



613 **Editorial**

Artículos originales

614 **Eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente**

Carlos Navarro-Nuñez, Bettylu Rasmussen-Cruz, Alfredo Hidalgo-San Martín, Arnoldo Aguayo-Godínez, Jorge Molina Padilla
Se realizó un estudio transversal para evaluar las condiciones de eficiencia de servicios de atención ambulatoria de la adolescente en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Colima, México. Se concluye que las condiciones de eficiencia de servicios de atención ambulatoria de la adolescente mostraron áreas de oportunidad en siete de los ocho rubros evaluados y necesitan de la toma de decisiones razonables para su mejoramiento.

626 **Perfil epidemiológico del cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente**

Dra. Minerva Edith Mun Govea, Dr. Ramón Gaxiola Robles, M. en C. Luz Ma. Adriana Balderas Peña, Dr. J. Adelfo Barragán Ruiz, Dr. Efraín Salas González, M. en C. Alejandro González Ojeda

Se realizó un estudio transversal descriptivo para conocer el perfil epidemiológico de los padecimientos ginecológicos malignos en un centro médico de referencia de tercer nivel en el Occidente de México. Se concluye que es importante registrar en un solo hospital de referencia todos los cánceres ginecológicos a fin de obtener mejor atención y así evaluar estrategias para implementar mejores tratamientos. El pronóstico a largo plazo puede mejorar.

633 **Enfermedad de Paget extramamaria. Informe de un caso clínico**

Dr. Juan Javier Sada Tamayo, Dr. Mario Roman González

Se informa el caso de un paciente femenino de 88 años con una dermatosis localizada en vulva, que se caracterizaba por una placa eritematosa única de 8 cm de diámetro de más de cuatro años de evolución, la que había recibido numerosos tratamientos sin mejoría. Se le realizó biopsia cutánea, la cual mostró la epidermis infiltrada por células características de esta entidad; se diagnóstico enfermedad de Paget extramamaria. Se informa el caso de esta paciente debido a la poca información disponible para el médico en relación con esta entidad, por lo que tiende a pasar desapercibida por largo tiempo, lo cual afecta su pronóstico.

638 **Sacropexia con fascia de recto abdominal en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal**

Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha, Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez, Dr. Manuel Matute González, Dr. Armando Sánchez Juárez, Dra. Rosario Ramírez Rangel, Dr. Marcelino Hernández Valencia

Se realizó este estudio clínico, descriptivo en un grupo de pacientes con prolapso de cúpula vaginal con el objetivo de conocer los resultados y la experiencia de esta corrección con la técnica quirúrgica de sacropexia utilizando fascia de rectos abdominales. Se concluye que la sacropexia con fascia de rectos abdominales es una buena técnica para la corrección del prolapso de cúpula vaginal, en pacientes menopáusicas con vida sexual actividad y adecuado estado general, ya que es un material que no causa reacción posquirúrgica por tratarse de tejido natural de la misma paciente y además ofrece una recuperación satisfactoria.

Hace 55 años

646 **Endometriosis**

Artículo publicado en el Volumen IV, número 18-19, noviembre-diciembre de 1948, páginas.

Dr. Alfonso Alvarez Bravo

Comentario a libros

654 **La invención de la mujer**

655 **Índices 2003**

672 **Instrucciones para los autores**



613 **Editorial**

Original articles

614 **Effectiveness conditions of ambulatory services for female adolescent**

Carlos Navarro-Nuñez, Bettylu Rasmussen-Cruz, Alfredo Hidalgo-San Martín, Arnoldo Aguayo-Godínez, Jorge Molina Padilla

The objective was to evaluate effectiveness conditions of ambulatory services for female adolescent within Instituto Mexicano del Seguro Social, (Mexican Institute of Social Security) in Colima State, Mexico. The authors conclude that the conditions of effectiveness of ambulatory services for female adolescent were under of the minor limit in seven of the eight evaluated areas.

626 **Epidemiology of cancer in Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente**

Dra. Minerva Edith Mun Govea, Dr. Ramón Caxiola Robles, M. en C. Luz Ma. Adriana Balderas Peña, Dr. J. Adelfo Barragán Ruiz, Dr. Efraín Salas González, M. en C. Alejandro González Ojeda

The objective was to describe the epidemiological profile of malignant gynecological tumors in a third-level referral medical center located in Western Mexico. The authors conclude that it is important to register all patients with gynecologic cancer in only one referral hospital in order to obtain better attention. In this way, strategies for medical management improvement could be established. Long-term prognosis of patients may improve.

633 **Extramammary Paget's disease. A case report**

Dr. Juan Javier Sada Tamayo, Dr. Mario Roman González

The case of a feminine patient of 88 years-old with a dermatosis located in vulva is reported, the dermatosis was characterized by an unique erythematous lesion of 8 cm of diameter of more than 4 years of evolution. The patient received many treatments without improvement. A cutaneous biopsy was made, finding epidermis infiltrated by cells characteristic of extramammary Paget's disease. This case is reported because of the lack of information on this topic which affects the prognosis.

638 **Sacropexy with abdominal fascia in treatment of vaginal prolapse vault of menopausal women**

Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha, Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez, Dr. Manuel Matute González, Dr. Armando Sánchez Juárez, Dra. Rosario Ramírez Rangel, Dr. Marcelino Hernández Valencia

This descriptive and clinical study was carried out in a group of patient with vaginal vault prolapsed, with the objective to know the results and experience of this correction with the surgical technique of sacropexy utilizing abdominal fascia. With this results we can consider that the sacropexy with abdominal fascia is a good technique for the correction of the vaginal vault prolapsed in healthy menopausal women with regular sexual activity and then is a natural material who cause not any reaction in surgical area.

55 years ago

646 **Endometriosis**

Dr. Alfonso Alvarez Bravo

654 **Comments books**

655 **2003 Index**

672 **Instructions for authors**



Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Fundada por la Asociación Mexicana de la Ginecología y Obstetricia en 1945

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITOR

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.*

EDITOR ASOCIADO

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta*

EDITOR COORDINADOR

Dr. Ernesto Castelazo Morales*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. J. Trinidad González Gutiérrez
Dr. José Manuel Septién González
Dr. Víctor Espinosa de los Reyes
Dr. Juan Rodríguez Argüelles

Dr. Carlos Mac Gregor S.N.
Dr. Carlos Espinosa Flores
Dr. Samuel Karchmer K.

Dr. Efraín Vázquez Benítez
Dr. José Roberto Ahued Ahued
Dr. José Antonio Sereno Coló

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jesús Leal del Rosal
(Chihuahua, Chih.)
Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar
Dr. Reynaldo Milla Villeda
(Durango, Dgo.)
Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Dr. Oscar Flores Carreras
Dr. Emigdio Torres Farías
Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Dr. Armando Vera Torres
(Guadalajara, Jal.)
Dr. Jorge González Durazo
(Hermosillo, Son.)
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
(León, Gto.)
Dr. José de Jesús Montoya Romero
(Mazatlán, Sin.)
Dr. Fernando Gasque López
(Mérida, Yuc.)
Dra. Judith Ablanado Aguirre
Dr. Alberto Alvarado Durán
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R. Ayala Ruíz
Dr. René Bailón Uriza
Dr. Héctor Hugo Bustos López
Dr. Francisco Cabral Castañeda

Dr. Guillermo Díaz Barreiro
Dr. Paolo Di Castro Stringher
Dr. Julio Fernández Alba
Dr. Ángel García Alonso
Dr. Salvador Gaviño Ambríz
Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea
Dra. Patricia Grether González
Dr. Pablo Gutiérrez Escoto
Dr. Juan Carlos Hinojosa y Ríos
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. Teresita Leis Márquez
Dr. Victoriano Llaca Rodríguez
Dr. Mario López Llera
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Dr. José Niz Ramos
Dr. Javier Ortiz Ibarra
Dr. Carlos Quesnel García-Benítez
Dr. Gilberto Ramírez Cueto
Dr. Armando Ramírez Torres
Dr. José Antonio Ruíz Moreno
Dr. Carlos Salazar López Ortíz
Dr. Carlos Sánchez Basurto
Dr. Guillermo Santibáñez Moreno

Dr. Javier Santos González
Dr. Luis Senties Cortina
Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Dr. Luis Simón Pereira
Dr. Gilberto Tena Alavez
Dr. Rubén Tlapanco Barba
Dr. César Trejo Ramírez
Dr. Roberto Uribe Elías
Dr. José Edmundo Valdés Macho
Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Dr. Manuel Villalobos Román
Dr. Carlos Villanueva Díaz
(México, D.F.)
Dr. Carlos Félix Arce
Dr. Samuel Hernández Ayup
Dr. Jesús Puente Tovar
Dr. Pedro Tonda Ribo
(Monterrey, N.L.)
Dr. Norberto Plascencia Moncayo
(Querétaro, Qro.)
Dr. Antonio de Jesús Briseño Sainz
(San Luis Potosí)
Dr. David Antonio Nava Muñoz
(Tijuana B.C.)
Dr. Pedro Coronel Brizio
(Xalapa, Ver.)

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Agrupaciones Federadas

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guadalajara, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de "La Laguna", A.C.
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Mexicali, A.C.
Asociación Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia del Estado de Chihuahua, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Puebla, A.C.
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Juárez, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, A.C.
Asociación Tabasqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Oaxaqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Xalapeña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Estado de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Noreste de Tamaulipas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Toluca, A.C.
Sociedad Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C.
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Victorensis de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, Sinaloa, A.C.

Asociación de Gineco-Obstetricia de los Mochis, A.C.
Asociación Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Quintana Roo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de San Luis Río Colorado, Son., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A.C.
Asociación Vallartense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Costa de Chiapas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C.
Asociación Sudcaliforniana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Tlaxcala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sur del Estado de Chihuahua, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras Guasave-Guamúchil, A.C.
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A.C.
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras del Sur de Jalisco, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles y Zona Huasteca, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guaymas, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Delicias, A.C.
Colegio de Ginecoobstetras de Uruapan, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de Tehuacán, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de la Cuenca del Papaloapan, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico del Norte del Edo. de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Fundada en 1960

Comité Ejecutivo 2003-2005

Dr. Javier Santos González
Presidente

Dr. Roberto Uribe Elías
Secretario

Dr. René Bailón Uriza
Tesorero

Vocales

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Región I

Dr. José Gómez Alarcón
Región IV

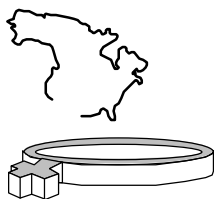
Dr. Héctor Alejandro González
Región II

Dr. Emigdio Torres Farías
Región V

Dr. Enrique Soto Canales
Región III

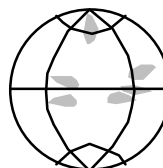
Dra. C. Martha Acosta Velázquez
Región VI

Dr. Marco A. Fuentes Ocampo
Región VII



Federación Latino Americana
de Sociedades de
Obstetricia y Ginecología
FLASOG
Fundada en 1952

Afiliada a:



FIGO
The International Federation
of Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

INDIZADA EN: ARTEMISA, EMBASE CD/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, EMBASE CD/PEDIATRICS, EXCERPTA MÉDICA, INDEX MEDICUS, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE, SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



Tarifas de suscripción anual 2003

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 870.00
Personal:	\$ 850.00
Ejemplares ya publicados:	\$ 120.00

En el extranjero:

Institucional (multireaders):	\$ 160.00 dlls.
Personal:	\$ 155.00 dlls.

***La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año**
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor/At'n. Sra. Bertha Schoelly de Larrondo. Ginecología y Obstetricia de México. Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles, 03810 México, D.F. Tel. 5682-0156.

Realizada, comercializada y distribuida por NIETO EDITORES, SA de CV, Av. de las Tzinnias 10, col. Jardines de Coyoacán, México, DF, CP 04890. Tel.: 5678-2811, fax: 5679-6591. Impresa en: MPM, SA de CV, Manuel Sotero Prieto núm. 13, Circuito Científicos, Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México, CP 53100.
Coordinación editorial: Evangelina Andraca Alcalá.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo

Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles
Del. Benito Juárez, 03810, México, D.F.
Tels: 5682-0156, 5682-4823,
de 17:00 a 20:00 horas.
Fax: 5682 5601

Publicidad

Georgina González Tovar

Ejecutiva de ventas
Tel. 5678-2811.
Celular: 044-55-1047-16-45
E-mail: ggonzalez@nietoeditores.com.mx

Karla Armenta Tovar

Ejecutiva de ventas
Tel. 5678-2811.
Celular: 044-55-3077-47-54
E-mail: karmenta@nietoeditores.com.mx



Editorial

Diciembre 2003

En este número de diciembre del 2003 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO ofrece a sus lectores temas muy interesantes. Por su lectura se podrá conocer cómo son las condiciones de eficiencia de los servicios de salud ambulatoria para la adolescente en el estado de Colima. Los autores exponen su experiencia y nos llevan a reflexionar acerca de la necesidad que tiene todo ginecólogo de estar suficientemente preparado para atender la salud de las adolescentes. En esta época de la vida, muchas mujeres inician su vida sexual durante la adolescencia y no pocas se embarazan. Las enfermedades que les afectan en esta etapa de la vida adquieren particular consideración porque aún se encuentran en etapa de maduración orgánica y emocional.

Un grupo de investigadores en oncología de la ciudad de Guadalajara muestra su experiencia en el artículo "Perfil epidemiológico del cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente" y ofrece valiosas sugerencias para implantar mejores sistemas de atención y tratamiento a las mujeres con cáncer.

Una enfermedad poco frecuente, la enfermedad de Paget, que afecta la piel de los pezones, se observó en una mujer anciana, pero localizada en la vulva, lo que es excepcional. El caso está muy bien documentado y vale la pena leerlo y tener localizado este reporte ante la posibilidad de que cualquier ginecólogo pueda hallarse ante un caso similar.

Aún se siguen atendiendo pacientes con prolapsos tardíos de la cúpula vaginal, padecimiento que deberá desaparecer por la tendencia a la buena atención obstétrica y la estricta técnica quirúrgica que debe aplicarse en la histerectomía abdominal y vaginal. En esta edición de la revista se ofrece la experiencia de un grupo de cirujanos ginecólogos que emplean fascia de los músculos rectos anteriores del abdomen para realizar una sacrocolpopexia de la cúpula vaginal en mujeres con salud general desfavorable y sus resultados son alentadores.

A todos los lectores les resultará interesante el artículo que hace 55 años se publicó en esta revista y que fue escrito por el maestro don Alfonso Álvarez Bravo a propósito de la endometriosis.

Se comenta un libro escrito por el secretario de la FEMEGO, el señor doctor Roberto Uribe Elías.

Este es el segundo número que está a cargo de Nieto Editores. En hora buena.

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.
Editor



Eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente

Dr. Carlos Navarro-Núñez,¹ Dra. Bettylu Rasmussen-Cruz,² Dr. Alfredo Hidalgo-San Martín,³
Dr. Arnoldo Aguayo-Godínez,⁴ Dr. Jorge Molina Padilla⁵

Resumen

Objetivo. Evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Colima, México. **Material y método.** Se realizó un estudio transversal en las diez unidades médicas que tiene el Seguro Social en Colima, durante el periodo de junio del 2001 a junio del 2002 mediante la aplicación del cuestionario de *Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: condiciones de eficiencia, de la Organización Panamericana de la Salud*. La información recolectada incluyó ocho rubros con las áreas de mayor importancia para el funcionamiento de los servicios. Se estimaron frecuencias y porcentajes. **Resultados.** De 14 actividades posibles, una de las diez unidades aún no realizaba alguna, tres realizaban entre una y tres, y seis realizaban entre cuatro y nueve actividades. **Conclusiones.** Las condiciones de eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente mostraron áreas de oportunidad en siete de los ocho rubros evaluados y necesitan la toma de decisiones razonables para su mejoramiento. ◇

Palabras clave: Mujer, adolescente; servicios de salud, atención ambulatoria, condiciones de eficiencia. (Navarro-Núñez C, et al. Condiciones de eficiencia de servicios de atención ambulatoria de la adolescente. Ginec Obst Mex 2003;71: 614-625).

Abstract

Objective. To evaluate effectiveness conditions of ambulatory services for female adolescent within Instituto Mexicano del Seguro Social, (Mexican Institute of Social Security) in Colima State, Mexico. **Methodology.** A cross-sectional study was conducted in 10 medical units of Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima District, from June 2001 to June 2002. Data were collected using applied questionnaire *Evaluation of ambulatory services for adolescents: effectiveness conditions* of the Pan American Health Organization, the information collected included eight divisions with the mayor importance areas for the function services. We estimated frequencies and percentages. **Results.** By 14 possible activities, 1 of the 10 units does not achieve anything, 3 achieved one to tree, and 6 achieved four to nine activities. **Conclusions.** The conditions of effectiveness of ambulatory services for female adolescent were under of the minor limit in seven of the eight evaluated areas. ◇

Key words: Female adolescent; health services, ambulatory services, effectiveness conditions, Mexico. (Navarro-Núñez C, et al. Effectiveness conditions of ambulatory services for female adolescent Ginec Obst Mex 2003;71: 614-625).

Recibido para publicación:

12 de mayo de 2003

Revisado por los autores:

4 de noviembre de 2003

Aprobado:

4 de diciembre de 2003

Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima.

^{1,4,5}Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS, Colima. ^{2,3}Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, IMSS, Jalisco.

Introducción

La salud de las adolescentes (10 a 19 años) y las jóvenes (19 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios. Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.¹

La adolescencia es un periodo formativo decisivo que moldea la forma en que las niñas vivirán cuando sean adultas, no sólo en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también con su vida productiva social y económica. Las adolescentes en México tienen una problemática de salud similar a la del resto de América Latina.^{2,4} Entre las actividades que realizan los organismos internacionales desde hace varios años, destacan los intentos para que los gobiernos fortalezcan las iniciativas que promueven la salud integral de la adolescente.⁵ La información de programas especializados llevados a cabo en otros lugares demuestra que la atención a este grupo requiere enfoques diferentes a los tradicionales establecidos para niñas y mujeres adultas.^{6,7}

De forma similar a otros países, en México el interés inicial se relacionó con la escasa atención prestada a los embarazos de adolescentes en los programas de planificación familiar, por lo que a fines del decenio de 1980 surgieron iniciativas precursoras, de carácter privado, con programas específicos de prevención que poco a poco se tornaron más integrales.⁸ Posteriormente, instituciones como la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) crearon el programa *Desarrollo integral del adolescente (DIA)* en el cual se han realizado acciones de fomento a la salud, educación para la salud individual y grupal, así como asesoría psicológica, y atención a la adolescente con un enfoque más integral, pero todavía con acento operativo en la salud reproductiva.⁹

En el estado de Colima, el IMSS cuenta con 10 unidades de medicina familiar para atender a 270,788 derechohabientes, de los cuales 20,580 (7.6 %) son mujeres adolescentes, según datos no publicados del Sistema Único de Información (SUI) 14, 30 de junio, 2000.

El propósito de este trabajo fue evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente en la Delegación Colima del IMSS.

Material y método

Se trata de un estudio transversal, realizado durante el periodo de junio del 2001 a junio del 2002. El universo de estudio incluyó al 100 % de las unidades de medicina familiar del IMSS en Colima. Se aplicó el ins-

trumento denominado Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes: Condiciones de Eficiencia⁵ de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el que se entiende por *condiciones de eficiencia* el conjunto de características que deben reunir los recursos de un servicio para atender con eficiencia las necesidades de salud de una población; y por recursos, a los humanos, físicos, tecnológicos y los conocimientos, el cual considera las siguientes dimensiones: programación y administración; normas y procedimientos; educación para la salud; servicios a la comunidad y participación comunitaria; recursos humanos; planta física; recursos materiales; suministros y servicios de apoyo.

Fue un tipo de evaluación por encuesta que estableció listas de requisitos o condiciones que todo servicio debiera cumplir para brindar una atención acorde con los actuales conocimientos científicos, las tecnologías aceptadas y las expectativas de la comunidad. Dichas listas no fueron exhaustivas y tratamos de considerar los elementos o conceptos de mayor importancia para el funcionamiento de los servicios. El cumplimiento de cada uno de estos servicios otorgó un puntaje, relacionado con la importancia del mismo. La suma de todos los puntos correspondientes a respuestas positivas, fue el puntaje total del servicio que, expresado en porcentaje, sirvió de base para una medida satisfactoria en relación con el paradigma propuesto. Estos rubros tienen algunas variaciones según el servicio de que se trate, tanto en su composición como en la importancia relativa de su valor numérico. De esta manera, consideramos que un servicio que alcanzara un valor global de calificación de 70 % podría tener rubros o recursos limítrofes para el desarrollo del servicio y conducir a decisiones racionales para su mejoramiento.⁵

Posteriormente, previa consideración de las características de las unidades médicas del IMSS, como variabilidad en tamaño de población atendida, y nivel de atención, el instrumento se simplificó y elaboramos dos cuestionarios denominados de actividades de la unidad en relación con la salud de las adolescentes (anexo, cuestionario 1), y diagnóstico básico (anexo, cuestionario 2) que también aplicamos en todas las unidades de medicina familiar.

En esos cuestionarios no se incluyeron tres dimensiones del cuestionario de la OPS: planta física, normas y procedimientos, suministros y servicios de apoyo, por considerar conocida la situación estructural y administrativa en esos aspectos.

Tratamos de resumir los puntos fundamentales, y recabamos la información útil, concreta y necesaria.

Para la obtención de los datos visitamos, previa cita, cada una de las unidades en estudio, y propor-

cionamos al director una explicación detallada para el llenado del formulario.

Los datos se codificaron y procesaron manualmente, el análisis estadístico se realizó utilizando frecuencias y porcentajes. Éticamente, el estudio se consideró sin riesgo.

CUADRO I. Encuesta de evaluación de condiciones de eficiencia de servicios de atención ambulatoria de la adolescente en Unidades de Medicina Familiar

Rubro	Puntaje promedio de los servicios (calificación %)
Suministros y servicios de apoyo	73
Recursos materiales	61
Educación para la salud	45
Programación y administración	33
Normas y procedimientos	32
Planta física	23
Servicios de la comunidad y participación comunitaria	21
Recursos humanos	19

Resultados

El puntaje total promedio de servicios de atención ambulatoria de la adolescente o calificación de las unidades de medicina familiar, fue de 33 % en el rubro de programación y administración; 32 % en normas y procedimientos; 45 % en educación para la salud; 21 % en servicios de la comunidad y participación ciudadana; 19 % en recursos huma-

nos; 23 % en planta física; 61 % en recursos materiales; y 73 % en suministros y servicios de apoyo; (Cuadro I) de un total de 10 unidades médicas, antes del 2001, siete trabajaron en actividades de salud para mujeres adolescentes; seis tuvieron cartelera en las escuelas con material educativo, se coordinaron con organizaciones e instituciones de gobierno para llevar el programa de atención a las adolescentes, y realizaron actividades recreativas, deportivas, y culturales; tres contaban con personal que había participado en algún curso de adolescencia o salud de la adolescente, con un programa escrito para atenderlas, proporcionaron consulta especial, trabajaron con grupos, fuera y dentro de las unidades, tenían material educativo de apoyo, un registro de las actividades realizadas con ellas, y capacitaron a grupos de padres sobre salud de las adolescentes; dos recibieron presentación de necesidades por parte de la comunidad, y trabajaron con adolescentes durante el 2002 (Cuadro II).

