

EDITORIAL

Director: José Pacheco

El simposio del tercer número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia de 2010 es sobre Infecciones en obstetricia, que es coordinado por el Dr. Pedro Saona Ugarte. Recordábamos que en la época del estudiante Daniel A. Carrión, nuestro héroe de la medicina, recién se empezaba a hablar de bacterias, microbios y contagio y, por los estudios de Pasteur, Lister, Meister y otros, a darles el significado en las enfermedades del hombre. Más adelante, se trató de combatir estos microorganismos y aparecieron los antibióticos y las vacunas, con las que se consiguió disminuir las epidemias en el mundo, incluyendo el Perú. Pero, como toda célula y ser viviente, los microorganismos también se protegen y eluden tóxicos y la muerte, variando su genoma y haciéndose resistentes a los antibióticos, por lo que los antibióticos y las vacunas tienen necesidad de renovarse a través de dichas mutaciones. Ello también hace que las infecciones vuelvan a presentarse cuando menos se piensa, que aparezcan nuevos microorganismos y nuevas especies de microorganismos ya anteriormente conocidos, y que tam-

bién nuevos vectores tengan que ver con nuevas epidemias y pandemias.

El Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE UU nos orienta sobre medidas para prevenir enfermedades. Nos da siete recomendaciones sencillas y prácticas, que creemos oportuno recordar: 1. Lave sus manos con frecuencia; 2. Limpie y desinfecte las superficies con regularidad; 3. Manipule y prepare los alimentos de manera segura; 4. Vacúnese; 5. Use los antibióticos de manera adecuada; 6. Tenga cuidado con las mascotas; 7. Evite el contacto con animales silvestres⁽¹⁾. Si toda la población peruana conociera y practicara estas recomendaciones –y en el caso particular de nuestro simposio– lo hiciera la mujer gestante–, a lo mejor no tendríamos que lamentar las enfermedades de las que tratan hoy nuestros escritores invitados, y otra sería la realidad sobre la reaparición del dengue, de la bubónica y las virosis que están causando morbimortalidad en la población.

El acceso a agua potable segura y las medidas higiénicas apropiadas son

algunas de las grandes prioridades entre quienes tienen la tarea de prevenir las enfermedades epidémicas. La falta de acceso a agua limpia y sanitarios básicos representa una crisis silente que afecta a más de un tercio de la población mundial. Existen varias categorías de enfermedades relacionadas al agua, que incluyen las enfermedades diarreicas e infecciones de la piel y ojos, así como las enfermedades tropicales. Entre las enfermedades que ‘nacen’ en el agua tenemos las fecales –transmisión oral de un patógeno–, virales (como hepatitis A o E o un norovirus), enteropatógenos bacterianos (como *Vibrio cholerae*, *salmonella*, *Escherichia coli enterotoxigénica*, *shigella*, *campilobacter* o *yersinia*) o protozoarios (como *Entamoeba histolytica*, *giardia* o *criptosporidio*). Entre las enfermedades transmitidas por insectos que se reproducen en el agua y que tienen un impacto dramático en el ser humano tenemos la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, tripanosomiasis y la oncocercosis. Además, ya conocemos que las inundaciones y otros cambios ecológicos asociados al cambio climático global pueden alterar los sitios de reproducción de



los mosquitos, mosca negra y mosca tse tsé, que trasportan estas enfermedades, afectando su incidencia y distribución⁽²⁾. Los microorganismos patógenos en el agua tienen características que los diferencian de los contaminantes químicos; por ejemplo, son organismos vivos que no se disuelven en el agua sino que coagulan o se anexan a sustancias coloidales o sólidos en suspensión que están presentes en el agua y en todo el ambiente⁽³⁾.

Mientras Sir Alexander Fleming, en setiembre de 1928, estaba realizando experimentos en su laboratorio, al inspeccionar sus cultivos antes de destruirlos notó que la colonia de un hongo había crecido espontáneamente, como un contaminante, en una de las placas de Petri sembradas con *Staphylococcus aureus*. Fleming observó más tarde las placas y comprobó que las colonias bacterianas que se encontraban alrededor del hongo (luego identificado como *Penicillium notatum*) eran transparentes, ello debido a una lisis bacteriana. Por ello el término de antibiótico se refirió inicialmente a sustancias producidas por elementos vivos. En la actualidad la definición de un antibiótico incluye a los antimicrobianos sintéticos o quimioterapéuticos y otros derivados de productos naturales y aquellos con propiedades antibióticas descubiertas empíricamente⁽⁴⁾.

