

EDITORIAL

Encontramos una vez más que un grupo de personas obstinadas en hacer prevalecer sus creencias buscan confundir a la población peruana. Ha quedado demostrado científicamente que la píldora del día siguiente –levonorgestrel 75 mg– no es abortiva y que es un recurso importante para las parejas que sufrieron violación o coito sin protección y que no desean gestar. Se esgrimen razones fundamentalistas, pero se olvida que la tasa de fecundidad global deseada es 1,8, mientras que la tasa observada es 2,4 (Endes, 2000). Como se señala en un trabajo más adelante en este número de la Revista, para el año 2000, 60% de los embarazos que anualmente ocurren en el Perú son no deseados, de los cuales 35% terminan como abortos inducidos. Es decir, gran parte de la población femenina puede llegar a embarazarse sin tener la voluntad de procrear. Si gestan, muchas de ellas prefieren eventualmente someterse a un aborto ante una situación desesperada, muchas veces en condiciones precarias que pueden llevarla a la muerte. Felizmente, la Ministra de Salud, médica con amplios conocimientos y convicciones científicas, y quien se ha asesorado con entidades de prestigio, como el Colegio Médico del Perú y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, entre otros, en esta nueva oportunidad de conductas amenazantes, ha mostrado la cordura y tranquilidad de una profesional que sabe lo que hace y ha sido inmediatamente respaldada por las instituciones vinculadas al tema y que defienden los derechos de la mujer, de que se le informe y se le ofrezca la gama de métodos anticonceptivos, de

los que ella voluntariamente decidirá escoger y usar, de acuerdo a su comprensión y a sus convicciones.

Iniciando los trabajos originales del presente número de la Revista, se presenta los hallazgos laparoscópicos en pacientes con infertilidad en un hospital nacional. El estudio es con laparoscopia diagnóstica, encontrándose 95,3% de laparoscopias anormales, principalmente por alteración de los factores tubárico (67%) y peritoneal (66%). Las patologías más frecuentes fueron la endometriosis y la obstrucción tubárica. Como concluyen los autores, la laparoscopia es un método útil y seguro para el estudio de la infertilidad. Pero, creemos nosotros, que debe ser continuada con la resolución quirúrgica de los problemas encontrados, como los mismos autores indican. En una revisión local reciente, a ser publicada, el porcentaje de mujeres con infertilidad que llegaron a gestar aumentó luego de una laparoscopia quirúrgica. Estaremos atentos a que los mismos autores nos indiquen cuál fue el resultado de gestación en estas pacientes intervenidas, que es, para quienes trabajan en el campo de la infertilidad, la meta buscada.

Un trabajo que llamó la atención en el reciente Congreso Mundial de la FIGO en Chile fue el estudio presentado por colegas de Trujillo sobre la asociación entre el parto vaginal y el parto por cesárea con el cáncer epidermoide de cuello uterino y sus precursores. Cuando se revisó los casos de 177 mujeres con diagnóstico clínico e histopatológico



co de cáncer de cérvix y sus precursores atendidas entre los años 2000 y 2002, y fueron comparados con mujeres sin el diagnóstico de cáncer de cérvix, los autores encuentran que la edad de la primera relación sexual, la paragravidez y la variable tipo de parto se asociaron significativamente con la aparición de cáncer de cérvix. Sorprendentemente, el parto vaginal mostró un riesgo de más de 24 veces, en comparación con el parto por cesárea, de desarrollar en un futuro cáncer de cérvix y sus precursores. La razón sería el traumatismo que sufre el cérvix uterino durante el parto vaginal, que predispondría al asentamiento del virus papiloma. Queda por delante que este hallazgo no esperado pueda ser confirmado en otras instituciones. A ver quién coge el guante.

