



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2003; 49 (4): 199 -201

### EDITORIAL

Un año más se va, y continúan las incertidumbres en la política nacional, cuyo reflejo es la situación social y económica actual, peligrosamente afectada. Salud es uno de los capítulos más sufridos, con los presupuestos económicos declarados en austeridad en los hospitales de MINSA y EsSalud, lo que hace peligrar la atención esmerada y de calidad que se merecen los peruanos con respecto a su salud.

Además, el clima laboral de los profesionales de la salud no es la más apropiada, por sueldos que no se incrementan por varios años y por las limitaciones en equipos e insumos que se añan al riesgo de litigación ante la posible ocurrencia de hechos desafortunados. Queda a los políticos establecer la mejor distribución presupuestal, que no siga incrementando la burocracia administrativa en salud (aumento de 2 mil millones de soles en burocracia para el 2004) y se distribuya los recursos con eficiencia, dirigidos a disminuir las enfermedades que más morbimortalidad ocasiona en los peruanos, principalmente muerte materna y perinatal, tuberculosis, infecciones gastrointestinales y de transmisión sexual, aborto, espaciamiento de los nacimientos, entre otros, pero poniendo énfasis en la prevención, educación y medidas de una nutrición adecuada.

El primer trabajo original que presentamos en el presente número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia es uno bien elaborado sobre crecimiento fetal determinado por biometría ultrasonográfica en gemelos adecuados y pequeños para edad gestacional. Es un estudio de ecografías realizadas en gemelares, por lo menos 3 ecografías durante la gestación, evaluando diámetro biparietal, circunferencia abdominal, longitud de fémur y peso promedio fetal. Al diferenciar los gemelos con crecimiento adecuado y compararlos con gemelos pequeños para la edad gestacional, la circunferencia abdominal mostró diferencias a toda edad. El diámetro biparietal también tuvo varió, lo que llevó a la conclusión lógica de que los gemelos adecuados para edad gestacional tienen un patrón de crecimiento diferente al de los pequeños para edad gestacional, alcanzando tardíamente diferencias clínicamente significativas en la circunferencia abdominal y el diámetro biparietal.

Otro estudio relacionado a ultrasonografía, compara dos fórmulas para calcular el peso fetal ecográfico vs. peso al nacer, las fórmulas de Hadlock (1985) y la de Lagos, ecografista chileno



con numerosos trabajos publicados. Al evaluar por ecografía 50 gestantes, se procedió al cálculo del peso fetal estimado para compararlo con el peso al nacer. El peso promedio al nacer fue 3210g. Para la fórmula de Hadlock, el peso promedio estimado fue 3207 g, con error porcentual 5,54%, error estándar 130 g y correlación 0,887. Para Lagos, el peso promedio estimado fue 3259 g, error porcentual 5,75%, error estándar 142 g y correlación 0,871. Concluyen los autores que la fórmula más confiable para la estimación del peso fetal es la propuesta por Hadlock.

Un tema aun difícil de resolver es el manejo de la ruptura prematura de membranas. Un trabajo evalúa la inducción del trabajo de parto con oxitocina en gestantes a término con ruptura prematura de membranas. Los autores encontraron una incidencia de ruptura prematura de membranas de 8,1 %, siendo 88,9% gestantes a término. La vía de parto fue vaginal en 85% y por cesárea en 15%, habiéndose encontrado 10% de pacientes con corioamnionitis, 11 % neonatos potencialmente infectados y 16% con sepsis neonatal. La evolución posterior fue buena.

Un excelente trabajo busca identificar los factores de riesgo de la mortalidad perinatal en el Perú, tanto a nivel poblacional -evaluando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDES- como hospitalario, usando el Sistema Informático Perinatal (SIP), de manera de determinar su valor predictivo. Estudió 9 hospitales del Ministerio de Salud, correspondiente al año 2000, incluyendo madres con gestación mayor a 28 semanas o peso del producto igual o mayor a 1000 g. Encontró que la tasa de mortalidad perinatal en el Perú en el año 2000, según ENDES, fue 23,1 por mil nacimientos, similar a la tasa 22,9 del estudio hospitalario. Los factores de riesgo de la ENDES fueron ruralidad, altitud > 3000 msnm, idioma diferente al castellano, ocupación agrícola, baja escolaridad, corto período intergenésico y parto domiciliario, siendo los tres últimos susceptibles de ser controlados. Los factores de riesgo hospitalarios fueron región sierra, altitud mayor de 3000 msnm, baja escolaridad, edad materna añosa, antecedente de muerte fetal, corto periodo intergenésico, multiparidad, ausencia de control prenatal, presentación anómala, patología materna y neonatal, peso bajo al nacer, prematuridad, desnutrición intrauterina, Ápgar bajo al minuto y 5 minutos, siendo los últimos siete factores susceptibles de ser controlados. Tres factores de riesgo de ENDES —período intergenésico corto, altitud mayor de 3000 msnm y ausencia o control prenatal inadecuado—, tuvieron bajo valor predictivo (62%), mientras que a nivel hospitalario tuvieron alto valor predictivo (96%) el peso bajo, prematuridad, depresión al nacer, morbilidad neonatal y multiparidad. Los autores concluyen que se complementan los factores de riesgo identificados por la ENDES a nivel poblacional y los del SIP a nivel hospitalario, siendo estos últimos los de mayor valor predictivo para mortalidad perinatal. Y recomiendan incluir información hospitalaria en las futuras ENDES.