La densidad de actividades, preguntadas en el cuestionario (máximo 14) y reportadas por unidad, indica el nivel de experiencia alcanzado, cuatro unidades realizaban siete a nueve actividades; dos efectuaban cuatro a seis; tres hacían entre una y tres; y una no tenía actividades (Cuadro III).

De acuerdo con el nivel de atención, siete de diez unidades correspondieron al primer nivel, y tres al segundo; una unidad de primer nivel y una de segundo, habían recibido de la comunidad comunicación de necesidades relacionadas con la atención a las adolescentes; dos unidades de cada nivel de atención tenían personal capacitado en adolescencia, y contaban con material educativo para ellas; una unidad de primer ni-

CUADRO II. Actividades de atención ambulatoria de la adolescente y proporción de Unidades de Medicina Familiar que los realizan IMSS, Colima

Actividades	Unidades de Medicina Familiar (N=10)	
	n	%
Trabajo con adolescentes en escuelas	7	70
Actividades recreativas, deportivas, y culturales	6	60
Cartelera con material educativo	6	60
Coordinación interinstitucional	6	60
Personal capacitado en adolescencia	3	30
Trabajo con adolescentes antes del año 2001	3	30
Unidades con grupos de adolescentes al interior	3	30
Trabajo con padres de adolescentes	3	30
Atención especial a la adolescente	3	30
Registro de actividades de atención a las adolescentes	3	30
Material educativo para adolescentes	3	30
Tienen programa escrito de atención a la adolescente	3	30
Presentación de necesidades por la comunidad	2	20
Trabajo con adolescentes en el año 2002	2	20

CUADRO III. Densidad de actividades de atención ambulatoria de la adolescente, por Unidad de Medicina Familiar. IMSS, Colima

Unidades de Medicina Familiar (N=10)			
Densidad de actividades	n	%	% acumulado
7 a 9 actividades	4	40	40
4 a 6 actividades	2	20	60
1 a 3 actividades	3	30	90
Ninguna actividad	1	10	100

vel realizaba actividades en su interior con adolescentes, mientras que en el segundo nivel dos unidades tenían esta característica; dos unidades de primer nivel brindaban consulta especial a la adolescente; dos unidades de primer nivel y una de segundo contaban con registro de actividades con adolescentes; cuatro unidades de primer nivel trabajaban con adolescentes en las escuelas, mientras que de segundo nivel lo hacían tres; en cuatro unidades de primer nivel existía coordinación con otras instituciones, y se realizaban actividades recreativas, deportivas, y culturales, mientras que de segundo nivel esta coordinación y realización de actividades se daba en dos; antes del año 2001, dos unidades de primer nivel y una de segundo habían realizado pláticas con padres de adolescentes, y tres unidades de primer nivel las habían realizado con grupos de adolescentes; dos unidades de segundo nivel continuaron trabajando con ellas durante el año 2002 (Cuadro IV).

Tres de las diez unidades contaban con personal

que había participado en algún curso de adolescencia o salud de la adolescente, mientras que siete no lo tenían. La comunidad presentó necesidades de atención a las adolescentes en dos unidades que no tenían personal capacitado en esa área, y en una de las unidades que contaba con personal capacitado en adolescentes; en dos que no lo tenían existía un programa escrito de atención, y se había trabajado con grupos al interior; dos unidades con personal capacitado y una que no lo tenía contaban con material educativo de apoyo para adolescentes, y les brindaban consulta especial; el registro de actividades con este grupo se llevaba en una unidad con personal calificado y en dos que no lo tenían; dos de las unidades con personal calificado, y cuatro que no lo tenían, contaban con cartelera educativa; el trabajo con adolescentes en las escuelas se había realizado en tres unidades con personal calificado y en cuatro donde no lo había; tres de las unidades con personal calificado y tres que no lo tenían habían llevado a cabo

CUADRO IV. Asociación de actividades del programa de atención ambulatoria de la adolescente con el nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar. IMSS, Colima

Actividades que informan	Unidades de Medicina Familiar (N=10)	
	Primer nivel	Segundo nivel
	n = 7 n	n = 3 n
Presentación de necesidades por la comunidad	1	1
Personal capacitado en adolescencia	2	1
Tienen programa escrito de atención al adolescente	0	3
Unidades con grupos de adolescentes al interior	1	2
Material educativo para adolescentes	1	2
Atención especial al adolescente	3	0
Registro de actividades con adolescentes	2	1
Cartelera con material educativo	5	1
Trabajo con adolescentes en escuelas	4	3
Coordinación interinstitucional	4	2
Actividades recreativas, deportivas y culturales	4	2
Trabajo con padres de adolescentes	2	1
Trabajo con adolescentes antes del año 2001	3	0
Trabajo con adolescentes en el año 2002	0	2

ANEXOS

Actividades	Unidades de Medicina Familiar (N=10)	
	Unidades con personal capacitado	Unidades sin personal capacitado
	(n=4) n	(n=6) n
Presentación de necesidades por la comunidad	0	2
Tienen programa escrito de atención al adolescente	1	2
Unidades con grupos de adolescentes al interior	1	2
Material educativo para adolescentes	2	1
Atención especial al adolescente	2	1
Registro de actividades con adolescentes	1	2
Cartelera con material educativo	2	4
Trabajo con adolescentes en escuelas	3	4
Coordinación interinstitucional	3	3
Actividades recreativas, deportivas y culturales	3	3
Trabajo con padres de adolescentes	3	0
Trabajo con adolescentes antes del año 2001	2	1
Trabajo con adolescentes en el año 2002	1	1

una coordinación interinstitucional para realizar las acciones del programa de atención para adolescentes, y realizaron actividades recreativas, deportivas y culturales; tres unidades con personal calificado trabajaron con grupos de padres de adolescentes; una unidad con personal calificado y una que no lo tenía trabajaron con adolescentes durante el 2002 (Cuadro V).

Las diez unidades estudiadas contaban con personal médico y de enfermería; seis unidades tenían trabajadora social, y enfermera en salud pública, en cinco de éstas había también enfermera materno infantil, y en dos se disponía, además, de psicólogo y nutricionista.

Comentario

Este estudio describe las condiciones de eficiencia de servicios de atención ambulatoria de la adolescente en el IMSS del estado de Colima a siete años del comienzo del programa vinculado de atención *DIA*. A diferencia de un estudio previo realizado en el estado de Jalisco,¹⁰ en donde se estudió al 58 % de las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, que abarcó al 66 % de los derechohabientes en esa entidad, aquí estudiamos al 100 % de ambos, y corroboramos que la cercanía entre las unidades facilita la comunicación. Esto se explica porque en Colima se da en mayor porcentaje de las unidades médicas la coordinación entre instituciones, el trabajo en las escuelas con las adolescentes y con sus padres, y la realización de actividades recreativas deportivas y culturales. En contraste, si no perdemos de vista que la asignación de recursos económicos y materiales y la manera de ejercerlos es diferente para cada lugar, podemos explicarnos porqué

en esta entidad las unidades tienen menos carteleras dirigidas a las adolescentes, pero cuentan con más material educativo que en el estado de Jalisco.¹⁰

Ahora bien, tanto en Colima como en Jalisco una tercera parte de las unidades médicas del IMSS tienen una o más personas con algún curso sobre salud de las adolescentes, circunstancia que encontramos nuevamente asociada en forma positiva a las condiciones de eficiencia. Aunque no existe duda de que los cursos motivaron la realización de una actividad antes del 2001 (Cuadro V), también encontramos algunas similitudes que no podemos explicar. La capacitación es un factor fundamental para desarrollar cualquier programa y sería útil que el personal de salud la reciba con un enfoque dirigido no sólo a la salud reproductiva sino a la salud integral, lo que podría resultar en incremento de la promoción de la salud de las adolescentes, sobre todo en las escuelas, que son los sitios en donde estos grupos cautivos deben aprovecharse al máximo, ya que los requerimientos para este tipo de actividades se reducen de manera significativa.

Consideramos que nuestros resultados son contundentes porque al evaluar los diferentes rubros que contienen los requisitos o condiciones que todo servicio debiera cumplir para brindar una atención acorde con los actuales conocimientos científicos, las tecnologías aceptadas y las expectativas de la comunidad, encontramos que sólo el correspondiente a los suministros y servicios de apoyo se ubica en el límite mínimo aceptado, de tal manera que junto con los recursos materiales disponibles, la educación para la salud que se imparte, la programación y la administración realizadas, el establecimiento de las normas y procedimientos, la existencia de plantas físicas adecuadas, y la asignación

de recursos humanos suficientes, constituyen áreas de oportunidad que necesitan de la toma de decisiones razonables para su mejoramiento. Estos resultados nos inducen a pensar que existe dificultad para la difusión de las metas, y para la realización de las acciones contenidas en el programa *DIA*, en un tiempo acorde con las circunstancias; y que ambas situaciones se ven agravadas porque los servicios de la comunidad y la participación comunitaria son escasos.

El instrumento de la OPS sobre evaluación de las condiciones de eficiencia, nos fue útil. Una vez más, reafirmamos que es adaptable y que nos permitirá evaluar los avances del programa de atención a las adolescentes. Con el instrumento simplificado (diagnóstico global) aplicado obtuvimos, en esta Delegación del IMSS, un primer inventario del programa en cuestión, lo cual orientará acerca de la situación y experiencia de las unidades médicas, y de las estrategias que se deberán considerar para impulsarlo y desarrollarlo. Estrategias que podrían ponerse en práctica al utilizar los resultados de investigaciones como ésta y de otras más que se requieren en el ámbito de la epidemiología y los servicios de salud para conocer cuáles son los

conceptos, preocupaciones y expectativas de las adolescentes en relación con sus pares, con las personas que las informan, orientan o aconsejan, y con las instituciones; también para evaluar el impacto de las acciones que se realizan. Esto podría garantizar una cobertura alta del programa, y motivación del personal de salud, con la meta de conocer el estado y la evolución de los servicios, para definirlos, medirlos, controlarlos, reforzarlos, proponer acciones eficaces para mejorarlos, y otorgarlos oportunamente a un costo razonable, buscando al final elevar la calidad en los servicios y en todas las áreas del crecimiento y desarrollo de este importante grupo poblacional, las adolescentes.

Conclusiones

Las condiciones de eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la adolescente mostraron áreas de oportunidad en siete de los ocho rubros evaluados y necesitan la toma de decisiones razonables para su mejoramiento.

Referencias

1. Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Washington, DC: OPS-Fundación Kellogg-Urban Institute, 1998.
2. Lunes J. Mortalidad y morbilidad en la adolescencia. En: Silber T, Munist Maddaleno M, Suárez OE. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex 20; 1992; pp:573-86.
3. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional sobre salud del adolescente. Informe final. Montevideo, 1991.
4. Silber T. Enfoque clínico de la atención de la salud del adolescente. En: Silber T, Munist Maddaleno M, Suárez OE. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex 20; 1992; pp: 1-45.
5. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la Región de Las Américas. Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, 1995.
6. Molina CR. Atención de la adolescente embarazada en Chile. En: Hidalgo SMA. Salud, sexualidad y reproducción en la adolescencia. México: OPS-IMSS-U de G, 1997; pp: 151-65.
7. Rasmussen-CB, Hidalgo-SMA. Consulta médica de adolescentes en el IMSS. Magnitud y diagnóstico. Rev Med IMSS 1999;37:28-37.
8. Suárez ON, Silber T, Munist M. Servicios para la atención de salud del adolescente. En: Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez OE. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex 20; 1992; pp: 611-29.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa coordinado de atención al adolescente. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995.
10. Rasmussen-CB, Hidalgo-SMA. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención al adolescente. IMSS, Delegación Jalisco. Rev Med IMSS 2000;38:193-200.

CUESTIONARIO 1. Actividades de la unidad en relación con la salud de la adolescente en el 2001

		Marque X	
		Sí	No
1.	¿Alguna organización comunitaria (escuela, empresa, etc.) expresó necesidades sobre atención a la adolescente? Nombre _____	☐	☐
2.	¿Tiene personal que haya participado en algún curso de adolescencia o salud de la adolescente? ¿Quién? _____ ¿En qué curso? _____	☐	☐
3.	¿Tiene la unidad un programa escrito de atención a la adolescente? (anéxelo)	☐	☐
4.	¿Han trabajado con grupos de adolescentes al interior de la unidad? ¿Quiénes? _____	☐	☐
5.	¿Disponen de material educativo específico para adolescencia?	☐	☐
6.	¿Hay alguna atención especial por el médico hacia la adolescente? ¿Cuál? _____	☐	☐
7.	¿Tiene la unidad un registro de actividades con la adolescente?	☐	☐
8.	¿Hay alguna cartelera con material educativo con anuncios o sugerencias para la adolescente?	☐	☐
9.	¿Han trabajado en escuelas con actividades de salud para la adolescente?	☐	☐
10.	¿Ha habido alguna coordinación con organizaciones e instituciones de gobierno para el programa de las adolescentes? ¿Menciónelas? _____	☐	☐
11.	¿Han realizado promoción de actividades recreativas, culturales y deportivas con las adolescentes?	☐	☐
12.	¿Se ha capacitado a padres de familia sobre salud de la adolescente?	☐	☐
13.	¿Antes del 2001 la unidad hizo algún trabajo con adolescentes? Sintetizar _____	☐	☐
14.	¿Existe algún proyecto de trabajo con adolescentes para el 2002? Menciónelo _____	☐	☐

CUESTIONARIO 2. Instrumento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) simplificado para diagnóstico básico de atención de la salud de la adolescente

Datos generales de identificación de la unidad

Delegación _____

Unidad _____

Domicilio _____

Teléfono _____ fax _____

Ciudad _____ Municipio _____

Número de derechohabientes _____

Categoría del personal existente en la unidad

Trabajadora social	si _____	Núm. _____	no _____
Enfermera materno infantil(EMI)	si _____	Núm. _____	no _____
Enfermera de salud pública	si _____	Núm. _____	no _____
Psicólogo	si _____	Núm. _____	no _____
Nutricionista	si _____	Núm. _____	no _____
Número de médicos familiares	_____		
Nombre de quien respondió	_____		
Categoría	_____		
Fecha	_____		

Firma _____

CONDICIONES DE EFICIENCIA

Encuesta de evaluación de condiciones de eficiencia de servicios ambulatorios de atención integral de adolescentes

Categorías de respuesta: Sí, Parcialmente, No, No contesta, No corresponde

		Sí	Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde
I.	Programación y Administración					
001	El Centro está vinculado al programa nacional o regional de adolescentes y jóvenes					
002	El Centro tiene un área geográfica y de población bien definida					
003	El Centro tiene un diagnóstico de salud o perfil epidemiológico de los adolescentes del área					
004	Hay programa escrito con metas cuantitativas de las actividades de la atención ambulatoria de los adolescentes					
005	El personal participó activamente en la elaboración de dicho programa					
006	Se efectúa la evaluación periódica del incumplimiento del programa					
007	Hay reuniones periódicas del personal para discutir aspectos administrativos					
008	Hay reuniones científicas periódicas de actualización bibliográfica, discusión de casos, interdisciplinarias, para determinar los criterios de riesgo en la atención y prevención de las patologías más frecuentes					
009	Existen mecanismos que permiten asegurar el seguimiento del adolescente que necesita atención clínica ulterior					
010	Hay sistemas organizados y expeditos de referencia y contrarreferencia con otros niveles de complejidad					
011	Hay sistema organizado y expedito de referencia y contrarreferencia con instituciones extrasectoriales					
012	El horario de atención se adecua a las necesidades de los adolescentes del área					
013	Se atiende al adolescente independientemente del pago del servicio					
014	Se han hecho esfuerzos por divulgar el programa a la comunidad.					
	SUBTOTALES:					
II.	Normas y procedimientos					
015	Se dispone de normas administrativas para la atención del adolescente					
016	Se lleva registro diario de las actividades de todos los integrantes del equipo de salud					
017	Se realizan informes estadísticos periódicos					
018	Existen mecanismos que aseguran la atención expedita del adolescente					
019	Se hace por norma una evaluación biopsicosocial de cada adolescente					
020	Existen normas escritas para el trabajo de todos los integrantes del equipo de salud					
021	Se dispone de normas técnicas para la atención integral del adolescente					
022	Se aplica criterio de riesgo en la prevención y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes					
023	Se realiza historia clínica a cada adolescente y se efectúan anotaciones en cada consulta					
024	Se asigna para la atención del adolescente un mínimo de media hora médica para la primera consulta					
025	Se utilizan tablas estandarizadas para evaluar el crecimiento y desarrollo del adolescente					
026	Se utilizan los estadíos de Tanner para determinar la madurez sexual del adolescente					
027	Hay normas escritas para la atención de los y las adolescentes en materia de sexualidad humana y salud reproductiva					
028	Se realiza y registra control integral de salud del adolescente con frecuencia normatizada					
029	Hay procedimientos escritos para internación					
030	Hay normas escritas para la derivación de la emergencia (intento de suicidio, intoxicación, coma, crisis, accidentes, etc.)					
031	Hay normas escritas sobre los procedimientos a seguir cuando un adolescente ha sido víctima de abusos sexuales y/o físicos					
032	Hay normas específicas para el tratamiento de las problemáticas de salud más comunes del adolescente	Sí	Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde

II. Normas y procedimientos

033	Hay normas escritas para el tratamiento de las principales patologías regionales					
034	Existen normas escritas para la promoción, evaluación y tratamiento de la salud mental del adolescente					
035	Existen normas escritas para la interconsulta con otros servicios, especialidades e instituciones de la comunidad					
036	Existen normas escritas sobre la confidencialidad de la consulta					
037	Existen normas escritas sobre aspectos éticos de la atención del adolescente					
038	Se refuerzan las indicaciones con hojas de instrucciones según el tratamiento indicado					
	SUBTOTALES:					

III. Educación para la salud

		Sí	Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde
039	El servicio realiza actividades de educación para la salud en las escuelas del área					
040	El servicio realiza actividades de educación para la salud en las organizaciones comunitarias					
041	Se dispone de un programa escrito de educación para la salud con temas establecidos para grupos de adolescentes a nivel de establecimiento de salud, educación, trabajo y/u otros					
042	Se dispone de un programa escrito de educación para la salud con temas establecidos para grupos a nivel comunitario: adolescentes, y/o padres de familia, y/o líderes y/o comunidad en general					
043	Fue diseñado ese programa con base en las necesidades detectadas localmente ya sea por medio de encuestas específicas o por información de la situación de salud del adolescente, y se actualiza periódicamente					
044	Se realizan actividades de educación para la salud individual en cada una de las consultas					

IV. Educación para la salud
Evaluación de servicios de atención ambulatoria del adolescente

		Sí	Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde
045	Se programan y realizan regularmente talleres de educación para la salud del adolescente					
046	Se orienta al adolescente respecto a cómo mantener su propia salud (autocuidado, higiene, uso del tiempo libre, etc.)					
047	Se estimula a los adolescentes a compartir con sus pares sus conocimientos respecto a la salud (según sus condiciones de liderazgo y capacitación) (Ej.: capacidad de monitores)					
	Se enseña al adolescente mediante charlas y/o distribución de material escrito conceptos preventivos sobre:					
048	Crecimiento y desarrollo durante la adolescencia					
049	Sexualidad humana y salud reproductiva					
050	Aspectos adversos del uso de drogas (alcohol, cigarrillos, marihuana, etc.)					
051	Prevención de accidentes					
052	Salud oral					
053	Las características de la interacción con su familia					
054	Las características de la interacción con sus pares					
055	Acceso al mercado laboral					
056	Uso adecuado de recursos de la comunidad: educativo, salud, recreación, servicios de protección social					
057	Se selecciona y revisa periódicamente el material educativo, de acuerdo con las necesidades actuales de los adolescentes y padres					
058	Se orienta a la familia del adolescente mediante charlas y/o entrega de material escrito sobre el proceso de la adolescencia normal y el comportamiento frente a ella					
059	Se orienta a la familia del adolescente mediante charlas y/o entrega de material educativo escrito sobre los cuidados a desarrollar con un adolescente enfermo (en función de la patología que presenta)					
	SUBTOTALES:					

IV. Educación para la salud

Evaluación de servicios de atención ambulatoria del adolescente

060	Existe una interrelación y coordinación con las escuelas del área					
061	Existen mecanismos establecidos que permiten al servicio de salud acceder a la información sobre la situación escolar					
062	Se brinda orientación a los profesores de las escuelas del área sobre promoción de la salud de los adolescentes					
063	Se brinda orientación a los profesores de las escuelas del área en relación a cómo identificar patología frecuente de los órganos de los sentidos, de comportamiento, del aprendizaje, postural, disfunción familiar, etc.					
064	El servicio está conectado con grupo de auto-ayuda y ayuda mutua para problemas específicos					
065	El servicio está conectado con las organizaciones locales de la comunidad (club, parroquias, comisiones vecinales, etc.)					
066	El servicio está conectado con organizaciones no gubernamentales dedicadas a la adolescencia					
067	El servicio está conectado con los servicios de protección legal al adolescente					
068	El servicio está conectado con las organizaciones gubernamentales dedicadas al adolescente					
069	Existen mecanismos que permiten la incorporación del adolescente como voluntario a algunas actividades del servicio					
070	El adolescente puede participar en el diagnóstico y programación de algunas actividades del servicio					
071	Existe alguna forma establecida de evaluación periódica formal del servicio por la comunidad					
072	Si como resultados de la evaluación del servicio por la comunidad se solicitan cambios, éstos se toman en consideración					
073	Se promueven actividades culturales-recreativas con los adolescentes dirigidas a la utilización adecuada del tiempo libre					
074	Existe un directorio o catastro actualizado de las organizaciones de la comunidad vinculadas con adolescentes, disponibles para el personal y la comunidad					
	SUBTOTALES:					

Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes

V. Recursos humanos

075	Existe un programa de educación permanente para el personal del servicio					
076	Hay jefe del Servicio Ambulatorio de Adolescentes					
077	El jefe dedica tiempo completo al programa					
078	El jefe del servicio tiene más de cinco años de práctica o título reconocido de especialista en adolescencia					
079	Dispone de un supervisor médico que se ha desempeñado por más de tres años en servicios de adolescentes o tiene cursos de adolescencia de por lo menos 600 horas					
080	Hay personal de enfermería durante todas las horas de atención					
081	Hay personal de psicología durante todas las horas de atención					
082	Hay asistente social durante todas las horas de atención					
083	Todo el personal de enfermería tiene curso y certificado reconocido de enfermería					
084	Todo el personal del equipo de adolescencia tiene entrenamiento en servicio en la atención de adolescentes					
085	El equipo de salud de atención al adolescente básico está integrado por: médico y enfermera y/o matrona y trabajador social y psicólogo					
086	Se dispone de psiquiatra para la interconsulta					
087	Se dispone de nutricionista para la interconsulta					
088	Se dispone de psicopedagogo para la interconsulta					
089	Se dispone de un recreador y/o terapeuta ocupacional para la interconsulta					
090	Se dispone de un odontólogo para atención diferencial de adolescentes					
091	Se dispone de otras consultas especializadas: dermatólogo, cardiólogo, reumatólogo, ortopedista, oftalmólogo, etc.					
092	Hay personal administrativo con orientación para el trato del adolescente					
093	Hay personal para el aseo y limpieza con orientación para el trato del adolescente					
	SUBTOTALES:					

Sí Parcialmente No No Contesta No Corresponde

Condiciones de eficiencia

VI. Planta física

094	Existe una planta física diferenciada para atención del adolescente y con acceso directo					
095	Se dispone de salas de atención exclusiva para la atención individual del adolescente					
096	Cada sala de atención mide por lo menos 9 m ²					
097	Cada sala de atención dispone de lavamanos					
098	Existe en cada sala de atención un biombo o cortina que divide el ambiente para vestuario del adolescentes					
099	Hay una sala de espera exclusiva para adolescentes					
100	Hay espacio o sala para pesar, medir, individualmente					
101	Hay una sala de procedimientos					
102	Hay instalaciones para actividades docentes y reuniones de educación para la salud					
103	Hay mecanismos de adecuación de la iluminación, ventilación y temperatura ambiental de la sala de consulta					
104	Los pisos y paredes son de material lavable					
105	Existen servicios sanitarios para el público y el personal					
106	Existe cartelera para colocar material educativo y anuncios o sugerencias					
107	Existe disponible una línea telefónica o un sistema de comunicación para consulta por parte de los adolescentes en caso de crisis					
SUBTOTALES:						

VII. Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes
Recursos materiales

		Si	Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde
108	Cada sala de atención cuenta con una mesa de examen, tres sillas, un escritorio y un biombo o cortina					
109	El servicio dispone de una mesa de examen ginecológico con escalera, lámpara, mesa de curaciones y taburete por cada cuatro salas de atención					
110	Hay balanza de pie con tallímetro					
111	Hay bajalenguas desechables o esterilizables					
112	Hay estetoscopio (uno por cada sala de atención)					
113	Hay tensiómetro (uno por cada sala de atención)					
114	Hay elementos para la atención prenatal adecuada (horas suficientes, materiales desechables, etc.)					
115	Hay monitor de latidos cardíacos fetales					
116	Hay orquidómetro					
117	Hay otoscopio y oftalmoscopio					
118	Hay negatoscopio					
119	Se cuenta con medios para evaluar la agudeza visual					
120	Hay espéculos de varios tamaños, desechables o esterilizables					
121	Hay un juego de espéculos de Pederson y Huffman					
122	Hay recipientes adecuados para desechos					
123	Hay archivos para documentos o historias clínicas					
124	Hay equipos audiovisuales (retroproyector, proyector de diapositivas, video, grabadora, televisor, etc.)					
125	Hay buzón de sugerencias					

SUBTOTALES:							
	Condiciones de eficiencia						
VIII.	Suministros y servicios de apoyo						
126	Se dispone de medicamentos en calidad, tipo y presentación adecuada para las necesidades de los adolescentes						
127	Se dispone de material de enfermería en cantidad suficiente y regular (gasa, alcohol, jeringas, etc.)						
128	Se dispone de los diversos tipos de anticonceptivos indicados en las normas según demanda esperada						
129	Se dispone de las vacunas normatizadas para el adolescente						
130	Se dispone de guantes esterilizados para uso individual						
131	Se dispone regularmente de elementos de limpieza						
132	Se dispone de material de registro y estadística						
133	Se dispone de material de escritorio (lápices, papel, etc.)						
134	Se dispone de material educativo específico para adolescentes						
135	Se tiene provisión regular de ropa limpia y desechable						
136	Hay elementos para secarse las manos						
137	En los últimos tres meses estos elementos citados (126-136) han estado disponibles						
	Se dispone de un mecanismo expedito para realizar los siguientes exámenes:						
138	Análisis de rutina en orina (labstix es aceptable)						
139	Análisis de rutina en sangre (hemograma)						
140	Análisis químico en sangre (electrolitos, creatinina, etc.)						
141	Test para la detección de embarazo						
142	Test para la detección de mononucleosis						
143	Test para detectar <i>Chlamydia</i> s						
144	Test para detectar gonorrea						
145	Test para detectar sífilis						
			Parcialmente	No	No Contesta	No Corresponde	
	Evaluación de servicios de atención ambulatoria a los adolescentes	Sí					
IX.	Suministros y servicios de apoyo						
146	Test para detectar hepatitis B						
147	Test para la detección de HIV						
148	Test para detectar tuberculosis						
149	Test para Papanicolau						
150	Análisis parasitológico						
151	Análisis bacteriológico						
152	Se dispone de un mecanismo expedito para diagnóstico por imágenes						
153	Se dispone de un mecanismo expedito para realizar otros exámenes especializados, de acuerdo con la patología prevalente						

SUBTOTALES:



Perfil epidemiológico del cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente

Dra. Minerva Edith Mun Govea,¹ Dr. Ramón Gaxiola Robles,² M. en C. Luz Ma. Adriana Balderas Peña,³
Dr. J. Adelfo Barragán Ruiz,⁴ Dr. Efraín Salas González,⁴ M. en C. Alejandro González Ojeda²

Resumen

Objetivo. Conocer el perfil epidemiológico de los padecimientos ginecológicos malignos en un centro médico de referencia de tercer nivel en el Occidente de México. **Material y método.** Estudio transversal, descriptivo, en el que se estudiaron los registros de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer captados a través del archivo del Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente. Los resultados se presentan como frecuencias, promedios y desviaciones estándar. **Resultados.** Se captaron 1,025 expedientes registrados de enero de 1981 a mayo del 2003. La edad promedio fue de 51.55 años, con rango de 16 a 94 años. El cáncer de mama fue el más frecuente (67.5%), con predominio en la mama izquierda. Los casos bilaterales se identificaron en pacientes 10 años más jóvenes que aquellas con enfermedad unilateral. El cáncer de cuello uterino fue la segunda enfermedad más común (17.2%), seguida por cáncer de ovario (8.8%), cáncer de endometrio (4.2%). Los estadios clínicos fueron II y III en 87% de los casos de mama, estadio I y II en 81% de los casos de cáncer de cérvix, estadio III en 39.5% de los casos con cáncer de ovario y estadio I en 58.5% de quienes tuvieron cáncer de endometrio. **Conclusiones.** El cáncer de mama ocupa la primera causa manejo médico, se detecta en estadios clínicos II y III. El de cuello uterino ocupa el segundo lugar. El cáncer de ovario se diagnostica en estadios avanzados en la mayoría de las pacientes. Es importante registrar en un solo hospital de referencia todos los cánceres ginecológicos a fin de obtener mejor atención y evaluar estrategias para contar con mejores tratamientos. El pronóstico a largo plazo puede mejorar. ◇

Palabras clave: Cáncer, prevalencia, estadio clínico

(Mun Govea ME, et al. Perfil epidemiológico del cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Ginec Obst Mex 2003;71: 626-632).

Recibido para publicación:

4 de julio de 2003

Revisado por los autores:

3 de noviembre de 2003

Aceptado:

3 de diciembre de 2003

Centro Médico Nacional de Occidente

¹Residente de cuarto año de la especialidad de ginecoobstetricia. ²Médico Familiar, Residente de la Especialidad en Epidemiología. ³Especialista en Ginecología y Obstetricia. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica.

⁴Cirujano Oncólogo. Hospital de Gineco-Obstetricia. ⁴Médico Oncólogo. Hospital de Ginecoobstetricia. ⁴Investigador Asociado C. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica.

Abstract

Objective. To describe the epidemiological profile of malignant gynecological tumors in a third-level referral medical center located in Western Mexico. **Material and methods.** Cross sectional study. We took the register of patients with cancer confirmed histopathologically at the Gynecology and Obstetrics Hospital, Western National Medical Center. The results are presented as frequencies, means and standard deviations. **Results.** We captured 1025 medical charts from patients with cancer between January 1981 and May 2003. Mean age was 51.55 years with 16 to 94 years range. Breast cancer was the most prevalent disease (67.5%) with predominance of the left breast. Bilateral disease was identified in patients 10 years younger than those with unilateral disease. Cervix cancer was the second most common disease (17.2%), followed by ovarian cancer (91 cases; 8.8%), endometrium cancer (44 cases, 4.2%). Clinical stages were II and III in 87% of cases with breast cancer. Stages I and II in 81% of patients with cancer of the cervix, stage III in 39.5% of cases with ovarian carcinoma and stage III in 58% of patients with endometrial carcinoma. **Conclusions.** Breast cancer was the first condition of medical care and detected in clinical stages II and III. Cervix was the second even with suboptimal registers. Ovarian cancer was detected in advanced stages in the majority of patients. It is important to register all patients with gynecologic cancer in only one referral hospital in order to obtain better attention. In this way, strategies for medical management improvement could be established. Long-term prognosis of patients may improve. ♦

Key words: cancer, prevalence, clinical stage

(Mun Govea ME, et al. Epidemiology of cancer in Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente. Ginec Obst Mex 2003;71: 626-632).

Introducción

Las neoplasias malignas son uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, con elevadas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad. Afecta a individuos de países desarrollados como de los que están en vías de desarrollo. El aumento de estas tasas está influido por una creciente capacidad de diagnóstico, lo que ha permitido la identificación de numerosos tumores como "cáncer", que de otra manera habrían pasado inadvertidos.¹⁻⁵

Los ocho tipos de cáncer más comunes y letales en el mundo son: pulmón, estómago, mama, colon y recto, boca, hígado, cérvix y esófago.⁶ El pronóstico de los pacientes que sufren neoplasias malignas depende, fundamentalmente, de los conocimientos de la estirpe histológica, de la etapa clínica al momento del diagnóstico, así como del tratamiento que se establezca en forma oportuna.

En el Occidente de la República Mexicana existen algunos centros hospitalarios que otorgan atención médica especializada, en los que se incluyen el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente (HGO, CMNO), que si bien

aporta información a los registros nacionales, carece de suficiente conocimiento propio que le permita uniformar principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de las neoplasias malignas de origen ginecológico.⁷ Con el fin de crear estrategias para uniformar los criterios mencionados, el objetivo de este trabajo es conocer el perfil epidemiológico del cáncer de origen ginecológico en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y método

Estudio transversal, descriptivo, en el que el universo en estudio lo constituyeron los casos registrados con diagnóstico histopatológico confirmado de neoplasia maligna ginecológica. La búsqueda se realizó en el archivo del HGO, CMNO en el periodo comprendido de enero de 1981 a mayo del 2003, ya que el hospital carece de un registro exclusivo de cáncer ginecológico. Por motivos del estudio se excluyeron los casos sin constancia histopatológica de neoplasia maligna.

Recolección de la información

Los datos se capturaron y analizaron con la ayuda del paquete estadístico Epi6 versión 6.04. Las variables incluidas fueron: edad, tipo de cáncer, resultado del estudio histopatológico.

Para estandarizar la estadificación clínica, en el cáncer de mama se emplearon los criterios del American Joint Committee on Cancer (AJCC) y para el resto de las neoplasias malignas, los de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La información se analizó con estadística descriptiva mediante cálculo de promedios, rango mínimo-máximo para la edad, agrupación por rango de edad para cada enfermedad, así como proporciones y porcentajes para analizar el estadio clínico y el tipo histológico. Se calcularon tasas por 100 derechohabientes en el análisis de prevalencia para cada una de las patologías.

Resultados

Se recabaron 1267 expedientes del archivo clínico que corresponden a pacientes en control en Oncología Ginecológica, de los cuales se excluyeron 242 (19.1 %) por carecer de informe histopatológico. Se obtuvo el registro de 1,025 pacientes con diagnóstico histológico de cáncer, cuyo promedio de edad fue de 51.55 años, con rango de edad de 16 a 94 años.

Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia se encontraron fueron: mama 689 (67.2 %), cuello uterino 177 (17.2 %), ovario 91 (8.8 %), endometrio 44 (4.2 %)

y otro tipo de cánceres representaron 2.3 %²⁷ que se muestran en el Cuadro I.

El cáncer de la mama fue el más frecuente: se observó predominio en la mama izquierda con 370 casos (36 %) y 292 (28.49 %) en la mama derecha. Se detectó cáncer bilateral de estirpe histológica distinta en 27 casos (2.63 %). El rango de edad fue de 20 a 94 años, con edad promedio de 51 años. En el cáncer de mama bilateral, la edad de mayor prevalencia fue la de 40 años. El tipo histológico de mayor frecuencia fue el de tipo ductal detectado en 557 pacientes (80.85 %), seguido del lobular 93 (13.50 %); el resto de los tipos histológicos³⁹ constituyeron 5.65 %.

En segundo lugar se observó al cáncer de cuello uterino, que se detectó en 177 (3.2 %) pacientes. El promedio de edad fue de 49.4 años con rango de 21 a 87 años. El epidermoide fue el tipo histológico más frecuente de este grupo en 13.95 % (143 casos) y, posteriormente, el adenocarcinoma en 2.73 % para un total de 28 casos. Le siguió en frecuencia el cáncer de ovario con 91 pacientes (8.8 %); en el ovario derecho se encontraron 37 (3.6 %) casos y en el ovario izquierdo 23 (2.2 %), se detectaron 15 casos de forma bilateral (16.4 %) y en otros 16 (17.6 %) no se especificó la localización. La edad promedio en este grupo de pacientes fue de 47.7 años, con rango de 17 a 78 años. La edad de mayor prevalencia fue a los 23 años en el cáncer de ovario izquierdo y de 50 años en el derecho y fue el grupo en que se diagnosticó cáncer en edades más tempranas. En ambos ovarios y sin especificar su localización, la edad promedio fue de 47.7 y 56.8, respectivamente. El tipo histológico de mayor predominio

CUADRO I. Prevalencia de tipos de cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Enero 1981 - mayo 2003

Tipo de cáncer	Número	Prevalencia
Mama*	692	67.52
Cuello uterino	177	17.27
Ovario	91	8.87
Endometrio	44	4.29
Vulva	7	0.68
Vagina	2	0.19
Sarcoma uterino	2	0.19
Coriocarcinoma	1	0.10
Salpinge	1	0.10
Carcinomatosis no especificada	1	0.10
Dobles primarios		
Mama y endometrio	3	0.29
Mama y ovario	2	0.19
Mama y cérvix	1	0.10
Cuello uterino y vulva	1	0.10
Total	1025	100

*Incluye dobles primarios

CUADRO II. Tipo histológico del cáncer de ovario

Tipo de cáncer	Ovario derecho		Ovario izquierdo		Ambos		Ovario*		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Células germinales	4	4.39	2	2.19	—	—	1	1.09	6	6.59
De la granulosa	2	2.19	2	2.19	—	—	—	—	5	5.59
Endometroide	1	1.09	4	4.39	4	4.39	—	—	9	9.89
Lipoide	—	—	1	1.09	—	—	—	—	1	1.09
Mucinoso	11	12.09	4	4.39	3	3.29	3	3.29	21	23.08
Mixto	1	1.09	1	1.09	—	—	—	—	2	2.20
Seroso	18	19.78	9	9.89	8	8.79	12	13.18	47	51.65
Total	37	40.72	23	25.23	15	16.48	16	17.56	91	100

*No se especificó lugar de localización

fue el seroso 47 (51.65 %), seguido del mucinoso con 21, que representa 23 % (Cuadro II).

El cáncer de endometrio ocupó el cuarto lugar en frecuencia de este estudio, con 44 (4.2 %) casos. La edad promedio se observó a los 56 años con rango de edad de 31 a 78. La principal estirpe histológica que se encontró fue el adenocarcinoma en 97.6 %⁴² y un mixto (2.33 %).

Se encontraron siete cánceres de vulva (0.69 %), los tipos histológicos fueron: epidermoide, cinco (71.43 %), un melanoma maligno y un fibrosarcoma correspondiente a 14.29 % cada uno. Se registraron dos casos de cáncer de vagina de tipo epidermoide (0.19 %), dos sarcomas uterinos (0.19 %), un coriocarcinoma, un adenocarcinoma de salpínge (0.10 %) y una carcinomatosis de origen no especificado (0.10 %). De igual manera, se detectaron siete casos (0.68 %) de segundos primarios: en diferente localización y de diferente estirpe histológica (no metastásicos). Se consideró para su captura el estadio que se encontraba más avanzado al momento del diagnóstico. Los estadios clínicos de los cánceres más frecuentes, encontrados al momento del ingreso de las pacientes, se muestran en el Cuadro III.

En cuanto a las entidades federativas, de todos los expedientes captados, la mayoría (609) no contaba con registros de lugar de procedencia. Guadalajara fue el municipio que más casos presentó (18.3 %), seguida por Puerto Vallarta con 4.4 % y otros municipios, como se ilustra en el Cuadro IV.

Discusión

En nuestro estudio, al igual que en Estados Unidos y América Latina, el cáncer de mama permanece en primer lugar como la neoplasia maligna ginecológica más frecuente. El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar como en los registros nacionales y de Latinoamérica dado el papel importante que juega el inicio temprano de la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, infección por el virus del papiloma y asociado, a su vez, al bajo nivel socioeconómico.^{1-6,10-13,19}

La edad de las pacientes al momento del diagnóstico de los tipos de cáncer más frecuentes concuerda con la informada en la literatura: para cáncer de mama con edad promedio 51 años. En este estudio llama la atención el cáncer de mama bilateral, el cual se presenta en

CUADRO III. Estadificación clínica del cáncer en el HGO. CMNO Enero 1981 - Mayo 2003

Estadio	Mama	Cuello uterino	Ovario	Endometrio	Vulva
Tis*	4	23	8	-	-
I	38	66	11	14	1
II	258	32	2	4	2
III	168	21	32	2	-
IV	20	1	5	2	-
No especificado	201	57	33	20	4

*Tis = *In situ*

Lugar de procedencia	Número de casos	%
Guadalajara	192	18.3
Puerto Vallarta	46	4.4
Ciudad Guzmán	21	2
Ocotlán	21	2
Zapopan	12	1.1
Tepatitlán	9	0.8
Tonalá	7	0.6
Tamazula	7	0.6
Tala	6	0.5
Autlán	6	0.5
Otros	57	5.6
Otras entidades federativas	32	3.1
No especificados	609	59.4
Total	1025	100.0

Contribución de los autores

1. Conceptualización y diseño.
2. Adquisición de una parte importante de datos.
3. Análisis e interpretación de datos.
4. Redacción del manuscrito.
5. Revisión crítica del manuscrito.
6. Asesoría estadística.
7. Dar fundamentos al proyecto o estudio.
8. Supervisión (responsabilidad de todos los aspectos del proyecto o estudio).

Dra. Minerva Edith Mun Govea (1, 2, 3, 4, 5, 7)

Dr. Ramón Gaxiola Robles (3, 5, 6)

M. en C. Luz Ma. Adriana Balderas Peña (1, 3, 5, 8)

Dr. J. Adolfo Barragán Ruiz (2, 7)

Dr. Efraín Salas González (2, 7)

M. en C. Alejandro González Ojeda (1, 4, 5, 8)

su mayoría con 10 años de anticipación que en el cáncer unilateral.^{2,11,15-17,19} Para el cáncer de cuello uterino la edad promedio fue de 49 años^{4,5,11,23} y es de notar que debido a la disponibilidad del tamizaje, cada vez se detecta en edades y en estadios más tempranos. En el cáncer de ovario hay discrepancia en la presentación por edad: de 17 a 78 años, esto también concuerda con los estudios realizados.^{10,11,14,21,22} La prevalencia del cáncer de endometrio se ha mantenido estable, por lo que la edad tampoco ha variado mucho, encontrando en este estudio y en los publicados una edad promedio de 56 años.^{12,17,23}

El mayor porcentaje de los cánceres (53.69 %) lo representa el de la mama izquierda, esto es de gran importancia por el lugar anatómico donde se aplica la radiación y lo que puede implicar ello. De esto se puede desprender otra línea de investigación. El hecho de que aún no haya una prueba de tamizaje para el diagnóstico temprano de cáncer de ovario, retrasa el diagnóstico oportuno por lo que las etapas en las que en-

contramos a nuestras pacientes, lamentablemente, son avanzadas.²²

En cuanto a los estadios clínicos, entre los cánceres de mayor frecuencia se encontró que el de mama se presentó en 87 % de las pacientes entre los estadios II y III de la clasificación de la AJCC,^{8,20} lo que difiere del estudio realizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente (HE, CMNO) donde los estadios clínicos encontrados en los casos fueron, en su mayoría, etapas avanzadas: estadio III y IV.^{14,18} El de cuello uterino se registró en 81 % en estadio I y II; en ovario, 39.5 % se encuentran en estadio III y 58 % del cáncer de endometrio se diagnóstico en estadio I de la clasificación de la FIGO.²³ Estos resultados reflejan el interés puesto en las campañas nacionales para la detección del cáncer de mama y el cervicouterino.

La prevalencia encontrada en nuestro estudio es inferior a la que se esperaría en un registro de 23 años. Esto se debe a que las pacientes con cáncer que requie-

ren tratamiento neoadyuvante y/o coadyuvante son enviadas a otro centro hospitalario (HE CMNO), pues nuestro hospital no cuenta con servicio de quimioterapia ni radioterapia. Ante esta peculiaridad, al derivarse las pacientes, incide en su pérdida del registro local ya que el seguimiento completo culmina, muchas veces, en el hospital donde recibirán tratamientos neoadyuvantes o complementarios.

En esta revisión se observa gran diferencia entre la prevalencia de cáncer de mama (67.2%) y de cuello uterino (17.27%). Esto se debe a que muchos casos de cáncer de cuello uterino se tratan de manera inadecuada en los hospitales de segundo nivel y enviadas al HE CMNO a recibir tratamiento complementario, lo que contribuye al subregistro en la captura de casos.

