

EDITORIAL

José Pacheco-Romero

Nos preciamos de presentar en el presente número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia interesantes temas de actualidad y que tienen que ver con la población fetal.

El ginecoobstetra se encuentra inmensamente preocupado cuando una gestante se complica con un parto pretérmino. El problema es también asumido por el neonatólogo o pediatra, que estará presente para la atención de ese frágil ser nacido antes de tiempo. La situación no puede ser más inquietante, sabiendo que la prematuridad es causa importante de mortalidad perinatal, y que la incidencia del parto prematuro no ha mejorado con el tiempo ni con las medidas clínicas y farmacológicas adoptadas en el transcurso de los años. Presentamos en las páginas siguientes un simposio sobre el cuadro clínico de parto pretérmino, que es coordinado por el Dr. Antonio Ciudad y que incluye la fisiopatología, el diagnóstico, las medidas preventivas –si las hay-, el manejo de acuerdo a las evidencias y la atención del bebe pequeño. Los temas, a cargo de escritores calificados, se inician con la

denominación del parto pretérmino como un síndrome que sigue la vía común del parto en el ser humano, que incluye el aumento en la contractilidad miometrial, los cambios cervicales y la activación de la decidua y membranas corioamnióticas, aunque también están en juego las variaciones en concentración de las hormonas factor liberador de corticotropina y cortisol, así como cambios en el gasto metabólico. El síndrome está asociado a infección, daños vasculares, preeclampsia, sobredistensión uterina, un reconocimiento alogeneico anormal, estrés, alteraciones hormonales y otros procesos patológicos, como las malformaciones del feto. Como se observa, la situación clínica es compleja, por lo que las medidas de prevención y manejo estándares o experimentales no han tenido los resultados esperados. Se considera de utilidad -a ser corroborada- la medición ecográfica del cérvix uterino y los niveles de fibronectina. La terapia tocolítica pudiera disminuir la actividad contráctil y las modificaciones del cuello uterino, como para postergar el nacimiento algunas horas,

de manera de permitir la administración de glicocorticoides y transportar *in útero* al feto a una unidad de atención especializada. Los agentes tocolíticos de elección son el atosiban o el nifedipino, y una sola dosis de glicocorticoides entre las 24 y 34 semanas de gestación reduce el riesgo de muerte, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular en el bebe pretérmino. Los recién nacidos que sobreviven, lo hacen con frecuencia con secuelas diversas, que requieren un manejo y seguimiento muy especializado por un pediatra avezado, que felizmente en nuestro país demuestra avances muy satisfactorios. A no dudarlo, el lector encontrará un tópico de interés en este simposio, que se añade a los que la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia ha brindado a ustedes en sus números recientes.

Debido a los problemas logísticos y financieros que conlleva realizar investigación en nuestro país, así como extender dicha investigación al resto del Perú -con sus distantes regiones, frecuentemente de difícil acceso geográfico-, muchos de nuestros estudios y revisiones

toman como referencia las investigaciones foráneas, generalmente de países con economía floreciente y apoyo institucional y/o gubernamental para desarrollar diversas y útiles pesquisas. Por otro lado, los resultados y sugerencias que devienen de nuestras investigaciones no llegan a tener impacto en las autoridades de salud para la aplicación de sus resultados en la práctica diaria. Tal ha ocurrido en el Perú, por ejemplo, con las curvas de crecimiento fetal. Tenemos un vivo recuerdo de los primeros estudios sobre las curvas de crecimiento fetal que desarrolló Impromi, las cuales no fueron luego aplicadas por los profesionales de la salud peruanos que atienden el embarazo. Hubo otros intentos, incluyendo las que realizamos en el Hospital Rebagliati con la ecografía, en una población limeña, de estatus socioeconómico medio a medio bajo, asegurada⁽¹⁾, cuyas curvas de crecimiento fetal diferían de las curvas incorporadas a los ecógrafos, las cuales tienen origen caucásico u oriental.

En el presente número publicamos tres estudios secuenciales sobre el crecimiento fetal intrauterino realizados en un grupo seleccionado de recién nacidos peruanos. El estudio incluyó casos de 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, fue de un diseño impecable, excluyéndose la patología materna y fetal que alterara el crecimiento fetal. En la investigación inicial, en 50 568 recién nacidos vivos se elaboró curvas de crecimiento fetal entre las 24 y 43 semanas de gestación, según peso, talla y perímetro cefálico. Los autores encontraron que los pesos promedios a las 39 y 40 semanas fueron 3 295

y 3 400 gramos, respectivamente, la talla 49,7 y 50,1 cm y el perímetro cefálico 343 y 345 mm, respectivamente. Debido a los criterios de inclusión y exclusión, las curvas de crecimiento fetal presentadas pueden ser altamente confiables y convenientes para su uso en el país.

En un segundo paso, los autores determinaron el crecimiento fetal según paridad, talla y región natural de la madre y el sexo del recién nacido peruano, encontrándose que, de los 50 568 recién nacidos vivos, los varones tuvieron peso promedio 19 a 41 g mayor que las niñas y los hijos de multíparas superaron en 22 a 53 g a los de primíparas. En un trabajo realizado en Lima y publicado previamente, se había encontrado que los fetos varones a término sanos pesaron 108 gramos más que los femeninos⁽²⁾. Además, en los hospitales peruanos, la talla materna presentó relación directa con el peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido. Los recién nacidos de la costa pesaron más que los de la selva y éstos más que los de la sierra. Las diferencias por sexo, paridad, talla materna y región natural fueron significativas entre las 36 y 42 semanas de gestación, por lo que los autores recomiendan utilizar estas diferencias como factores de corrección para la clasificación adecuada de los recién nacidos peruanos, según peso edad gestacional.

Finalmente, el tercer trabajo trató de determinar si el porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional variaban al emplear las curvas de crecimiento intrauterino peruanas, con relación a las tradicionales curvas de

Lubchenco, así como estudió los riesgos de morbimortalidad de esta nueva población. En los 95 751 neonatos de los 29 hospitales del Ministerio de Salud, se encontró que los recién nacidos grandes (GEG) y adecuados para la edad gestacional disminuyeron porcentualmente, por el incremento de los recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG). Hubo 9 664 recién nacidos PEG al usar la curva peruana y 3 899 al usar la de Lubchenco. La diferencia de 5 765 recién nacidos (6% de la población total) representó a los 'recién nacidos nuevos PEG', que tuvieron riesgos incrementados de mortalidad neonatal (OR = 15,6), trastornos metabólicos (OR = 2,2), malformaciones congénitas (OR = 2,1), infecciones (OR = 2), síndrome de dificultad respiratoria (OR = 1,8), asfixia perinatal (OR = 1,7) y morbilidad neonatal (OR = 1,5). Resultados que ginecoobstetras y pediatras peruanos debemos tener en cuenta en la atención materno-perinatal.

Sean estos interesantes trabajos motivo para seguir buscando nuestra identidad y orígenes en lo que respecta a salud. Debemos interesarnos más en estudiar a los peruanos y peruanas, en la salud y en la enfermedad, y los hallazgos servirán para que el país, el Estado, el profesional de salud y la misma comunidad determinen las necesidades primordiales del poblador peruano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco J, Huamán M, Arévalo C. Curvas de crecimiento fetal por ultrasonido. *Acta Médica Peruana*. 1985;12:84.
2. Pacora P, Buzzio Y, Íngar W, Santiváñez A. El peso del recién nacido sano según edad gestacional en una población de Lima. *An Fac Med*. 2005;66(2):212-7.