



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

El desarrollo tecnológico ha hecho posible que muchas técnicas quirúrgicas que antes requerían efectuarse en el quirófano y que la paciente permaneciera en una cama de hospital, ahora es posible efectuarlas en el consultorio con buenos resultados e ir a guardar reposo en casa. La optimización de los recursos y de los tiempos de atención a las pacientes durante una consulta permite ofrecer mejor calidad de atención.

La duración del procedimiento depende, obviamente, de muchos factores: la variabilidad anatómica de las mismas pacientes, la experiencia del cirujano, y la complejidad de la afección a tratar. Se requiere adiestramiento adecuado para que el procedimiento sea bien aceptado. En uno de los artículos originales de esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se expone la experiencia de siete años en la práctica de la cirugía histeroscópica en el consultorio con tecnología bipolar.

La endometriosis afecta de 5 a 12% de las mujeres en edad reproductiva y de éstas 50% llegan a sufrir infertilidad. La cirugía es el tratamiento más adecuado en la endometriosis ovárica porque las indicaciones estrictamente médicas no siempre terminan en buenos resultados. La laparoscopia es la técnica de elección por su baja morbilidad, alta tolerancia y bajo costo relacionada con la disminución de los síntomas. Uno de los puntos más frustrantes es la alta tasa de recurrencia. En la actualidad son pocos los factores de riesgo que se han identificado de manera consistente.

Existe una gran diversidad de criterios a la hora de definir la recurrencia. Hay estudios que sólo consideran la recurrencia ecográfica del endometrioma o sólo la reaparición de síntomas. Otros evalúan los síntomas y la ecografía y otros más analizan el hallazgo ecográfico junto con el Ca 125 alto. En el estudio incluido en este número se tomaron como criterios todos los parámetros a considerar en el seguimiento de pacientes con endometriosis, se evaluó el hallazgo ecográfico y la reaparición de síntomas como recurrencias y la asociación o no de éstos con la nueva elevación del Ca 125; en los casos en los que estaba previamente elevado se intentó abarcar el problema en su totalidad.

La evolución dinámica de la cirugía laparoscópica ha hecho que la histerectomía por vía laparoscópica sea una de las principales formas de tratamiento quirúrgico en muchos centros alrededor del mundo. Al ser esta modalidad quirúrgica solicitada por mayor número de pacientes, requiere estrategias para disminuir la morbilidad y mantener los mejores resultados cosméticos.

Por tradición, para realizar una histerectomía laparoscópica se han utilizado 3 a 5 trocares. La tendencia actual es a usar menos puertos y de menor calibre; por tanto, deben diseñarse estrategias que permitan este propósito. Aquí se reporta la técnica en la que sólo se utilizaron tres puertos de 5 mm para varios úteros grandes, con morcelador por vía vaginal.

Hace 55 años, los doctores Jesús CONTRERAS y Tomás VELÁZQUEZ abordaron el tema de la endometriosis y ahí expusieron que: “La adenomiosis o endometriosis interna se ha explicado por el desarrollo, durante la edad adulta, de inclusiones mesonefróticas del conducto de Müller que quedaron incluidas en el útero durante el desarrollo embrionario. Otros piensan que, simplemente, es un crecimiento exagerado en profundidad del endometrio normal. También se cree que puede tener un origen *in situ* a partir de restos celulares embrionarios, situados generalmente cerca de los vasos. Finalmente, algunos opinan que pueden explicarse por metástasis linfáticas desde el endometrio hasta el músculo uterino.”

Con este número concluye el Volumen 80 de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, que jamás se hubiera completado sin la entusiasta participación de los más de 200 autores que enviaron sus trabajos a la consideración del Comité Editorial. La calidad del contenido es resultado del profesionalismo con que los revisores asumieron su tarea de dictaminar los artículos y de la benevolencia de los autores para aceptar de la mejor gana las sugerencias propuestas para mejorar sus artículos. Sin el apoyo generoso de la industria químico-farmacéutica tampoco hubiera sido posible producir los trece números que este año se editaron. Pero el esfuerzo de todos los actores sería estéril si no hubiera lectores: sin Ustedes nada tendría sentido porque son el fin último y primario de toda publicación.

Las ediciones en papel están cercanas a su fin, no sólo por su costo cada día encarecido, sino porque la materia prima de éste son los árboles necesarios para producir un millar de hojas y que como consecuencia de la tala desmedida y olvido de la reforestación requerimos importarlo. Cada día, las ediciones electrónicas van ganando terreno porque sus ventajas son enormes, no sólo en costo, sino en eficiencia, prontitud, extensión y versatilidad. Lo que hoy se publica está disponible en la red para todo aquel que se interese en su contenido, sin importar dónde se encuentre ni la hora del día. Hacia allá vamos, a la modernidad que nos ha alcanzado.

Carlos Fernández del Castillo S

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE NOVIEMBRE SON:

1. **Cesárea Misgav Ladach modificada en un hospital de tercer nivel**
David Alejandro Martínez Ceccopieri, Ernesto Barrios Prieto, David Martínez Ríos
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):501-508.
2. **Tratamiento conservador de la gestación ectópica cervical**
Patricia Bretón, Marta Garcés, Daniel Orós, Rafael González de Agüero, Manuel Ángel Romero, Ernesto Fabre
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):514-520.
3. **Implicaciones clínicas del síndrome de Turner en la fertilidad y el embarazo**
Eunice López Muñoz, Adelina Hernández Zarco, Alfonso Hernández Peñafiel
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):521-527.
4. **Manejo de Síndrome Climatérico**
Luis Hernández Gutiérrez
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):548-553.
5. **Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia**
Rodrigo Ayala Yáñez, Carlos Briones Landa, Héctor Anaya Coeto, Lionel Leroy López
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):540-544.

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.