

A raíz de una encuesta nacional a médicos de los EE UU de Norteamérica, se publicó en los Archives of Internal Medicine 2012 que los médicos sufren de fatiga más que otros tipos de trabajadores norteamericanos<sup>(1)</sup>. El Reporte de Estilo de Vida de Medscape ahora publica que 46% de los médicos responden que sufren de fatiga (*burnout*), es decir, está aumentando la incidencia de este síndrome en los médicos<sup>(2)</sup>. Se define la 'fatiga' como la falta de entusiasmo para trabajar, sensación de cinismo y una sensación baja de realización personal. En general, y dependiendo de la especialidad, 30% a 65% de los médicos sufren de fatiga, siendo alrededor de 50% en quienes practican cuidados críticos, medicina de emergencia y atención familiar, internistas y cirujanos generales; el porcentaje es 49% para quienes practican obstetricia y ginecología (están en el tercio superior de todas las especialidades). Este agotamiento influye negativamente en la atención del paciente; y en los estudiantes de medicina se ha encontrado asociación con intención suicida<sup>(3)</sup>. Las quejas más frecuentes de los médicos son que tienen muchas tareas burocráticas, muchas horas de trabajo, ingresos económicos insuficientes, mayor informatización de la práctica médica. El agotamiento es mayor en las mujeres, 51% versus 43% en los hombres (55% en las mujeres especialistas en obstetricia y ginecología). Los médicos con edad menor de 35 sufren menos de agotamiento, pero este ocurre en 53% de los profesionales de nuestra especialidad. En otro estudio, los médicos residentes se lamentaban de haberse decidido por ejercer la medicina y escogerían otra profesión si es que pudieran volver a comenzar<sup>(4)</sup>. Otros hallazgos de interés del estudio han sido que los médicos son menos religiosos/espirituales que la población general, hay más sobrepeso/obesidad entre los que sufren de fatiga, hacen menos ejercicio, hay menos casados y viven solos. Finalmente, en los últimos años ha disminuido la fatiga en las mujeres que practican medicina familiar y medicina general. Es un estudio que merece ser replicado en nuestra población médica. En contraposición al artículo sobre fatiga, una revisión Cochrane 2014 encontró que el entrenamiento cognitivo/conductual y la relajación mental y física reducen el estrés en los trabajadores de salud, aunque también lo hacen el masaje, la meditación y el variar el horario de las actividades laborales<sup>(5)</sup>.

El primer artículo original del presente número trata sobre la Longitud de vagina, hiato genital y cuerpo perineal en mujeres nulíparas. Las mujeres que participaron en el estudio ya habían iniciado relaciones coitales vaginales y requerían evaluación ginecológica. La media de la longitud total de la vagina fue 8,1 cm, del hiato genital 2,2 y del cuerpo perineal 2,3 cm, medidas que el autor considera



no difirió de los resultados internacionales. Al revisar la literatura sobre el tema, un estudio quiso determinar en 505 mujeres -67% de ellas con actividad sexual- si la longitud de la vagina o del hiato genital tenían impacto en la actividad y función sexual. Encontraron que las mujeres con actividad sexual tenían vaginas más largas que las que no tenían coito (9,1 cm versus 8,9 cm,  $p = 0,04$ ), que fue explicado en el artículo por la diferencia de edad de las mujeres estudiadas. La longitud del hiato genital no varió en los dos grupos (3,2 cm). Como conclusión, el tamaño de la vagina no afectó la actividad o la función sexual<sup>(6)</sup>. Otro estudio encontró una diferencia de 0,4 cm del tamaño de la vagina cuando existía actividad sexual; el hiato genital y el cuerpo perineal no mostraron diferencia<sup>(7)</sup>. Mientras tanto, en una muestra de 1 661 hombres, la longitud del pene erecto fue 14,15 cm y la circunferencia 12,23 cm<sup>(8)</sup>. Ante la pregunta si los vibradores deben corresponder con el tamaño de la vagina, se halló que estos y los consoladores adquiridos en casas comerciales medían entre 10 y 15 cm y su circunferencia entre 10 y 13 cm, aunque los había más grandes. Es decir, se aproximaban a las dimensiones del pene<sup>(9)</sup>. Otro aspecto estudiado ha sido la longitud del cuerpo perineal en mujeres chinas, que se ha observado disminuye su longitud en la mujer casada en comparación con la mujer no casada, mientras la longitud del ápex al perineo (bilateral) y de los labios aumenta en las casadas. Varios parámetros se asociaron estadísticamente con la edad, talla, peso, IMC y el estado marital<sup>(10)</sup>.

