



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

Puesto que el sangrado menstrual abundante tiene gran repercusión en la calidad de vida y el bienestar psicosocial de las mujeres, en esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se analiza la eficacia de la resección endometrial histeroscópica *vs* ablación endometrial con sistema Novasure para el alivio de las hemorragias uterinas disfuncionales resistentes al tratamiento médico.

Los estudios de población señalan que de 10 a 35% de las mujeres en la premenopausia tienen eventos de menorrhagia que originan alrededor de 20% de las consultas ginecológicas de mujeres en edad reproductiva. La primera opción terapéutica para mujeres premenopáusicas sin afección uterina es la aplicación de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, tratamiento con antifibrinolíticos, antiinflamatorios o anticonceptivos orales. La elección del tratamiento más adecuado depende, sobre todo, de las contraindicaciones, la preferencia de la paciente y del deseo de embarazarse. El tratamiento quirúrgico del sangrado menstrual abundante está indicado cuando fracasa el tratamiento médico.

A partir del inicio del embarazo, hasta el puerperio, la ansiedad se vuelve un factor de morbilidad materno-fetal pocas veces considerado; precisamente por la falta de experiencia no están claras las estrategias de su tratamiento. Los lineamientos para la atención psicológica son insuficientes porque no han disminuido las tasas de prematuros ni la comorbilidad en el recién nacido. En esta edición se publican los resultados de un estudio que tuvo como finalidad determinar, mediante la escala de ansiedad de Hamilton modificada, el grado de ansiedad materna durante el puerperio inmediato y su asociación con complicaciones materno-fetales. En numerosos estudios la ansiedad y la depresión prenatal se han asociado con complicaciones perinatales en la madre y su hijo; no obstante que la de-

presión posparto ha sido ampliamente estudiada, algunos estudios indican que la ansiedad antenatal prevalece más tiempo durante el trámite del embarazo y es un factor de riesgo de depresión posparto.

Otra consideración valiosa incluida en este número es la que se refiere a la necesidad de crear en el ámbito institucional y privado clínicas de climaterio para atender al creciente número de mujeres que han llegado al término de la vida reproductiva. Está ampliamente demostrado que el climaterio se acompaña de una serie de problemas metabólicos que se convierten en factores de riesgo de mortalidad para la mujer. Ante este panorama se torna indispensable la participación multidisciplinaria que permita disminuir esos riesgos y mejorar la calidad de vida. Los trastornos metabólicos característicos del hipoestrogenismo originan graves problemas de salud pública que incrementan la morbilidad y mortalidad cuando se asocian dos o más trastornos. Por todo esto, el climaterio es una etapa decisiva para implantar la medicina preventiva que permita a la mujer vivir con mejor calidad de vida.

Hace 55 años se publicó en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO una contribución del doctor César Aguiluz Camacho, a propósito de una observación de probable embarazo ovárico. Ahí se señalaba que: “En la actualidad (1958) ha habido una corriente de discrepancia en la definición de si debe llamarse ectópico o extrauterino, pero dentro de este tipo de embarazos se encuentran los ováricos... Willugh, en 1850, ya había insistido en que debía hacerse el estudio microscópico de todas las piezas de embarazo extrauterino... Un embarazo se considerará ovárico cuando: la trompa correspondiente al lado de la implantación del embarazo debe permanecer intacta, micro y macroscópicamente. El saco fetal debe ocupar el sitio del ovario. El útero debe estar por medio del ligamento útero ovárico y el tejido ovárico debe estar y ser identificado dentro del saco.”

Carlos Fernández del Castillo S

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.