

## EDITORIAL

En el primer número del presente año 2010, la Revista brinda a sus lectores un simposio sobre hemorragias en el embarazo, que ha sido coordinado por nuestro Past Presidente Dr. Miguel Gutiérrez. En él se revisa las causas, factores asociados, diagnóstico y manejo de las hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo y las hemorragias posparto, escritas por miembros destacados de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

Ya en la Introducción al simposio, el Dr. Gutiérrez nos señala que estas hemorragias se presentan en forma súbita y debemos estar preparados para hacer un diagnóstico oportuno de la gravedad, calculando verazmente la pérdida sanguínea, y conocer clínicamente cómo se profundizan los efectos de la hemorragia, para con ello tomar las decisiones para el mejor manejo de la paciente.

Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud 2007, de las muertes maternas según causa genérica directa, 41% se debió a hemorragias, siendo el 44% por retención de placenta, seguida de lejos por atonía uterina (17%), retención de restos (10%) y otros. Mientras 27% falleció en el embarazo, 26% lo hizo en el parto y 46% en el puerperio <sup>(1)</sup>.

Las ocho Metas de Desarrollo del Milenio (*Millennium Development Goals - MDGs*) representan el compromiso de los líderes del mundo para combatir la desigualdad social -pobreza, analfabetismo y enfermedad-, entre ellos la alta mortalidad materna e infantil, así como la lucha contra las más importantes enfermedades endémicas. El quinto objetivo de desarrollo del milenio es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Sin embargo, aún falta mucho para vencer la mortalidad infantil, el VIH/sida y disminuir la mortalidad materna <sup>(2)</sup>. Y, en el Perú, si bien ha habido una ligera disminución de las muertes maternas de 524 en 2008 a 469 en 2009 <sup>(3)</sup>, da la impresión que aún estuviéramos lejos de la meta de nuestro país al 2015, de reducir la razón de mortalidad materna a 66 x 100 000 nacidos vivos.

En el primer trabajo del simposio, en el tema sobre Hemorragias de la primera mitad del embarazo, se señala que, el embarazo ectópico y el aborto son causantes de 8,4% de las muertes maternas en el Perú, considerando que solo el embarazo ectópico es causa de 6,4% de las muertes. El sangrado vaginal ocurre en 15% a 25% de las gestantes temprano en el embarazo; la

mitad culmina en un parto con bebe normal. El diagnóstico diferencial se debe hacer entre aborto espontáneo, embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto <sup>(4)</sup>.

Mientras que el factor genético es importante como causa del aborto espontáneo, conocemos ampliamente que las complicaciones y muerte por aborto son ocasionadas por el aborto inducido en condiciones no apropiadas. Es de interés llamar la atención que en el aborto séptico hay que considerar –conjuntamente con el personal profesional de la unidad de cuidados intensivos- la ocurrencia del síndrome de disfunción multiorgánica <sup>(5)</sup>, que requiere maniobras clínicas de resucitación de los órganos y sistemas comprometidos, aparte del tratamiento antibiótico y de la eliminación de restos ovulares infectados o drenaje de abscesos.

Por otro lado, a pesar de los adelantos en el diagnóstico precoz del embarazo ectópico con métodos inmunológicos, la ecografía y eventualmente la laparoscopia –con la que al mismo tiempo hacemos el tratamiento-, observamos que dicha complicación es causa muerte materna en un importante porcentaje y que aún no estamos actuando preventiva y oportunamente



en su manejo. Un punto que nos gustaría enfocar en el embarazo ectópico es sobre la clamidiasis. Las infecciones por *Chlamydia trachomatis* son responsables del tracoma, causa importante de ceguera, y de la infección de transmisión sexual que se asocia a la enfermedad pélvica inflamatoria, al embarazo ectópico y a la infertilidad por causa tubárica. El Consorcio Epi-GenChlamydia estima que existe un 40% de predisposición genética a infecciones por *C. trachomatis*<sup>(6)</sup>.

En un estudio de parejas con infertilidad realizado en Lima, hemos encontrado un alto porcentaje (43,6%) de antígeno positivo a *Chlamydia trachomatis*, en secreciones de endocervix y de la uretra de la pareja masculina<sup>(7)</sup>. En otro estudio, en poblaciones marginales de Chiclayo, Lima y Trujillo se ha hallado prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* de 6,6%, inversamente asociada con la edad y positivamente relacionada con el número de parejas sexuales<sup>(8)</sup>.

Conociendo estas experiencias foráneas y peruanas, hoy podemos decir que los factores epidemiológicos más frecuentes del embarazo ectópico son el daño tubárico por infección principalmente por *Chlamydia trachomatis* o por cirugía pélvica y por fertilización *in vitro*<sup>(9)</sup> y deberíamos enfocar el tema de la detección de clamidiasis en los programas de salud sexual y reproductiva, ya que además del embarazo ectópico es también causante de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y dolor pélvico crónico<sup>(10)</sup>.