Cuando se ha comparado la frecuencia de endometritis e infección de herida operatoria en cesáreas programadas y de urgencia, en un Hospital de Arequipa se halló que 11,7% de las pacientes operadas de urgencia presentaron endometritis e infección de herida operatoria, en comparación con 6,1% en los casos de cesáreas programadas, pero careciendo estas diferencias de significación estadística. Además, 18,3% de las pacientes cesareadas entre las 0 y 7 horas presentaron alguna de las complicaciones postoperatorias en comparación con 9,7% y 9,4% de las pacientes operadas entre las 8 a 15 y 16 a 23 horas, respectivamente, con diferencias altamente significativas. Y, 12,8% de pacientes sin profilaxis antibiótica presentó alguna de las complicaciones, en comparación con 5% de quienes sí la recibieron, con diferencia significativa. Concluyen los autores que la endometritis y la infección de herida operatoria no fueron significativamente más frecuentes en las cesáreas de urgencia, pero que si existió una diferencia altamente significativa en la hora de intervención y en el uso de profilaxis antibiótica entre las pacientes cesareadas que hicieron endometritis y/o infección de herida operatoria.

Otro trabajo de Trujillo, evalúa la eficacia del metotrexato en el tratamiento de la mola hidatidiforme en las tasas de recurrencia y evolución a coriocarcinoma. Se incluyó pacientes con al menos un año postevacuación de la mola y no a quienes se había realizado histerectomía. Los au-

tores encontraron que 0,6% de las pacientes tratadas con metotrexato evolucionaron a mola recidivante y ninguna a coriocarcinoma, mientras que las pacientes que no recibieron metotrexato presentaron un alto porcentaje de coriocarcinoma (4,8%) y mola recidivante (4,2%). La conclusión es que el uso de metotrexato profiláctico en pacientes con mola hidatidiforme disminuye la aparición de mola recidivante y coriocarcinoma.

Enseguida encontramos un muy interesante trabajo sobre los aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en la salud pública. Los autores se refieren primeramente sobre la frecuencia de abortos atendidos en hospitales, cifras reportadas muy inferiores a las encontradas en el estudio del Instituto Alan Gutmacher publicado en 1994, en donde los abortos en el Perú representaron aproximadamente la tercera parte del total de embarazos. Luego, Ferrando ha hallado cifras aún más preocupantes a nivel nacional. Señala el autor que el embarazo no deseado por la mujer es más frecuente de lo que podemos imaginar y ocurre como consecuencia de la falta de acceso a los servicios de planificación familiar, falta de recursos económicos o emocionales para el cuidado del niño, por parte de la mujer, riesgo de perder oportunidades para la educación o el empleo, riesgo de enfermar y relación abusiva por imbalance de poder dentro de las relaciones sexuales y sociales. De cada 100 mujeres que se realizan un aborto provocado en el Perú, sólo una cifra próxima al 14% se hospitaliza finalmente, para resolver algún tipo de complicación. La razón de muerte materna por aborto representó una cifra de 60,5 por 100 mil nacidos vivos. Si se relaciona la muerte materna sólo con los abortos sépticos, de cada 100 casos se muere una mujer. Y, si los casos infectados responden a aborto inducido, la tasa de muerte materna es asombrosamente casi 1000 por cien mil abortos.

Por otro lado, la mujer que no muere por aborto, puede quedar con profundas repercusiones en su salud física, mental y en su comportamiento sexual y reproductivo, como depresión, ansiedad y miedo. Además, las repercusiones del problema se extienden a las mujeres, sus familias, la comunidad médica y a todos los sectores de la sociedad, cons-



tituyendo un grave problema de salud pública.

El autor señala que será necesario entender mejor lo que significa el embarazo no deseado. Y propone, para reducir los daños que representa el aborto inducido, prevenir el embarazo no deseado con políticas de educación y salud, que incluya programas de planificación familiar seguros, aceptables y variados, humanizar el manejo del aborto y reducir la posibilidad que los abortos complicados ocasionen muertes o complicaciones graves.

En el área de historia de la medicina, se incluye una colaboración sobre el inicio de la ginecología en el Perú, que el autor indica empieza el 17 de agosto de 1898, cuando el profesor Constantino T. Carvallo inició la docencia de la ginecología, tres años después de la dación de la ley de creación de la cátedra de clínica ginecológica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Para ello, se separó el capítulo de enfermedades puerperales del curso de obstetricia y el capítulo de enfermedades de niños, que dio origen a la cátedra de Pediatría. El autor resalta las virtudes de desprendimiento y entrega del Dr. Carvallo, para materializar esta cátedra, en el área que más tarde ocupó el Hospital Maternidad de Lima. Además, el Dr. Carvallo fue pionero en varios campos, como los procedimientos de esterilización, prácticas de asepsia quirúrgica, esterilización con estufa seca, guantes de goma, el primero en traer un aparato de rayos X y precursor en el uso de la radioterapia.