Se conoce que el estado inmunológico de la mujer se deprime durante el embarazo, lo cual no significa que el sistema inmune de la gestante es deficiente, pues tiene una capacidad incrementada para sintetizar anticuerpos y el complemento sérico se eleva durante el embarazo. Ello le permite mantener su inmunocompetencia contra la invasión patógena. Sin embargo, todos hemos te-

nido la experiencia de lo que ocurre con infecciones como candidiasis, influenza AH1N1, o enfermedades como diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, entre otras. Es interesante saber que, sin embargo, y a pesar de lo anterior, la madre influye en formar el futuro de su niño. Así, sus células inmunes 'enseñan' a las de su feto cómo balancear sus defensas, pero también a actuar apropiadamente ante el requerimiento de tolerancia inmunológica. Demasiada restricción de su inmunidad puede llevar al recién nacido a una infección letal, y la poca restricción puede llevarlo a la autoinmunidad. Esto lo realizaría por medio de sus células T regulatorias. La expansión de las células T regulatorias antígeno-específicas está siendo desarrollada como una estrategia clínica para promover la tolerancia y así reducir o eliminar la molestia de usar drogas inmunosupresoras en recipientes de trasplantes de órganos⁽⁵⁾.

El simposio sobre Infecciones y gestación incluye la fiebre amarilla y los problemas ocasionados en el embarazo. El Dr. Ciro Maguñá –nuestro actual Decano del Consejo Nacional del Colegio Médicos señala que la fiebre amarilla en el Perú es actualmente de tipo silvestre, localizada en algunos focos endémicos de la selva peruana. Es importante tener presente que su letalidad es alta en madres y fetos, que no existe terapia antiviral y que solo la vacunación es efectiva en la prevención de la enfermedad, aunque la administración de la vacuna en la gestación está contraindicada durante el embarazo, pues está elaborada con virus vivo.

El Dr. César Cabezas, actual Director del Instituto Nacional de Salud, y el Dr. Fernando Donayre se ocu-

pan de Gestación e infección por el virus hepatitis B. El virus de la hepatitis B es un virus ADN de doble cadena que infecta primariamente al hígado y es 100 veces más infeccioso que el virus de la inmunodeficiencia humana, capaz de permanecer activo más de una semana en sangre desecada en el medio ambiente. El virus de la hepatitis B se trasmite a través de la piel y mucosas. Señala el autor que la placenta impide el paso del virus HB y del antígeno HBsAg. Pero, el antígeno HBeAg pasa la placenta y se le detecta en dos tercios de los recién nacidos. Por otro lado, en nuestro país, aún cuando la vacunación a niños de 0 a 1 año, en las áreas de endemicidad intermedia-alta, se inició en 1996 y la inmunización universal en el 2003, el promedio anual de muertes por cirrosis y hepatocarcinoma primario es alto y la tendencia es creciente a partir del año 2002⁽⁶⁾.

Según datos epidemiológicos, la transmisión natural de la malaria depende de la presencia y las relaciones existentes entre huésped, agente y medio ambiente. La fuente de la malaria humana es casi siempre una persona enferma o un portador asintomático de parásitos de la malaria. Solo en África tropical se ha identificado a chimpancés como reservorio de *P. malariae*. Infrecuentemente, la malaria también puede ser transmitida por transfusiones sanguíneas, compartir agujas hipodérmicas, por transmisión vertical (madre infectada a su hijo) y hasta hace varios años, de modo deliberado, como parte de ensayos clínicos y como tratamiento para la neurosífilis⁽⁷⁾. En su revisión, el Dr. Manuel Purizaca –Maestro Peruano de la Obstetricia y Ginecología– nos recuerda cómo se producen alteraciones en el organismo de la mujer y en



la placenta, ocasionadas por la malaria, que afectan en mayor o menor grado al feto, el mismo que queda expuesto a la transmisión vertical. El tratamiento es la supresión de los signos y síntomas, pero no necesariamente de los parásitos.

El último tema del simposio consiste en una revisión sobre Sífilis en la gestación, en el que las Drs. Frine Samalvides y Claudia Banda hacen un recuento sobre lo que representa la enfermedad, refiriéndose en particular a la sífilis gestacional, sus características y poblaciones en riesgo, y su repercusión en el feto. Para prevenir las graves consecuencias asociadas a la sífilis, señalan la importancia del tamizaje precoz y cómo debe ser el tratamiento.