La revisión sobre las hemorragias de la segunda mitad del embarazo nos recuerda la frecuencia e impacto en el ginecoobstetra y la paciente y familia de las complicaciones serias que representan la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta,

problemas posiblemente originados desde la implantación del blastocisto y que se hace patente generalmente al final del embarazo.

Con relación a la hemorragia posparto -otro tema del simposio-, de las admisiones hospitalarias por parto, en el 2004, y de acuerdo al *Nationwide Inpatient Sample*, la base de datos más grande de altas de los EE UU, la hemorragia posparto (HPP) complicó 2,9% de todos los partos; la atonía uterina fue causa de 79% de los casos de HPP. Además, la HPP se asoció con 19,1% de todas las muertes posparto hospitalarias. La tasa de HPP aumentó 27,5% de 1995 a 2004, primariamente debido a aumento en la incidencia de la atonía uterina; las tasas de HPP de otras causas -incluyendo retención de placenta y coagulopatía permanecieron relativamente estables durante este periodo. El modelo de regresión logística identificó como factores independientes de HPP por atonía uterina la edad menor de 20 o de 40 años o más, parto por cesárea, enfermedades hipertensivas del embarazo, polihidramnios, corioamnionitis, embarazo múltiple, retención de placenta y hemorragia anteparto<sup>(11)</sup>.

Recordemos que la atonía uterina es la causa que lidera la HPP, siendo otras causas el traumatismo -con frecuencia iatrogénico. Las mujeres con historia de HPP en un embarazo tienen mayor riesgo de HPP en un embarazo posterior. Si tenemos estos factores de riesgo presentes, podemos anticiparnos y prevenir la atonía uterina; pero, también, lo haremos evitando cesáreas, episiotomías y otros traumatismos genitales. De esta forma reduciremos la morbimortalidad materna por hemorragia posparto<sup>(12)</sup>. Y, muchas veces, la hemorragia posparto culmina en sala de operaciones. Las mujeres con mayor riesgo de histerectomía de emer-

gencia son las múltiparas, con cesárea en el embarazo previo o presente y placentación anormal<sup>(13)</sup>.

Pasando a comentar los trabajos originales, uno de los problemas uroginecológicos al parecer todavía sin resolver con efectividad es la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Múltiples procedimientos han sido utilizados, sin resultados que lleguen al 100% de éxito<sup>(14)</sup>. Es por ello de interés el artículo original que publicamos sobre Colpopexia anterior y uretrosuspensión con monoprótesis en el tratamiento quirúrgico del cistocele e incontinencia urinaria de esfuerzo, en el que usa una malla monoprótesis monofilamento. Los resultados exitosos de curación del cistocele (91%) y de la IUE (82%) fueron encontrados a los tres meses, todavía un lapso muy corto para evaluación de este tipo de cirugía ginecológica, que se sugiere debe ser evaluado y comunicado recién después de los 5 -o aún-, 10 años. Los autores encontraron varias complicaciones, como infecciones urinarias, retención urinaria e infección de cúpula. También, señalan recomendar el seguimiento de estas pacientes, con respecto a los efectos colaterales o recidivas a largo plazo, para establecer el real beneficio de la técnica.

Un estudio muy útil para quienes trabajan en el área de las lesiones cervicales, es el de las Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono Leep. Al revisar las historias de pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y que fueron tratadas con cono Leep, 17,6% de las pacientes evaluadas mostraron recurrencia, la mayoría dentro de los dos primeros años de seguimiento.

Un estudio de investigadores venezolanos se refiere a la Microscopía



electrónica de barrido de la transformación hidrópica de la vellosidad placentaria. Al investigar las características tridimensionales de la transformación hidrópica en el estroma de vesículas de mola hidatidiforme y displasia mesenquimal placentaria en especímenes obtenidos por curetaje de pacientes con embarazo molar y displasia mesenquimal placentaria, se ha hallado cambios provocados por la entrada de fluidos al estroma de las vesículas hidrópicas placentarias, que terminaron por mantener una estructura expandida o edematizada. Este estudio permite entender mejor la transformación hidrópica estromal de las vesículas.