Los implantes de levonorgestrel han sido utilizados como un método de planificación familiar efectivo. Un trabajo original trata de evaluar la satisfacción de las usuarias de implantes de levonorgestrel en un hospital. Mediante la escala de Likert, 72% de las usuarias resultó satisfecha, con una tasa de embarazo de 0%. Sin embargo, 71 % de las usuarias presentó algún efecto secundario, siendo el más frecuente la alteración de la menstruación.



Hubo 59% de continuidad a los 5 años y las principales causas de remoción temprana fueron deseo de embarazo y alteraciones menstruales. Se encontró satisfacción en el aumento de peso, dolor en zona de implante, síntomas depresivos, nivel educativo, recomendación del método y deseo de reimplante. Se concluye que los implantes subdérmicos de levonorgestrel fueron muy bien aceptados por las usuarias, a pesar de los efectos secundarios.

Una de las posibles complicaciones de la histerectomía vaginal es la colección en la cúpula vaginal en el postoperatorio inmediato. Un estudio pretende establecer la relación entre el diagnóstico ecográfico de una colección en la cúpula vaginal luego de una histerectomía vaginal y las complicaciones que luego fueron encontradas. La ecografía pélvica se realizó al tercer día de la histerectomía vaginal. Hubo 41% de complicaciones, siendo las dos terceras partes de índole infecciosa, y el tercio restante relacionadas a infección y hematoma de cúpula. Los autores encuentran que la presencia de colección en la cúpula vaginal por ecografía en el postoperatorio inmediato de histerectomía vaginal indica un aumento de 77 veces el riesgo de tener una complicación a ese nivel. Cabe señalar que la tasa de infección de cúpula encontrada por los autores es muy elevada, y puede deberse a problemas técnicos principalmente de buena hemostasia- o que pudiera existir sesgo en la inclusión de las pacientes para el estudio.

Un buen trabajo de revisión es el que presentan autores de tres países con relación a la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Se señala que la osteoporosis es una enfermedad que afecta a mujeres y hombres, pero es mayor en el sexo femenino, como consecuencia del déficit hormonal que se produce en la menopausia. Se indica que el concepto de prevención de osteoporosis es complejo y abarca todas las edades. La prevención primaria está dirigida a estimular los factores determinantes de desarrollo normal del hueso para alcanzar el pico máximo de masa ósea, esto a una edad muy temprana, en la adolescencia y juventud. La prevención secundaria es aquella dirigida a evitar factores que aceleren la pérdida fisiológica de masa ósea, con un énfasis muy especial en la alimentación y los ejercicios, así como a diversas terapéuticas que son utilizadas para el tratamiento y prevención de la osteoporosis. La prevención terciaria está dirigida a evitar fracturas en individuos con importante disminución de masa ósea, con medidas especiales de tipo domésticos, de hábitos y costumbres. El objetivo de cualquiera de estas intervenciones es evitar, en última instancia, la producción de fracturas patológicas. El tratamiento preventivo farmacológico tiene costo económico y puede producir efectos adversos en ciertos sujetos. Es satisfactorio ver que, en la revisión, las indicaciones terapéuticas van acompañadas de niveles de evidencia determinadas por metaanálisis sobre su posibilidad en obtenerse los resultados esperados.

Finaliza la presentación de trabajos en este número de fin de año de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia con una contribución especial sobre el neonatólogo y la ética médica. El autor indica que en los últimos años se ha visto en nuestro país que se ha despertado un considerable interés por la Neonatología, apreciándose con satisfacción el permanente esmero y superación de los médicos de provincias. Así se ha logrado la supervivencia de recién nacidos muy prematuros y de peso extremadamente bajo ha ido en aumento, en parte por incorporación de nueva tecnología y también por el cuidado prenatal de buena calidad. Esto está representado por el uso antenatal de corticoides, la administración de surfactante por instilación endotraqueal, el uso de nutrición parenteral total.



El médico que atiende recién nacidos, que no siempre es neonatólogo, enfrenta algunos problemas éticos, como que el recién nacido no puede decidir por sí mismo; y así depende de la decisión médica, que con frecuencia decide culminar el caso con una intervención cesárea. Hay altos costos comprometidos y es difícil decidir cuándo tratar, así como, emitir un pronóstico de vida y supervivencia con calidad de vida, si es que sobrevive. Las secuelas motoras, sensoriales, psicológicas e intelectuales guardan una relación inversamente proporcional con la edad gestacional. El autor recuerda que el límite de viabilidad para los neonatólogos, en hospitales de tercer nivel, es 27 semanas de edad gestacional u 800 g de peso al nacimiento, mientras que en hospitales de segundo nivel el límite aumenta a 30 semanas y 1000 g de peso. Recomienda el autor la organización sistemática de Comités de Ética Hospitalaria, que predicarán el humanismo y colaborarán en la solución de conflictos y que, en determinadas circunstancias debe ser el que tome la decisión final.

Acaba el año 2003 y se inicia un nuevo año que deseamos de corazón que no se semeje a los que nos han precedido, con mayor esperanza de solucionar los conflictos internos y externos, que permitan una mejor calidad de vida al hombre peruano y, entre ellos, al médico ginecoobstetra.

EL COMITÉ EDITORIAL