La histerosonografía con infusión salina ha devenido en una modalidad diagnóstica en ginecología y es utilizada en la evaluación de la cavidad uterina en la mujer con infertilidad. Sus resultados son comparables en eficacia y sensibilidad con la histeroscopia en la evaluación de pólipos uterinos, leiomiomas, adherencias intrauterinas y anomalías uterinas<sup>(11)</sup>, como también lo hace la histerosonografía tridimensional en detectar pólipos o hiperplasia<sup>(12)</sup>. El estudio Resultados histerosonográficos en pacientes con infertilidad, halló anomalías de la cavidad endometrial en 25% de los casos, principalmente pólipos endometriales, sinequias uterinas y miomas submucosos.

La histeroscopia tiene rol principal en el diagnóstico de anomalías o tumoraciones de la cavidad uterina, aunque su lugar en la prác-

tica de infertilidad está en debate. Existen muchos ensayos aleatorios que demuestran que el procedimiento es bien tolerado por la paciente y efectivo en el tratamiento de la patología intrauterina. Sin embargo, no existe consenso en la efectividad de la cirugía histeroscópica en mejorar el pronóstico de las mujeres infértiles, a pesar que estudios observacionales sugieren el beneficio de reseca leiomiomas submucosos, adherencias y pólipos endometriales, pues mejoran las tasas de embarazo<sup>(13)</sup>. Se publica un estudio sobre Histeroscopia quirúrgica: experiencia en una institución privada, que revisa los hallazgos y experiencias con este procedimiento en un centro de endoscopia ginecológica. La intervención se realizó principalmente por pólipos y miomas, con pocos casos de adherencias endouterinas. Sus complicaciones consistieron en enfermedad inflamatoria pélvica, hemorragia posmiomectomía y perforación uterina.

Este tema trae a colación que existen estudios que encuentran ventaja en realizar la histeroscopia conjuntamente con la laparoscopia en casos de infertilidad, habiéndose hallado mejores resultados en la tasa de embarazos que cuando los procedimientos son realizados separadamente<sup>(14)</sup>. En un estudio de 3 811 mujeres con infertilidad, la laparoscopia combinada con histeroscopia detectó anomalías del conducto mülleriano en 7,5% de las mujeres, anomalías gonadales y combinación de ambos, permitiendo además clasificar las anomalías halladas<sup>(15)</sup>. En otro estudio, la combinación de los procedimientos permitió hallar patología tubárica, adherencias pélvicas, miomas, pólipos endometriales y síndrome de Asherman, además de las anomalías uterinas. También se encontró endometriosis, quistes dermoides y quistes funcionales<sup>(16)</sup>.

El embarazo ectópico continúa siendo un problema ginecoobstétrico prevalente, y debe ser tenido en cuenta en toda emergencia abdominopélvica. Su incidencia ha continuado aumentando y se considera causa de 4% a 10% de las muertes relacionadas a la gestación<sup>(17,18)</sup>. Una de las razones de su incremento ha sido la tecnología de reproducción asistida<sup>(19)</sup>. Esta causal parece haber disminuido recientemente al evitarse la transferencia simultánea de múltiples embriones. En el artículo Epidemiología del embarazo ectópico en una institución de III nivel de complejidad, la incidencia de embarazo ectópico fue 0,63%



o 1/157 partos; la mayoría de las pacientes era múltipara, con antecedente de cirugía pélvica previa en 39% y de embarazo ectópico en 20%. Los hallazgos ecográficos más frecuentes fueron presencia de tumoración anexial y líquido libre en el fondo de saco posterior. Un poco más de la mitad de embarazos ectópicos estaba complicado. La cirugía más empleada fue la laparotomía. Siempre es bueno recordar que el diagnóstico ecográfico puede ser dudoso<sup>(20)</sup> o falso negativo.

El artículo Correlación de la biometría fetal estándar y la biometría secundaria con la edad gestacional en gestantes del segundo y tercer trimestre, es un trabajo que estudia medidas fetales no empleadas de rutina y que pueden mejorar la estimación del tiempo de gestación, tan necesaria en problemas obstétricos y perinatales. Los autores denominaron biometría fetal estándar a la medición del diámetro biparietal, circunferencia cefálica, longitud del fémur y circunferencia abdominal; y biometría fetal secundaria a la medición del diámetro cerebeloso transverso, longitud renal y longitud del pie. Existió buena correlación de la biometría fetal estándar y secundaria con la edad gestacional, siendo las de longitud del fémur y longitud del pie las mejores en el segundo y tercer trimestre. Anteriormente se ha publicado en nuestro medio la buena correlación del diámetro cerebelar con la edad gestacional<sup>(21)</sup>, incluso en los embarazos gemelares<sup>(22)</sup>. Las ecuaciones polinomiales han confirmado la correlación del diámetro cerebelar fetal con la edad gestacional<sup>(23)</sup>.

