



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

Esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO contiene la opinión de un grupo de expertos en diagnóstico y tratamiento de la anemia en la mujer embarazada. Se trata de un documento que refleja la experiencia clínica de los participantes y el esfuerzo del grupo en el análisis minucioso de la bibliografía de los últimos años referente al diagnóstico y tratamiento de la mujer embarazada con anemia. El propósito fundamental de dejar por escrito esa experiencia es proporcionar al médico de primer contacto (médico general, familiar, ginecoobstetra o especialista no hematólogo) una herramienta práctica basada en evidencia que facilite el diagnóstico y tratamiento oportunos de la mujer embarazada con anemia por deficiencia de hierro. Este documento propone la unificación de los criterios para agilizar el diagnóstico y racionalizar el uso de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de pacientes con esta enfermedad. El diagnóstico de anemia puede fácilmente establecerse valiéndose del análisis sanguíneo que incluye la determinación de ferritina sérica. La medición de hierro sérico no debe usarse como único marcador para establecer el diagnóstico; deben descartarse otras causas, además de las carenciales, que generen anemia en la paciente. Es importante proponer la toma de hierro complementario no sólo durante el embarazo sino también luego del nacimiento o enseguida de un aborto para reponer el hierro perdido.

Se estima que 15% de las parejas que viven en países industrializados son infértiles; es decir, tienen falla para concebir, en edad reproductiva, luego de 12 meses o más de coitos regulares sin anticoncepción. Durante la última década se ha incrementado la demanda de tratamientos de reproducción asistida porque se cree que ahora son más efectivos.

En esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluye el Consenso Nacional Mexicano de Reproducción Asistida que tiene como propósito unificar el criterio terapéutico y el servicio a las pacientes y sentar el precedente para una Norma Oficial Mexicana al respecto y de ayuda para la legislación de estos procedimientos.

De este Consenso sobresale que la selección de pacientes para las técnicas de reproducción asistida es el primer paso de todo el proceso. Una correcta selección llevará al éxito, de la misma forma que una mala selección conducirá al fracaso. Para el caso de la ovodonación la recomendación más importante es que sólo se transfieran uno a dos embriones con el propósito de reducir las tasas de embarazo múltiple y mantener tasas elevadas de embarazo.

Hace 57 años se publicó en estas páginas de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO un artículo escrito por el doctor Eduardo Urzaiz Rodríguez a propósito del drama de las posiciones occípito-posteriores de vértice en donde señala que: “Antaño, si una cabeza en occípito-posterior no lograba encajarse después de muchas horas de inútil sufrimiento para la paciente, cuando la comadrona confesaba su incompetencia o la familia se convencía de ella y de la ineficiencia de rezos o imágenes milagrosas, se llamaba al médico. Si éste diagnosticaba con exactitud el caso y quería apegarse a las indicaciones de sus clásicos, completaba la dilatación del cuello por el método de Bonaire si era necesario, e intentaba la rotación manual de la cabeza con la esperanza de lograr su encajamiento en occípito-anterior y aplicar luego un fórceps alto. Esta rotación manual, que explicada en los libros parece muy fácil, no lo es tanto en el terreno de la práctica y recuerda bastante el acto de torcerle el pescuezo a un pollo, por más que se recomienda que un ayudante empuje exteriormente el hombro para que el cuerpo gire también.”

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE AGOSTO SON:

1. **Cesárea Misgav Ladach modificada en un hospital de tercer nivel**
Martínez-Ceccopieri DA, Barrios-Prieto E, Martínez Ríos D.
Ginecol Obste Mex 2012;80(8):501-508.
2. **Manejo del síndrome climatérico**
Hernández-Gutiérrez L.
Ginecol Obste Mex 2012;80(8):548-553.
3. **Implicaciones clínicas del síndrome de Turner en la fertilidad y el embarazo**
López-Muñoz E, Hernández-Zarco A, Hernández-Peñafiel A.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):521-527.
4. **Tratamiento conservador de la gestación ectópica cervical**
Bretón P, Garcés M, Orós D, González de Agüero R, Romero MA, Fabre E.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):521-527.
5. **Manejo del Síndrome Climatérico**
Hernández-Gutiérrez L.
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):548-553.

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.