

Señor Editor:

En relación con el artículo publicado donde se relata la incorporación de un nuevo método quirúrgico para la histerectomía (Navarro H. Histerectomía laparoscópica: Sistematización del procedimiento y propuesta para programas de capacitación. *Colomb Med* 2005; 36: 115-119, quisiera hacer los siguientes comentarios:

El artículo se basa en la publicación de una experiencia y no de un estudio clínico que mereció al menos el haber utilizado un control externo. El estudio no describe en detalle cómo se evaluó la incorporación laboral. Tampoco menciona la forma y el tiempo de seguimiento de las pacientes sometidas a esta intervención (por una semana, un mes, etc.). No hay una descripción de un procedimiento estandarizado de seguimiento ni de satisfacción de las pacientes. No se mencionó por ejemplo, cuántas pacientes se identificaron como candidatas a histerectomía y cuántas «clasificaron» para la nueva técnica. Tampoco se resumió a cuántas se excluyeron ni la evolución de las excluidas.

El uso de procedimientos nuevos usualmente va acompañado de un sesgo de selección. Pacientes con menor riesgo se les ofrece el nuevo tratamiento. Experiencias con métodos innovadores como el descrito por el Dr. Navarro, merecen correlacionarse con la epidemiología local. El autor hace conclusiones de beneficio/riesgo costo del nuevo procedimiento sin citar estadísticas locales.

Con un poco más de esfuerzo el autor hubiera comparado resultados de la histerectomía entre el nuevo procedimiento y el abordaje abdominal (o vaginal) para destacar los beneficios (tiempo, costo, complicaciones). El título del artículo menciona una propuesta para programas de capacitación, pero no se evaluaron factores de conocimiento ni número de residentes que han aprendido la técnica ni factores que puedan afectar la realización de la nueva técnica. Tampoco se hizo un análisis de las «primeras» cirugías comparadas con las últimas, para determinar si el factor de aprendizaje está correlacionado con presencia de algunas complicaciones o al menos con el tiempo de cirugía.

En resumen, trabajos como éste deberían aprovecharse para usar una metodología más rigurosa que les permita a los lectores sacar conclusiones si la técnica descrita lleva a menos complicaciones, o si fue el factor de seleccionar exclusivamente a las pacientes de menos riesgo es el responsable de «cero» complicaciones.

Cordialmente

Hernando Patiño, M.D.

Clinical Director Anti-Infectives Program  
Schering Plough Research Institute, USA

Señor Editor:

Agradezco los comentarios acerca del artículo titulado «Histerectomía laparoscópica: Sistematización del procedimien-

to y propuesta para programas de capacitación». Como usted menciona el artículo se basa en una experiencia y no en un ensayo clínico. Las series de casos en su metodología pueden realizar comparaciones tanto en experiencias locales como en informes previos en la literatura. En este artículo la discusión compara nuestros resultados con los de la literatura porque no contamos con estadísticas locales de complicaciones relacionadas con histerectomía abdominal.

Con respecto al seguimiento de la incapacidad laboral (tiempo necesario para completa recuperación de acuerdo con la evolución clínica y sintomática de la paciente para realizar su vida normal) fue un promedio de 8 días con un rango de 10 y una mediana de 15. Todas las pacientes tenían indicación de cirugía (histerectomía) y la clasificación para la nueva técnica fueron aquellas mujeres que no tuvieran pelvis bloqueada, síndrome adherencial severo o úteros mayores equivalentes a 17 semanas de gestación, enfermedades cardiovasculares severas o candidatas para histerectomía vaginal, como se describe en el artículo.

La incorporación de nuevos procedimientos quirúrgicos, como usted menciona es susceptible de sesgos de selección, los cuales se controlan adecuadamente con un ensayo clínico aleatorizado. Sin embargo, para hablar de sesgos se requiere un grupo control y los criterios de selección deben ser diferenciales entre los grupos; en este caso no hay grupo control y por tanto no se puede hablar estrictamente de un sesgo de selección. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que los estudios tipo serie de casos la validez de los resultados no está supeditada a los potenciales sesgos. Estos sirven sólo para plantear hipótesis de futuros trabajos de investigación.

Los comentarios en la discusión del artículo con respecto al del análisis de beneficio-riesgo-costo están basados en la revisión sistemática de los estudios con validez estadística. En los estudios tipo serie de casos es pertinente hacer referencia a otras publicaciones.

Las bajas complicaciones informadas en el artículo son el resultado no sólo de la aplicación de la técnica sino también de la adecuada selección de la paciente (criterios de exclusión) como lo debe ser en todo acto quirúrgico.

La presencia de complicaciones mayores en mujeres bien seleccionadas, con una adecuada técnica quirúrgica debe ser menor de 1% (en el artículo el número de casos es de 96). En el seguimiento de la técnica completando 324 casos a la fecha se han registrando 3 complicaciones mayores.

Las otras inquietudes del lector requieren de estudios de diseño diferentes para tener algo de validez estadística que se puede plantear en estudios posteriores. La importancia del presente artículo es ser una propuesta para programas de capacitación los cuales consideramos deben ser implementados previa evaluación y comparación con la histerectomía abdominal. Esta investigación es un primer paso en este proceso.

Hernando Navarro-Newball, M.D.

Ginecólogo Laparoscopista