

El maltrato fetal es cualquier acto que intencionadamente o por negligencia pueda lesionar al embrión o al feto. Una forma de maltrato es que la mujer embarazada no lleve control prenatal de manera adecuada, consuma drogas legales (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, etc.) se induzca al aborto o se maltrate físicamente a la mujer embarazada. Las consecuencias del maltrato al feto pueden ser: retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, prematurez, malformaciones congénitas, muerte fetal, síndromes de abstinencia de drogas y de muerte súbita. El maltrato al feto es un tema que debe estudiarse, conocerse y evitarse. Una aportación al respecto son los resultados de un estudio, que se comunican en este número de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, que buscó identificar si el embarazo en mujeres adolescentes es factor de riesgo para maltrato fetal.

En la preeclampsia-eclampsia hay daño renal, que puede ser desde hiperazoemia prerrenal hasta el síndrome de insuficiencia renal aguda. La frecuencia de insuficiencia renal aguda en pacientes con preeclampsia-eclampsia es de 1.5 a 2% y se incrementa a 7% cuando se agrega hemorragia masiva o síndrome de HELLP. El patrón de referencia para evaluar la filtración glomerular es la depuración de creatinina endógena. En esta edición se publica un artículo original en donde se describe la correlación entre el índice amilasa-creatinina y la depuración de creatinina endógena en pacientes embarazadas con preeclampsia severa.

La placenta es un órgano especializado que realiza numerosas funciones en el desarrollo del feto. El desarrollo fetal normal requiere el aporte materno de nutrientes

dependientes del estado de salud de la madre y de la anatomía y fisiología de la vasculatura útero-placentaria. El crecimiento fetal se regula por señalamiento endocrino, que participa en la invasión trofoblástica, en el establecimiento del flujo sanguíneo a la unidad útero placentaria y en el transporte de nutrientes. A pesar de que los estudios realizados en la placenta humana a término han demostrado que los receptores colinérgicos muscarínicos M1 a M4 se localizan en el sincitiotrofoblasto, en la membrana basal y en la membrana con borde en cepillo de las vellosidades, en ninguno de ellos la metodología ha implicado métodos de microscopia que permitan evidenciar su localización. Por eso, aquí se incluye un artículo que trató de determinar la expresión de los receptores colinérgicos muscarínicos M1 y M2 en placenta humana a término.

Hace 55 años los doctores Rojas Domínguez y Matienzo escribieron a propósito de la membrana hialina en la muerte del recién nacido en la cesárea. En su artículo señalaron que: “la preocupación del tocoginecólogo ante la urgencia de una intervención cesárea, no es el dilema de la vida de la madre o del hijo; el ideal es la vida de ambos. Aún después de la más paciente espera o de la más exigente urgencia, en la mayor parte de los casos el sufrimiento fetal es el que apremia y decide esta siempre interesante y delicada operación.”

El capítulo de la *Guía de práctica clínica 2008* del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia se refiere al desempeño del médico en caso de pacientes con ruptura prematura de membranas antes del término de la gestación.

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS EN EL MES DE JUNIO 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.