

EDITORIAL

Hemos tenido la oportunidad de asistir al Primer Taller para la Elaboración del Plan Estratégico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 2006-2011, que tuvo lugar el 29 y 31 de julio del presente en Lima. En dicho Taller participaron las autoridades de la SPOG, past Presidentes, Presidentes o representantes de las Filiales de SPOG en la República, algunos miembros invitados, y se contó con la asesoría de Informet. Producto de este Taller de dos días, se ha elaborado el Informe preliminar del Plan Estratégico de SPOG. En él se presenta los antecedentes que establecen un marco general de la obstetricia y ginecología en el Perú, con el que tiene relación la SPOG, Luego, se transcribe los productos obtenidos a nivel estratégico, donde se incluye la visión de futuro y la misión institucional, que intenta implicar la identidad y el rol que cumple la SPOG como institución, además de los objetivos, estrategias, tácticas, resultados e indicadores por cada objetivo estratégico, los cuales deberán ser afinados sobre la base de un trabajo de asesoría. Finalmente, en el formato completo del Plan Programático se incluye las metas e indicadores para las tácticas definidas, así como de manera integral cada uno de los componentes que conforman dicho plan. Fue interesante definir y discutir las FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) de SPOG, para de allí trazar nuestras estrategias futuras. Interesante Taller, en el que los participantes sacaron a relucir sus pocos o vastos conocimientos gerenciales y la experiencia de sus past Presidentes y Presidentes de Filiales, de manera de dejar para el futuro un porvenir para SPOG acorde con el siglo XXI. Felicitamos al Dr. Miguel Gutiérrez, Presidente de SPOG, por la feliz iniciativa del Taller, de incalculable valor para nuestra Institución.

Los trabajos originales del presente número de RPOG, se inician con un estudio clínico-epidemiológico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda, realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. En tres años se atendió 68 pacientes por EPI, representando 4,1% del total de las hospitalizaciones ginecológicas. Como en todas las revisiones sobre el tema, existió un error diagnóstico al ingreso de 15% de los casos, que incluyeron apendicitis aguda, endometriosis, quiste anexial complicado y embarazo ectópico. Son importantes los hallazgos de que el número de compañeros sexuales, las relaciones sexuales durante la menstruación, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el uso de DIU como método anticonceptivo fueron los factores de riesgo epidemiológicos más sobresalientes. Recalca nuestra obligación como ginecoobstetras de impartir educación preventiva a nuestras pacientes en todos los niveles a toda condición social.

Viene enseguida un interesante trabajo sobre complicaciones de la terapia hormonal de reemplazo en mujeres posmenopáusicas sanas. En dicho estudio observacional de 514 mujeres posmenopáusicas sanas que recibían terapia hormonal de reemplazo con 0,625 mg de estrógenos equinos conjugados más 2,5 mg de acetato de medroxiprogesterona por día, realizado durante cinco años, la edad media fue 57,5, mucho menor que la del estudio WHI. Se tuvo en cuenta el índice de masa corporal, el cual fue normal en 87,0% de las mujeres. La incidencia de complicaciones asociadas a la terapia hormonal fue 40,1%, que incluyeron la hipertrigliceridemia (31,7%), hipercolesterolemia (25,9%), enfermedad coronaria (6,2%), hiperplasia



endometrial (2,4%) y cáncer de mama (2,4%), que se presentaron con más frecuencia en las mujeres mayores de 70 años. Es un primer estudio observacional realizado satisfactoriamente en mujeres menopáusicas peruanas que recibieron TH y en quienes los estrógenos conjugados más AMP se asociaron a ciertas complicaciones orgánicas, metabólicas y neoplásicas. Debería ser un estímulo para que los ginecoobstetras a cargo de servicios que ofrecen atención a mujeres menopáusicas diseñen una investigación que pueda reafirmar o rectificar lo encontrado en un hospital de EsSalud, de manera que no tengamos que basar nuestra información de la que procede de países foráneos con otras realidades.