Se recibe como comunicación corta una propuesta proveniente de Trujillo, sobre el síndrome de ovarios poliquísticos. Los autores inician su propuesta con la premisa de que el síndrome de ovarios poliquísticos es probablemente la endocrinopatía más frecuente de las mujeres en edad fértil y la causa más común de infertilidad de origen anovulatorio. Señalan que los ovarios poliquísticos por ultrasonografía muestran la presencia de más de ocho quistes menores de 10 mm de diámetro dispuestos en forma periférica y un estroma hiperecogénico y que el estroma ocupa más del 25% del volumen ovárico total en un ovario agrandado. Y plantean que se considere este síndrome como una entidad frecuente, heterogénea, con serias complicaciones y factible de ser

controlada.

Habiendo publicado en el primer número del presente año una revisión sobre el tema, con las recomendaciones dadas por la Reunión de Consenso auspiciado por ESHRE/ASRM sobre el síndrome de ovario poliquístico, realizado en Róterdam en 2003, vale la pena sugerir que en adelante nos guiemos por este consenso, debido a la multiplicidad de comunicaciones sobre lo que significa el síndrome y su diagnóstico, que lo único que hace es distraer a los médicos involucrados en la atención de estas pacientes. Según los criterios de Róterdam, el diagnóstico de SOPQ se puede hacer a una mujer con dos de las siguientes tres manifestaciones: oligoovulación o anovulación, signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo y presencia de ovarios poliquísticos. El consenso de Róterdam llama la atención sobre la inexactitud y variabilidad de los métodos de laboratorio para medir andrógenos, así como la amplia variabilidad de resultados en la población normal. Por lo que sugieren que la testosterona libre y el índice de T libre son los métodos más sensibles para determinar hiperandrogenismo. Además, según los criterios de Róterdam, en el SOPQ por ecografía se determina así a ovarios agrandados que contienen por lo menos 12 folículos cada uno, que miden 2 a 9 mm de diámetro y/o con volumen incrementado a 10 mL o más. Sólo se necesita que un ovario llene estos criterios para corresponder a la definición de ovarios poliquísticos. Se debe omitir la distribución de los folículos y el aumento en la ecogenicidad del estroma. Sin embargo, estas alteraciones ecográficas no siempre se acompañan de las características propias del SOPQ.

Lo anterior se contradice con la proposición de nuestros amigos trujillanos, Además que, en la evaluación en mujeres infértiles en la seguridad social, no hemos podido encontrar sino escasos casos de síndrome de ovario poliquístico, ciñiéndonos a los criterios rigurosos que señalan quienes tienen una experiencia mayor en el tema.

Sí estamos totalmente de acuerdo que los casos de SOPQ deben ser manejados en el contexto de un programa preventivo promocional, porque estas mujeres pueden estar en una etapa previa al



síndrome metabólico y sus terribles manifestaciones –obesidad, hipertensión, diabetes–, y, por lo tanto, se les deberá brindar una atención muy especial.

Se continúa luego con la presentación de un caso de hemangioma de trompa uterina.

Los Resúmenes Seleccionados se refieren, una vez más, a situaciones relacionadas al manejo de la mujer menopáusica, por el interés de hallazgos recientes y por evaluaciones de nuevos resultados relacionados al WHI y otros amplios estudios.

Queremos terminar deseando que deseamos que se permita a personas interesadas en el progreso del Perú, como la Ministra de Salud Dra. Pilar Mazetti, a seguir trabajando por el bien de la salud de las personas en nuestro país, y que se deje de evocar discusiones intrascendentes y acusaciones tipo zancadilla, que –costumbre muy peruana, y especialmente de los políticos actuales–, lo único que quieren es traer abajo a personas que pueden cambiar hacia mejor la atención de la mujer y del hombre peruanos.

El Comité Editorial