Puesto que en nuestro país el perfil epidemiológico muestra incremento en la incidencia de neoplasias ginecológicas (específicamente el cáncer de mama y de cuello uterino) se consideran un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar, como estrategia principal, la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar estos padecimientos con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.⁷

Conclusiones

1. El cáncer de mama ocupa la primera causa de consulta en el servicio de ginecología oncológica; cada día las pacientes se detectan en estadios clínicos más tempranos.
2. El cáncer de cuello uterino ocupó el segundo lugar de atención, ignoramos la magnitud del problema

en este hospital por el subregistro comentado previamente. Estos datos concuerdan con las estadísticas nacionales, donde desde 1997 el cáncer de mama desplaza del primer lugar al cervicouterino.^{15,16}

3. El cáncer de ovario continúa presentándose en estadios clínicos avanzados a causa de la dificultad para el diagnóstico temprano.
4. El resto de los cánceres tiene baja prevalencia en nuestro medio y representan 2.04% (21 casos).
5. Se necesita una relación más estrecha entre los hospitales de segundo y tercer nivel para uniformar y estandarizar criterios para el ingreso de pacientes con cáncer, esto incrementaría el número de casos y se obtendría una prevalencia más precisa.
6. Es importante centralizar en un hospital a todas las pacientes con cánceres ginecológicos para su mejor atención y, de esta manera, evaluar estrategias para disponer de mejores manejos para las pacientes y tener mejor pronóstico.
7. No es posible valorar la magnitud del problema en las entidades federativas informadas en este estudio, a causa de la falta de registro del lugar de procedencia.

Agradecimiento

Agradecemos el apoyo brindado a la Dirección de Educación e Investigación en Salud por el Seminario de Metodología Aplicada en Salud (Lectura Crítica Aplicada a la Literatura Médica) y a la Jefatura de Prestaciones Médicas de la Delegación Jalisco del Instituto Mexicano del Seguro Social.

◇

1. Guerrero Africani M. Neoplasias Malignas. <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n2/Rev225.htm>
2. Vital Reyes VS, Pérez Fonseca I. Evolución del cáncer mamario. Experiencia clínica de cinco años en un Hospital Urbano. Ginecol Obstet Méx 1998; 66:92-7.
3. Peña Estévez V, Urbán Aguilar C, Torrescano Granillo A. Carcinoma ductal in situ de mama. Ginecol Obstet Méx 1999;67: 43-9.
4. G de Palo W, Chanen S, Dexus, eds. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Cap. 1. Barcelona: Masson, 1999; pp: 96-117.
5. Zarama Márquez F, Amancio Chassin O, Buitrón García R, Oropeza Rechy G, Magaña Contreras G. Factores de riesgo para cáncer de cérvix. Ginecol Obstet Méx 2003;71:112-7.

6. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. Nature 2001;411:390-95.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. <http://www.coda-medver.gob.mx/NOM-014-SSA2-1994.htm>
8. Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumours. 5th ed. Washington: Wiley-Liss, 1997; pp: 4-226.
9. Rusthon L. How much does the environment contribute to cancer? Occupational and Environmental Medicine 2003;60:150-6.
10. Screening for Ovarian Cancer. Guide to Clinical Preventive Service. 2th ed. Neoplastic Disease. <http://cpmcnet.columbia.edu/text/gcps/gcps0024.html>

11. Bevers MW, Bodurka Bevers DC, Wolf JK. Cánceres Ginecológicos. En: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, eds. 2a ed. MD Anderson Oncología. Madrid, 2000; pp: 377-424.
12. Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics, 1995. *CA Cancer J Clin* 1995;45:8-30.
13. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures-2002. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2002.
14. Mohar MC, Frías-Medivil DC. Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública México* 1997; 39:253-8.
15. El cáncer en México. <http://www.internet.uson.mx/webpers/platt/cancer.htm>
16. Estadísticas de Mortalidad. Salud. <http://www.salud.gob.com.mx>
17. Registro Estatal de Cáncer en Jalisco. <http://www.ssj.jalisco.gob.mx>
18. Gaxiola-Robles R, Morgan-Villela G, Chan-Navarro C. Perfil Epidemiológico de Neoplasias Malignas en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente en el año 2002. *Jornadas de Investigación del 25 Aniversario del HE CM-NO*.
19. Hindle WH. Breast Cancer: Introduction [Diagnosis and treatment of non-gynecologic cancer]. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2002; 45:738-45.
20. De Vita Jr V, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer of the Breast. Chapter 37, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; pp: 1633-1726.
21. Lauwrence WD, Papas P. Histopatología de las neoplasias de ovario. En: Shingleton HM, Fowler Jr. WC, Jordan JA, Lawrence WD, editores. *Oncología ginecológica*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998; pp: 173-200.
22. Zweizig SL. Office Screening for Gynecologic Cancer. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1999;42:267-75.
23. De Vita Jr. V, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer Principles and Practice of Oncology. Chapter 36. 6^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; pp: 1519-1632.



Enfermedad de Paget extramamaria. Informe de un caso clínico

Dr. Juan Javier Sada Tamayo,* Dr. Mario Román González**

Resumen

Se informa el caso de una paciente de 88 años de edad con dermatosis vulvar, en la que sobresalía una placa eritematosa única de 8 cm de diámetro de más de cuatro años de evolución, la que había recibido numerosos tratamientos sin mejoría. Se le realizó biopsia cutánea, la cual mostró la epidermis infiltrada por células características de esta enfermedad; se diagnosticó enfermedad de Paget extramamaria. Se informa el caso de esta paciente con el propósito de aumentar la información disponible para el médico en relación con esta enfermedad, y que no siga pasando inadvertida por largo tiempo, lo cual afecta su pronóstico. ◇

Palabras clave: Enfermedad de Paget, extramamaria, dermatitis.

(Sada Tamayo JJ, Román González M. Enfermedad de Paget extramamaria. Informe de un caso clínico. Ginec Obst Mex 2003;71: 633-637).

Abstract

The case of a feminine patient of 88 years-old with a dermatosis located in vulva is reported, the dermatosis was characterized by an unique erythematous lesion of 8 cm of diameter of more than 4 years of evolution. The patient received many treatments without improvement. A cutaneous biopsy was made, finding epidermis infiltrated by cells characteristic of extramammary Paget's disease. This case is reported because of the lack of information on this topic which affects the prognosis. ◇

Key words: Paget's disease, extramammary, dermatitis

(Sada Tamayo JJ, Román González M. Extramammary Paget's disease. A case report. Ginec Obst Mex 2003;71: 633-637).

Recibido para publicación:

20 de junio de 2003

Revisado por los autores:

26 de noviembre de 2003

Aprobado:

4 de diciembre de 2003

Hospital General, Ciudad Victoria, Tamaulipas
*Dermatólogo, **Patólogo.

Introducción

La enfermedad de Paget es un padecimiento raro, que desde el punto de vista histológico se distingue por la existencia de células grandes, redondas, con citoplasma claro y un núcleo redondo, vesicular e hipercrómico, llamadas células de Paget.^{1,2}

En 1874, Sir James Paget fue el primero en describir la dermatitis que afecta al pezón y a la areola y que tiene relación con el carcinoma intraductal subyacente.

El primer caso de enfermedad de Paget extramamaria lo comunicó W. Dubreuilh, en 1901, de una lesión en la vulva.³

En 1893, Darier y Couillard describieron por primera vez la enfermedad de Paget en el área perianal. Si bien en la literatura médica aparecen cada día más informes de esta enfermedad, consideramos importante comunicar este caso para que el médico piense en ella y se logre el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

Caso clínico

Paciente femenina de 88 años de edad, casada. Nacida en el medio rural.

Antecedentes heredofamiliares: negativos.

Antecedentes personales: sin importancia para el padecimiento. Inmunizaciones completas.

Quirúrgicos: cirugía de colon por diverticulitis tres años antes.

Ingresa a este hospital el mes de diciembre del año 2000 debido a la existencia de herpes zoster en la rama oftálmica del trigémino, hipertensión arterial sistémica descontrolada e infección micótica (candidosis) en el área genital.

Durante la revisión se advirtió la existencia de dermatosis en el lado derecho del labio mayor de la vulva, que se distinguía por la existencia de una sola placa de alrededor de 8 cm, de forma más o menos redondeada, bien limitada por un borde ligeramente elevado de tinte oscuro, ulcerada, de base limpia, con sangrado fácil y exudativa (Figuras 1 y 2). Se realizó una biopsia y una toma directa en busca de hongos, que resultó negativa.

La paciente refirió que la dermatosis de la vulva, con “roncha”, prurito de moderada intensidad, intermitente y que fue aumentando de tamaño, le había aparecido cuatro años antes de acudir a la consulta médica. A partir de 1998 fue vista por numerosos médicos generales, internistas y ginecólogos debido al prurito y ardor genital, motivo por el que fue multitra-

FIGURA 1



tada, sin mejoría, con estrógenos orales y tópicos, clotrimazol, ketoconazol tópico y oral, itraconazol y fluconazol, así como múltiples tratamientos tópicos con fluorocorticoides.

En el informe histopatológico se anotó que se observó importante infiltrado inflamatorio mononuclear en la dermis e infiltración por células grandes con núcleo hipercrómico central y citoplasma abundante y claro en la dermis (Figuras 3 y 4), lo que confirmó el diagnóstico presuntivo de enfermedad de Paget extramamaria. Se dio de alta en buenas condiciones clínicas dos días después de que se realizó la biopsia, pero no

FIGURA 2



FIGURA 3

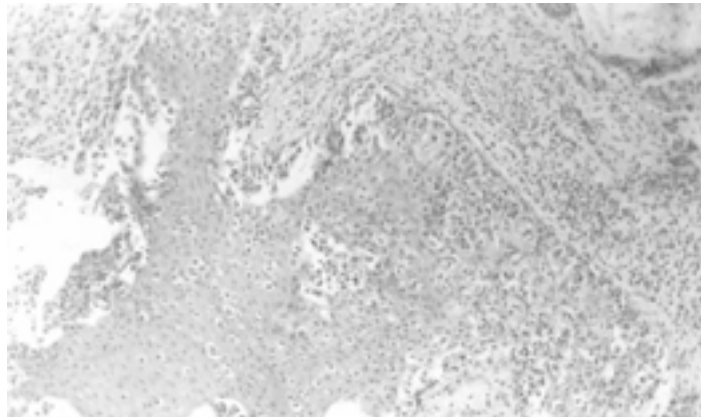
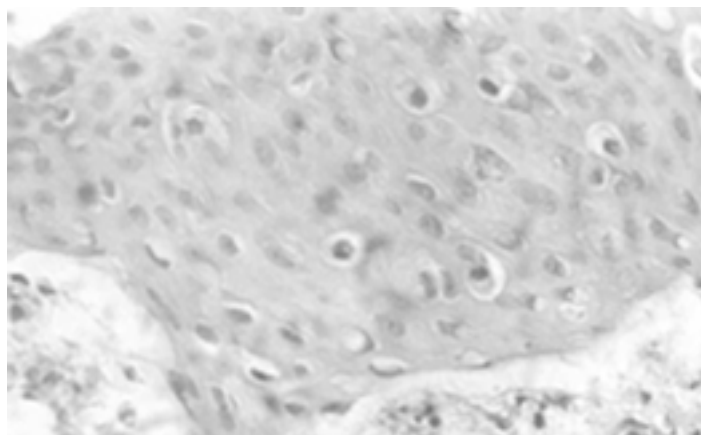


FIGURA 4



volvió a acudir a consulta sino hasta el día 21 de enero del 2001, cuando ingresó por el área de urgencias con datos clínicos de hipertensión arterial sistémica descontrolada, sangrado del tubo digestivo alto e infección de las vías urinarias.

Se realizaron ecosonogramas y tomografías en las partes superior e inferior del abdomen sin que se encontrara alguna neoplasia asociada. Su evolución fue tórpida y falleció dos días posteriores a su ingreso.

Discusión

Se considera que existen dos formas clínicas de la enfermedad de Paget:

1. La enfermedad de Paget mamaria suele localizarse en el área de la mama (en hombres y en mujeres).

2. La enfermedad de Paget extramamaria en áreas con glándulas sudoríparas apocrinas (axilas, pezón, ombligo, vulva, anogenital y rara en axilas, pene, párpados, ombligo e inguinal).

La mayoría de los pacientes con esta enfermedad son casos aislados y se refiere con más frecuencia en mujeres blancas, posmenopáusicas y mayores de 70 años.^{4,5}

En relación con la histogénesis existen dos teorías del origen de las células de Paget; una propone que se originan de carcinomas intraductales y de allí se extienden al pezón por metástasis o extensión directa y la otra plantea que esta célula se transforma, in situ, sin ninguna conexión directa con el carcinoma subyacente.⁶⁻⁸

La enfermedad de Paget extramamaria se considera la manifestación de un estímulo carcinogénico so-

bre estructuras apocrinas, la epidermis y las glándulas del recto y de la uretra, de origen desconocido.^{9,10}

Su aspecto morfológico es el de una placa eczematososa, rojiza, exudativa, bien definida que puede macerarse y tornarse blanquecina, frecuentemente acompañada de prurito o sensación ardorosa.

La palpación de la lesión es de primordial importancia porque permite identificar una neoplasia subyacente. Si se realiza una biopsia por aspiración con aguja fina, que implica baja morbilidad, se llegará rápidamente al diagnóstico y podrá planificarse una mejor cirugía definitiva.¹¹

Desde el punto de vista histológico se distingue por hiperqueratosis, paraqueratosis, hiperplasia epidérmica e infiltración difusa de la epidermis de las células que le dan el nombre a esta enfermedad (células de Paget), que son células redondas, bien limitadas, con núcleo redondo, vesicular, hipercrómico y citoplasma claro con abundantes mucopolisacáridos, por lo que se tiñe con ácido periódico de Schiff, diastasa resistente, y no hay estructuras que las unan a las células adyacentes.¹²

Las porciones ductales y secretoras de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas y de los conductos lactíferos se tiñen con anticuerpos para CA 15-3 y KA-93. Las células ecrinas y los queratinocitos epidérmicos se tiñen con anticuerpos CA 19-9 y CD -44. Las células de Paget se tiñen fuertemente con anticuerpos para CA 15-3 y KA-93, pero son negativas para anticuerpos CA-9 y CD-44. Estos hallazgos apoyan la teoría de que el origen de las células de Paget es de células secretoras de glándulas sudoríparas.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, biopsia cutánea y biopsia por aspiración si existe carcinoma subyacente. Ante cualquier lesión cutánea de aspecto eczematoso, que no mejora con los tratamientos convencionales, se debe pensar en realizar una biopsia cutánea para descartar esta posibilidad.

La tinción para citoqueratina se sugiere como la tinción histoquímica de elección para el diagnóstico de esta enfermedad.

Existe un buen número de dermatosis con las que debe diferenciarse, como: dermatitis de contacto,

psoriasis, liquen simple crónico, melanoma, carcinoma basocelular y espinocelular. De ahí la importancia de realizar el estudio histopatológico de cualquier lesión de la vulva que no mejora con los tratamientos convencionales.

El tratamiento dependerá de si existe o no un carcinoma subyacente.

Cuando no existe, no es indispensable realizar procedimientos quirúrgicos radicales o amplios por fuera de la lesión clínica, ya que esto no previene la aparición de recidivas. Incluso, se han realizado cortes por congelación para determinar de manera fehaciente los límites de la lesión en forma histológica (cirugía micrográfica de Mohs) y no se observaron diferencias significativas entre el juicio clínico y la determinación por cortes histológicos.¹³⁻¹⁶

Cuando existe un carcinoma subyacente, la cirugía debe ser amplia localmente y realizar resección ganglionar regional; tiene mal pronóstico cuando existen metástasis.^{17,18}

El procedimiento consiste en la extirpación quirúrgica amplia, por lo menos 2.5 cm por fuera del margen clínico visible de la lesión.

Se ha empleado como quimioterapia: mitomicina C, epirubicina, vincristina, cisplatino, 5- fluorouracilo y docetacel.¹⁹

Hace poco se utilizó imiquimod al 5 % en crema, para su empleo en forma tópica con buen resultado.²⁰

La recurrencia a cinco años es del 61 %.

Su asociación con neoplasia maligna varía según diferentes autores y va del 59, 86 al 50 %.²¹

En una revisión de 197 casos con enfermedad de Paget extramamaria se vio que ésta era más frecuente en viejos, principalmente en mujeres y la localización más común fue la vulva y el periné.

En 24 % existió un carcinoma de anexos cutáneos con una mortalidad de más del 46 %. En 12 % se encontró otra neoplasia maligna interna.

La existencia de una lesión eczematososa en el área genitocrural, la que no cede con el tratamiento habitual, debe alertarnos a pensar en la posibilidad de esta enfermedad y realizar los métodos adecuados para llegar al diagnóstico correcto.

Referencias

1. Manual de Oncología Ginecológica. Hug RE Barber, José Antonio Ramiírez Almaraz, eds. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1992; pp: 228-37.
2. Durán MA, Casas VI, Arrebola JS. Enfermedad de Paget extramamaria: presentación de un caso y revisión del tema. *Rev Cubana Oncol* 1999;15:109-13.
3. Haskell Charles M. *Cancer treatment*. 2ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1985; pp: 460-1.
4. Curtin JP, Rubin SC, Jones WB. Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1990;39:374-77.
5. Di Saia PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecológica Clínica*. 4ª ed. México: Mosby Doyma, 1994; pp: 260-64.
6. Devit V, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; pp: 1908-9.
7. Lancer HA, Moschella SC. Paget's disease of the male breast. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:393-6.
8. Medina MC, Bayardi OP. Enfermedad de Paget extramamaria de localización vulvar (informe de un caso y revisión de la bibliografía). *Rev Hosp Jua Mex* 1996;63:29-33.
9. Kubota K, Akasu T, Nokanishi Y. Perianal Paget's Disease Associated with rectal carcinoma. *Jpn J Clin Oncol* 1998;28:347-50.
10. Sanchez NP, Mihm MC. Reactive and neoplastic epithelial alterations of the vulva. *J Am Acad Dermatol* 1982;6:378-88.
11. Bodnar M, Miller F, Tyler W. Paget's disease of the male breast associated with intraductal carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:829-31.
12. Sánchez NP, Mihm MC. Enfermedad de Paget extramamaria. *J Am Acad Dermatol* 1992;6:378-88.
13. Bergen S, Di Saia PJ, Liao SY. Conservative management of extramammary Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1989;33:151-6.
14. Geisler JP, Stowell MJ, Melton ME. Extramammary Paget's disease of the vulva recurring in a skin graft. *Gynecol Oncol* 1995;56:446-47.
15. Fishman DA, Chambers SK, Schwartz PE. Extramammary Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1995;56:266-70.
16. Molinie V, Paniel BJ, Lessana LM. Paget disease of the vulva. 36 cases. *Ann Dermatol Venerol* 1993;120:522-7.
17. Kodama S, Kaneko T, Saito. A clinicopathologic of 30 patients with Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol* 1995;56:63-70.
18. Parker LP, Parker JR, Bodorka BD. Paget's disease of the vulva. Pathology pattern of involvement and prognosis. *Gynecol Oncol* 2000;77:183-9.
19. Oguchi S, Kaneko M, Uhara H. Docetaxel induced durable response in advanced extramammary Paget's disease: a case report. *J Dermatol* 2002;29:33-37.
20. Wang LC, Blanchard A, Judge DE. Successful treatment of recurrent extramammary Paget's disease of the vulva with topical imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(Part 1):769-71.
21. Crawford D, Das S. *Penile urethral and scrotal cancer*. The Urologic Clinics of North America. Philadelphia: WB Saunders, 1992;19(2): 224-25.



Sacropexia con fascia de recto abdominal en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal

Dr. Santiago Roberto Lemus Rocha,¹ Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez,² Dr. Manuel Matute González,²
Dr. Armando Sánchez Juárez,² Dra. Rosario Ramírez Rangel,² Dr. Marcelino Hernández Valencia³

Resumen

Introducción. El prolapso de la cúpula vaginal es una complicación rara, con una frecuencia del 0.2 al 1% posterior a histerectomía, lo cual sucede debido a una mala técnica quirúrgica en la fijación de los elementos de suspensión de la cúpula, así como a la multiparidad, menopausia, padecimientos pulmonares crónicos, obesidad, tabaquismo y actividad física extenuante. Se han informado muchas técnicas para corregir este trastorno pélvico, aunque la sacropexia convencional se ha establecido por vía abdominal, donde la diversidad de materiales de fijación ha sido muy variada, incluyendo material natural, como la fascia lata y aponeurosis de rectos abdominales. **Objetivo.** Conocer los resultados y la experiencia de esta corrección con la técnica quirúrgica de sacropexia con fascia de rectos abdominales. **Material y método.** Se estudiaron 32 pacientes menopáusicas con edad promedio de 53.9 años, cinco gestaciones, así como índice de Quetelet de 26.2, en quienes se hizo seguimiento de un año. El principal síntoma en estas mujeres fue la sensación de cuerpo extraño en la vagina y, posteriormente, incontinencia urinaria de esfuerzo. Además, con promedios al considerar a todo el grupo en la presentación del prolapso de cúpula vaginal posterior a histerectomía de 7.7 años, con tiempo quirúrgico de 129 minutos y sangrado de 172 mililitros. **Resultados.** El 97.5% de las pacientes reinició su vida sexual sin dificultades y sólo una refirió dispareunia. No hubo complicaciones posquirúrgicas y sólo una tuvo recidiva del prolapso (0.31%). **Conclusiones.** La sacropexia con fascia de rectos abdominales es una buena técnica para la corrección del prolapso de la cúpula vaginal en pacientes menopáusicas con vida sexual activa y adecuado estado general, ya que es un material que no causa reacción posquirúrgica por tratarse de tejido natural de la misma paciente y, además, ofrece una recuperación satisfactoria.

◇

Palabras clave: Sacropexia, fascia de rectos, prolapso de la cúpula vaginal.

(Lemus Rocha SR, et al. Sacropexia con fascia de recto abdominal en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal. Ginec Obst Mex 2003;71: 638-645).

Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3, Centro Médico Nacional La Raza,
Instituto Mexicano del Seguro Social y Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas,
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, D. F.

¹División de Educación e Investigación en Salud. ²Servicio de Ginecología. ³Investigador Médico IMSS-SNI.

