

EDITORIAL

Al finalizar el año y próximos a un nuevo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, brindamos el presente número a la actividad desplegada por el Dr. Valentín Jaimes Serkovic y su Comité Organizador para que el Congreso se desarrolle de la mejor manera, tanto desde el punto de vista científico y académico –con la participación de magníficos ponentes nacionales y extranjeros– como de encuentro y cordialidad, meta ulterior de todo evento científico que organiza la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

También queremos expresar nuestra felicitación a nuestra consocia Dra. Rosario Gutiérrez Pantoja, quien es ahora Presidenta Electa de la SPOG para el período 2007-2009. La Dra. Gutiérrez tendrá el privilegio de ser la segunda mujer en asumir la conducción de esta importante sociedad científica peruana. Le deseamos mucho éxito, desde ya.

El parto pretérmino es uno de los grandes problemas aún no resueltos en el mundo de la obstetricia, pues, a pesar de haber avanzado inmensamente en la biología molecular, inflamatoria e inmunológica de la complicación, así como en tecnología de vigilancia fetal, las modificaciones del cérvix y la aplicación de nuevos medicamentos, no se ha logrado mejorar las tasas de prematuridad y de morbimortalidad, principalmente perinatal. En el trabajo original sobre el tema expuesto en el presente número de la Revista, se trata de determinar los factores de riesgo maternos y fetales que se asocian al parto prematuro, en gestantes y recién nacidos atendidos en un hospital nacional. En el estudio caso control, los factores de riesgo maternos fueron edad menor de 20 años, antecedente de prematuridad, control prenatal inadecuado, infección urinaria, rotura prematura de membranas, preeclampsia-eclampsia y hemorragia anteparto, mientras que los factores de riesgo fetales fueron muerte intrauterina, embarazo gemelar y mala presentación. Lo que nos lleva a recordar que la mejor edad reproductiva es entre los 20 y los 30 años y que debemos ser muy acuciosos en obtener una buena histo-

ria clínica médica y obstétrica, así como hacer un buen y cercano seguimiento a cada gestante, informada ampliamente sobre la importancia del cuidado prenatal. Con relación al embarazo gemelar como factor asociado a prematuridad, en el hospital Rebagliati de Es Salud, al lado de la prematuridad por preeclampsia – un gran dolor de cabeza–, se está atendiendo un número en incremento de partos pretérmino en gestantes que concibieron con fertilización asistida. Esta complicación como resultado del manejo de la infertilidad es motivo de una investigación presentada en el último número de *Fertility and Sterility* (McGovern PJ, et al. Increased risk of preterm birth in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization-embryo transfer or gamete intrafallopian transfer: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2004; 82(6):1514-20), lo que debe ser motivo de meditación para quienes estamos involucrados en el manejo de estas parejas.

Un hospital de EsSalud, de reciente formación, ha iniciado sus actividades ginecoobstétricas enfrentando uno de los problemas más serios a nivel mundial y, en particular, en los hospitales de la seguridad social del Perú. Las tasa de cesáreas son altas y se ha avanzado poco en revertir esta situación. El estudio ha sido sobre las características maternas y perinatales, tipo de parto y complicaciones de las gestantes con parto vaginal después de una cesárea anterior. Siguiendo un protocolo, la tasa de éxito de parto vaginal fue de 55% en gestantes con cesárea previa, habiéndose utilizado vacuum en 9,2% de las parturientas. Se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 15% de pacientes. El peso promedio de los neonatos fue 3,406 g y 5% fue macrosómico. El Ápgar a los 5 minutos fue satisfactorio en 99,4% de los recién nacidos y no hubo casos de rotura uterina. Ello confirma trabajos anteriores publicados en esta misma Revista sobre la seguridad que puede existir en la atención del parto vaginal en la cesareada anterior en un grupo seleccionado de mujeres, con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos.



