

EDITORIAL

Director: José Pacheco

Finaliza un año y da pie a uno nuevo, en una época que recordaremos como de crisis mundial, ocasionada por el mal manejo de hipotecas y juego bursátil malintencionado. Con seguridad, la crisis nos afectará en casa, pero nuestras autoridades gubernamentales nos dicen que la repercusión será menor en nuestro país. Así lo esperamos, pues comprobamos que se ha hecho un mejor manejo económico de los fondos públicos nacionales en los últimos quinquenios, a lo que se agrega los beneficios provenientes de las inversiones de las empresas privadas y de la exportación. ¿Cómo puede afectar esta crisis la salud del hombre peruano y de la mujer? Podemos prever que habrá menos recursos disponibles, en tiempos en que es tan necesario el apoyo estatal al bienestar y a la salud, pero con la esperanza de que haya disposición de efectivo para la infraestructura y equipos e insumos a ser utilizados en la salud de nuestros pobladores. Que la inteligencia y previsión de nuestros gobernantes ayuden a proteger en salud a la población más necesitada, en especial a la mujer y al niño.

La muerte materna sigue sin mo-

dificarse mayormente, al parecer. Las últimas cifras estimadas de mortalidad materna son las de ENDES 2000, de 185 por 100 000 nacidos vivos, y estamos en espera de que se corrobore las cifras señaladas por la coordinadora actual de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, de disminución de 628 muertes maternas en 2004 a 509 en 2007^(1,2). También, la especialista ha detallado que 80 por ciento de las muertes maternas se debió a causas directas del embarazo, principalmente por hemorragia (41%), preeclampsia (19%), infección (6%) y aborto (6%). Esto señalaría una reducción de 8 puntos porcentuales en muertes por hemorragia y de 5 de muertes por infección, pero con aumento de 5 puntos en la hipertensión del embarazo, con relación a informes de 2002⁽³⁾.

De todas maneras, las hemorragias siguen siendo la primera causa de muerte materna en el Perú y el Comité Editorial consideró para el presente número una revisión sobre los cuidados obstétricos de emergencia como estrategia para reducir la muerte materna, tema a ser presentado en forma de simposio.

La tarea, encomendada al Dr. Luis Távara, Editor asociado de la Revista, se materializa en sendos trabajos de los Drs. Andrés Calle (Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador), Ovidio Chumbe (Hospital de Apoyo María Auxiliadora) y Teófilo Jara (Instituto Nacional Materno Perinatal), sobre diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto, manejo del aborto incompleto y cuidado en emergencia de la madre con preeclampsia y eclampsia. En la introducción, el Dr. Távara señala que si la mujer es atendida en una situación de emergencia por personal calificado y en un ambiente adecuado, se puede superar la ocurrencia de cualquier complicación obstétrica y asistir a un resultado exitoso. El Dr. Calle recuerda que, de las complicaciones que pueden producir la hemorragia, la atonía uterina, las alteraciones en el alumbramiento y los desgarros cervicales y/o vaginales son los de mayor prevalencia; ellas requieren tratamiento oportuno para evitar la muerte materna, además de la importancia de que el profesional de la salud conozca las poblaciones en riesgo y los factores desencadenantes, de manera de actuar preventivamente.



El Dr. Chumbe señala que el aborto constituye un problema de salud pública, por lo que es necesario desterrar viejos estigmas que conducen a peligrosos sentimientos de culpabilidad injustificada en las mujeres, humanizar la atención de la mujer, garantizar la calidad de atención del postaborto, procurar la continuidad de la atención de la persona-mujer, así como capacitar permanentemente a los prestadores de servicios de salud. Relata cómo la técnica de la aspiración manual endouterina (AMEU), con el equipo de Karman, ha modificado los conceptos clásicos y enraizados del manejo del postaborto. Es un punto a favor de la mujer, de su economía familiar y de los recursos hospitalarios, pues todo tiene un costo en esta vida. Finalmente, en el simposio, el Dr. Jara se refiere a la complicación obstétrica que sigue aumentando –no solo de manera relativa, sino real en la atención médica diaria, sin que aún podamos conocer exactamente su etiología y, por lo tanto, su prevención y manejo, salvo terminar el embarazo cuando la diagnosticamos.... Si es que la llegamos a diagnosticar antes que nos sorprenda temerariamente..... El autor del artículo manifiesta su ‘decepción’ que “en la mayoría de casos la primera convulsión de la mujer con preeclampsia ocurra después de la admisión del hospital”. Y así es como se presenta tantas veces, sorpresivamente, luego de un buen cuidado prenatal, con varias consultas en el embarazo, exámenes auxiliares dentro de la normalidad y hasta parto normal; y, sin anuncio previo, la mujer empieza a convulsionar o presenta el síndrome Hellp. Por supuesto,

