

Posterior a la menopausia, cualquier hemorragia uterina debe considerarse anormal y estudiarse de manera inmediata porque 1 de cada 8 pacientes tendrá cáncer de endometrio.

Existen otros padecimientos que sobrevienen en esta etapa de la vida y que pueden originar hemorragia uterina anormal como: pólipos endometriales, miomas, hiperplasia endometrial y terapia hormonal de reemplazo. También existen afecciones extrauterinas que pueden confundir el diagnóstico de hemorragia uterina anormal, como la atrofia vaginal, las hemorroides, la cistitis, etc.

El estudio y atención de las pacientes con hemorragia uterina anormal deben iniciarse con historia clínica completa, exploración física detallada y estudios de patología, que son el patrón de referencia. Hasta la fecha, el legrado-biopsia fraccionado sigue siendo el método diagnóstico y terapéutico de elección, con la desventaja del tiempo y costo que genera para el hospital y la paciente porque es necesario el internamiento y disponer de un área de quirófano. En esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluye una investigación original que tuvo como propósito comparar la toma de biopsia de endometrio mediante histeroscopia con la aspiración manual endouterina en consultorio, en pacientes con hemorragia uterina posmenopáusica de la clínica de climaterio del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco.

La mortalidad materna es uno de los más lamentables problemas de salud. Las tasas de mortalidad materna más altas se registran en los países en vías de industrialización de África, Asia y América Latina. En 1992 la Organización Mundial de la Salud reportó 500,000 defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio y sólo 2% sucedieron en países industrializados, con tasas de 4-10 por cada cien mil nacidos vivos, que contrastan de forma

alarmante con las informadas por los países en desarrollo, en ocasiones hasta 100 veces superiores.

En México, la mortalidad materna comparte las características propias de la que acontece en los demás países en desarrollo: en la mayor parte de los casos, la muerte es obstétrica directa; es decir, causada por padecimientos propios del estado grávido puerperal; aunque en el artículo que a este propósito aquí se incluye se encontraron más casos de mortalidad obstétrica indirecta. En el año 2000, la tasa de mortalidad materna hospitalaria en el IMSS se situó en 39 por cada 100,000 nacidos vivos, producto de una tendencia creciente observada a partir de 1997 y que produjo cifras similares a las registradas diez años antes. Por eso se implementó un programa institucional para disminuirla.

Hace 55 años Don Alfonso Álvarez Bravo publicó en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO un interesante artículo a propósito de la citología de la descamación vaginal como prueba de rutina en Servicios de Ginecología, en donde señalaba que: "Se acepta universalmente que el hecho más importante en la lucha contra el cáncer es su diagnóstico temprano. En efecto, si bien es cierto que los métodos de tratamiento del cáncer uterino han progresado evidentemente en los últimos 40 años, es también indudable que los beneficios que reportan dichos tratamientos se manifiestan principalmente en los periodos iniciales de la enfermedad y que el porcentaje de curaciones es inversamente proporcional al periodo evolutivo de la misma."

Las Guías de práctica clínica 2008 del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia corresponden al capítulo sobre diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática.

Carlos Fernández del Castillo S

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE OCTUBRE SON:

1. Diagnóstico y tratamiento de la dismenorrea primaria en adolescentes

Lira PJ. Guía de práctica clínica. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8): S211.

2. Repercusión demográfica de la operación cesárea

Rojas Aujajng, Felguérez FJA. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):362-66.

3. Frecuencia del síndrome metabólico en mujeres posmenopáusicas mexicanas y su relación con la terapia hormonal.

Carranza LS, Guerrero ML, Castro A. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):367-71.

4. Evolución de hipertensión gestacional a hipertensión crónica.

Romero GG, Muro BSA, Ponce de León AL. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(9):401-6.

5. Lesiones escamosas intraepiteliales en mujeres con lupus

Mercado U. Ginecol Obstet Mex 2009;77(9):423-27.

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 define 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.