Un trabajo compara el misoprostol vía sublingual y la oxitocina vía intramuscular en el manejo activo del tercer período del parto, y la efectividad en prevenir la hemorragia posparto. En el grupo de misoprostol, el tiempo promedio de alumbramiento y el sangrado posparto fueron 18' 2" y 486,6 mL, respectivamente, mientras que en el de oxitocina fueron 10' 53" y 317,12 mL respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas. Se encontró disminución significativa en el valor medio del hematocrito antes y después de haberse suministrado misoprostol, y la mayor parte de las pacientes con misoprostol presentaron al menos un efecto colateral. Concluyen los autores que, en la prevención de la hemorragia posparto, la oxitocina por vía intramuscular es más efectiva que el misoprostol por vía sublingual y tiene menos efectos colaterales.

El embarazo en adolescentes aumenta cada vez más su presencia en nuestros hospitales, especialmente en los de Minsa. Se ha estudiado la frecuencia de cesáreas en gestantes adolescentes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. En el estudio, a las adolescentes correspondieron el 20% de las gestaciones, 18% de las cesáreas y 13% de los abortos. El problema de estas adolescentes se acentúa cuando se observa que 91% no tenía unión estable. El 85% ingresó a sala de operaciones como emergencia, siendo indicaciones principales de cesárea la desproporción cefalopélvica y la distocia de presentación. Se puede concluir que la cifra de embarazo en adolescentes sigue aumentando en el Perú y que, de ellas, cerca de 20% termina su gestación por cesárea, lo cual representa un problema preocupante de salud pública, social, de educación y de derechos humanos que debemos afrontar en algún momento.

Un artículo de revisión hace referencia a la preeclampsia-eclampsia como un síndrome maternofetal multifactorial. Sobre esta entidad, cuya causa aparentemente no es única, se vuelve a recordar lo que se conoce hasta el momento de la posible fisiopatología hipóxica y de mala placentación, con invasión inapropiada de las arterias espirales por el trofoblasto y alteraciones de factores vasculares, incluyendo pseudovasculogénesis defectuosa, que resulta en la isquemia placentaria. Los autores añaden como factor asociado el de privación social/afectiva, por un estudio realizado en un hospital limeño y que tuvo ese resultado. Por último, se remarca que la hipertensión arterial sería una consecuencia y no la

causa de la enfermedad, conclusión que hemos expuesto anteriormente en estas mismas páginas de la Revista. Ello quiere decir que no debemos esperar que exista hipertensión arterial para hacer el diagnóstico de preeclampsia o de sus complicaciones mayores –eclampsia, coagulación intravascular diseminada, síndrome HELLP. Nos gustaría haber recibido un trabajo que hubiera ya encontrado el manejo preventivo o terapéutico que permitiera evitar la gran morbilidad materna y perinatal de la entidad.

Finaliza la presentación de trabajos del presente número con un caso clínico que lleva a la revisión de la feminización testicular, una afección genética recesiva ligada al cromosoma X, con insensibilidad androgénica completa, como variedad más frecuente del pseudohermafroditismo masculino. En estos casos, la producción de andrógenos por los testículos es normal, pero no hay acción por ausencia de receptores en los órganos diana. Desde luego, el estudio y manejo debe estar a cargo de varias especialidades médicas.

También en este número se presenta el índice general y el índice por autores desde el mes de setiembre de 1994, cuando nos hiciéramos cargo de la línea editorial de la Revista. Es decir, hemos cumplido 10 años en el cargo, lapso en el que se ha publicado la hoy Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia sin interrupción, ahora trimestralmente y venciendo todas las dificultades que conlleva el cargo. El Comité Editorial se siente muy satisfecho de la labor realizada y continuará buscando la calidad de la Revista y la mejor producción científica nacional sobre la especialidad, pues hoy ella es conocida en el Perú, Latinoamérica y el mundo, a través de la distribución personal e institucional y por su publicación en diversas páginas web.

Acaba el año y se avizora un nuevo Congreso de la especialidad y, más adelante, una nueva gestión en la Sociedad. Quienes nos sentimos muy ligados a la Sociedad, por décadas, deseamos que la SPOG siga creciendo, que llegue a comprometer en sus filas a todos los ginecoobstetras del país, que participe activamente como asesor de las autoridades de gobierno en Salud, que siga promoviendo la investigación, la docencia y la capacitación, y que siga siendo líder como asociación científica en el Perú y en Latinoamérica, en beneficio de la mujer peruana. ¡Feliz Año 2005!

El Comité Editorial