



La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y graves del embarazo y la preeclampsia-eclampsia una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal. Puesto que su causa se desconoce se han propuesto numerosas teorías, incluidas la alteración en la invasión trofoblástica, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial, entre muchas más, en las que el daño del endotelio vascular y el vasoespasma son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas; la placenta es el foco patogénico de origen porque el parto es el tratamiento definitivo. En esta edición de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluyen los resultados de una investigación que tuvo como propósito evaluar la asociación de factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con preeclampsia.

El uso generalizado de la ultrasonografía, como método de diagnóstico y seguimiento temprano del embarazo, ha aumentado el hallazgo de masas anexiales asociadas con éste. Es importante considerar sus diferentes causas y durante el primer trimestre debe tenerse en cuenta la posibilidad de masas anexiales funcionales, como el cuerpo lúteo, en cuyo caso su resección pone en riesgo la continuación del embarazo. Aquí se incluye el análisis de 50 casos con diagnóstico de masa anexial y embarazo.

La identificación de un embarazo monocorial se realiza antes de la octava semana de la gestación con la observación de dos sacos vitelinos dentro del mismo saco gestacional y, posteriormente, ahí mismo se observarán dos embriones. En este número de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DE MÉXICO se reportan los embarazos gemelares monocoriales atendidos en un centro de tercer nivel de atención y se describe la fisiopatología de sus complicaciones. La mayor parte de esos embarazos no se diagnostica con oportunidad, y frecuentemente se pierden en etapas tempranas de su evolución.

Hace 55 años, el doctor JJ Contreras de San Luis Potosí publicó en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO un trabajo sobre las "Gonadotropinas en la esterilidad masculina" en donde señalaba que: "debe enfocarse un poco más la atención en la esterilidad masculina, en el estudio de la pareja estéril, en donde una de las pruebas preliminares en dicho estudio será la de Huhner. En caso de azoospermia se debe recurrir a la biopsia testicular y dosificación de gonadotropinas. Creo personalmente, en contra de la mayoría de los autores, que un gran número de enfermos se benefician con el tratamiento gonadotrópico y estoy de acuerdo con la mayoría de ellos, al pensar que hay que seguir ahondando en el problema de la esterilidad en el hombre, que no está suficientemente estudiado."

Se publica la tercera parte de la Tercera revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. En esta oportunidad se aborda todo lo relacionado con el tratamiento del cáncer mamario localmente avanzado.

**Carlos Fernández del Castillo S**

*Editor*

## LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE FEBRERO SON:

- 1. Guías de práctica clínica. Disfunciones sexuales femeninas: intervención y tratamiento**  
*Silverio Rodolfo Islas-Cortés, Angélica Mancilla-Amador, Paloma de la Torre y Fernández.* Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):S391-S413.
- 2. Tercera revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (Primera de tres partes).** Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):72-82.
- 3. Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales**  
*Fred Morgan-Ortiz, Jairo Muñoz-Acosta, Roberto Valdez-Quevedo, Everardo Quevedo-Castro, Josefina Báez-Barraza.* Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):46-52.
- 4. Guías de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva 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. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama**  
*María del Socorro Romero Figueroa, Leopoldo Santillán Arreygue, Paulo César Olvera Hernández, Miguel Ángel Morales Sánchez, Varinia Louise Ramirez Mendiola.* Ginecol Obstet Mex 2008;76(11):667-672.

## 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 define 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.