Ocho a diez por ciento de los nacimientos—incluyendo la prevalencia en el Perú—ocurren antes de las 37 semanas de gestación, causando 75% de mortalidad perinatal y 50% de discapacidad en la infancia. Globalmente, se considera que cada año 13 millones de bebés nacen antes de completar las 37 semanas, con mayor proporción en países con ingresos bajos a medianos, aunque también está aumentando en algunos países de ingresos medios y altos, como en los EE UU, Dinamarca, Noruega, y en las Américas. El parto pretérmino es la principal causa directa de muerte neonatal (27%) y factor de riesgo para muerte por infección<sup>(15)</sup>. Aunque todavía existe controversia sobre el valor de la medición de la longitud del cérvix por ecografía transvaginal antes de las 37 semanas para predecir el parto pretérmino<sup>(16)</sup>, otros autores lo consideran de ayuda para predecir parto dentro de una semana<sup>(17)</sup>, cuando existe riesgo y aún en la población general<sup>(18)</sup>. En el estudio que publicamos sobre Longitud cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo, la medición ultrasonográfica transvaginal de la longitud cervical entre las 22 y 24

semanas, en 1 218 gestantes, el cérvix corto de  $\leq 25$  mm resultó un importante predictor de parto pretérmino espontáneo en mujeres de un hospital de tercer nivel. Será interesante conocer estudios similares en otras instituciones del país para confrontar este interesante hallazgo.

Finaliza la producción científica del presente número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia una revisión sobre Modificaciones fisiológicas en el embarazo, en el que el autor describe las modificaciones y adaptación del organismo materno al embarazo, así como las complicaciones a que está expuesta la madre, de manera de tener un sustento para hacer ajustes terapéuticos cuando hay necesidad de administrar medicamentos y drogas.

En el último número de la Revista 2009 hubo un error de imprenta lamentable con relación a los nombres de los autores del artículo Clarificación de valores para la transformación de actitudes; una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto, de los Drs. Rodolfo Gómez Ponce de León y Katherine L. Turner. Expresando nuestras más profundas disculpas, volvemos a publicar dicho trabajo con los verdaderos nombres de los autores.

Esperando haber compartido con nuestros lectores varios artículos de interés, renovamos la invitación a reflexionar sobre temas que podamos compartir con nuestros colegas ginecoobstetras con investigaciones, revisiones o casos clínicos interesantes. Hasta muy pronto.

Dr. José Pacheco Romero  
Director

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio L. Avances en reducción de la mortalidad materna. Día internacional de acción por la salud de la mujer. Colegio Médico del Perú. Mayo 2008.
2. Kaddar M. [A mid-term review of the Millennium Development Goals: where are we with the goals on health?]. *Sante*. 2009 Jul-Sep;19(3):111-9.
3. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal. 2009-2015. Documento técnico. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/archivos/normas/1\\_penrmm.pdf](http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/archivos/normas/1_penrmm.pdf). Obtenido el 29 de marzo de 2010.
4. Snell BJ. Assessment and management of bleeding in the first trimester of pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Nov-Dec;54(6):483-91.
5. Herzum I, Renz H. Inflammatory markers in SIRS, sepsis and septic shock. *Curr Med Chem*. 2008;15(6):581-7.
6. Morré SA, Ouburg S, Peña AS, Brand A. The EU FP6 EpiGenChlamydia Consortium: contribution of molecular epidemiology and host-pathogen genomics to understanding Chlamydia trachomatis-related disease. *Drugs Today (Barc)*. 2009 Nov;45 Suppl B:7-13.
7. Ángeles R, Pacheco J, Ávila G, Ishihara J, Orihuela P, Zúñiga C, Bustamante S. Contribución al estudio de la prevalencia de la infección por clamidia en parejas con infertilidad. *Ginecol Obstet (Perú)* 1999; 45(3): 167-71.
8. León SR, Konda KA, Klausner JD, Jones FR, Cáceres CF, Coates TJ; NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. Chlamydia trachomatis infection and associated risk factors in a low-income marginalized urban population in coastal Peru. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Jul;26(1):39-45.
9. Shaw JL, Dey SK, Critchley HO, Horne AW. Current knowledge of the aetiology



- gy of human tubal ectopic pregnancy. *Hum Reprod Update*. 2010 Jan 18. [Epub ahead of print].
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydia screening among sexually active young female enrollees of health plans--United States, 2000-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009 Apr 17;58(14):362-5. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009 Jun 12;58(22):623.
  11. Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg*. 2010 Mar 17. [Epub ahead of print].
  12. Oyelese Y, Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol*. 2010 Mar;53(1):147-56.
  13. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010 Mar;115(3):637-44.
  14. Pacheco J. Experiencia con la técnica de suspensión subperióptica del ángulo uretrovesical para el reparo quirúrgico por vía vaginal de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1993;39:50-7.
  15. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Feb 23;10 Suppl 1:S1.
  16. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD007235.
  17. Sotiriadis A, Papatheodorou S, Kavvadias A, Makrydimas G. Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010 Jan;35(1):54-64.
  18. Kayem G, Maillard F, Popowski T, Haddad B, Sentilhes L. [Uterine cervical length measurement by endovaginal ultrasonography: Technique and main utilizations.] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 Apr 8. [Epub ahead of print].