



La hemorragia posparto es causa frecuente de muerte materna; en México ocupa el segundo sitio. Hace alrededor de 140,000 muertes por año (una cada cuatro minutos). Esta complicación es común en países en vías de industrialización, como el nuestro, donde se calcula una muerte materna por cada mil nacimientos en sitios donde no son posibles los procedimientos de hemotransfusión, sobre todo por la dificultad para pronosticar la hemorragia obstétrica, las distancias largas e inaccesibles entre el lugar de atención primaria y los centros médicos especializados, y los malos servicios de transporte que existen en esos lugares. A lo anterior se agrega que los medicamentos aplicados rutinariamente para el control de la hemorragia posparto, como la oxitocina y la metilergometrina, llegan a perder 80% de su efectividad cuando se exponen a la luz y el calor. La finalidad de este artículo que se publica en esta edición GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO fue evaluar la efectividad del misoprostol por vía intrauterina en el control de la hemorragia postcesárea secundaria a atonía uterina y en reducir la necesidad de sustancias uterotónicas adicionales.

El propósito del tratamiento del cáncer de mama metastásico es paliar los síntomas, con adecuado control del crecimiento tumoral. Además de la eficacia, debe considerarse la tolerancia, calidad de vida y preferencias de la paciente informada para evaluar las opciones en cada caso. En las pacientes con receptores hormonales positivos, el tratamiento de elección es el endocrino, porque tiene eficacia similar a la quimioterapia, pero con mejor tolerancia. Así lo afirman los autores de otro trabajo original.

Los tratamientos endocrinos tienen dos blancos principales en su mecanismo de acción. El primer mecanismo consiste en bloquear la producción de estrógenos, que en el caso de las mujeres premenopáusicas puede ser mediante la ablación ovárica y en las mujeres posmenopáusicas, pueden administrarse los inhibidores de aromatasa para bloquear la conversión periférica de los andrógenos a estrógenos por medio de la enzima aromatasa. El segundo mecanismo comprende el bloqueo de la acción de los estrógenos en su receptor, mediante fármacos antiestrogénicos, como el tamoxifeno, el rodoxifeno y otros

bloqueadores selectivos del receptor de estrógenos. Los fármacos antiestrogénicos pueden recetarse a mujeres pre y posmenopáusicas.

Para las pacientes con cáncer de mama avanzado, en quienes la paliación de los síntomas y el conservar la calidad de vida son los objetivos primarios, es importante la tolerancia para asegurar el apego al tratamiento. En virtud de su perfil de toxicidad tolerable, el tratamiento hormonal es el de elección para mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama positivo para receptores hormonales. El tratamiento debe ajustarse según las características de la paciente y su estado de la menopausia.

Hace 55 años el doctor Rodolfo Arroyo Lllano, de Monterrey, Nuevo León, publicó un artículo en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO para establecer, cuándo, por qué y cómo debe cambiarse la presentación anormal del feto durante el embarazo. "En la práctica diaria de la consulta de mujeres embarazadas surge a menudo el problema de las presentaciones anormales, es decir, que el feto tenga una colocación transversa, pélvica u oblicua. En tales circunstancias, el médico obligadamente se pregunta si ha de cambiarse a la de vértice o cabeza, que como se sabe es la presentación normal, por ser la más favorable al parto.

"Sin embargo, actualmente, decía en su comunicación hay dos tendencias generales: una, partidaria de transformar la presentación por medio de la versión por maniobras externas; la otra, se inclina por dejar las cosas tal y como están, es por decirlo así, abstencionista, y espera el trabajo de la naturaleza. Del primer grupo hay quienes intentan verificar el cambio y al fracasar no vuelven a insistir. Del segundo, hay quienes se abstienen de hacer la maniobra externa, pero recurren a otros medios, v.g., administración de purgante (aceite de ricino), aplicación de faja, etc., siempre con la mira de poner al feto de cabeza..."