Pocas veces un estudio tan importante como el diagnóstico de problemas genitales en niñas es tomado en cuenta para hacer investigación. El estudio que presentamos sobre Vaginoscopia en niñas prepúberes, tuvo como objetivo conocer en qué patologías ginecológicas había tenido importancia el vaginoscopio para el diagnóstico. Aunque el número de casos estudiados es pequeño, hay hallazgos poco esperados, como fistula rectovaginal, maltrato infantil, tumoración vaginal, cloaca baja y displasia cervical. Por ello, el estudio debe ser realizado en estas pequeñas pacientes que manifiestan cronicidad de su sintomatología o ante la sospecha de males mayores a la vulvovaginitis o a sangrados genitales benignos.

El trabajo sobre uso de Monoprótesis de polipropileno para corrección del prolapso vaginal anterior con o sin incontinencia urinaria, nos relata que con empleo de este material la “cura subjetiva de la pérdida de orina y sensación de bulto (ocurrió) en todos los casos evaluados”. Con-

cluyen los autores que “El uso de la monoprótesis de polipropileno puede ser seguro, eficaz y de poca morbilidad, para la corrección del prolapso de pared anterior de vagina. Sin embargo, faltan estudios para establecer resultados adecuados a largo plazo”. Traemos a colación la última frase, debido a que la mayoría de los autores que trata el tema de corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) obtiene curas ‘excelentes’, de hasta el 100%, en un lapso de seguimiento de meses a uno o pocos años. Un artículo reciente se refiere a una investigación que comunicó la experiencia con técnicas transobtura-trices y retropúbicas (TVT, TVT-O y TOT) –actualmente de moda- en el tratamiento de la IUE, con estudio aleatorio prospectivo entre 2002 y 2009, y obtenía una tasa de cura de 91,4%. El autor de la carta al editor señala que es muy difícil determinar resultados basado solo en evaluación objetiva –tal como la prueba de estrés postoperatoria-, sin evaluación subjetiva con cuestionarios específicos validados; es decir, no se investiga la calidad de vida postoperatoria de la mujer intervenida⁽⁸⁾. Esto nos permite replantear una sugerencia que hicieramos en un artículo anterior⁽⁹⁾, de que los resultados de las intervenciones quirúrgicas para incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer deben ser evaluados unos cinco –y mejor diez- años después de la operación, pues nos dirá a largo plazo cuál procedimiento será de mayor utilidad anatómica y funcional en ella. De esta manera evitaríamos intervenciones traumáticas, costosas y daños orgánicos y psíquicos, con resultados a largo plazo que apenas alcanzan en el mejor de los casos un 70% de éxito y que podrían ser prevenidas con técnicas menos sofisticadas pero se-

guras o con manejo no quirúrgico en mujeres seleccionadas⁽¹⁰⁾.

En la evaluación del trabajo anterior, nos hemos referido también a costos. Pocos estudios relacionados a costos son publicados en el Perú y en las revistas biomédicas, en general. Sin embargo, todo acto médico y quirúrgico tiene un costo y deberíamos siempre conocerlo, antes de decidir la elección de un tratamiento, medicamento, examen auxiliar, hospitalización, intervención quirúrgica u otros relacionados. Por eso, publicamos con mucho interés la investigación sobre Estimación del costo oportunidad en el que incurre el Hospital Nacional Cayetano Heredia por parto eutócico no complicado 2007. Los autores encuentran el monto total del costo sombra de todos los partos eutócicos no complicados, el costo oportunidad por el Sistema Integral de Salud (SIS) y por gasto de bolsillo, así como el monto por los casos rechazados por el SIS. También, se refieren a la falta de reembolso del SIS, que conocemos es muy grande, excesivo, malo para sus hospitales y pacientes y que todavía no tiene visos de arreglo. Concluyen que se encontró que 78% de los partos vaginales espontáneos fueron partos eutócicos no complicados, lo que representa que en un hospital de tercer nivel se estaría realizando producción de otro nivel de resolutivez, lo que conocemos que está ocurriendo en hospitales del Minsa, de EsSalud y de las Fuerzas Armadas, por diversos motivos, generalmente no justificados.