El caso clínico Fetoscopia y coagulación bipolar selectiva en una gestación gemelar complicada con secuencia arterial reversa. A propósito del primer caso en el Perú, se refiere a una gestante de 27 semanas con gestación gemelar monocoriónica complicada con secuencia arterial reversa (TRAP). Se realizó una intervención consistente en fetoscopia y coagulación bipolar del gemelo acárdico, con resultado favorable. Este caso se relaciona con otro caso pionero de cirugía fetal en el Perú, que consistió en la foto-coagulación con láser argón en el síndrome de transfusión feto-fetal, realizado en Huancayo y publicado el año 2014 en nuestra Revista<sup>(24)</sup>.

Entre los casos clínicos se presenta el Manejo laparoscópico de embarazo ectópico en cicatriz uterina por cesárea previa: reporte de un caso. El hallazgo de embarazo ectópico en cicatriz de

cesárea es menos rara de lo que podría considerarse, y hay que estar preparado para su diagnóstico y manejo oportuno. En un estudio de 22 casos con edad gestacional promedio de 6,7 semanas, todos los casos fueron diagnosticados por ecografía, siendo el hallazgo más común la tumoración heterogénea en el sitio de la cicatriz de cesárea. Se tuvo éxito con el tratamiento con metotrexato en 80% de los casos, hallándose que la duración media de la hCG en volverse no detectable luego del tratamiento fue 10 semanas y la resolución ecográfica pudo durar más tiempo<sup>(25)</sup>. En otra serie de 39 casos de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea con diagnóstico por tumoración a la sonografía, en 14 casos se le confundió con neoplasia trofoblástica gestacional. El manejo consistió en metotrexato, legrado uterino, escisión de la lesión vía laparoscópica o laparotomía, o histerectomía transabdominal, sugiriendo a la laparoscopia como la mejor opción<sup>(26)</sup>. La succión curetaje es considerada una alternativa en el tratamiento conservador en casos seleccionados<sup>(27)</sup>.

El Síndrome de Ballantyne: reporte de caso, trata de una entidad rara, consistente en hidropesía fetal, edema materno generalizado y placentomegalia. Se asocia a alta morbimortalidad perinatal. Se presenta el caso de una paciente de 26 años, de 25 semanas de gestación, con diagnóstico ecográfico de hidropesía fetal y placentomegalia y que en su internamiento se complicó con preeclampsia y óbito fetal.

Cierra la producción científica del presente número la nueva sección Controversias en Obstetricia y Ginecología que coordinará desde ahora el Dr. Antonio Ciudad e invitará a especialistas reconocidos a discutir temas de importancia en nuestra práctica diaria. El primer tema es el referido a los métodos de aspiración manual endouterina (AMEU) y el tratamiento médico con misoprostol en el tratamiento del aborto incompleto, ambos procedimientos seguros, prácticos, de manejo ambulatorio y que conllevan a reducción de costos para el sistema de salud y respeto a los derechos de las mujeres.

La Carta al Editor Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo, Lamas. 2014, revela las diferencias entre la cobertura de atenciones prenatales y el parto institucionalizado en esta ciudad, debido a factores geográficos y económicos, que requie-



ren una evaluación y manejo del Sector Salud y los profesionales involucrados, para solucionar el "problema de desencuentro entre el usuario y los servicios de salud a nivel de cada comunidad". La siguiente Carta al Editor ¿Qué hacer cuando un lector sospecha de una falta ética? ameritó las actividades desarrolladas por el Comité Editorial y expresadas a continuación de la carta.

