



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

Puesto que la operación Misgav Ladach requiere menos tiempo que el método convencional (Pfannenstiel-Kerr), el tiempo de personal y de quirófano se reduce, las complicaciones a corto y largo plazo se minimizan y, en consecuencia, los gastos globales de la atención médica disminuyen.

A partir de que el equipo del Misgav-Ladach publicó la descripción de su nueva técnica, ésta se ha puesto en práctica en muchos países europeos, asiáticos y de América. Enseguida de su descripción se han sucedido varias modificaciones, en México y España se realizaron el afrontamiento muscular y la síntesis de subcutáneo; en Roma y Argentina, utilizaron la incisión de Pfannenstiel y la síntesis en tres planos (útero, aponeurosis y piel). En el primer artículo original de este número de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluye un trabajo original que tuvo como propósito: comparar los resultados obstétricos entre pacientes a quienes se hace cesárea con la técnica tradicional o con la técnica Misgav Ladach modificada.

El *hatching* asistido es una técnica complementaria a los procesos de fecundación *in vitro* que consiste en la apertura de un pequeño orificio en la zona pelúcida que rodea al embrión. Esta zona pelúcida permite la entrada de un espermatozoide y evita los ataques inmunes, la toxicidad y las presiones físicas. La eclosión asistida ha incrementado el éxito en la tasa de implantación del embrión en ciertos grupos de pacientes con mal pronóstico. El segundo artículo original de este número compara las tasas de embarazo en pacientes con falla previa en repro-

ducción asistida con fertilización *in vitro* que recurren a la eclosión asistida con las de pacientes que no las utilizan antes de un nuevo ciclo de fertilización *in vitro* y según el grupo de edad.

El tercer artículo original de esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO valora la eficacia de las alternativas terapéuticas indicadas a pacientes con gestación ectópica cervical. El embarazo ectópico cervical representa 0.15% de todos los embarazos ectópicos y es responsable de 10 a 15% de las muertes maternas durante el embarazo, y de más de 80% de las producidas durante el primer trimestre. Las causas del embarazo ectópico cervical se desconocen, aunque se han propuesto algunos factores de riesgo, como la patología cervical, la dilatación, el legrado cervical, la cirugía uterina previa y la fecundación *in vitro*; todos podrían favorecer la implantación del saco en esta localización.

Hace 55 años el Dr. Luis Hernández Gutiérrez, de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, Gto., publicó el texto de su ponencia a propósito del: “Manejo del Síndrome Climatérico” en donde señaló que: “Los síntomas más característicos, más constantes y que más preocupan a las pacientes, son los de tipo vasomotor, comprenden los llamados bochornos, sofocos o llamaradas que son percibidos por la mujer como oleadas de calor que invaden súbitamente la cabeza, el cuello, la parte superior del tórax y aun todo el cuerpo y que van acompañados o seguidos de rubefacción, ansiedad, opresión respiratoria y transpiración más o menos profusa.”

Carlos Fernández del Castillo S

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE JULIO SON:

- 1. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia**
Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís RE, Levario-Carrillo M.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):461-466.
- 2. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía relacionada con su tratamiento**
Álvarez-Navarro M, Cabrera-Carranco E, Hernández-Estrada AI, Aguirre-Osete X.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):473-479.
- 3. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica**
Carazo-Hernández B, Rojas-Pérez-Esquerra B, Sanz-López A, Gárces-Valenzuela.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):491-494.
- 4. Consenso de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio para la indicación de veraliprida a pacientes con síntomas vasomotores**
Basavilvazo-Rodríguez A, Bravo-Rodríguez LM, Carranza-Lira S, Celis-González C, Hernández Marín I y col.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):467-472.
- 5. Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo**
Bautista-Gómez E, Morales-García V, Flores-Romero AL, Pizarro-Osorno N, Velásquez-Valdivia A.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):487-490.

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.