Abstract

Introduction. Vaginal vault prolapsed is a rare complication, with a frequency from 0.2 to 1% after hysterectomy, which is presented due to a bad surgical technique in fixation of the vault suspension elements, as well others factors as the multiparity, menopause, chronic lungs disease, obesity, smoking and weak physical activity. There are many techniques reported to correct this pelvic disease, although the conventional sacropexy has been established for abdominal way, where the diversity of materials of fixation is varied, including natural material as the abdominal fascia and aponeurosis of muscle rectos. **Objective.** This descriptive and clinical study was carried out in a group of patient with vaginal vault prolapsed, with the objective to know the results and experience of this correction with the surgical technique of sacropexy utilizing abdominal fascia. **Material and Methods.** 32 menopausal patient with mean age of 53.9 years, 5 gestations, as well as index of Quetelet of 26.2, were studied, a following of a year was carried out. In these women the main symptom were the sensation of vaginal strange body and subsequently urinary incontinence of effort. Moreover, considering to all group the mean in presentation of the vaginal vault prolapsed after hysterectomy was of 7.7 years, with surgical time of 129 minutes and bled of 172 milliliters. **Results.** The 97.5% of the patient returned to its sexual life without difficulties and only one referred dyspareunia. Post-surgical complications were not presented and only a patient presented vault prolapsed again (0.31%). **Conclusions.** With this results we can consider that the sacropexy with abdominal fascia is a good technique for the correction of the vaginal vault prolapsed in healthy menopausal women with regular sexual activity and then is a natural material who cause not any reaction in surgical area.

Key words: Sacropexy, abdominal fascia, vaginal vault prolapsed

(Lemus Rocha SR, et al. Sacropexy with abdominal fascia in treatment of vaginal prolapse. Gynec Obst Mex 2003;71: 638-645).

Introducción

El prolapso de la cúpula vaginal es el descenso de ésta después de una histerectomía. Es una complicación de la que se informan 40 nuevos casos por año; su frecuencia es del 0.2 al 1 % en cualquier tipo de histerectomía.^{1,2} La causa depende del tiempo de aparición posquirúrgica. Se considera que su aparición durante los dos primeros años posteriores a la histerectomía se debe, generalmente, a una mala técnica quirúrgica en la fijación de los elementos de suspensión de la cúpula. Cuando sobreviene dentro de los 2 a 10 años posquirúrgicos se debe a defectos de cicatrización originados por hematomas y por infección recidivante, y es el 85 % de las causas. Después de los 10 años, las causas reconocidas son: debilidad congénita de la fascia endopélvica, que se vincula con el antecedente de hernias en otros sitios, así como multiparidad; menopausia, padecimientos pulmonares crónicos, obesidad, tabaquismo, actividad física extenuante, trastornos de la colágena y la cirugía antiincontinencia.^{3,5} El prolapso

de la cúpula vaginal se clasifica en grados; el I es cuando la cúpula se encuentra por arriba de las espinas ciáticas, el grado II cuando se localiza en el introito y el grado III cuando se ubica fuera del introito. En cuanto a tipos, el prolapso de la cúpula vaginal puede ser simple cuando éste ocurre solo con enteroceles y complejo cuando se presenta el enterocel asociado con cistocele, rectocele o ambos.^{2,6-8}

El tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal se puede realizar por las vías vaginal y abdominal,^{6,9} aunque en los últimos años se ha informado la realización de la sacropexia o colposuspensión con técnicas endoscópicas.¹⁰ En la sacropexia convencional por vía abdominal, para suspender la cúpula vaginal prolapsada, se utiliza un puente de material sintético, como la cinta de mersilene, cordón umbilical y malla de marlex, aunque también puede utilizarse material natural, como la fascia lata y aponeurosis de los rectos abdominales.¹¹⁻¹² El reto de corregir una inversión vaginal ha llevado al perfeccionamiento de muchas operaciones desde 1938, aunque es hasta 1961 cuando se describió un procedi-

miento en que la cúpula vaginal prolapsada se suspendía hacia el sacro utilizando como cabestrillo suspensor la aponeurosis abdominal, resalta la importancia de la colpoplastia posterior concomitante.^{2,13} Las indicaciones para este procedimiento son mujeres que desean conservar la función sexual, mujeres jóvenes con prolapso de la cúpula y con tendencia a una actividad física pronunciada, así como mujeres con aumento en forma crónica de la presión intraabdominal. Los fundamentos para proponer este procedimiento quirúrgico son la conservación del eje normal de la vagina, profundidad vaginal máxima, sostener a la vagina sin tensión y la capacidad de la vagina para la función sexual.

El objetivo de este trabajo fue demostrar la utilidad de la sacropexia para la corrección del prolapso de la cúpula vaginal durante la menopausia, así como las características clínicas y los resultados de las pacientes tratadas por este trastorno pélvico, para identificar los factores que podrían mejorar los resultados.

Material y método

Se realizó este estudio clínico descriptivo en pacientes con diagnóstico de prolapso de la cúpula vaginal operadas en el Servicio de Ginecología, que acudieron enviadas de sus hospitales de referencia al Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3 del Centro Médi-

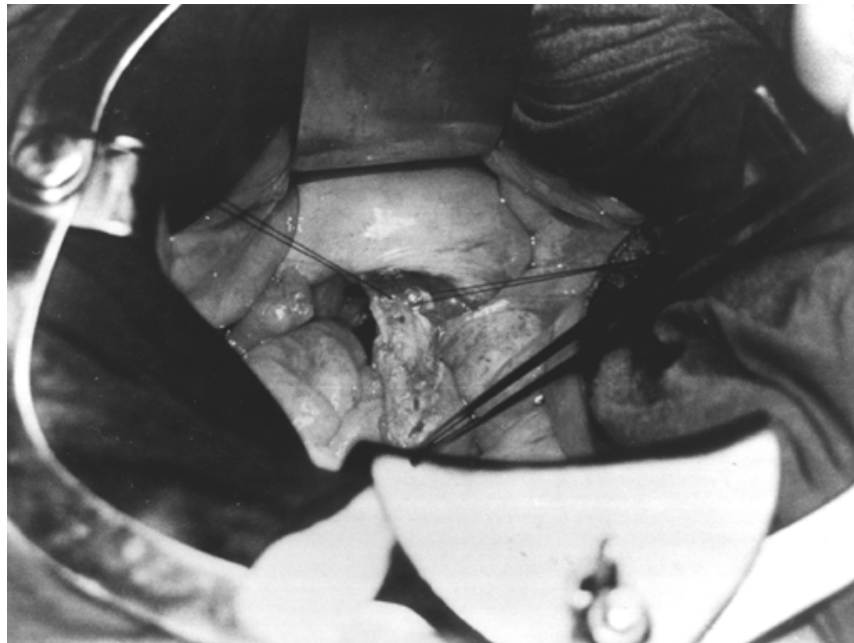
co La Raza, durante un lapso de seis años. En una hoja de recolección de datos codificada se registró el sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, riesgo anestésico y complicaciones transoperatorias y posoperatorias inmediatas. Se inició el seguimiento a los siete días con exploración directa durante el retiro de puntos de sutura y, posteriormente, cada cuatro meses, en donde se interrogó sobre la existencia de relaciones sexuales y valoración de recidiva del prolapso, con el seguimiento por un año en cada paciente. El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de ética local de nuestro hospital y se obtuvo carta de consentimiento informado de participación de cada paciente, firmada durante la aceptación del procedimiento quirúrgico para permitir el seguimiento estrecho e intencionado del procedimiento quirúrgico.

Se estudiaron 32 pacientes a quienes se les corroboró el diagnóstico de prolapso de la cúpula y se protocolizaron para su manejo quirúrgico. La técnica quirúrgica se realizó siguiendo los requisitos preoperatorios habituales, continuando con la fijación del ápex de la cúpula con pinza de Forester, incisión abdominal y disección extensa hasta la fascia de los rectos, para obtener un segmento de la fascia de los rectos, para extraer un colgajo aproximado de 10 X 2 centímetros (Figura 1). Toma del ápex de la cúpula en su porción intraabdominal y disección del peritoneo para exponer su epitelio. Disección del peritoneo del fondo de saco posterior hasta descubrir el promontorio. Se hicieron

FIGURA 1



FIGURA 2



puntos concéntricos de adentro hacia fuera sobre el fondo del saco de Douglas, obliterándolo (técnica de Moshcowitz). Se colocaron cuatro suturas de material no absorbible de Nylon del 1 sobre el ápex descubierto de la cúpula vaginal (Figura 2); además, se colocaron cuatro suturas en el ligamento sacral anterior que se dejaron referidas, siempre teniendo cuidado de no lesionar los vasos sacros. Se aplicó el injerto de fascia entre los puntos previos, en ambos lados se suturó y se anudaron los cabos referidos, procurando no dejar mucha tensión. Finalmente, se cerró el peritoneo posterior para dejar sepultado el injerto y se efectuó colpoperineoplastia como cirugía complementaria para la corrección del cistocele y rectocele.

Resultados

Todas las pacientes se encontraban en la sexta década de la vida y ninguna tenía obesidad. Las características obstétricas del grupo de estudio, el tiempo quirúrgico, el sangrado transoperatorio y el tiempo de evolución de los prolapsos se muestran en el Cuadro I, donde se puede observar que la mayor parte de los prolapsos ocurrieron durante los primeros siete años después de la histerectomía.

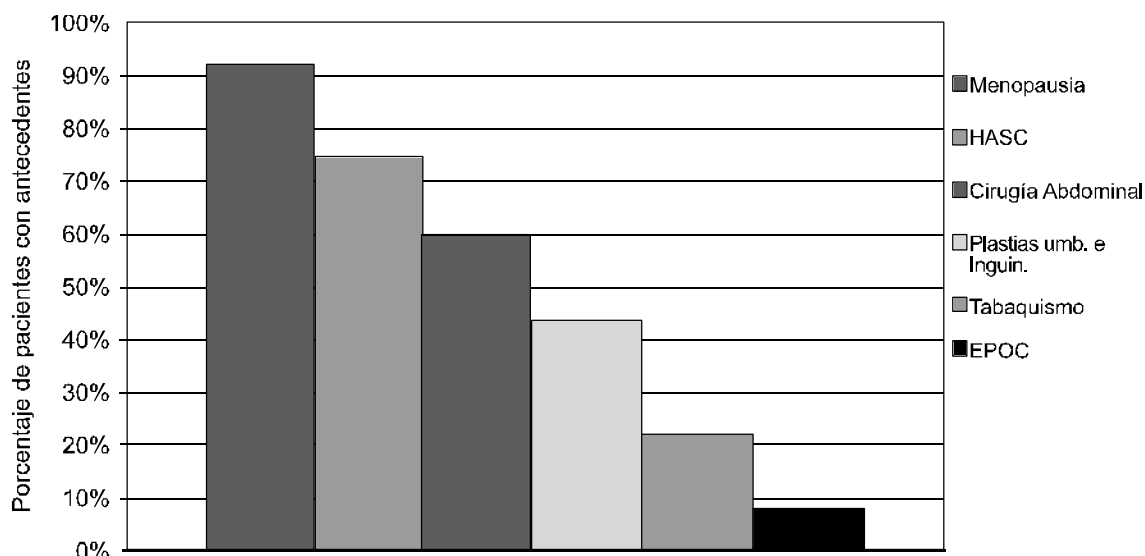
El riesgo anestésico fue de I en 7 %, de II en 62 % y III en 31 %. La mayoría de las pacientes tenían hipertensión crónica (74.6 %) y antecedentes de cirugías abdominales previas (60 %), no relacionadas con la his-

CUADRO I. Características clínicas y eventos quirúrgicos de la sacropexia

Característica	M ± DE	Intervalo
Edad	53.9 ± 4.7	45 - 62
Índice de Quetelet (peso/talla ²)	26.2 ± 2.8	19.8 - 32.3
Gestas	5.7 ± 2.3	2 - 11
Partos	4.3 ± 1.9	2 - 11
Cesáreas	—	—
Cirugía previa (años)	7.7 ± 5.7	1 - 20
Sangrado transoperatorio (mL)	172 ± 68.9	50 - 300
Tiempo quirúrgico (min)	129.8 ± 18.2	100 - 165

M+DE = promedio y desviación estándar

FIGURA 3



Antecedentes personales del grupo en estudio, con porcentajes decrecientes. La mayoría de las pacientes eran post-menopáusicas.

terectomía. Casi la mitad tenía antecedentes de hernioplastias (44 %), la quinta parte de las pacientes (22 %) tenía hábito tabáquico y enfermedad pulmonar obstructiva crónica dos pacientes (7.4 %), y menopausia establecida con síntomas en casi todo el grupo (92 %) (Figura 3).

En el análisis de las cirugías ginecológicas realizadas previamente a este grupo de estudio, se observó que la histerectomía vaginal fue la más frecuente en 70 % de las pacientes y la cirugía abdominal en el resto. (Figura 4)

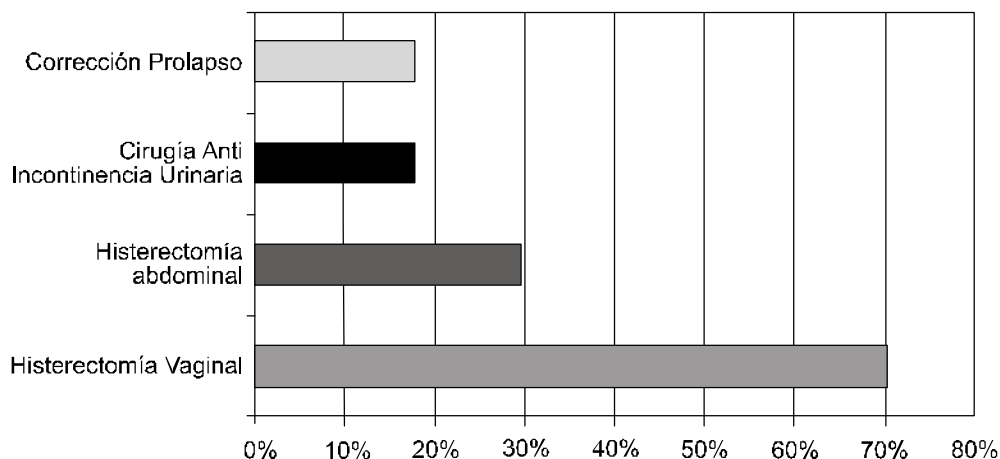
El síntoma más frecuente fue la sensación de cuerpo extraño en la vagina, que sucedió en 96 % de nuestras pacientes; la incontinencia urinaria de esfuerzo se presentó en cerca de la mitad. El resto de los síntomas se manifestaron en menos del 30 % de las pacientes, como: estreñimiento, lumbalgia, dispareunia, irritación vulvar, necesidad de reducir digitalmente el prolapso para la micción y la defecación; algunas pacientes tuvieron más de un síntoma (Figura 5).

No hubo complicaciones en el posoperatorio inmediato. Una paciente (0.31 %) presentó recidiva del prolapso, dos cistocele (0.6 %) y una rectocele (0.31 %). En relación con el total de pacientes operadas, 97.5 % se incorporó a su vida sexual sin dificultades y sólo una refirió dispareunia.

Comentarios

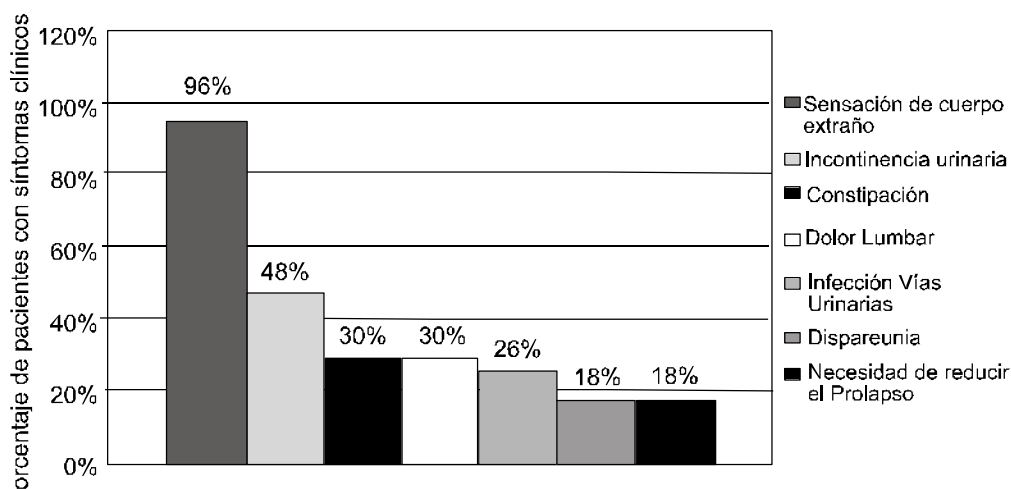
Todas las pacientes tenían prolapso de la cúpula vaginal, con diferentes grados de cistocele, rectocele y enterocele, lo que originó el síntoma más frecuente en este estudio, que fue la sensación de cuerpo extraño en la vagina, lo que se asocia con el hallazgo de la exploración física de cistocele III, rectocele III y enterocele positivo en más del 60 % de las pacientes. Aproximadamente una quinta parte de estas pacientes tuvo el prolapso de la cúpula vaginal por una mala técnica quirúrgica (menos de dos años) y otra quinta parte se puede atribuir a una mala calidad de los tejidos (más de 10 años). Sin embargo, en la mayoría de las pacientes la causa del propio prolapso fue menos específica. Estos hallazgos coinciden con lo informado por otros autores,¹² donde el factor más importante asociado con el prolapso de la cúpula vaginal, después de una histerectomía, es la mala calidad de los tejidos, lo cual es una característica de la menopausia por los cambios sistémicos que prevalecen durante esta etapa, que también condicionó la realización del procedimiento primario, que en nuestro estudio se comprobó por el antecedente positivo de hernioplastias en la mayoría de estas pacientes, a diferencia de lo informado por otros autores quienes indican una frecuencia del 8 %. La obesidad

FIGURA 4



La cirugía vaginal se encontró como antecedente más frecuente de cirugía ginecológica previa al desarrollo de prolapso de cúpula vaginal. El resto de las cirugías ginecológicas mostró un porcentaje menor al 30%.

FIGURA 5



Los síntomas en el piso pélvico tuvieron una distribución en porcentaje heterogéneo, con predominio de la sensación de cuerpo extraño en la vagina. Las barras indican los porcentajes del cuadro clínico; algunas pacientes tuvieron más de dos síntomas.

tiene una influencia directa con 16 a 20 % en la causa de este trastorno,¹⁴ pero en nuestro estudio no encontramos esta relación. En este grupo de estudio, la mayoría de las pacientes también tenía hipertensión crónica, quizá como causa de referencia a nuestro hospital, ya que es un hospital de tercer nivel de atención. Por lo tanto, no encontramos ningún motivo para relacionarla con la causa del prolapso y tampoco existen en la literatura médica reportes de asociación.

Desde una perspectiva clásica, la multiparidad se ha vinculado con los trastornos de la estática pélvica; sin embargo, los estudios que sostienen esta relación tienen cuando menos 20 años de haberse realizado.

En las últimas tres décadas, en el área urbana, las familias son más pequeñas y los trastornos de la estática pélvica no han disminuido como era de esperarse al haber menos partos.

Las gestaciones quizá no sean la causa más importantes en la aparición de esta enfermedad, pero en este sentido nuestros resultados son similares a lo informado por otros autores.¹⁴

El antecedente de histerectomía vaginal es el más frecuente, tanto en este grupo como en estudios previos.

Los métodos utilizados en nuestro servicio para fijar la cúpula vaginal se basan en la técnica de Heaney y la de Mayo-Warts, que consolidan los elementos de suspensión a la cúpula vaginal; además nos inclinamos por el cierre peritoneal alto y la miorrafia de elevadores como medida de prevención del enterocele que pueda favorecer al prolapso de la cúpula vaginal.

En todas las pacientes sometidas a histerectomía vaginal se ha propuesto el uso de la fijación sacroespinal de forma profiláctica; sin embargo, es un procedimiento que puede aumentar la morbilidad, debido a la necesidad de disecar el espacio pararectal para alcanzar la espina ciática y por la cercanía del paquete vascular nervioso de los pudendos.^{2,10}

En conclusión, las pacientes objeto de la sacropexia deben tener riesgos anestésicos bajos, porque aceptan este procedimiento pensando en la reanudación de su vida sexual, lo cual puede representar un esfuerzo cardiovascular. Así mismo, los tiempos y riesgos quirúrgicos deben ser bajos.

En nuestro grupo de estudio, el sangrado fue mínimo; sin embargo, los reportes previos mostraron sangrados de 2,600 mL consecutivos a la lesión de la arteria sacra, riesgo que hay que tener presente durante el procedimiento quirúrgico.¹⁴

La fijación de la cúpula vaginal en la pared abdomi-

nal anterior en pacientes menopáusicas no ha informado buenos resultados al valorar las relaciones sexuales, contrario a lo observado en la sacropexia, donde la vida sexual regresa a la normalidad por tratarse de un procedimiento que preserva la distribución fisiológica del piso pélvico, lo que llevó a que la mayoría de las pacientes operadas en nuestro estudio con esta técnica siguieran teniendo relaciones sexuales asintomáticas. Así, consideramos que la sacropexia con fascia de rectos abdominales es una técnica quirúrgica adecuada para corregir el prolapso de la cúpula vaginal, sobre todo porque se utiliza material autólogo, que no causa reacción posquirúrgica por tratarse de tejido natural de la misma paciente y, además, permite una recuperación satisfactoria. Por lo tanto, la sacropexia es una cirugía adecuada en pacientes menores de 60 años de edad, con prolapso de la cúpula vaginal, con bajo riesgo anestésico quirúrgico y deseos de mejorar la calidad de su función sexual.

Agradecimientos

Reconocemos la importante labor del personal de enfermería y residentes de la especialidad como auxiliares en el seguimiento de las pacientes en estudio, así como de los médicos de los servicios de Anestesiología y Quirófanos por su apoyo en los procedimientos realizados a estas pacientes. También lo hacemos extensivo a los médicos directivos del hospital, por su apoyo a la difusión de la investigación en el Hospital de Ginecología y Obstetricia número 3, así como al Sistema Nacional de Investigadores.◇

Referencias

1. Kauppila O, Punnonen R, Teisala K. Prolapse of the vagina after hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1985;161:9-11.
2. Ridley JH. A composite vaginal vault suspension using fascia lata. *Am J Obstet Gynecol* 1976;135:590-6.
3. Richter K. Massive eversion of the vagina: pathogenesis, diagnosis, and therapy of "true" prolapse of the vaginal stump. *Clin Obstet Gynecol* 1982;25:897-912.
4. Simmonds R, Williams T, Raymond L, Weeb M. Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:852-6.
5. Sergent F, Marpeau L. Prosthetic restoration of the pelvic diaphragm in genital urinary prolapse surgery: transobturator and infracoccygeal hammock technique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:120-6.
6. Ahranjani M, Nora E, Rezai P, Bujewski S, Neugebauer Le Fort operation for vaginal prolapse. A review of 38 cases. *Journal of Reproductive Medicine* 1992;37:959-64.
7. Bernal Bastidas S. Treatment of posthysterectomy vaginal prolapse. *Ginecología y Obstetricia de México* 1979;46:131-7.
8. Grundsell H, Larsson G. Operative management of vaginal vault prolapse following hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1984;91:808-11.
9. Farnsworth BN. Posterior intravaginal slingplasty (infracoccygeal sacropexy) severe posthysterectomy vaginal vault prolapse; a preliminary report on efficacy and safety. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13:4-8.