Dr. José Pacheco

Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012 Oct 8;172(18):1377-85.
2. Peckham C. Physician burnout: it just keeps getting worse. *Medscape* 26 enero 2015. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/838437>.
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008 Sep 2;149(5):334-41.
4. Lowes R. Residents are flush with job offers and career regrets. *Medscape Medical News.* January 13, 2015. <http://www.medscape.com/viewarticle/838082>.
5. Ruotsalainen JH1, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 8;12:CD002892. doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub4.
6. Schimpf MO, Harvie HS, Omotosho TB, Epstein LB, Jean-Michel M, Olivera CK, Rooney KE, Balgobin S, Ibeanu OA, Gala RB, Rogers RG; Society of Gynecologic Surgeons Fellows' Pelvic Research Network. Does vaginal size impact sexual activity and function? *Int Urogynecol J.* 2010 Apr;21(4):447-52. doi: 10.1007/s00192-009-1051-2.
7. Edenfield AL1, Levin PJ, Dieter AA, Amundsen CL, Siddiqui NY. Sexual activity and vaginal topography in women with symptomatic pelvic floor disorders. *J Sex Med.* 2015 Feb;12(2):416-23. doi: 10.1111/jsm.12716.
8. Herbenick D1, Reece M, Schick V, Sanders SA. Erect penile length and circumference dimensions of 1,661 sexually active men in the United States. *J Sex Med.* 2014 Jan;11(1):93-101. doi: 10.1111/jsm.12244.
9. Herbenick D1, Barnhart KJ, Beavers K, Bengt S. Vibrators and other sex toys are commonly recommended to patients, but does size matter? Dimensions of commonly sold products. *J Sex Med.* 2015 Jan 28. doi: 10.1111/jsm.12798.
10. Cao Y, Li Q, Zhou C, Li F, Li S, Zhou Y. Measurements of female genital appearance in Chinese adults seeking genital cosmetic surgery: a preliminary report from a gynecological center. *Int Urogynecol J.* 2014 Nov 25. [Publicación electrónica antes de la impresión].
11. Seshadri S, Khalil M, Osman A, Clough A, Jayaprakasan K, Khalaf Y. The evolving role of saline infusion sonography (SIS) in infertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Feb;185C:66-73. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.037.
12. Ahmadi F, Rashidy Z, Haghghi H, Akhoond M, Niknejadi M, Hemat M, Shamsipour M. Uterine cavity assessment in infertile women: sensitivity and specificity of three-dimensional hysterosonography versus hysteroscopy. *Iran J Reprod Med.* 2013 Dec;11(12):977-82.
13. Carneiro MM. What is the role of hysteroscopic surgery in the management of female infertility? A review of the literature. *Surg Res Pract.* 2014;2014:105412. doi: 10.1155/2014/105412.
14. Pacheco J, Ángeles R, Ishihara J, Orihuela P, Zúñiga C. Gestación en parejas con infertilidad. Experiencia en el Hospital Nacional E. Rebagliati M., EsSalud. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2005;51(2):68-79.
15. Siam S, Soliman BS. Combined laparoscopy and hysteroscopy for the detection of female genital system anomalies results of 3,811 infertile women. *J Reprod Med.* 2014 Nov-Dec;59(11-12):542-6.
16. Godinjak Z1, Idrizbegović E. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in infertile women? *Bosn J Basic Med Sci.* 2008 Feb;8(1):44-7.
17. Marion LL1, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2012 Jun;55(2):376-86. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.
18. Al-Turki HA. A review of 33 years (1980-2013) of data indicating a rise in ectopic pregnancy in Saudi Arabia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Jan;128(1):33-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.07.037.
19. Perkins KM, Boulet SL, Kissin DM, Jamieson DJ; National ART Surveillance (NASS) Group. Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. *Obstet Gynecol.* 2015 Jan;125(1):70-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000000584.



20. Mazzariol FS, Roberts J, Oh SK, Ricci Z, Koenigsberg M, Stein MW. Pearls and pitfalls in first-trimester obstetric sonography. *Clin Imaging*. 2014 Oct 23. pii: S0899-7071(14)00254-X. doi: 10.1016/j.clinimag.2014.10.009. [Publicación electrónica antes de la impresión].
21. Pacheco J, Salvador J. Curva de crecimiento del cerebelo fetal determinada por ultrasonido. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2004;50(1):24-31.
22. Pacheco J, Salvador J. Curva de crecimiento del cerebelo fetal en gemelares y en alteraciones del desarrollo del feto. Comunicación preliminar. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2004;50(1):38-44.
23. Araujo Júnior E, Martins WP, Nardoza LM, Pires CR, Filho SM. Reference range of fetal transverse cerebellar diameter between 18 and 24 weeks of pregnancy in a brazilian population. *J Child Neurol*. 2015 Feb;30(2):250-3. doi: 10.1177/0883073814527161.
24. Molina Loza E, Angulo Cárdenas D, Ortega Álvarez F, Altez Navarro C. Fotocoagulación con láser argón en el síndrome de transfusión feto-fetal. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2014;58(4):343-6.
25. Ko JK, Li RH, Cheung VY. Caesarean scar pregnancy: A 10-year experience. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015 Feb;55(1):64-9. doi: 10.1111/ajo.12273.
26. Li Y1, Xiang Y2, Wan X1, Feng F1, Ren T1. [Clinical study on 39 cases with caesarean scar pregnancy with sonographic mass]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2014 Jan;49(1):10-3.
27. Bayoglu Tekin Y1, Mete Ural U, Balık G, Ustuner I, Kır Şahin F, Gündoğmuş Güven ES. Management of cesarean scar pregnancy with suction curettage: a report of four cases and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Jun;289(6):1171-5. doi: 10.1007/s00404-014-3143-6.