A continuación se inicia una sección de trabajos sobre mortalidad materna, en donde nos informan, en primicia, algunas variaciones de las tasas en el país y en Lima Capital. Primero publicamos una evaluación sobre la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna (VEMM) en el país y sus resultados halagadores. Se nos recuerda que el VEMM es el componente del sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, determinación y cuantificación de las causas de muerte materna y la probabilidad de su prevención en áreas geográficas y períodos determinados, con el objeto de contribuir al desarrollo de medidas para su reducción. En la experiencia reportada por el Ministerio de Salud con el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, aplicada en el país desde 1999, se observa el protocolo seguido con esta tecnología, identificando, investigando, analizando la muerte materna y el empleo de la información, de manera de promocionar la salud materna y contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna. El autor señala que, en 1999, la razón de muerte materna fue 176,2 por 100 mil nacidos vivos y en el año 2002, 163,9, cifras coincidentes con las publicadas por el Instituto Nacional de Estadística. A pesar de esta importante reducción, el autor señala que existen 15 de los 24 departamentos en que está dividido el país, en los que la razón de muerte materna está por encima del promedio nacional. Y la primera causa de MM continúa siendo la hemorragia, con casi la mitad de las muertes, y que la mayor parte de las muertes ocurre en el puerperio. Aunque los

indicadores de impacto, de proceso y de calidad de atención han mejorado, finaliza diciendo que aún existen problemas sobre los cuales habrá que trabajar a fin de cumplir con las Metas del Milenio.

Gracias a la gentileza del Dr. Sixto Sánchez, médico epidemiólogo del Ministerio de Salud, conocíamos que las causas de muerte materna en Lima Ciudad habían variado y la preeclampsia/eclampsia había ascendido al primer lugar como causa de muerte materna en la Disa V. En el presente número de la RPGO, se presenta un estudio sobre la mortalidad materna en la División de Salud Lima Ciudad V, entre los años 2000 y 2004. Los datos fueron obtenidos principalmente de las fichas de investigación epidemiológica de muerte materna. La razón de muerte materna fue 100,63, correspondiendo 66,7% a la muerte materna directa, en la que la hipertensión gestacional fue responsable de 50% de las muertes, seguido del aborto, la infección y la hemorragia. Es importante que se subraye que hubo demora en la atención en 57% de los casos y que 54% de las pacientes no había sido transferida de otros hospitales. Finalizan los autores señalando que aproximadamente 50% de las muertes maternas era evitable, por lo que el análisis de la mortalidad materna requiere un mejor registro y políticas de salud que mejoren el cuidado prenatal, la calidad de atención y la infraestructura hospitalaria. Y, agregaríamos, un mayor compromiso de los profesionales de la salud que atienden a la gestante peruana.

Correlacionado con esta investigación, el trabajo presentado a continuación estudia la mortalidad materna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante 11 años. Los 53 casos de muerte materna representaron una tasa de mortalidad materna de 115,4 por 100 000 nv. El promedio anual de muertes fue de 4,8. No hubo muertes maternas en menores de 15 años y mayores de 45 años. Las muertes fueron más frecuentes durante el puerperio, en 71,7% de casos, predominando las muertes de causa directa, con 64,2 %, principalmente infección (30,2%), hipertensión (26,4%) y hemorragia (7,5%). Destacaron el aborto séptico y la eclampsia, con 26,5% cada una. En los últimos 5 años, 64% de las muertes fueron evitables.

