



La mortalidad materna es un problema de salud pública. Sus causas son evitables. En los países de menor desarrollo económico es donde ocurren las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio. Cualquier mujer puede tener complicaciones durante el estado grávido y puerperal; si bien la atención que proporcionan los sistemas de salud es cada vez más accesible y de mejor calidad, las complicaciones pueden resultar fatales en los países en desarrollo, mientras que la mortalidad materna en los países industrializados es menos frecuente. En este número de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se publican los resultados de dos investigaciones que tuvieron como propósito establecer los cambios en la mortalidad materna en un periodo de 15 años en un hospital de atención obstétrica complicada de la Ciudad de México y el otro describe los elementos básicos del comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en un periodo de diez años en un hospital de Tamaulipas.

Se publica también un artículo que muestra los resultados, complicaciones y perfil de los varones que solicitaron vasectomía sin bisturí en un centro de tercer nivel de atención.

En esta edición se incluye el reporte de dos casos clínicos; el primero de un neuroblastoma retroperitoneal diagnosticado prenatalmente y el otro de rotura uterina por acretismo placentario. Del primero puede comentarse que a pesar del aumento rutinario de la ecografía prenatal, se han reportado pocos casos de neuroblastoma

antes del nacimiento; sin duda debido a la baja incidencia de la enfermedad y a la complejidad de su diagnóstico. Sin embargo, el progreso de la Medicina permite que se diagnostiquen más casos antes del nacimiento, lo que a su vez favorece el mayor conocimiento de la enfermedad y su pronóstico. Por lo que se refiere a la rotura uterina por acretismo placentario, valga señalar que es una de las complicaciones más graves que incrementa la morbilidad y mortalidad materna y fetal, sobre todo porque en las pacientes sin factores de riesgo para ésta es difícil sospecharla, más aún en estadios tempranos del embarazo.

Hace 55 años, los doctores Esteban Castro Anaya y Augusto Díaz Infante, de San Luis Potosí, publicaron su experiencia en relación con la rotura uterina. Entonces señalaron que: “Todas las veces que la dinámica uterina tenga que cumplir un trabajo enérgico y prolongado se debe estar en atenta vigilancia para conocer el momento en que pudieran apreciarse cambios que más tarde expusieran al útero en un estado de rotura inminente. Si la aplicación de antinervinos no ha respondido a la manera deseada, será necesario reemplazar ese método terapéutico por los recursos que más convengan”.

Recientemente, el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia publicó dos nuevas Guías de práctica clínica, en este número se incluye una de ellas: Cáncer de ovario: diagnóstico y tratamiento.

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta
Editor asociado

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE MARZO 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-S370.
- 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 Louisette Ramírez 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.