



## Editorial

Todos los habitantes de México, y en particular el personal de salud de nuestro país, estamos obligados a recordar continuamente que la pandemia de influenza causada por el virus A(H1 N1) sigue estando presente, y que el cuadro respiratorio que produce afecta especialmente a adultos jóvenes y a la población que tiene un sistema inmunológico deprimido, dentro del cual destaca el de las mujeres embarazadas.

Respecto a éstas, cada vez son más frecuentes las evidencias de que las mujeres gestantes son más susceptibles a manifestar cuadros clínicos de neumonía o de patologías respiratorias graves cuando contraen la viremia, con la consecuencia de que dichos cuadros elevan considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En la temporada invernal incrementan los casos de influenza estacional, lo cual propicia confusión en el diagnóstico diferencial entre ésta y la influenza A(H1 N1). Es preciso, por esto, que los servicios de salud que atienden a mujeres embarazadas cuenten con personal especializado que defina una conducta específica en cada uno de los casos, con el fin de prevenir, detectar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente tanto la influenza estacional como la pandémica.

Es urgente, por lo tanto, que los obstetras tanto del sector público como del privado, atiendan con precisión las indicaciones que se expresan en la *Guía de manejo clínico*

de influenza A(H1 N1) en mujeres embarazadas, editada y publicada por la Secretaría de Salud ([www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx)) y consiguientemente estén preparados para resolver todas las dudas que manifiesten las mujeres gestantes sobre la actual pandemia de influenza (síntomas de alarma, fármacos a su alcance, vacuna, etc.), así como para aplicar el biológico en cualquier etapa del embarazo, prescribir antivirales sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas adicionales y, sobre todo, trasladar oportunamente a la paciente a cualquiera de las unidades hospitalarias especializadas de primer nivel convenientemente equipadas, en caso de agravamiento súbito de un cuadro ambulatorio previo.

Nuestra responsabilidad como ginecoobstetras ante la influenza A(H1 N1) tiene un gran peso, puesto que esta pandemia constituye un problema vigente de salud pública de máxima importancia, tanto de nivel nacional como internacional. Estamos obligados, por consiguiente, a revisar constantemente las evidencias que al respecto se vayan manifestando, y a mantenernos continuamente actualizados sobre el tema, con el fin de evitar el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, de un padecimiento epidémico prevenible y controlable si se toman las medidas adecuadas con oportunidad.

**Armando Torres Ramírez**  
Coeditor asociado

## **LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE DICIEMBRE SON:**

- 1. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados**  
*Gustavo Romero Gutiérrez, Susana Ofelia Soria Villanueva, Ana Lilia Ponce Ponce de León.* Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):409-503.
- 2. Evaluación de la hemorragia uterina posmenopáusica mediante biopsia de endometrio por histeroscopia en consultorio vs biopsia de endometrio con aspiración manual endouterina en el consultorio. Reporte preliminar**  
*José Arias Hernández, María Eugenia Lozano Franco, David Pablo Bulnes Mendizábal, Yrma Bocanegra Broca, Adrián Fores Escoto.* Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):504-507.
- 3. Influencia de la operación cesárea en la planificación familiar**  
*Enrique Rosales Aujang, Jesús Alberto Felguérez Flores.* Ginecol Obstet Mex 2009;77(12): 562-566.
- 4. Guías de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la vejiga hieractiva idiopática.**  
*María del Pilar Velázquez Sánchez, Salvador Rafael Solano Sánchez, Norma América López Muñoz, Silvia Rodríguez Colorado.* Ginecol Obstet Mex 2009;77(11): S331-370.
- 5. Guías de práctica clínica. Tratamiento de la mastalgia**  
*Fernando E Mainero Ratchelous, Uribán I Aguilar Gallegos.* Ginecol Obstet Mex 2009;77(12): S371-390.

## **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 reciben 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.