El capítulo de la *Guía de práctica clínica* del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia corresponde al diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Carlos Fernández del Castillo S

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS EN EL MES DE JULIO DEL 2009

- 1. Laparoscopia para la etapificación y el tratamiento del cáncer cervicouterino**
Antonio Maffuz, Gustavo Cortés, Daniel López, Félix Quijano
- 2. Técnicas de marcaje con guía ultrasonográfica y mastográfica previas a la obtención de biopsia de mama por escisión**
Farinde Navari González, María Cecilia Ortiz de Iturbide, Daniel Silverio Zúñiga Lara
- 3. Manejo de ruptura prematura de membranas pretérmino**
Guía de práctica clínica 2008
- 4. Control prenatal en adolescentes: evaluación del riesgo materno-infantil**
Guía de práctica clínica 2008
- 5. Enfermedad tiroidea: un tema de revisión constante por el ginecólogo, por su frecuencia en las mujeres**
Arturo Zárate, Lourdes Basurto, Renata Saucedo, Marcelino Hernández Valencia

NIVEL DE EVIDENCIA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO utiliza los siguientes niveles de evidencia para clasificar los artículos, con base en la fuerza y complejidad de la metodología aplicada por los investigadores.

I. Estudios clínicos controlados y aleatorizados, con homogeneidad e intervalo de confianza estrecho o metanálisis

Protocolos de investigación con definición de mecanismos de control que operen antes y durante el desarrollo de la fase experimental con el objeto de salvaguardar la seguridad del sujeto de experimentación. La aleatorización reduce los sesgos que aparecen en los estudios de observación e implica asignar los sujetos de estudio a grupos similares y que los tratamientos que reciban puedan compararse objetivamente. El intervalo de confianza debe reducir al mínimo la imprecisión de las estimaciones puntuales.

II-1. Estudios clínicos controlados pero sin aleatorización

Ensayos que se inician con la formulación de una hipótesis que defina claramente la variable independiente (intervención) y la manipulación que el investigador hará de dicha variable. Se requiere definir las potenciales variables dependientes y los procedimientos de control y vigilancia de estas variables, incluidos los posibles efectos adversos. Definen el tiempo de duración del experimento, las potenciales fuentes de sesgo y las precisiones de carácter ético pertinentes. Puesto que carece de aleatorización la posibilidad de sesgo aumenta.

II-2. Estudios de cohorte o caso-control, preferentemente multicéntricos, o consensos

Implican seguir grupos de sujetos en el tiempo, con dos propósitos primarios: descriptivo, típicamente para describir la incidencia de ciertos sucesos en el tiempo; y analítico, para analizar asociaciones entre exposición y resultados. Estos estudios comparan un resultado en particular (como el cáncer cérvico-uterino) en grupos de pacientes con similitudes en muchos aspectos, pero que se diferencian por una cierta característica (por ejemplo, mujeres que fuman comparadas con las que no fuman); el seguimiento es a largo plazo con vigilancia cuidadosa de la influencia de factores de riesgo. Los estudios de caso-control comienzan con la identificación de pacientes con la enfermedad (u otro resultado) de interés, y un grupo apropiado de individuos sin la enfermedad (controles), los compara a ambos: los que tienen la enfermedad en estudio (casos) y un grupo muy similar de personas sin la enfermedad (controles).

II-3. Estudio de observaciones múltiples con o sin intervención; estudios sin control y grandes series de casos

Son el relato o comunicación de lo que se ha observado sin la aplicación de alguna metodología reconocida y sin algún tipo de control, como las observaciones de eficacia de algún fármaco, sin la correspondencia de comparación. Son la comunicación de un caso que, simplemente, se agrega a la lista de los ya reportados.

III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Son opiniones de expertos, sin valoración crítica explicable o, simplemente, basados en la fisiología. Los autores sólo reportan lo observado y lo interpretan a través de la óptica de su experiencia personal.