Otro de los trabajos originales que publicamos es el de la Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Los autores hallaron como factores asociados a la cesárea en la RPM al estado del cérvix



(puntaje Bishop), el inicio de la inducción y la preeclampsia; y como factores de riesgo, la edad materna, el Bishop de ingreso menor de 4 y la presencia de preeclampsia; fue factor de protección la multiparidad de la paciente. El ginecoobstetra experimentado conoce estos factores que son importantes en el momento de tomar una decisión. Ahora, el diseño de la investigación y los análisis univariado y modelo predictivo final en el análisis multivariado encuentran que dicha asociación debe ser tomada en cuenta cuando tengamos que decidir cómo actuar en gestantes con RPM.

El artículo original que finaliza el temario de trabajos originales es el de Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno-neonatales. Aún nos acordamos de la premisa norteamericana de '.....una cesárea...., siempre cesárea.....'. Felizmente, la situación cambió con el tiempo y hemos tenido trabajos publicados en la Revista que denotaban la seguridad de un parto vaginal en una cesareada previa, si es que se tenía indicaciones precisas y se valoraba posibles complicaciones de la elección tomada. Los autores del artículo revisaron nueve años de experiencia y encontraron que solo 19% de las gestantes con antecedente de cesárea tuvieron parto vaginal. Como se esperaba, el parto vaginal tuvo menos complicaciones que la cesárea, principalmente endometritis, así como hubo pocos casos de Ápgar bajo y ninguna muerte neonatal. Sin embargo, debemos tener presente que algunos recién nacidos de mujeres con cesárea previa tienen riesgo de puntaje Ápgar bajo y muerte perinatal, comparado con mujeres con parto vaginal previo ⁽¹¹⁾.

Finaliza el contenido científico del presente número de la Revista con una contribución especial, importante en la epidemiología de enfermedades infecciosas en el Perú. Nuestro Decano Nacional, Dr. Ciro Maguiña, a invitación nuestra, ha hecho magníficamente un escrito que titula Actualización sobre peste en el Perú, y que lo hace a propósito de los cuatro casos de peste neumónica recientemente ocurridos en La Libertad. El Dr. Maguiña considera que este episodio representa un hecho grave de la salud pública en el Perú, por lo que realiza una breve revisión sobre esta dolencia histórica de la medicina peruana. El artículo científico es presentado de manera comprensible y atractiva, para explicar las características de la enfermedad y los avances en su detección y tratamiento, y a la vez alertar en hacer la detección precoz y el tratamiento oportuno, para así evitar casos de muerte, como los que han ocurrido. Y mantener los sistemas de vigilancia. Agradecemos profundamente a nuestro Decano por escribir este tema de actualidad y que merece toda nuestra atención.

Esperamos encontrarnos todos los asociados y amigos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en el XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, a tener lugar el próximo mes, entre el 19 y 22 de octubre, y en el que tendremos el placer comunicar que para los Temas Libres se ha recibido trabajos científicos de indudable originalidad e importancia para la práctica de nuestra especialidad en la mujer peruana. Hasta entonces, un abrazo.

Dr. José Pacheco

Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Center for Disease Control and Prevention. Siete claves para un hogar más seguro y saludable. Disponible en: http://www.cdc.gov/ounceofprevention/docs/ooop_brochure_esp.pdf. Obtenido el 26 de setiembre de 2010.
2. Barry M, Hughes JM. Talking dirty – The politics of clean water and sanitation. *N Engl J Med*. 2008;359:784-7.
3. Wikipedia. La enciclopedia libre. Microorganismos. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Microorganismo>. Obtenido el 26 de setiembre de 2010.
4. Wikipedia. La enciclopedia libre. Antibióticos. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Antibi%C3%B3tico>. Obtenido el 26 de setiembre de 2010.
5. Burlingham WJ. A lesson in tolerance – Maternal instruction to fetal cells. *N Engl J Med*. 2009;360:1355-7.
6. Vildózola H. Hepatitis B y vacunación. *Acta méd peruana*. 2008;25(2):57.
7. Vargas J. Prevención y control de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores en el Perú. *Rev Per Epidemiol*. 2003;11(1):1-14.
8. Siracusano S. [Comment on: Comparison of three kinds of mid-urethral slings for surgical treatment of female stress urinary incontinence]. *Urología*. 2010;77(1):42.
9. Pacheco J. Experiencia con la técnica de suspensión subperióstica del ángulo uretrovesical para el reparo quirúrgico por vía vaginal de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1993;39:50-7.
10. Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*. 202;14(49):1-188, iii-iv.
11. Carlsson Wallin M, Ekström P, Marsál K, Källen K. Apgar score and perinatal death after one previous caesarean section. *BJOG*. 2010;117(9):1088-97.