10. Da Ros CT, Teloken C, Busatto WF Jr, Sogari PR, Lisboa JF, Vargas Souto CA. Endoscopic suspension of the prolapsed vaginal dome. *Techn Urology* 1998;4:25-8.
11. Maloney J, Dunton C, Smith K. Repair of vaginal vault prolapsed with abdominal sacropexy. *J Reprod Med* 1990;35:6-10.
12. Ranney B. Enterocoele, vaginal prolapse, and pelvic hernia: recognition and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:53-61.
13. Drutz HP, Cha LS. Massive genital and vaginal vault prolapse treated by abdomino-vaginal sacropexy with use of Marlex mesh: review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:387-92.
14. Synder E, Krantz E, Litt D. Abdominal retro peritoneal sacral colpopexy for the correction of vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 1991;73:944-8.



HACE 55 AÑOS Endometriosis

Dr. Alfonso ALVAREZ BRAVO*

Artículo publicado en el Volumen IV, número 18-19, noviembre-diciembre de 1948; pp: 190-98.
El texto está reproducido respetando la versión original

De las “enfermedades invasoras de tipo urogenital”, la endometriosis es la más frecuente. Existen otros tipos, derivados de otros tejidos, según se verá adelante.

LA ENDOMETRIOSIS es el desarrollo aberrante e invasor de tejido endometrial en los órganos pélvicos o extrapélvicos, comprendiendo al mismo útero. El desarrollo anormal del endometrio puede ser ectópico; es decir, fuera de la superficie de la cavidad uterina, o corresponder al endometrio mismo desarrollado anormalmente de manera difusa o tumoral.

Esta enfermedad constituye un capítulo de patología ginecológica de conocimiento relativamente reciente, y conviene enterarse debidamente de ella porque se le diagnostica poco y se le confunde con frecuencia con otros padecimientos.

Historia

La primera descripción de esta enfermedad fue dada por RUSSELL en 1888, quien publicó un caso de “endometrioides” del ovario con invasión extraovárica. MARTIN explicó en 1891 la presencia de un “adenoma” del ligamento redondo sobre la base de una inclusión de restos de los conductos wolffianos. PICK, en 1896, publicó un caso en el que encontró tejido endometrial normal, desarrollado en el ovario. En el mismo año VON RECKLINGHAUSEN emitió una teoría wolffiana para explicar el desarrollo de tejido endometrial en la pared uterina. Sin embargo, pocos autores aceptan en la actualidad la teoría wolffiana que fue ampliamente ex-

puesta en 1920 por CUTHBERT-LOCKYER. A principios del siglo presente IVANOFF propuso la teoría de la metaplasia para explicar la endometriosis extrauterina por transformación del epitelio peritoneal. Esta teoría fue defendida posteriormente por ROBERT MEYER. WALDEYER pensó en 1870 que la endometriosis ovárica tenía su origen en la invasión del estroma ovárico por su epitelio superficial y WHITRIGE WILLIAMS apoyó esta teoría al comprobar la existencia de epitelio cilíndrico en la superficie del ovario de adultos. En su trabajo original RUSSELL atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos y esta teoría encontró decidido apoyo en los trabajos de JANNEY en 1922 y de BLAIR en 1923. En 1921 SAMPSON emitió su teoría de la “implantación” y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y por contigüidad. Estas breves notas dan idea del esfuerzo hecho para el conocimiento de esta enfermedad, la cual aún queda rodeada de misterio, no en cuanto a su causa, sino en cuanto a su origen y modo de invasión.

Nomenclatura

Con el término “Enfermedades invasoras de tipo urogenital” se denotan los padecimientos originados en la invasión anormal de tejidos pélvicos por elementos celulares derivados de los órganos genitales: endometrio, endosalpinx, endocervix, epitelio germinal del ovario y peritoneo. La más frecuente de estas enfermedades es la originada en el endometrio (*endometriosis*). El ti-

* Profesor de Patología Quirúrgica de la Universidad Nacional de México. Ginecólogo del Hospital General.

po y modo de desarrollo depende de la rapidez de su crecimiento y del medio en que se desarrollan (*tejido invadido, condiciones endocrinas, etc*). La neoformación tiene un campo limitado de invasión y, generalmente, se circunscribe a los órganos pélvicos, el apéndice y el peritoneo abdominal infraumbilical y, más particularmente, a los órganos que tienen cambios deciduales durante el embarazo. Las metástasis a regiones más lejanas son excepcionales.

Es importante señalar que las células ectópicas en desarrollo llevan consigo sus funciones específicas, es decir, su actividad secretora y cíclica, causando no sólo fenómenos de dislocación celular sino también de dislocación funcional manifestada por quistes de retención que contienen líquido sanguinolento o secreciones específicas. El cuadro patológico varía considerablemente y depende de:

- 1) el modo de extensión de la enfermedad,
- 2) los caracteres del terreno invadido, y
- 3) el lugar de origen de las células ectópicas.

Existe cierta anarquía para denominar a esta enfermedad en general y a sus diversos tipos en particular y debe hacerse un esfuerzo por uniformar la

terminología. Tomando en cuenta que el padecimiento puede tener su origen principalmente en el endometrio, el endosalpinx y el endocérvix, pueden utilizarse estos términos como radicales.

Ahora bien, según que la infiltración sea difusa o localizada en forma de tumor, se agregarán respectivamente los sufijos -osis y -oma, formando así los términos: endometriosis y endometrioma, endosalpingiosis, y endosalpingioma, endocervicosis y endocervicoma. Para denotar el tipo de estroma en que se ha desarrollado el tejido mucoso pueden agregarse prefijos que denoten su naturaleza, como: fibro-, mio-, o fibromio-, formando términos más complejos como p. ej.: fibromio-endometrioma. Finalmente pueden utilizarse adjetivos que indiquen el órgano invadido, como: uterina, ovárica, peritoneal, etc. Se denota así, de manera clara, su origen, tipo de invasión, tejido en que se desarrolla y órgano afectado.

Sin mucha razón, a mi parecer, se ha llamado endometriosis interna a la que está confinada al útero y externa a la que se extiende más allá de los límites de este órgano. En el siguiente cuadro pueden apreciarse sus equivalentes con la nomenclatura antes expuesta:

Endometriosis interna:	Difusa (ADENOMIOSIS, ENDOMETRIOSIS UTERINA).
	Localizada (ENDOMETRIOMA UTERINO).
Endometriosis externa:	Pélvica (ENDOMETRIOSIS O ENDOMETRIOMA)
	Extrapélvica

A continuación ponemos un cuadro que divide a la endometriosis de manera científica, de acuerdo con las ideas mencionadas:

	1. Mixta	Benigna Maligna	Endometrial Uterina Tubaria Ovárica
A.- Endometriosis -oma	2. De estroma	Benigna Maligna	Peritoneal Pélvica Extrapélvica
B.- Endosalpingiosis -oma			
C.- Endocervicosis -oma			

Etiopatogenia

La endometriosis se presenta en la época de vida genital activa, entre la pubertad y la menopausia, siendo más frecuente hacia la mitad de este periodo de la vida de la mujer, a partir de los 25 años de edad.

En relación con su etiopatogenia se suscitan dos problemas a resolver: 1) el porqué de la aparición de tejido endometrial aberrante y 2) la causa de que ese tejido prolifere en su situación anormal.

Se han propuesto varias teorías para explicar la aparición del tejido endometrial ectópico:

1. La teoría de la inclusión embrionaria que supone la existencia de restos embrionarios de los conductos de WOLFF (teoría wolffiana) o de los conductos de MÜLLER (teoría mülleriana) que posteriormente se desarrollan en su sitio de implantación.
2. La teoría de la metaplasia supone una modificación sustancial de la calidad del epitelio del órgano afectado que determina su transformación en tejido de tipo endometrial. Según esta teoría, el endotelio peritoneal, por ejemplo, cambiaría en sí hacia el tipo glandular endometrial.
3. La teoría de la implantación de SAMPSON supone el transporte de fragmentos de endometrio desde la cavidad uterina, a través de las trompas, para implantarse después en diversos órganos. Este transporte e implantación del endometrio puede deberse a distintas causas: menstruación retrógrada a través de las trompas en el útero retrovertido, insuflación tubaria transuterina, etc., o bien implantación directa como, p. ej., transplatación de fragmentos endometriales o endosalpingianos en el curso de intervenciones quirúrgicas.
4. Para explicar otros casos, el mismo SAMPSON ha pro-

puesto la teoría de la invasión por contigüidad.

5. Fue SAMPSON también quien pudo demostrar que fragmentos de la mucosa podían pasar a los canales linfáticos y a los vasos sanguíneos y ser transportados en forma de embolia.

La multiplicidad de teorías revela que ninguna de ellas es satisfactoria para explicar todos los casos y es que, en efecto, debemos aceptar que unas se aplican mejor a ciertos casos y otras a otros. La importancia de estas teorías, sin embargo, ha disminuido considerablemente desde que se ha avanzado más en la resolución de la otra fase del problema: la causa primaria que determina la proliferación de ese tejido aberrante (es decir, el factor que favorece la metaplasia, o el desarrollo de restos embrionarios por mucho tiempo latentes, o la proliferación de tejido recién implantado o transportado por invasión directa o por embolia), y que explique también el que el proceso continúe. A este propósito debe hacerse este razonamiento:

- 1) La existencia del ovario es indispensable para la iniciación de la endometriosis. Es, asimismo, fundamental el ovario para que continúe la actividad endometriótica. Nadie ha podido comprobar la suposición de MEYER de que en la endometriosis existe un factor infeccioso.
- 2) Sea que el ovario actúe por sí mismo como intermediario entre la hipófisis y el endometrio, su presencia es esencial, pues la supresión de la función ovárica por ablación quirúrgica o por radiaciones determina la rápida regresión de los procesos endometrióticos
- 3) Es indudable que el ovario actúa a través de sus hormonas: estrógenos y progesterona. La observación clínica y las investigaciones de laboratorio han podido fundar la tesis de que es la hormona estró-

gena el factor fundamental en la génesis de la endometriosis. Esta hormona es por naturaleza proliferativa de los tejidos genitales y su acción en la endometriosis se explica por un trastorno cuantitativo por exceso, es decir, un hiperfoliculismo. Establecida la endometriosis, es la acción cíclica de las dos hormonas esteroideas ováricas la que determina las modificaciones cíclicas del tejido endometrial aberrante, lo cual explica las manifestaciones también cíclicas de esta enfermedad. El hiperfoliculismo de que hablamos puede ser debido a una sobreproducción de la hormona o a una deficiencia relativa o absoluta de progesterona que determina un estrinismo persistente.

Anatomía patológica

El desarrollo ectópico puede ser sólo de estroma y constituye la endometriosis intersticial, o de estroma y de tejido glandular endometrial y la forma mixta.

Las lesiones propias de esta enfermedad son:

- a) Adherencias
- b) Quistes de chocolate
- c) Extravasaciones de sangre antigua
- d) Equimosis persistentes
- e) Nódulos
- f) Hipertrofia

Las adherencias entre los órganos pélvicos se forman por reacción peritoneal e hiperplasia del endotelio propio, y por invasión del proceso endometrial que pasa de unos órganos a otros fusionándolos. Esto explica que estas adherencias sean muy fuertes, sobre todo comparadas con las de origen inflamatorio. En patología pélvica existen tres procesos que forman adherencias firmes: la endometriosis, el cáncer y la tuberculosis.

Los quistes de chocolate, así llamados por su contenido de color café rojizo, se forman por la actividad funcional del tejido endometrial ectópico. En efecto, bajo la acción cíclica de las hormonas ováricas el tejido aberrante sufre las transformaciones propias del tejido endometrial y durante la fase menstrual se desintegra con emisión de sangre, de manera similar al flujo menstrual. Como este líquido sanguinolento no tiene salida, se acumula en quistes cuya sangre envejece y transforma sus pigmentos dando el color achocolatado típico.

Las extravasaciones de sangre antigua en la intimidad de los tejidos y especialmente en el miometrio así como las manchas equimóticas que se ven en el peritoneo, se explican de igual manera.

El tejido endometrial ectópico puede desarrollarse en forma tumoral bajo la forma de nódulos. Es casi pa-

tognomónico de la enfermedad el nódulo del tabique rectovaginal.

En ocasiones, el proceso es de simple hipertrofia de los tejidos invadidos, manifestada por un crecimiento del órgano afectado, especialmente el útero o el cuello uterino. El órgano aparece entonces aumentado uniformemente de volumen y de consistencia.

Existen dos procesos que se asocian frecuentemente a la endometriosis, aunque pueden desarrollarse aislados: la esclerosis peritoneal y la ovariosis escleroquistica.

La esclerosis peritoneal, un reciente descubrimiento, independiente o asociada a la endometriosis, se localiza al peritoneo pélvico y al abdominal infraumbilical. Esta especificidad topográfica es una expresión de hiperestrinismo y se explica por el hecho, ya de antemano conocido, de que solamente el peritoneo infraumbilical es sensible a la acción de los estrógenos.

En la gran mayoría de los casos la esclerosis peritoneal se acompaña de esclerosis ovárica con degeneración quística, en la cual los quistes foliculares de los ovarios se esclerosan, a veces en tal forma que sus paredes no se colapsan cuando se inciden.

Tipos anatómo-clínicos

Para abreviar esta plática y teniendo en cuenta que los diversos tipos se definen por sí solos, presentaremos el siguiente cuadro en que podrá apreciarse que los tipos anatomoclínicos dependen de su forma anatomopatológica y de su topografía.

- A. Enfermedades urogenitales invasoras
(Tipo indefinido que comprende a los demás).
- B. Endometriosis.
 1. Endometrial intrauterina.
 2. Uterina parietal.
 3. Intersticial (de estroma).
 4. Intersticial aguda con caracteres de malignidad restringida.
 5. Extrauterina pélvica:
 - Ovárica.
 - Tubaria.
 - Pelvipерitoneal.
 - De los ligamentos anchos.
 - Cervical.
 - Vaginal.
 - Vesical.
 - Rectal.
 6. Extrapélvica:
 - Intestinal.
 - Apendicular.
 - Umbilical.

De la pared abdominal.
Vulvar.
Ganglionar.

- C. Endosalpingiosis.
- D. Endocervicosis.
- E. Esclerosis peritoneal.

Cuadro clínico

El diagnóstico clínico de la endometriosis es difícil porque no hay un cuadro característico de la enfermedad. La sintomatología es proteiforme y depende del órgano invadido, de la extensión de la enfermedad y del origen de las células invasoras.

La endometriosis vulvar y la vaginal son de forma nodular. El nódulo del fondo de saco posterior es característico. A veces, los tejidos circunvecinos toman aspecto equimótico. Comúnmente es de tipo estromatoso y se confunde con el sarcoma. El diagnóstico se hace por biopsia.

La endometriosis cervical es relativamente rara y frecuentemente acompaña a otras localizaciones en el tracto genital. Aparece como una neoformación benigna o bien es de tipo poliposo. Clínicamente tiene el aspecto de una endocervicitis con ectropión, pero microscópicamente hay un marcado desarrollo de los elementos glandulares e hipertrofia del epitelio pavimentoso.

La endocervicosis es una enfermedad recientemente descubierta. Sus síntomas más comunes son: dolor sacrolumbar, leucorrea y a veces síntomas rectales. El cuello es grande, duro y nodular con numerosos mucocelos. Frecuentemente hay infiltración dura de los tejidos paracervicales. Al tacto vagino-rectal combinado puede encontrarse infiltración leñosa nodular del fondo de saco posterior, sin invasión de las mucosas rectal y vaginal. Raramente se diagnostica antes de la operación, pero durante el acto quirúrgico se sospecha su naturaleza por el gran número de pequeños quistes de contenido opalescente con paredes rígidas. La biopsia hace el diagnóstico con gran facilidad, pues son típicas las glándulas cervicales que infiltran el músculo cérvico-uterino.

La endometriosis uterina que como hemos dicho puede ser intersticial (de células del estroma) o mixta (de células del estroma y glandulares), puede afectar el tipo difuso (endometriosis) o el nodular (endometrioma). La endometriosis intersticial difusa no tiene ningún síntoma característico. El útero está simétricamente aumentado de volumen y es duro. Se le etiqueta frecuentemente como metritis, subinvolución uterina,

etc. El diagnóstico es posoperatorio. La intersticial nodular se confunde con la fibromatosis uterina. La endometriosis uterina difusa de tipo mixto (también llamada adenomiosis) se confunde también con otros padecimientos que aumentan el volumen y consistencia del útero. La mixta nodular (endometrioma) se confunde y a veces se asocia con la fibromatosis uterina. Ambas, sin embargo, pueden sospecharse cuando se acompañan de hipermenorrea y de dismenorrea localizada y progresiva. El dolor empieza antes de que aparezca el escurrimiento menstrual y continúa durante toda la menstruación. Además, no duele todo el hemiventre inferior sino que la enferma refiere su dolor a una zona circunscrita y, finalmente, la dismenorrea es cada vez más intensa en cada menstruación. Cuando el proceso sale del útero e infiltra los tejidos vecinos se aprecia la dureza leñosa de los ligamentos uterosacros y parametrios y a veces puede palparse el nódulo patognomónico del tabique rectovaginal. La endometriosis endometrial intrauterina difusa nunca se diagnostica. Aún a la biopsia se toma por hipertrofia endometrial o hiperplasia nodular quística. La de tipo tumoral se manifiesta por pólipos intrauterinos.

La endometriosis ovárica es, en general, más característica. Pueden existir trastornos menstruales diversos pero no característicos. El síntoma capital es el dolor premenstrual y menstrual. El dolor precede a la regla unos días o hasta una semana, es progresivo y acompaña a la regla. Además, no es generalizado sino localizado a una de las fosas ilíacas con irradiación a la región sacrolumbar y al muslo. Por último, es frecuente que la dismenorrea sea cada vez más intensa. El dolor premenstrual se explica por la congestión de los órganos esclerosados y la tensión sobre las adherencias. El dolor menstrual es debido a la tensión que dentro de los quistes ejerce la sangre extravasada durante el proceso de la menstruación. Con frecuencia la enferma es estéril. A la palpación se aprecia el anexo crecido, fijo y poco doloroso fuera de la época menstrual.

La endometriosis más extensa, de tipo pélvico, cuenta con sintomatología semejante. Simula la inflamación pélvica crónica pero existe desproporción entre la gran extensión de sus lesiones y la sintomatología que, fuera de la época menstrual, es muy escasa. En estas endometriosis extensas es frecuente encontrar infiltración de los tejidos parauterinos y la presencia de un nódulo del tabique rectovaginal, de por sí muy significativo.

La endosalpingiosis es una enfermedad intrapélvica que invade la trompa misma y con frecuencia el ovario. Su síntoma principal es el dolor y a la exploración se encuentra el anexo crecido y renitente. El diagnóstico es siempre posoperatorio.

La ruptura intraperitoneal de quistes endometriales grandes da un cuadro abdominal agudo.

Las endometriosis del aparato digestivo da cuadros relacionados con los órganos enfermos cuya sintomatología sugiere, según los casos, apendicitis u oclusión intestinal.

La endometriosis vesical da sintomatología vulgar. A veces, sin embargo, es típica la hematuria cíclica sincrónica con la menstruación. Para apreciarla es necesario obtener directamente la orina por sondeo, después de aseo vulvo-vaginal. La cistoscopia puede mostrar en esta época lesiones nodulares sangrantes y equimosis submucosas.

Otros tipos de endometriosis (umbilical, de la pared abdominal, inguino-ganglionar) pueden sospecharse por su actividad cíclica y por la presencia de extravasaciones sanguíneas generalmente de tipo equimótico.

Diagnóstico

El diagnóstico directo de la endometriosis es difícil por no haber síntomas característicos por la gran diversidad de tipos existentes y por la falta de una prueba diagnóstica biológica. Los datos fundamentales para sospecharla son la dismenorrea localizada, premensual y menstrual, progresiva; la actividad cíclica del padecimiento, la desproporción entre las lesiones encontradas y los síntomas, y la existencia de nódulos de infiltración del tabique rectovaginal.

El diagnóstico diferencial es muy interesante. La endometriosis cervical y la endocervicosis se confunde con adenomas del cuello, cervicitis y cáncer cérvico-uterino. La vulvar y la vaginal se toman frecuentemente por sarcomas. La endometriosis uterina se confunde con la metritis crónica o se le denomina, erróneamente, fibrosis uterina. Cuando es nodular o asimétrica se le confunde con la fibromatosis uterina. Sin embargo, ésta raramente da dismenorrea. La endometriosis intraperitoneal es difícil de diferenciar de la inflamación pélvica crónica. La endometriosis, sin embargo, es desproporcionada en su sintomatología según se ha dicho, da menos leucocitosis y no se acompaña de aceleración de la sedimentación globular. La endometriosis intestinal se confunde fácilmente con el carcinoma, la linfogranulomatosis o la diverticulitis. La vesical se diagnostica como cistitis o tumores vesicales. Desgraciadamente, la endometriosis aún no se diagnostica correctamente antes de la operación con la frecuencia que es de desearse.

El diagnóstico operatorio debe hacerse en la mayoría de los casos. El ginecólogo está obligado a familia-

rizarse con las adherencias, los quistes de chocolate, la esclerosis peritoneal, las equimosis peritoneales y las pequeñas extravasaciones de sangre antigua que le permiten diagnosticar la enfermedad durante el acto operatorio.

Tratamiento

PROFILAXIS. La endometriosis es producto de la civilización moderna. La favorecen los matrimonios tardíos, la concepción aún más tardía y sobre todo muy espaciada, con largos periodos de esterilidad voluntaria; el control de la natalidad, especialmente cuando para ello se emplean pesarios cérvico uterinos, y los abortos repetidos.

La profilaxis de la enfermedad reside en los matrimonios tempranos, la concepción temprana y el evitar los periodos largos de esterilidad. De acuerdo con la teoría de la implantación de SAMSON se comprende que el ginecólogo puede favorecer el transplante de tejido endometrial por medio de la histerosalpingografía, la insuflación tubaria transuterina y las intervenciones quirúrgicas sobre trompas o cavidad uterina. Para evitarlo debe hacer siempre maniobras suaves y escoger, para estas intervenciones, la época posmenstrual en que no existen restos endometriales que puedan ser movilizados.

