



**L**a educación médica continua es un proceso mediante el cual el médico se pone al tanto de los progresos conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina, pero sobre todo los del ámbito de la ginecología y obstetricia. Por su carácter de permanencia, y en virtud de las diferentes facetas que reviste, supone un esfuerzo perseverante de los propios médicos e implica la colaboración de instituciones de salud, academias, sociedades y escuelas de medicina. Se trata, por tanto, de una responsabilidad compartida, en este caso de los autores que utilizan como foro a la revista *Ginecología y Obstetricia de México* y de los lectores que no sólo reciben el conocimiento y la experiencia de otros, sino que lo ponen en práctica, lo comprueban, adaptan y retroalimentan para que el proceso continúe.

Con la observación continua de este precepto, *Ginecología y Obstetricia de México* pone mensualmente a la consideración de sus lectores una amplia diversidad de experiencias que, luego de un riguroso tamiz de evaluación, se aceptan para su publicación. Así, por ejemplo, en esta edición se señala que la adiponectina es una citocina del tejido adiposo que se comporta como una hormona e interviene de manera sobresaliente en los mecanismos antinflamatorios; en consecuencia, protege contra la aterosclerosis. Además, mantiene una relación directa con el grado de sensibilidad celular a la acción de la insulina. La adiponectina se encuentra inversamente relacionada con el grado de adiposidad y, por ello, su concentración se reduce cuando existe obesidad; a su vez, dicho decremento se asocia con resistencia a la insulina y con diabetes. Los autores de este trabajo tuvieron como propósito cuantificar la concentración de adiponectina en las tres etapas del ciclo menstrual y analizar la relación con las concentraciones de 17-β estradiol y progesterona.

Debido a los cambios demográficos y epidemiológicos, a la mayor esperanza de vida y, por tanto, al mayor número de mujeres que pasarán la tercera parte de su

vida en la etapa posreproductiva o posmenopáusica es importante poner mayor atención en la prevención de padecimientos que se originan en esta edad de la vida. La prescripción de la terapia hormonal de reemplazo es una práctica común en la consulta diaria de los médicos, en virtud del mayor número de mujeres en etapa del climaterio con diferentes necesidades y expectativas. Esta transición demográfica obliga al médico a tener conocimientos actualizados basados en demostraciones científicas que desechen y hagan frente a las propuestas terapéuticas sin el debido sustento. La amplia variedad de productos farmacéuticos para prevenir o tratar lo relacionado con el climaterio hace indispensable que el facultativo los analice y estudie sus características antes de prescribirlos.

En la actualidad, la endometriosis sigue siendo una enfermedad cuyo diagnóstico, después de la sospecha clínica, sólo puede confirmarse con la visualización directa y biopsia de las lesiones endometriósicas. Esto ha dificultado la disponibilidad de estadísticas de incidencia y prevalencia que verdaderamente cuantifiquen el alcance de este padecimiento. Las líneas actuales de investigación, basadas principalmente en la teoría clásica de la menstruación retrógrada, han ido estableciendo los múltiples factores bioquímicos, inmunológicos y moleculares implicados en la fisiopatología de la endometriosis. La evolución de ésta se divide en cinco procesos básicos: adhesión, invasión, reclutamiento, angiogénesis y proliferación. En este artículo se revisan los primeros dos debido a la importancia que guardan desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Hace 55 años los doctores Enrique Viesca, Antonio Iturriaga y Carlos Albores, de Torreón, Coahuila publicaron en *Ginecología y Obstetricia de México* un artículo sobre el empleo y la dosificación de hormonas en la amenaza de aborto. Ahí señalaron que: "... la gonadotropina es necesaria para la buena implantación placentaria, Kurgrok y Burber utilizaron 1,000 a 2,000 unidades de esta sustancia tres veces por semana hasta los 4 ½ meses combinándolo con 5 mg de hormona de cuerpo amarillo, tres veces por semana hasta los 4 ½ meses y dos veces por semana hasta los 8 meses, agregando ocasionalmente 1 mg

diario de estradiol en caso de hipoplasia eventual, proporcionando el porcentaje más alto conocido de éxitos. Las bases fisiológicas aducidas para la utilización del tratamiento hormonal en la amenaza del aborto nos parecen demasiado simplistas para ser ciertas, pues el aumento de motricidad uterina por sí no sería suficiente para provocar el aborto (tratamiento con progesterona), seguramente se trata de un hecho íntimo mucho más complejo y recordaremos

que es de capital importancia el metabolismo intrínseco del endometrio, ya que es en esta membrana donde se produce el intercambio nutritivo entre el huevo y el ambiente antes de que se haya establecido la circulación útero-placentaria suficiente para recibir elementos útiles para la nutrición del feto, directamente del torrente circulatorio.”

*Jorge Delgado Urdapilleta*