a quien se echa la culpa de inmediato es al interno, al residente, al médico asistente que atendía a la paciente. No se recuerda en momentos tan dramáticos que todos los ginecoobstetras que atendemos gestantes hemos tenido estos casos, no una sino varias veces, y aunque revisemos la literatura más reciente, no encontraremos respuesta a medidas eficaces de prevención. Es posible que, en un futuro, algunos marcadores (no son elementos causales, sino marcadores), como el receptor del factor de crecimiento tirosinaquinasa 1 parecida a fms soluble (sFlt1⁽⁴⁾)-capaz de inactivar el factor de crecimiento vascular derivado del endotelio (EVGF) y al factor de crecimiento placentario humano (PLGF)-, el inhibidor-1 del activador del plasminógeno (PAI-1), la ceruloplasmina sincitial (proteína de transporte de hierro que contiene cobre)⁽⁵⁾ y la endoglina soluble (otra proteína antiangiogénica), puedan señalar con la elevación de sus niveles que estamos ante un cuadro preclínico de preeclampsia⁽⁶⁾. Confirmada la validez de estos marcadores de preeclampsia, se hará lo posible en adquirirlos para su empleo en las maternidades del Perú. Sí estamos de acuerdo a que todo el personal de salud sea capacitado permanentemente –repito, permanentemente- sobre los cuadros más complejos de la especialidad y que sepamos inteligentemente y con la sabiduría de Sherlock Holmes ‘oler’ cada caso complicado, antes que la complicación ya haya avanzado más allá de lo necesario.

El misoprostol –análogo de la prostaglandina E1- ha demostrado,

desde los años 80, ser un tratamiento eficaz en la úlcera péptica. Pero, desde los años 90, adquiere importancia su empleo en obstetricia, tanto en el manejo del aborto como en la inducción del parto y en la hemorragia obstétrica. Se presenta en este número un trabajo a nivel de América Latina que actualiza la información acerca del uso obstétrico del misoprostol, hallando la encuesta realizada que se encuentra disponible en toda América Latina y su uso en obstetricia continúa difundiendo. Publicamos luego un estudio de casos y controles que encuentra, en Trujillo, comparado con la cesárea una asociación mayor del parto vaginal al cáncer de cérvix, lo que, a decir de los autores, predispuso a las mujeres 24 veces a desarrollar esta neoplasia y sus precursores. Interesante trabajo que requerirá confirmación, con diseño similar, en otras poblaciones.

La placenta es un órgano tan complejo cuyas funciones vamos conociendo día a día y causan admiración. por ser un órgano, vital para el crecimiento y desarrollo del ser humano en su etapa fetal. De Piura nos llega este estudio que tiene la intención de actualizar acerca de la fisiología de la placenta y el por qué se ha creado el término de barrera placentaria. Para el ginecoobstetra ávido de conocimientos, es una lectura que le recordará sobre los fenómenos de la implantación y la invasión trofoblástica, de las ‘conversaciones’ a nivel molecular, y cómo la inflamación y la reacción inmune están relacionadas con todo este maravilloso proceso.



Quienes conocimos y tuvimos larga amistad con el Dr. Jorge Ascenzo Cabello lo recordaremos siempre como un hombre elegante, fino, diplomático, encantador en su conversación y en la transmisión de sus experiencias, así como hemos podido disfrutar largos coloquios sobre infertilidad ('esterilidad' la llamaba él) en su Instituto pionero de la calle Avendaño. Se comunicaba muy bien con sus pacientes y para ellas escribió un libro que las orientaba a conocer sus problemas y las soluciones. También recordamos sus Aforismos en reproducción humana –publicados en nuestra Revista y otras-, sus interesantísimos artículos⁽⁷⁻¹²⁾ y sus anécdotas, recuerdos y elucubraciones filosóficas que confió en escritos iniciales hace muy pocas semanas a un grupo selecto de amigos. QEPD.

El Director

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio L. Avances en reducción de la mortalidad materna. Exposición por el Día internacional de acción por la salud de la mujer, Colegio Médico del Perú, mayo 2008.
2. Minsa: Mortalidad materna se reduce en Perú desde hace cuatro años. Disponible en: http://www.noticiastrujillo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=27806&Itemid=62. Obtenido el 28 de diciembre de 2008.
3. Minsa. Causa de muerte materna 1997-2002 Perú. DGSP 2002.
4. Baumann MU, Bersinger NA, Mohaupt MG, Raio L, Gerber S, Surbek DV. First-trimester serum levels of soluble endoglin and soluble fms-like tyrosine kinase-1 as first-trimester markers for late-onset preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(3):266.e1-6.
5. Guller S, Buhimschi CS, Ma YY, Huang ST, Yang L, Kuczynski E, Zambrano E, Lockwood CJ, Buhimschi IA. Placental expression of ceruloplasmin in pregnancies complicated by severe preeclampsia. *Lab Invest.* 2008;88(10):1057-67.
6. Levine RJ, Lam C, Olan C, Yu KF, Maynard SE, CPEP Study Group, et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *NEJM.* 2006;355(17):992-1005.
7. Ascenzo J. Visión panorámica sobre el estudio de la pareja estéril. *Ginecol Obstet (Perú).* 1994;40(1):24-7.
8. Ascenzo J. La trompa de Falopio, víctima circunstancial de la adversidad. *Ginecol Obstet (Perú).* 1996;42(3):10-3.
9. Ascenzo J. Medicina reproductiva en el siglo XXI. *Ginecol Obstet (Perú).* 1999;45(4):221-3.
10. Ascenzo J. Factor tuboperitoneal. *Ginecol Obstet (Perú).* 2000;46(2):116-23.
11. Ascenzo J. Inquietudes sobre el genoma humano. *Ginecol Obstet (Perú).* 2002;48(1):12-6.
12. Ascenzo J. El genoma humano y su aplicación en medicina y reproducción humana. *Ginecol Obstet (Perú).* 2003;49(1):45-52.