CURA RADICAL. En todos los tipos de endometriosis los ovarios son órganos esenciales para mantener su actividad. Es por ello que la supresión de la función ovárica, por castración quirúrgica o radioterápica, habitualmente da fin a la enfermedad. Con toda intención he dicho "habitualmente" porque hay casos en que a pesar de la irradiación intensa o de la extirpación de los ovarios, continúa la enfermedad.

La supresión de la función ovárica parece, pues, la única solución lógica, generalmente aceptada, para resolver este problema patológico. Sin embargo, teniendo en cuenta que esta enfermedad domina en la primera mitad de la edad sexual y que en esta época la castración tiene serias consecuencias para la mujer, debe elegirse en cada caso un tratamiento proporcionado a las características de la enfermedad y de la enferma.

LA CONDUCTA A SEGUIR depende de:

1. La localización del padecimiento. Es distinto el caso de un endometrioma vulvar localizado que el de una endometriosis uterina o una localización ovárica o pélvica difusa.
2. La sintomatología, que puede ser discreta y poco molesta o intensa e intolerable.

3. La edad de la enferma, en relación con la cual está la importancia de conservar o no sus funciones genitales.
4. El tipo y extensión de las lesiones, punto de capital interés para decidir la conducta terapéutica según que sea localizada o difusa, que haya invadido un órgano o varios, que sea extirpable o no lo sea.

LA ENDOMETRIOSIS VULVAR Y LA VAGINAL pueden tratarse simplemente por escisión del proceso con cauterio. Debe vigilarse a la enferma y en caso de recidiva o extensión, proceder en consecuencia de manera más o menos radical.

LA ENDOMETRIOSIS ENDOMETRIAL puede ser secundaria a endometriosis uterina parietal y está entonces sujeta a los lineamientos que daremos para tratar a esta última. Cuando invade sólo al endometrio puede quitarse la enfermedad sin eliminar la causa (legrado uterino) o suprimir la causa activante dejando que la enfermedad regrese (irradiación de ovarios). La elección depende de la edad de la enferma y de la sintomatología. Debe recordarse que el legrado no cura la enfermedad sino que simplemente elimina la parte accesible de ella produciendo una mejoría que puede o no ser satisfactoria.

ENDOMETRIOSIS UTERINA PARIETAL. Cuando la enfermedad está confinada a la pared del útero puede optarse por una de estas tres conductas: 1) dejar la lesión y observar a la enferma, 2) extirpar la lesión o el útero, 3) eliminar la función ovárica quirúrgicamente o con radiaciones. Desgraciadamente, el diagnóstico es a veces histopatológico posoperatorio y el útero ya ha sido extirpado. Cuando sea posible, se escogerá una de las conductas indicadas de acuerdo con la edad de la enferma y la extensión del padecimiento. La histerectomía sin extirpación de los ovarios ha demostrado ser suficiente en los casos circunscritos al útero. Si los parametrios están invadidos o hay lesiones anexiales, la histerectomía no tiene objeto y es necesario extirpar los ovarios para suprimir el agente que impulsa su desarrollo y favorece su extensión.

ENDOMETRIOSIS PÉLVICA. En las mujeres de más de 35 años poco habremos de dudar sobre la conveniencia de extirpar los ovarios. Salvo los casos muy discretos o aquellos en que las lesiones sean de tipo regresivo y nos hagan comprender que el proceso tiende a la curación espontánea, la conducta a seguir es la ovariectomía. Si en algún caso nos ha parecido innecesario extirpar los ovarios, la enferma debe vigilarse y en caso necesario se ordenará después la irradiación de los ovarios para suprimir su función.

En las mujeres de menos de 35 años debe procurarse siempre, hasta donde sea posible, ser conservador.

Si el proceso se reduce a unos cuantos quistes y adherencias, debe cerrarse el abdomen sin tocar los órganos y debe instituirse tratamiento médico: reposo relativo, dieta nutritiva y regulación de la función ovárica. A este propósito es a veces conveniente deprimir la función ovárica y contrarrestar el efecto de los estrógenos para lo cual es útil la administración de propionato de testosterona intramuscular a la dosis de 10 a 25 mg dos a tres veces por semana, durante un tiempo que depende de las modificaciones que se observen en la sintomatología y en la menstruación y de la presencia de signos de virilización. Se recomienda no pasar de la dosis total de 300 mg.

Si el proceso es más extenso hay que fundar el criterio terapéutico en el grado de extensión y el grado de actividad. En la endometriosis inactiva o regresiva predominan las lesiones fibrosas y organizadas y se absorben los elementos celulares específicos de la endometriosis que son friables y proliferantes. Los quistes de la endometriosis activa contienen un líquido café rojizo; en los casos en regresión el contenido quístico es resinoso y más claro.

Las endometriosis inactivas deben respetarse durante el acto quirúrgico y observarse cuidadosamente después.

En las endometriosis poco intensas de la mujer joven debe seguirse un criterio conservador. Si sólo hay un ovario atacado puede extirparse. Si ambos están invadidos, debe extirparse el más enfermo. Muchos de los casos así tratados regresan después de la operación. En todo caso es preferible ser conservador y si la evolución ulterior es desfavorable a pesar del tratamiento médico antedicho, nos queda el recurso de las radiaciones para resolver el problema.

En las endometriosis muy avanzadas y activas, poco tenemos que discurrir. La extirpación de los ovarios es el único camino lógico a seguir, a pesar de la juventud de la enferma. Si debido a la intensidad del proceso y a la situación de los ovarios y adherencias se considera difícil la ovariectomía, puede cerrarse el vientre para castrar después a la enferma por medio de radiaciones.

Se habrá observado que en el racionamiento anterior hemos tratado de resolver el problema durante una intervención quirúrgica. Lo he planteado así porque lo frecuente es que la endometriosis se diagnostique o se confirme durante la operación. En los casos diagnosticados antes de la operación debe seguirse un criterio semejante para decidir si debe o no suprimirse la función ovárica. En caso de que se opte por la afirmativa puede recurrirse a la ovariectomía o a la castración por medio de radiaciones. En todo caso preferimos la intervención quirúrgica precisamente por la

dificultad del diagnóstico que nos podría llevar a confundir la endometriosis con una inflamación pélvica, en cuyo caso las radiaciones agravarían el proceso.

En los casos en que el diagnóstico sea seguro, como p. ej. en los diagnosticados previamente durante la operación, deben emplearse las radiaciones. A este propósito es preferible usar Rayos X y no radium porque éste es de más complicada aplicación, es menos bien aceptado por las enfermas y está más sujeto a complicaciones.

LA ENDOMETRIOSIS EXTRAPÉLVICA se trata por excisión local de la lesión, combinada o no con la supresión de la función ovárica, según sea la evolución ulterior del proceso.

LA ENDOSALPINGIOSIS Y LA ENDOCERVICOSIS excepcionalmente se diagnostican antes de la extirpación de los órganos. Cuando se logre diagnosticar la endocervicosis por biopsia, deben electrocoagularse los quistes glandulares o amputarse el cuello uterino.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

COMENTARIO A LIBROS

La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica.

AUTOR: Dr. Roberto Uribe Elías.

Editado por Fondo de Cultura Económica
y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
México, 2002.

Este libro es el resultado de una investigación que realizó el autor en el Departamento de Historia y Filosofía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el tema de la Ginecología y Obstetricia en el siglo XIX y parte del siglo XVIII en México. El autor destaca cómo, durante los siglos XVIII y XIX, a partir de la participación de la mujer en la política de los países europeos, la ginecología y la obstetricia fueron surgiendo como especialidades médicas.

Se relatan numerosos textos que se imprimieron en Europa durante el siglo XVIII sobre diferentes temas de la obstetricia y la ginecología. Así mismo, se narra el ejercicio de la ginecología y la obstetricia en la época de la Colonia en México. Destaca la producción científica española concerniente a esta especialidad durante ese mismo siglo y ofrece un catálogo de los libros publicados sobre el tema en España en relación con este mismo tema. También se alude a la producción científica mexicana durante el virreinato. De la misma manera se hace nota de la enseñanza inicial de estas materias en México, incluidas las inquietudes éticas. Destaca varias personalidades en la vanguardia de la medicina referente a la ginecología y la obstetricia.

En lo que corresponde al siglo XIX, el doctor Uribe Elías describe los conocimientos científicos de estas ramas de la medicina en los principales países europeos, en Estados Unidos destaca las bases de la bacteriología, la anatomía patológica y la cirugía. Continúa la obra exponiendo un marco de referencia histórico para el siglo XIX en México, en alusión a la enseñanza en la Universidad de México y la existencia del Establecimiento de Ciencias Médicas, la vigilancia del ejercicio de la medicina por el Tribunal del Protomedicato. Trata el libro acerca de unos hospitales, el advenimiento de la anestesia, la asepsia y la

antisepsia, la transfusión sanguínea y la práctica de la cirugía en obstetricia y en ginecología. Desde luego, menciona los libros de la especialidad impresos en México durante el siglo XIX y, también, alude a médicos obstetras mexicanos famosos y los procedimientos y tecnología en que sobresalieron. De igual forma que en el siglo anterior, trata aspectos del sentir y actuar ético en ese siglo. Es muy interesante la referencia a la docencia de la ginecología y la obstetricia en México y los libros de textos médicos empleados para la enseñanza. Hay una referencia especial a los principales hospitales para mujeres. Además, narra datos del Primer Congreso Médico Mexicano celebrado en la Ciudad de México en diciembre de 1892. La parte final del libro la dedica el autor a los protagonistas distinguidos en la ginecología y la obstetricia mexicana, como Pedro del Villar, Gabriel Villette de Terze, Julio Carlos Alberto Clement, Pablo Martínez del Río, José María Pánfilo Terán, José Ignacio Gómez Padilla, José Ferrer Espejo y Cienfuegos, Rafael Lavista Rebollar, Ricardo Vértiz, Aniceto Ortega y del Villar, Juan María Rodríguez y Arangoiti, Nicolás San Juan, Francisco de P. Chacón, entre muchos otros. Obviamente, hace referencia a la primera mujer médica de México, la doctora Matilde Montoya.

Consultó diez y seis fuentes bibliográficas. Tiene un índice extenso de autores y un índice alfabético amplio de materias. El índice general está desglosado: 159 páginas y preciosos grabados en blanco y negro.

Es un libro agradable y bien documentado.

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.



INDICE DE MATERIAS 2003

A

Absimetría pélvica, Alcibíades Marván. 2003; 71: 480-89.

Actinomicosis pélvica en pacientes menopáusicas. Presentación de un caso, Emilio Modesto Treviño Salinas, José María Martínez Palones, Ma. Asunción Pérez Benavente, Jordi Xercavins Montosa. 2003; 71: 532-36

Adolescente, eficiencia de los servicios de atención ambulatoria de la, Carlos Navarro-Núñez, Bettylu Rasmussen-Cruz, Alfredo Hidalgo-San Martín, Arnoldo Aguayo-Godínez, Jorge Molina Padilla. 2003; 71: 614-25.

Amebiasis vulvar. Informe de un caso y revisión de la literatura, Patricia Cornejo Juárez, A. Avilés Salas. 2003; 71: 71-74.

Anemia en embarazadas residentes en área rural a 540 metros de altitud, Carlos Navarro Núñez, Carlos del Toro-Equihua, Arnoldo Aguayo-Godínez, Urbicio Venegas Ochoa, Arnoldo Muñoz Gómez. 2003; 71: 124-30.

Anemia por deficiencia de hierro sobre la placenta y el peso al nacer efectos de la, Margarita Levario Carrillo, Margarita Hernández, Maria Eugenia Vásquez, Dora Chávez, Celina Sánchez C, Martha Corral. 2003; 71: 75-81.

Anormalidades endometriales en pacientes con infertilidad. Comparación entre histerosonografía e histerosalpingografía en el estudio de, Jesús Antonio López Navarrete, Jesús Martín Herrera Otero, Germán Quiroga Feuchter, Fernando Munguía Quiroz, José Alberto Ramírez Angulo. 2003; 71: 277-83.

Artículo, la extensión de un, Carlos Fernández del Castillo, Ma. Del Carmen Ruiz Alcocer. 2003; 71: 443.

Aspiración folicular, comparación de los resultados de un programa de reproducción asistida relacionados con el día de la, Everardo Treviño Ortiz, Pedro Galache Vega, Roberto Santos Haliscak, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Eric Saucedo de la Llata, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 460-64.

Astenozoospermia idiopática y diabética, aumento de movilidad progresiva por L-arginina y poliaminas en espermatozoides de pacientes con, Ma. Esther

Morales, Guadalupe Rico, Catalina Bravo, Rosario Tapia, Carmen Álvarez, José D. Méndez. 2003; 71: 297-303.

Atención ambulatoria de la adolescente, eficiencia de servicios de, Carlos Navarro Núñez, Bettylu Rasmussen Cruz, Alfredo Hidalgo San Martín, Arnoldo Aguayo Godínez, Jorge Molina Padilla. 2003; 71: 614-25.

Azoospermia: resultados en reproducción asistida con el uso de biopsia testicular y espermatozoides criopreservados, Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Yuseff Serulle Tavares, Esperanza Carballo Mondragón, Carlos Quesnel García-Benítez. 2003; 71: 394-99.

B

Biomecánica en Ginecología, Delfino Gallo. 2003; 71: 87-96.

Biopsia testicular y espermatozoides criopreservados, resultados en reproducción asistida (azoospermia), Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Yuseff Serulle Tavares, Esperanza Carballo Mondragón, Carlos Quesnel García-Benítez. 2003; 71: 394-399. Calidad de la atención obstétrica, recomendaciones generales para mejorar la, C Tena-Tamayo, José Roberto Ahued-Ahued. 2003; 71: 409-20.

C

Cáncer cervicouterino invasor tratadas previamente con histerectomía simple, radioterapia posoperatoria en pacientes con. Resultados del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Judith Huerta Bahena, Sonia Labastida Almendaro, Héctor Cortez Arroyo, Ángel Calva. 2003; 71: 304-11.

Cáncer cervicouterino por IVPH. Factores de riesgo para: polimorfismo del codón 72 del gen oncosupresor p53 en mujeres que acuden a atención hospitalaria, Sifuentes Álvarez, Miguel Reyes Romero. 2002; 71: 12-15.

Cáncer de cervix. Factores de riesgo para, Fabio Augusta Zarama Márquez, Octavio Amando Chassin, Rafael Buitrón García, Guillermo Oropeza Rechy, Gregorio Magaña Contreras. 2003; 71: 112-17.

Cáncer de mama y embarazo. Análisis de nuestra casuística y revisión de la literatura, Fernando Martín Cañadas, Manuel Morillo Conejo, María Díaz, Juan José Jofre, Fabián Vidal, Eduardo González-Sicilia Muñoz, Santiago Carrasco Rico. 2003; 71: 387-93.

Cáncer en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, perfil epidemiológico del, Minerva Edith Mun Govea, Ramón Gaxiola Robles, Luz Ma. Adriana Balderas Peña, J. Adelfo Barragán Ruiz, Efraín Salas González, Alejandro González Ojeda. 2003; 71: 626-32.

Cáncer, perfil epidemiológico del en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, Minerva Edith Mun Govea, Ramón Gaxiola Robles, Luz Ma. Adriana Balderas Peña, J. Adelfo Barragán Ruiz, Efraín Salas González, Alejandro González Ojeda. 2003; 71: 626-32.

Capacidad generativa foliculo-embionaria en la activación en el complejo de metaloproteinasas, Gerardo Barroso, Clara Corona de Lau, Julio González, Lorena Loera, Belén Aguilar, Yadira Rosado, Humberto Reyes. 2003; 71: 575-84.

Carcinoma adenoideo quístico de la glándula mamaria, Pedro Coronel Brizio, Estela Uscanga Chávaz, Víctor Jiménez Barradas. 2003; 71: 66-70.

Cerclaje de emergencia: 10 años de experiencia en el Hospital ABC, Jaime Alfaro Alfaro, Mario Morales Velásquez, Humberto Reyes Cuervo, Abad Eduardo Ibarrola Buen, Fernando García-León. 2003; 71: 131-36.

Cerclaje electivo en pacientes con incompetencia ístmico cervical y factores de riesgo asociados, eficacia del, Jorge Nava Flores, Mafalda Elizabeth Morales Toia, Guadalupe Veloz Martínez, Marcelino Hernández Valencia. 2003; 71: 356-62.

Cesárea ¿Se justifica la alta frecuencia de la, en un Hospital Gineco Obstétrico de alta especialidad?, María de los Ángeles Guzmán Ibarra, Judith Ablanado Aguirre, María Antonia Basavilvazo Rodríguez, Oscar Arturo Martínez Rodríguez, Elías Ahumada Ramírez. 2003; 71: 291-96.

Crédito científico a los autores y coautores en una publicación, Carlos Fernández del Castillo S. 2003; 71: 111.

D

Diabetes gestacional. El riesgo de se establece desde la vida fetal y posnatal, Marcelino Hernández Valencia y Arturo Zárate. 2003; 71: 60-65.

Dolor pélvico crónico. Estudio comparativo entre neurectomía presacra y ablación de uterosacros en el abordaje laparoscópico. Experiencia inicial, Fernando García León, Gerardo Oviedo Ortega,

Humberto Reyes Cuervo, Eduardo Ibarrola Buenabad, Werner Von der Meden. 2003; 71: 137-142.

E

Educación sexual: una mirada retrospectiva, Mario Souza y Machorro. 2003; 71: 195-206.

Egreso temprano posparto: revisión sistemática de la literatura, Adriana Jonguitud Aguilar, Giselle Tomasso, Maria Luisa Cafferatta. 2003; 71: 143-51.

Embarazo ectópico abdominal secundario (intersticial), manejo conservador del. Informe de un caso y revisión de la literatura, Carlos Quesnel García-Benítez, Josefina Lira Plascencia, José Jorge Dueñas Riaño. 2003; 71: 181-86.

Embarazo molar no sospechado en abortos del primer trimestre, Gustavo Romero Gutiérrez, Salvador Barón Vázquez, Alejandro Anoel Avecilla Hernández, Ana Lilia Ponce de León. 2003; 71: 55-59.

Endometriosis y abatimiento de las características de la respuesta inmunológica citotóxica, César Ángel Hernández Guerrero, Rubén Tlapanco Barba, Carlos Ramos Pérez, Norma Velázquez Ramírez, Denisse Castro Eguiluz, Arturo Cérbullo Vázquez. 2003; 71: 559-74.

Endometriosis, Alfonso Álvarez Bravo. 2003; 71: 646.

Enfermedad de Paget extramamaria. Informe de un caso clínico, Juan Javier Sada Tamayo, Mario Román González. 2003; 71: 633-37.

Espermatozoides aspirados del deferente con un medio iónico similar al plasma seminal, activación de, Carlos A. Villanueva Díaz, Mirna Echavarría Sánchez, Roger Lara Ricalde, Ma de los Ángeles Díaz Pérez, Carlos Ramos Pérez. 2003; 71: 349-55.

Estradiol sérico en reproducción asistida, altas concentraciones de, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Jorge Pezino Rodríguez, Armando Treviño, Manuel Leal Almeida, José Sepúlveda, Lidia Arenas Montezco, Genaro García Villafaña, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Roberto Santos Haliscak, Pedro Galache Vega, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 585-89.

Estudio anatómico-clínico de 2115 enfermas ginecológicas, Julio César Gram. 2003; 71: 318-20.

F

Factor masculino alterado en parejas que consultan por infertilidad, frecuencia del, Magda Icel Salgado Jacobo, José María Tovar Rodríguez, Imelda Hernández Marín, Aquiles R. Ayala Ruiz. 2003; 71: 233-37.

Fertilización como una variable predictiva del éxito en un programa de fertilización in vitro. Análisis de la proporción en la tasa de, Alberto Kably Ambe, Julián

- Ruiz Anguas, José Antonio Garzón Núñez, Everardo Anta Jaen, Esperanza Carballo Mondragón. 2002; 71: 16-24.
- Función eréctil en una población mexicana escogida. Análisis epidemiológico de la, Pedro Nahum Hernández Moreno, Rosario Mendoza Martínez, Imelda Hernández Mann, José María Tovar Rodríguez, Aquiles R. Ayala. 2003; 71: 332-42.
- ## G
- Ginecología y Obstetricia de México abre su espacio, Carlos Fernández del Castillo S, Jorge Delgado Urdapilleta, Ernesto Castelazo Morales. 2003; 71: 377.
- Gonadotrofina coriónica humana como pronóstico de la evolución del embarazo en reproducción asistida, valores iniciales de la, Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Esperanza Carballo Mondragón, Ernesto Castelazo Morales, Samuel Karchmer Krivitsky. 2003; 71: 590-99.
- ## H
- Hemangioma cavernoso de la mama, Pedro Coronel Brizio, Estela Uscanga Chávez, José Luis Noguera Martínez, Edgar A. Libreros Morales. 2003; 71: 527-31.
- Heridas quirúrgicas infectadas en cirugía electiva, estudio bacteriológico de, Verónica Rembis-Sainz, Jesús Roberta Villagrana-Zesati, Ricardo Figueroa-Damián. 2003; 71: 515-21.
- Hipoestrogenismo, papel del en la osteoporosis posmenopáusica: nuevas perspectivas, Beatriz Eugenia Cárdenas Morales, Eduardo Pérez Campos. 2003; 71: 187-94.
- Histerosonografía e histerosalpingografía en el estudio de anomalías endometriales en pacientes con infertilidad, Comparación entre, Jesús Antonio López Navarrete, Jesús Martín Herrera Otero, Germán Quiroga Feuchter, Fernando Munguía Quiroz, José Alberto Ramírez Angulo. 2003; 71: 277-83.
- Hombres y los nombres en los premios anuales de la FEMEGO, Roberto Uribe Elías. 2003; 71: 1-3.
- ## I
- Identificación y tipificación del virus del papiloma humano en mujeres usuarias del programa "Detección Oportuna de Cáncer" en Durango, México, E. Rosalba Rodríguez-Reyes, Ricardo M. Cerda-Flores, N. Patricia Solís Ríos, Juan M. Quiñones Pérez, Elva I. Cortes-Gutiérrez. 2003; 71: 471-75.
- Incompetencia ístmico cervical y factores de riesgo asociados, eficacia del cerclaje electivo en pacientes con,
- Jorge Nava Flores, Mafalda Elizabeth Morales Toia, Guadalupe Veloz Martínez, Marcelino Hernández-Valencia. 2003; 71: 356-62.
- Incontinencia urinaria recidivante, Operación de cabestrillo en la: indicación, técnica y resultados, Eréndira Kunhardt Urquiza, Víctor E. Hernández Zúñiga, Eutiquia Ramírez Melgar, Sebastián Iris de la Cruz, José Salomón Atala Olivares. 2003; 71: 327-31.
- Índice 1990-2000, instrumento de apoyo, Carlos Fernández del Castillo S. 2003; 71: 325.
- Índice estradiol-óvulo, pronóstico del en la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), Pedro Galache Vega, Eric Saucedo de la Llata, Armando Treviño Rodríguez, Roberto Santos Haliscak, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Lidia Arenas Montezco, María Rosa Moraga Sánchez, José Sepúlveda González, Manuel Leal Almeida, Jorge Rodríguez Pezino, Genaro García Villafañá, Samuel Hernández Ayup S. 2003; 71: 600-12
- Infección de vías urinarias bajas, y hallazgos cistoscópicos en el Servicio de Uroginecología del Instituto Nacional de Perinatología, Luis Eduardo Romero Nava, Silvia Rodríguez Colorado, María del Pilar Velázquez Sánchez, Jorge Ralf Kunhardt Rasch. 2003; 71: 508-14.
- Infección puerperal, secuelas ginecológicas de la, Alfonso Álvarez Bravo, Carlos D. Guerrero. 2003; 71: 152-60.
- Infertilidad masculina. Identificación de microdeleciones en el cromosoma Y en pacientes con. Itzel Evelyn Calleja Macias, Sandra Guadalupe Martínez Garza, Mayra Celina Gallegos Rivas, Rocío Ortiz López, Lauro Gómez Guerra, Hugo A. Barrera Saldaña, Antonio M. Gutiérrez Gutiérrez. 2002; 71: 25-31.
- Inseminación artificial, Francisco Aguirre. 153; 71: 207-19.
- Inseminación intrauterina, influencia de la morfología espermática en los resultados de, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Víctor Batiza Reséndiz, Pedro Calache Vega, Roberta Santos Haliscak, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 455-59.
- Investigación clínica en ginecología, metodología de la, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Pedro Galache Vega, Roberto Santos Haliscak, Víctor Batiza Reséndiz, J. Lozano de la Garza, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 537-40.
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), índice estradiol-óvulo, pronóstico del en la, Pedro Galache Vega, Eric Saucedo de la Llata, Armando Treviño Rodríguez, Roberto Santos Haliscak, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Lidia

Arenas Montezco, María Rosa Moraga Sánchez, José Sepúlveda González, Manuel Leal Almeida, Jorge Rodríguez Pezino, Genaro García Villafaña, Samuel Hernández Ayup S. 2003; 71: 600-12.

