120-125.

A continuación: refiere que el índice de apnea-hipopnea (IAH) es su variable independiente, sin embargo, en la literatura mundial,² e incluso en este mismo artículo esto es justamente lo que se está midiendo (aunque indirectamente), ésta es la variable en la que esperamos encontrar un cambio al hacer una intervención, por tanto, ésta es la variable DEPENDIENTE.

La respuesta es la siguiente: considero que la lectura del artículo no fue suficientemente detallada, por lo que deseo hacer notar, que nuestras variables son:

Variable independiente: pacientes con índice clínico IAH "preoperatorio" sugerente del diagnóstico de síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS), a los que se les practicó: amigdalectomía con uvulopalatoplastia utilizando el tirador de paladar blando, realizando una disección palatina inclinada y una turbinoplastia térmica con conductor eléctrico de E. López Demerutis.

Variable dependiente: índice clínico IAH "postoperatorio a tres meses".

Espero haya quedado aclarado con esto que no son la misma variable.

A continuación señala: ninguna revista en el mundo publicaría un estudio de apnea de sueño sin el uso de polisomnografía previa, de hecho operar a un paciente de cualquier procedimiento de medicina del sueño sin tener un registro polisomnográfico equivale a hacer una cirugía endoscópica de senos paranasales sin una tomografía, o una estapedectomía sin audiometría.

La respuesta es la siguiente: me parece que los ejemplos no son los idóneos, por lo que espero esté usted de acuerdo: en que existe una discusión importante entre la investigación básica que es lo que usted hace y la investigación clínica, que en este caso es lo que yo hago. Por ello cuando señalé la variable independiente, escribo lo siguiente: **Variable independiente:** pacientes con índice clínico IAH preoperatorio "sugerente" del diagnóstico de síndrome de apneas-hipopneas.

La realidad es que tanto la investigación básica como la clínica se complementan y lo idóneo es: que todos los investigadores hicieran investigación básica y clínica. Sin embargo, existe una barrera muy importante, que no ha sido señalada por ambos: el poder económico.

A continuación plantea: el objetivo primordial, que le da nombre al artículo (la estandarización del sitio de corte) es breve y confusamente explicado.

La respuesta es: en este planteamiento, sólo deseo hacer notar algo que usted sabe: que el objetivo debe estar incluido en el título y en este caso puedo aseverar que está claro, por ser dirigido a otorrinolaringólogos.

El siguiente planteamiento refiere: en cuanto al análisis estadístico, se propone una prueba de χ^2 , siendo ésta una prueba NO PARAMÉTRICA mientras que la variable medida es de tipo PARAMÉTRICO.

La respuesta es: la variable medida es el Índice clínico IAH, a la que nosotros consideramos: una prueba NO PARAMÉTRICA, **por existir un riesgo relativo** (Salinas Martínez AM y col. Investigación en Ciencias de la Salud. México: Mc Graw Hill. Pág. 53).

Usted refiere: jamás se dan detalles de cómo fue hecho el tratamiento estadístico, y de hecho sabemos que la única manera en que éste pudo haber sido hecho hubiera sido dicotomizando las variables, para poder hacer las tablas de contingencia.

La respuesta a lo anterior es la siguiente: tiene usted toda la razón y por supuesto que tengo las tablas de contingencia.

A continuación expresa: por el diseño del estudio y el tipo de variables, el análisis estadístico tuvo que haber sido diferente, y lo único que en realidad se menciona son algunas medidas de tendencia central.

La respuesta es la siguiente: No se publicaron el resto de los cálculos por dos razones:

1. Nuestra revista nos plantea un número determinado de cuadros.
2. Nos parece que ante esta limitante de espacio, publicar los resultados es fundamental en la publicación. Y **¿el qué?** y el **¿porqué?**, quedan sujetos a un factor que se llama: CREDIBILIDAD, lo cual obviamente usted no me brinda a mí. Yo me pregunto: ¿Por qué debo brindárselo yo a usted?

Obviamente su molestia es severa, porque usted vuelve al principio del artículo y señala:

Mencionan en la introducción que se ha encontrado un papel importante de la base de la lengua en la génesis de los trastornos obstructivos del dormir;⁵ sin embargo, nunca se menciona una búsqueda exhaustiva de los sitios de obstrucción o colapso en sus pacientes, y a pesar de su frecuencia, ningunos de sus pacientes recibió manejo a ese nivel.

La respuesta es la siguiente, en nuestro artículo se señala:

El ronquido de los pacientes, **no siempre** está relacionado con alteraciones de los músculos de la rinofaringe y en consecuencia por patología del paladar blando, ya que en un alto porcentaje este sonido puede ser provocado por:
1.- Alteraciones en la base de la lengua.³

La referencia que anotamos es la siguiente:

3. Sommerz Best D, Romero García L A, Cruz Hernández J. Características y variaciones anatómicas de la arteria lingual en población mexicana y su correlación quirúrgica con la radiofrecuencia de la base de la lengua en el tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño. Anales de Otorrinolaringología Mexicana 2010;55:127-132.

Discúlpeme Doctor: Yo sí creo en él.

La penúltima pregunta establece: Y una de las conclusiones es que **“el género no tiene relación con los problemas respiratorios del sueño”**, cuando unas líneas antes se refiere que en su propio estudio hay un 33.3% de mujeres y 66.6% de hombres.

La respuesta al respecto es: En el artículo dice:

3.- El género **“no es un factor determinante”** en el diagnóstico del SAHS y por supuesto, no dice: El género **“no tiene”** relación con los problemas respiratorios del sueño.

Para finalizar manifiesta: Finalmente, en las citas de referencia se encuentran dos de wikipedia, otras tantas correspondientes a sitios web no científicos, y dos artículos del mismo autor que no tienen relación con lo que actualmente se publica.

La respuesta es: Las referencias a las que se refiere: La número 17 ha sido descrita en este documento porque tiene relación con la turbinoplastia térmica.

Y la número 19 es para demostrar que la variable de la edad tiene correlación con los diagnósticos secundarios, ya que en la referencia se plantea un estudio sobre las patologías rinosinusales más frecuentes en nuestro medio.

Sin otro particular, le doy las gracias a los responsables de la revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana y en especial al Dr. Daniel Bross Soriano por brindarme la oportunidad de demostrar a la comunidad otorrinolaringológica, que estamos haciendo lo correcto en la práctica de la investigación clínica.

Dr. en C. Eduardo López Lizárraga