

Dos de los progresos más relevantes de las últimas décadas relacionados con el tratamiento del cáncer cervicouterino son: la adición de quimioterapia al régimen radical con radioterapia para etapas localmente avanzadas y la incorporación de técnicas quirúrgicas menos invasoras para su estudio y tratamiento. La cirugía de invasión mínima en el tratamiento del cáncer ginecológico sigue en expansión, de ahí la necesidad de permanecer siempre actualizados en este ámbito. En este número de ginecología y obstetricia de México se presentan los resultados de un estudio que tuvo como propósito describir la experiencia y evaluar la eficacia de los procedimientos laparoscópicos para la etapificación y el tratamiento de pacientes con cáncer cervicouterino.

La hipertensión descontrolada en pacientes con preeclampsia-eclampsia es un factor de riesgo independiente para insuficiencia renal aguda, por lo que el tratamiento antihipertensivo y la vigilancia estrecha de la función renal son prioritarios. Aquí se incluye un artículo que describe la respuesta terapéutica de la tensión arterial media y su correlación con la depuración de creatinina endógena en una serie de pacientes embarazadas con preeclampsia severa, tratadas con tres agentes antihipertensivos orales durante el periodo prenatal y atendidas en una unidad de cuidados intensivos.

Una de las preocupaciones de salud pública más inquietantes es que las pacientes lleguen a un estado óseo de osteoporosis no sólo por el sufrimiento que implica esta

enfermedad, sino por lo que la Medicina puede ofrecer. En este número de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se publican los resultados de una investigación original en donde se demuestra que un año de tratamiento con ranelato de estroncio incrementa la densidad mineral ósea de la región lumbar y de la cadera en mujeres posmenopáusicas. El estroncio es otra opción aceptable, efectiva e inocua para tratamiento de la osteoporosis y para reducir el riesgo de fractura, sobre todo en mujeres posmenopáusicas.

Hace 55 años los doctores Rábago, Álvarez Bravo y Castelazo Ayala publicaron un trabajo que hoy sigue resultando interesante y vigente: "Estado actual de la inducción médica del parto". Ahí señalaban que: "El éxito de la inducción médica del parto depende en la actualidad de dos factores básicos: a) selección del método y b) selección de las pacientes. El método de elección consiste en la introducción de soluciones muy diluidas de pitocín por vía venosa, previa sedación uterina. Durante su aplicación tiene una importancia particular la vigilancia cuidadosa de la actividad del útero, regulando la frecuencia del goteo de la venoclisis según la respuesta observada. Es igualmente trascendente la vigilancia del corazón fetal."

El capítulo de las *Guías de práctica clínica* corresponde al diagnóstico y manejo del parto pretérmino, que redactaron tres destacados médicos con subespecialidad en Medicina Materno Fetal.

Dr. Carlos Fernández del Castillo S

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS EN EL MES DE ABRIL DEL 2009

1. **Mortalidad perinatal en embarazos múltiples**
Ricardo Jorge Hernández Herrera, Yazmín del Rayo Rivas Ortiz, Luis Gerardo Alcalá Galván, René Ramos González, y col
Ginecol Obstet Mex 2009;77(3):147-50.
2. **Analgesia posoperatoria en ginecoobstetricia**
Mariana Calderón Vidal, Rafael Zamora Meraz, Miriam Zavaleta Bustos, Martín Tulio Santa Rita Escamilla, y col
Ginecol Obstet Mex 2009;77(2):82-88.
3. **Enfermedad tiroidea: un tema de revisión constante por el ginecólogo, por su frecuencia en las mujeres**
Arturo Zárate, Lourdes Basurto, Renata Saucedo, Marcelino Hernández Valencia
Ginecol Obstet Mex 2009;77(2): 96-102.
4. **Tamiz genético prenatal: marcadores bioquímicos del primer y segundo trimestres**
Patricia Grether González, Mónica Aguinaga Ríos
Ginecol Obstet Mex 2009;77(2):S27-S46.
5. **Asesoramiento genético en el ámbito perinatal**
María del Rocío Baez Reyes, Dora Gilda Mayén Molina
Ginecol Obstet Mex 2009;77(1):S1-S25.

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.