L

Lesiones escamosas intraepiteliales en pacientes VIH seropositivas. Su frecuencia y asociación con factores de riesgo para neoplasia cervical, Ángel Emilio Suárez Rincón, Eduardo Vázquez Vails, Manuel Ramírez Rodríguez, Héctor Montoya Fuentes, María de la Paz Covarrubias Rodríguez, José Sánchez Corona. 2002; 71: 32-43.

Lupus eritematoso sistémico y embarazo, Radamés Rivas López, Rafael Buitrón García Figueroa, Raúl Romero Cabello. 2003; 71: 400-8.

M

Mama, hemangioma cavernoso de la, Pedro Coronel Brizio, Estela Uscanga Chávez, José Luis Noguera Martínez, Edgar A. Libreros Morales. 2003; 71: 527-31.

Manuscrito, el arte de enviar un, a una revista biomédica, Carlos Fernández del Castillo S. 2003; 71: 53-54

Masa ósea en los diferentes tipos de menopausia, evaluación de la, Francisco J. Zayas Jaime, Luis J Elizondo Alanís, José A. Ramírez Angulo, Carlos A. Montoya Verdugo, Anabel Jusaíno Islas. 2003; 71: 118-23.

Mastalgia con tamoxifén, tratamiento de la, Carlos Manuel Ortiz-Mendoza, Mario Alberto Lucas Flores, Enrique de Caspe Domville Domville. 2003; 71: 502-7.

Metaloproteinasas activación en el complejo de, en la capacidad generativa folículo-embionaria, Gerardo Barroso, Clara Corona de Lau, Julio González, Lorena Loera, Belén Aguilar, Yadira Rosado, Humberto Reyes. 2003; 71: 575-84.

Metodología de investigación clínica en ginecología, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Pedro Galache Vega, Roberta Santas Haliscak, Víctor Batiza Reséndiz, Jesús Lozano de la Garza, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 537-40.

Microalbuminuria ¿factor pronóstico temprano de preeclampsia?, Alma Lina Lara González, Alejandro Martínez Jaimes, Juan Fernando Romero Arauz. 2003; 71: 82-86.

Microdeleciones en el cromosoma Y en pacientes con infertilidad masculina. Identificación de, Itzel Evelyn Calleja Macías, Sandra Guadalupe Martínez Garza, Mayra Celina Gallegos Rivas, Rocío Ortiz López, Lauro Gómez Guerra, Hugo A. Barrera Saldaña, Antonio M. Gutiérrez Gutiérrez. 2002; 71: 25-31.

Morfología espermática, influencia de la en los resultados de inseminación intrauterina, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Víctor Batiza Reséndiz, Pedro Galache Vega, Roberto Santos Haliscak, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 455-59.

N

Neoplasia cervical. Lesiones escamosas intraepiteliales en pacientes VIH seropositivas, su frecuencia y asociación con factores de riesgo para, Ángel Emilio Suárez Rincón, Eduardo Vázquez Vails, Manuel Ramírez Rodríguez, Héctor Montoya Fuentes, María de la Paz Covarrubias Rodríguez, José Sánchez Corona. 2002; 71: 32-43.

Neurectomía presacra y ablación de uterosacros en el dolor pélvico crónico, estudio comparativo entre. Abordaje laparoscópico. Experiencia inicial, Fernando García León, Gerardo Oviedo Ortega, Humberto Reyes Cuervo, Eduardo Ibarrola Buenabad, Werner Von der Meden. 2003; 71: 137-42.

O

Operación de cabestrillo en la incontinencia urinaria recidivante: indicación, técnica y resultados, Eréndira Kunhardt Urquiza, Víctor E. Hernández Zúñiga, Eutiquia Ramírez Melgar, Sebastián Iris de la Cruz, José Salomón-Atala Olivares. 2003; 71: 327-31.

Osteopenia y osteoporosis evaluada por densitometría en mujeres posmenopáusicas, prevalencia de, Ma. Guzmán Ibarra, Judith Ablanedo Aguirre, Ricardo Armijo Delgadillo, Miriam García Ruiz Esparza. 2003; 71: 225-32.

Osteoporosis pos-menopáusica, papel del hipoestrogenismo en la: nuevas perspectivas, Beatriz Eugenia Cárdenas Morales, Eduardo Pérez Campos. 2003; 71: 187-94.

Ovarios poliquísticos: expresión clínica y bioquímica, Andrés González Centeno, Imelda Hernández Marín, Rosario Mendoza, José María Tovar Rodríguez, Aquiles R. Ayala. 2003; 71: 253-58.

P

Paget enfermedad extramamaria de. Informe de un caso clínico, Juan Javier Sada Tamayo, Mario Román González. 2003; 71: 634-38.

Parto rápido el, Manuel Mateos Fournier. 2003; 71: 363-72.

Peso fetal en embarazos de término. Estudio multicéntrico de predicción clínica del, Luciano Francisco Saucedo González, Jorge Ramírez Sordo, Salvador Rivera Flores, Juan Carlos Falcón Martínez, Fernando Zarain Llaguno. 2003; 71: 174-80.

- Plaquetopenia por síndrome de HELLP, en preeclampsia severa-eclampsia en terapia intensiva, complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales en pacientes con, Antonia Basavilvazo Rodríguez, Claudia Pacheco Pérez, Roberta Lemus Rocha, José Ma. Martínez Pérez, Armando Martínez Martínez, Marcelino Hernández-Valencia. 2003; 71: 379-86.
- Preeclampsia leve y severa, Complicaciones hebdomadales tempranas en neonatos de madres con, Daniel Feliciano Zalapa Martínez, Anel Gómez Carda, Cleto Álvarez Aguilar. 2003; 71: 238-43.
- Preeclampsia severa-eclampsia en pacientes con plaquetopenia por síndrome de HELLP en terapia intensiva, complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales por, Antonia Basavilvazo Rodríguez, Claudia Pacheco Pérez, Roberta Lemus Rocha, José Ma. Martínez Pérez, Armando Martínez Martínez, Marcelino Hernández-Valencia. 2003; 71: 379-86.
- Prolapso de la cúpula vaginal. Sacropexia con fascia de recto abdominal en el tratamiento del, Santiago Roberto Lemus Rocha, Óscar Arturo Martínez Rodríguez, Manuel Matute González, Armando Sánchez Juárez, Rosario Ramírez Rangel, Marcelino Hernández Valencia. 2003; 71: 638-45.
- Pronóstico del índice estradiol-óvulo en la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), Pedro Galache Vega, Eric Saucedo de la Llata, Armando Treviño Rodríguez, Roberto Santos Haliscak, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Lidia Arenas Montezco, María Rosa Moraga Sánchez, José Sepúlveda González, Manuel Leal Almeida, Jorge Rodríguez Pezino, Genaro García Villafañá, Samuel Hernández Ayup S. 2003; 71: 600-12.
- Prueba de transferencia y transferencia embrionaria en un programa de reproducción asistida. Correlación estadística entre una: análisis de los resultados, Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Andrea Baptista Pérez Avella, Esperanza Carballo Mondragón, Samuel Karchmer Krivitsky. 2003; 71: 44-50.
- Q**
- Quiste aracnoideo y embarazo. Informe de un caso, Rafael Buitrón García, Arturo Juárez Azpilcueta, Rebeca Bravo Gutiérrez, Magdalena Ramírez Arellano, Hugo Peláez González. 2003; 71: 476-90.
- R**
- Radioterapia posoperatoria en pacientes con cáncer cervicouterino invasor tratadas previamente con histerectomía simple. Resultados del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Judith Huerta Bahena, Sonia Labastida Almendaro, Héctor Cortez Arroyo, Ángel Calva. 2003; 71: 304-11.
- Referencias bibliográficas ¿Por qué son importantes las?, Carlos Fernández del Castillo S, Jorge Delgado Urdapilleta, Ernesto Castelazo Morales. 2003; 71: 275-76.
- Reproducción asistida con el uso de biopsia testicular y espermatozoides criopreservados, azoospermia: resultados en, Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Yuseff Serulle Tavares, Esperanza Carballo Mondragón, Carlos Quesnel García-Benítez. 2003; 71: 394-99.
- Reproducción asistida, altas concentraciones de estradiol sérico en, Eric Saucedo de la Llata, María Rosa Moraga Sánchez, Jorge Pezino Rodríguez, Armando Treviño, Manuel Leal Almeida, José Sepúlveda, Lidia Arenas Montezco, Genaro García Villafañá, Víctor Alfonso Batiza Reséndiz, Roberto Santos Haliscak, Pedro Galache Vega, Samuel Hernández Ayup. 2003; 71: 585-89.
- Reproducción asistida, valores iniciales de la gonadotropina coriónica humana como pronóstico de la evolución del embarazo en, Alberto Kably Ambe, Julián Ruiz Anguas, Esperanza Carballo Mondragón, Ernesto Castelazo Morales, Samuel Karchmer Krivitsky. 2003; 71: 590-99.
- Resistencia a la insulina y la hipertensión inducida por el embarazo, asociación entre. Estudio de casos y controles, Gustavo Romero Gutiérrez, José Antonio Álvarez Cisneros, Ana Lilia Ponce Ponce de León. 2003; 71: 244-52.
- Resistencia a la insulina. Trastornos menstruales y correlación de, Andrés González Centeno, Pedro Nahum Hernández M, Rosario Mendoza M, Aquiles R. Ayala. 2003; 71: 312-17.
- Revisor de originales el, Carlos Fernández del Castillo S, Jorge Delgado Urdapilleta, Ernesto Castelazo Morales. 2003; 71: 165.
- Rotura prematura de membranas, propiedades de la zona del corioamnios que inducen la, Noemí Meraz Cruz, Jorge Beltrán Montoya, Hugo Bustos López, Arturo Flores Pliego, Aurora Espejel, Gerardo Buendía Díaz, Felipe Vadillo-Ortega. 2003; 71: 551-58.
- Ruptura prematura de membranas después de las 27 semanas de gestación, condiciones atribuibles y costos de la morbilidad materno-fetal en pacientes con, Jorge Nava Flores, Ma. Cecilia Enríquez Miranda, Marcelino Hernández-Valencia. 2003; 71: 343-48.
- S**
- Sacropexia con fascia de recto abdominal en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal, Santiago Roberto Lemus Rocha, Óscar Arturo Martínez Rodríguez, Manuel Matute González, Armando Sán-

chez Juárez, Rosario Ramírez Rangel, Marcelino Hernández Valencia. 2003; 71: 638-45.

Sevoflurano-óxido nitroso y tiopental-fentanyl en anestesia para cirugía menor ginecológica, comparación de, Carlos Navarro Núñez, Alfredo Aquino Adrián, Clemente Vásquez Jiménez, Rafael García Martínez. 2003; 71: 284-90.

Síndrome de HELLP, en preeclampsia severa-eclampsia en terapia intensiva, complicaciones quirúrgicas maternas y perinatales en pacientes con plaquetopenia por, Antonia Basavilvazo Rodríguez, Claudia Pacheco Pérez, Roberta Lemus Rocha, José Ma. Martínez Pérez, Armando Martínez Martínez, Marcelino Hernández-Valencia. 2003; 71: 379-86.

T

Tejido ovárico criopreservado. Gestaciones en ovejas autotrasplantadas con: evidencia de viabilidad ovocitaria posterior al proceso de congelación y trasplante, Antonio Gutiérrez Gutiérrez, Marco Antonio Vargas Aguirre, Angélica Corona, Martha Echeverri Becerra, Claudia González Ortega, Sergio Mendoza Hurtado, Edith Monroy Avendaño, Guillermo Tovar Caballero. 2003; 71:5-11.

Teratoma maduro de ovario. Estudio clínico-patológico de 112 casos y revisión de la literatura, Manuel Morillo Conejo, Fernando Martín Cañadas, Víctor Muñoz Carmona, Eduardo González-Sicilia Muñoz, Eduardo González Sicilia Cotter, Santiago Carrasco Rico. 2003; 71: 447-54.

Trastornos menstruales y resistencia a la insulina, correlación de, Andrés González Centeno, Pedro Nahum Hernández M, Rosario Mendoza M, Aquiles R. Ayala. 2003; 71: 312-17.

Tuberculosis primaria de la mama, Pedro Coronel-Brizio, Estela Uscanga Chávez, José Luis Noguera Martínez, Raúl Guzmán García. 2003; 71: 169-73.

Tumor hipofisiario (macroprolactinoma) con un fármaco, curación de, Ricardo Hurtado Amador, D Aquiles R. Ayala. 2003; 71: 522-26.

V

Vías urinarias bajas, infección de y hallazgos cistoscópicos en el Servicio de Uroginecología del Instituto Nacional de Perinatología, Luis Eduardo Romero Nava, Silvia Rodríguez Colorado, Maria del Pilar Velázquez Sánchez, Jorge Ralf Kunhardt Rasch. 2003; 71: 508-14.

Violencia de género. 2003; 71: 421-35.

Virus del papiloma humano en mujeres usuarias del programa "Detección Oportuna de Cáncer" en Durango, México, Identificación y tipificación del, E. Rosalba Rodríguez-Reyes, Ricardo M Cerda-Flores, N. Patricia Solís Ríos, Juan M. Quiñones Pérez, Elva I. Cortes-Gutiérrez. 2003; 71: 471-75.

Vómitos incoercibles del embarazo, tratamiento de los con transfusiones de sangre del marido, José Medina Mora. 2003; 71: 436-39.

Z

Zoapatle, acción oxitócica del, Antonio Sordo Noriega. 2003; 71: 259-71.



Instrucciones para los autores

Ginecología y Obstetricia de México (Ginec Obstet Mex) es el órgano oficial de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, aparecen 12 números al año y un suplemento. Se publica en español, con resúmenes en inglés. Ginecología y Obstetricia de México publica trabajos originales, casos clínicos, cartas al editor, editoriales, comentarios de libros publicados e información sobre actividades académicas, relacionados con temas relevantes de la Ginecología y Obstetricia.

Los manuscritos deben prepararse de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuyas versiones más recientes se publican (en español) en Ginecología y Obstetricia de México (febrero y septiembre de 2003).

El envío del manuscrito implica que es un trabajo no publicado, excepto como resumen, y que no será enviado simultáneamente a ninguna otra revista. Los manuscritos aceptados para su publicación, serán propiedad de Ginecología y Obstetricia de México y no podrán ser publicados (ni completos ni parcialmente) en ninguna otra parte, sin consentimiento escrito del editor y señalando el crédito respectivo. Los manuscritos no serán devueltos, por lo que se recomienda que el autor conserve una copia completa.

Ginecología y Obstetricia de México somete los artículos recibidos al proceso de revisión por pares abierta, por lo que cada trabajo es revisado al menos por dos árbitros experimentados.

Para la preparación de manuscritos, se ha integrado una lista de cotejo que el autor deberá seguir puntualmente antes de enviar su trabajo (Página 546). Ginecología y Obstetricia de México se reserva el derecho de hacer las modificaciones que considere pertinentes de acuerdo con su línea editorial. Los manuscritos que no se apeguen a estos lineamientos, serán rechazados y se devolverán al autor.

El manuscrito deberá ir acompañado de la cesión de derechos de autor, que se incluye en la página 548 (Favor de fotocopiarla y anexarla al manuscrito).

Lista de cotejo para los autores

Por favor, marque con una cruz cada apartado que vaya cubriendo los requisitos especificados.

Preparación general del manuscrito

- ☐ Preparar original y tres copias completas, escritas a doble espacio, en papel blanco, tamaño carta, con márgenes de 2.5 cm. Usar letra Arial, tamaño 11. Acompañar el manuscrito de la versión electrónica en disquete o en CD. Todas las hojas irán numeradas, de preferencia en el ángulo superior derecho. La extensión final del manuscrito debe ser de 10 a 20 cuartillas más cuadros y figuras.
- ☐ Cada sección del manuscrito irá en hoja separada: título, resúmenes, artículo (estructurado según el tipo de trabajo), referencias, cuadros, figuras (con sus respectivos pies).
- ☐ Las fotografías serán originales, acompañadas de una copia tamaño carta. En caso de enviarlas en archivo electrónico, deberán ser en formato tif, a 300 dpi, en disquete o CD independiente del archivo de texto general del trabajo.

Tipo de publicaciones

Ginecología y Obstetricia de México publica cuatro categorías de trabajo:

1. Investigación básica
2. Investigación clínica
3. Revisión temática
4. Caso clínico

Secciones

Título

- ☐ **Título completo.** Limitado a un renglón, no utilizar abreviaciones (en español y en inglés).
- ☐ **Título corto.** Para cornisas, limitado a la tercera parte de un renglón (o 45 caracteres).
- ☐ **Autores.** Nombre completo y apellidos de todos los autores. Adscripción de los autores. Lugar donde fue realizado el trabajo. Se consideran autores quienes contribuyeron al diseño del estudio, análisis de datos y redacción del manuscrito.
- ☐ **Abreviaturas.** Utilizar las de aceptación universal. En caso de recurrir a abreviaturas no convencionales, se incluirán en una lista, en orden alfabético.

Resúmenes

- ☐ **Resumen en español,** 200 a 250 palabras. Si el trabajo se presta al formato estructurado deberá ir en la secuencia de: objetivos, material (o pacientes) y método, resultados y conclusiones. En el resumen no se emplearán abreviaturas ni se citarán referencias. Incluirá de tres a diez palabras clave, siguiendo la nomenclatura del MESH.
- ☐ **Abstract** (Resumen en inglés). Con las mismas características del resumen en español (incluyendo palabras clave en inglés). Los trabajos que no incluyan *Abstract*, serán devueltos, sin revisión.

Texto

- ☐ Estructurado de acuerdo con las características del trabajo: introducción, objetivo, material y método, resultados, comentario, conclusiones, referencias bibliográficas.
- ☐ Describir los métodos estadísticos utilizados.
- ☐ Los fármacos y químicos deberán citarse por su nombre genérico.

Referencias bibliográficas

Las referencias no excederán de 10 y deberán incluir trabajos publicados en **Ginecología y Obstetricia de México**.

- ☐ Citar las referencias en la secuencia en que aparecen en el texto, utilizando números arábigos entre paréntesis, colocados después del signo ortográfico que corresponda (es decir, después de coma, punto y coma o punto). Las comunicaciones personales y los datos que aún no se han publicado se mencionarán en el cuerpo del texto, pero no se incluirán como referencias.
- ☐ Las abreviaturas de las publicaciones serán las que utiliza el *Index Medicus*.

Ejemplos

Artículos en revistas

Hernández M, Cuéllar Estrada J, Levario Carrillo M. Corioangioma gigante de la placenta: Informe de un caso. *Ginec Obstet Mex* 2001; 69: 439-42.

Libros

Velásquez Jones L. Redacción del escrito médico. 4a. edición. México: Ediciones médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 1999. p. 109.

Capítulos en libros

Velásquez Jones L. Referencias. En Velásquez Jones L. Redacción del escrito médico. 4a. edición. México: Ediciones médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 1999. p. 97-116.

Cuadros y figuras

- ☐ Cada uno en hoja separada, numerados según el orden en que aparecen en el texto.

Contribución de los autores

Junto con el manuscrito, el autor principal deberá describir, en una página por separado, la participación de cada uno de los autores (delante del nombre de cada colaborador, anotar el o los números que describan su contribución. Ejemplo: Dr. Alfonso Álvarez 1, 2, 6).

1. Conceptualización y diseño
2. Adquisición de una parte importante de datos
3. Análisis e interpretación de datos
4. Redacción del manuscrito
5. Revisión crítica del manuscrito
6. Asesoría estadística
7. Dar fundamento al proyecto o estudio
8. Supervisión (responsabilidad de todos los aspectos del proyecto o estudio)
9. Otras (especifique) _____

Lo anterior será publicado al final de cada artículo como *Contribución de los autores*.

Envío

Datos personales del primer autor: Nombre, cargo, domicilio, teléfono, correo electrónico y fax.

Todos los manuscritos deberán ser enviados a:

Revista Ginecología y Obstetricia de México

Calle de Nueva York Número 38
Colonia Nápoles. México, D.F.
C.P. 03810. MÉXICO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

➡ TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

➡ NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

➡ LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS.

➡ TAMBIÉN ACEPTAN QUE, EN CASO DE SER ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, LOS DERECHOS DE AUTOR SERÁN TRANSFERIDOS A LA REVISTA.

➡ NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES:	NOMBRE	FIRMA
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

➡ VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

➡ LUGAR: _____ FECHA: _____