En los dos trabajos anteriores, se observa la importancia que ha adquirido la preeclampsia/



eclampsia que, igual que en los hospitales de EsSalud de la República, ahora también representa la primera causa de muerte materna en Lima Ciudad. Lo que ha llevado a un grupo de investigadores y ginecoobstetras preocupados por esta complicación del embarazo a realizar un Seminario sobre Preeclampsia y eclampsia / Mortalidad materna, entidad clínica la primera de causa aún imprecisa, con alteración de la fisiología del endotelio, que aún no tiene una respuesta sobre el manejo más adecuado –salvo la terminación del embarazo– ni de su prevención –salvo no gestar-. Con la participación de los Drs. Michelle A. Williams de EEUU, Jack Moodley de Sudáfrica, especialistas de SPOG y representantes miembros de Comités de Mortalidad Materna de las diferentes Disas del país, tendrá lugar en Lima los días 18 y 19 de octubre en el auditorio del Colegio Médico del Perú. Los representantes de las Disas traerán consigo sus experiencias sobre mortalidad materna y el programa tiene temas relacionados a preeclampsia y eclampsia que serán de mucho interés.

El investigador Dr. Manuel Ticona ha publicado curvas de crecimiento fetal que ya son reconocidas como patrones de comparación del crecimiento del producto de la concepción en el Perú. Esta vez, nos ha remitido las curvas de crecimiento intrauterino de gemelares, la que ha sido determinada en nuestro país por primera vez. Anteriormente, sólo se había estudiado en nuestra población la curva de crecimiento de gemelares por ultrasonido (Pacheco J, Huaman M, Linares J. Curvas de crecimiento por ultrasonido de gemelares. *Acta Médica Peruana*. 1986;13:38) y la curva de crecimiento cerebelar fetal en gemelares (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). La investigación tiene mayor valor, al considerar que el recién nacido (RN) gemelo tiene gran riesgo de morbilidad y mortalidad. De 36,909 recién nacidos vivos, estudió 282 gemelares que, en la semana 38, sus percentiles 10 y 90 de peso fueron 2275 y 3180 g, talla 45,8 y 48,4 cm y perímetro cefálico, 323 y 354 mm, respectivamente. Al comparar al gemelo con el RN único a la 38ª semana, la diferencia de peso

en el p50 fue 452 g; 44,3% de los gemelos localizó su peso debajo del p10 de la curva de peso para RN únicos; la talla y el perímetro cefálico estuvieron menos comprometidos. El peso de gemelos disminuyó significativamente a partir de la semana 34 de gestación, y por ello se encontró más adelante una frecuencia de pequeño para la edad gestacional de 12,3%. En consecuencia, los autores recomiendan emplear tablas específicas para gemelos a fin de evaluar adecuadamente su crecimiento intrauterino.

Otra investigación estudió gestantes con sospecha ultrasonográfica prenatal de circular de cordón al cuello del feto, lo cual fue confirmado al nacimiento dentro de las 48 horas del examen, hallando que la profundidad de la muesca del cordón umbilical por flujometría Doppler se relacionó con un pH 7,20; y que, para encontrar un pH 7,20, la profundidad de la muesca mínima debería ser 7,55 mm.

Se completa la relación de trabajos del presente número de la RPGO con la presentación de dos casos de interés: un embarazo y nacido vivo obtenido en Lima luego del uso de letrozole para estimular la ovulación y un caso de bartonelosis y gestación, que es motivo de una interesante revisión sobre la verruga peruana, enfermedad de Carrión o fiebre de la Oroya, este caso asociado a hipertensión.

El día 30 de setiembre se conmemora el Día de la Hipertensión en el Perú. La SPOG tendrá ese día una reunión conjunta con la Sociedad Peruana de Cardiología y la Sociedad de Neurología, en la nos tocará resaltar la importancia que la hipertensión tiene en nuestro país, pues está presente en una de cada cuatro personas y mucho más frecuente después de los 60 años y, en la mujer gestante, puede complicarse el cuadro de alteración del endotelio al añadirse la preeclampsia, complicando la enfermedad con convulsiones, falla renal, hemorragia intracerebral, coagulación intravascular, desprendimiento prematuro de la placenta, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, muerte materna y perinatal, entre otros. Estamos alerta sobre este problema y no sería demás ver cómo está nuestra propia presión arterial. Hasta el próximo número.

El Comité Editorial