



Conforme se acerca el término del embarazo, a la mujer le surgen dudas acerca de cómo será el parto: si por vía vaginal o por cesárea. La información que el médico le proporcione le permite formarse una idea más clara de cuándo y cómo es posible el parto y cuándo se requiere la cesárea. En el primer artículo de este número de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* un grupo de psicólogas se dio a la tarea de investigar si existe relación entre el tipo de parto o la cesárea y el estado emocional de la mujer durante el puerperio. Se comprueba, una vez más, que la información previa a cualquier suceso o procedimiento médico es un factor decisivo para disminuir los estados de estrés y angustia que suelen ser comunes cuando se enfrenta una situación desconocida.

En la toma de la citología cervical se han utilizado diversos aditamentos (abate-lenguas, hisopos, espártulas, brochas y cepillos) para disminuir la cantidad de resultados falsos negativos y la necesidad de exfoliar mayor cantidad de células epiteliales de la unión escamocolumnar y del endocérvid. Aquí se presentan los resultados de un estudio que tuvo como propósito comparar la calidad de la citología cervical tomada con Cervex-brush o con Cervex-mex. Éste último es un aditamento, diseñado por los autores, de dos escuadras que pueden ajustarse manualmente a las características del cuello uterino.

El perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, la innovación y el desarrollo tecnológico, así como los adelantos en su conocimiento han aumentado la frecuencia de la operación cesárea. Para la Organización Mundial de la Salud, las cesáreas no deben rebasar el 15%; sin embargo, la frecuencia de cesáreas reportada en las instituciones de salud de México llega, incluso, a cifras del 49%. Al incremento de estas cifras han contribuido muchos factores, no sólo el perfeccionamiento de las técnicas. ¿Está justificado

que cada día se practiquen más cesáreas? ¿Es mayor el beneficio que el costo que implica este tipo de operaciones? Aquí se publican los resultados de una investigación original que tuvo como objetivo identificar factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, de atención y práctica médica relacionados con la operación cesárea.

El bajo peso de los neonatos es un reto médico por las repercusiones en la salud del niño. En la actualidad se siguen estudiando las causas y los factores de riesgo para bajo peso del recién nacido pretérmino. Uno de éstos es la preeclampsia. En los resultados de un estudio que aquí se reporta se encontró que influyó en el bajo peso y se relacionó con trombocitopenia.

Hace 55 años, en las páginas de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* el profesor Alberto Peralta Ramos ya discutía las decisiones del obstetra en torno al derecho al aborto terapéutico, en referencia exclusiva a las repercusiones derivadas de infecciones virales para las que se argumentaba que. "La rubéola, como enfermedad intercurrente del embarazo... plantea hoy en día la necesidad de la interrupción sistemática de la gestación, no obstante que la enfermedad no influya sobre la salud y la vida de la madre. Se arguye que la razón no es precisamente de orden médico sino de profiláctica eugénica, es decir, vinculada a la procreación sana y tendiente a evitar el nacimiento de seres anormales con malformaciones congénitas y graves defectos que malogran la vida individual como cantidad positiva para la familia, la sociedad, el Estado y la raza." Este tema sigue siendo motivo de controversia. Hay defectos que son curables, como las cataratas y las anomalías cardiovasculares, que no justifican privar la vida de un embrión o un feto.

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS AL MES DE JUNIO DEL 2008

- 1. Grado de estrés oxidativo y cambios histológicos placentarios durante la preeclampsia**
Juan Carlos Medrano Rodríguez, Patricia Yahuaca Mendoza, Manuel Presno Bernal, José Luis Alvarado Acosta
Ginecol Obstet Mex 2008;76(6):319-26
- 2. Reparación del prolапso urogenital con malla de polipropileno**
Ignacio Zapardiel Guriérrez, Jesús de la Fuente Valero, Silvia Iniestra Pérez, Joaquín Botija Botija, Tirso Pérez Medina, José Manuel Bajo Arenas
Ginecol Obstet Mex 2008;76(6):307-12
- 3. Valor clínico de los exámenes del moco cervical**
Jesús Contreras, Arcelia Cedi
Ginecol Obstet Mex 2008;76(8):292-6
- 4. Tratamiento de la diabetes en mujeres embarazadas**
Arturo Zárate, Marcelino Hernández Valencia, Lourdes Basurto, Renata Saucedo
Ginecol Obstet Mex 2008;76(5):211-6
- 5. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones**
Juan A. Reveles Vázquez, Geannyne Villegas Rivera, Salvador Hernández Higareda, Fernando Grover Páez, Carmen C. Hernández Vega, Agustín Patiño Segura
Ginecol Obstet Mex 2008;75(3):156-60

NIVEL DE EVIDENCIA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO utiliza los siguientes niveles de evidencia para clasificar los artículos, con base en la fuerza y complejidad de la metodología aplicada por los investigadores.

I. Estudios clínicos controlados y aleatorizados, con homogeneidad e intervalo de confianza estrecho o metanálisis

Protocolos de investigación con definición de mecanismos de control que operen antes y durante el desarrollo de la fase experimental con el objeto de salvaguardar la seguridad del sujeto de experimentación. La aleatorización reduce los sesgos que aparecen en los estudios de observación e implica asignar los sujetos de estudio a grupos similares y que los tratamientos que reciban puedan compararse objetivamente. El intervalo de confianza debe reducir al mínimo la imprecisión de las estimaciones puntuales.

II-1. Estudios clínicos controlados pero sin aleatorización

Ensayos que se inician con la formulación de una hipótesis que defina claramente la variable independiente (intervención) y la manipulación que el investigador hará de dicha variable. Se requiere definir las potenciales variables dependientes y los procedimientos de control y vigilancia de estas variables, incluidos los posibles efectos adversos. Definen el tiempo de duración del experimento, las potenciales fuentes de sesgo y las precisiones de carácter ético pertinentes. Puesto que carece de aleatorización la posibilidad de sesgo aumenta.

II-2. Estudios de cohorte o caso-control, preferentemente multicéntricos, o consensos

Implican seguir grupos de sujetos en el tiempo, con dos propósitos primarios: descriptivo, típicamente para describir la incidencia de ciertos sucesos en el tiempo; y analítico, para analizar asociaciones entre exposición y resultados. Estos estudios comparan un resultado en particular (como el cáncer cérvico-uterino) en grupos de pacientes con similitudes en muchos aspectos, pero que se diferencian por una cierta característica (por ejemplo, mujeres que fuman comparadas con las que no fuman); el seguimiento es a largo plazo con vigilancia cuidadosa de la influencia de factores de riesgo. Los estudios de caso-control comienzan con la identificación de pacientes con la enfermedad (u otro resultado) de interés, y un grupo apropiado de individuos sin la enfermedad (controles), los compara a ambos: los que tienen la enfermedad en estudio (casos) y un grupo muy similar de personas sin la enfermedad (controles).

II-3. Estudio de observaciones múltiples con o sin intervención; estudios sin control y grandes series de casos

Son el relato o comunicación de lo que se ha observado sin la aplicación de alguna metodología reconocida y sin algún tipo de control, como las observaciones de eficacia de algún fármaco, sin la correspondencia de comparación. Son la comunicación de un caso que, simplemente, se agrega a la lista de los ya reportados.

III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Son opiniones de expertos, sin valoración crítica explicable o, simplemente, basados en la fisiología. Los autores sólo reportan lo observado y lo interpretan a través de la óptica de su experiencia personal.