



EDITORIAL

Dr. José Pacheco Romero

DIRECTOR, REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia ha recibido la grata noticia de que SciELO Peru ha sido incorporada a la indizadora principal SciELO, lo cual permitirá a nuestra revista alcanzar un número mayor de lectores y que sea más conocida en el ciberespacio. Ello nos enorgullece y a la vez nos obliga a seguir manteniendo la permanencia, puntualidad y evaluación externa hasta ahora alcanzadas, y mejorando cada vez más la calidad, lo que estamos obteniendo con los escritos de nuestros colaboradores, tanto del país y como de otros países de habla hispana e inglesa.

Iniciamos el contenido del presente número con el artículo original Área del cordón umbilical medida por ecografía como predictor de macrosomía fetal, propuesta para determinar oportunamente los problemas que el peso excesivo del producto de la concepción conlleva para la madre y el feto, principalmente al momento del parto. Utilizando los parámetros antropométricos, la fórmula de Hadlock, la fórmula de Cromi y el área de un corte transversal del cordón umbilical en un asa libre, los autores encontraron que el área de cordón umbilical mayor al percentil 95 medida por ecografía fue significativamente mayor en los casos de recién nacidos con macrosomía, con sensibilidad 86,6%, especificidad 65,7%, valor predictivo positivo 64,35% y valor predictivo negativo 86%. El área bajo la curva ROC del área de cordón umbilical mayor al percentil 95 fue superior (0,75) al ponderado fetal ecográfico de

la fórmula de Hadlock (0,74). No habiendo muchos trabajos sobre este factor de predicción, será interesante la confirmación de los hallazgos con más estudios sobre el grosor del cordón umbilical en la predicción de macrosomía y otros.

En el artículo Ecografía translabial intraparto en la determinación del tiempo de duración de periodo expulsivo, realizado en la sierra sur del Perú, se ha tratado de obtener un medio auxiliar que permita complementar la evaluación subjetiva del periodo expulsivo del trabajo de parto. Lo que se quiere evitar con esta medida es que no haya prolongación del expulsivo o que este se detenga, con consecuencias para la madre –fatiga, laceraciones, hemorragia posparto- y morbimortalidad en el feto. La evaluación del periodo expulsivo sigue siendo efectivamente subjetiva. Sin embargo, en la literatura hallamos estudios recientes que señalan el beneficio de la ecografía en establecer distocias durante el parto⁽¹⁻³⁾ y parámetros medibles en la decisión del estado de evolución y progreso del trabajo de parto^(4,5). Como estas técnicas aún parecen dependientes del examinador y son todavía poco reproducibles, será de interés continuar el estudio de este parámetro novedoso y la posibilidad de su replicación en nuestro medio.

Otro aspecto importante en disminuir los riesgos a la madre y el feto durante el parto es el de la determinación de parto vaginal en un antecedente



de cesárea. Mucho se ha escrito al respecto, con elaboración de guías clínicas oficiales e institucionales⁽⁶⁻⁹⁾, pero que, llegado el momento, los especialistas tienden a repetir la cesárea, con todas las consecuencia maternoperinatales que esta intervención quirúrgica conlleva⁽¹⁰⁾. Es así que el artículo Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital, nos permite recordar los puntajes de Flamm y Grobman y su utilidad para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. De acuerdo al estudio realizado en un hospital general, el puntaje de Flamm resultó mejor predictor.

En el trabajo Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática, en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2010 – 2011, se ha encontrado frecuencia mayor de bacteriuria asintomática en gestantes que retuvieron la orina y en aquellas que tenían relaciones sexuales diarias. Confirmadas estas asociaciones en nuestro medio, sería recomendable considerar estos resultados en la consejería de la gestante, como es observado en otros estudios⁽¹¹⁾, de manera de prevenir las complicaciones de pielonefritis y parto pretérmino, entre otros.

Un método aceptable y eficaz de anticoncepción posparto es el inyectable de depósito con medroxiprogesterona. El especialista siempre tiene la preocupación de si los medicamentos indicados a mujeres que lactan pueden causar algún problema al bebe lactante. También, interesa conocer si estos productos pudieran alterar el contenido de la leche. Esto motivó la investigación sobre la Influencia del acetato de medroxiprogesterona en las grasas, calcio y creatinocrito de leche materna. El resultado fue que el acetato de medroxiprogesterona posparto no modificó los valores de grasas, calcio y creatinocrito de la leche materna en los primeros tres meses posparto, lo que es una buena noticia en la alimentación del recién nacido y en la oferta de anticoncepción.

El artículo La cirugía mínimamente invasiva: evolución y su aplicación en ginecología oncológica, nos introduce en el campo orientado a la reducción en extirpación de tejidos de las técnicas quirúrgicas aplicadas actualmente a problemas oncológicos. Las técnicas mínimamente invasivas se están convirtiendo rápidamente en técnicas quirúrgicas estándar en muchos procedimientos⁽¹²⁾. Este es el caso en el manejo de las neoplasias ginecológicas,

de acuerdo al artículo que presentamos en el presente número. Los procedimientos quirúrgicos mínimos en el tratamiento del cáncer ginecológico han mejorado el cuidado y la calidad de vida de las pacientes. El lector se enterará leyendo el artículo sobre las innovaciones en esta cirugía especial y la experiencia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú en el manejo del cáncer de cérvix, endometrio y ovario.

Nuestros jóvenes perinatólogos nos ofrecen permanentemente experiencias nuevas en la búsqueda de alteraciones morfológicas del feto. Y para ello han ingresado a la técnica de ecografía tridimensional⁽¹³⁾. En este número se presenta un caso de Diagnóstico prenatal de agenesia del cuerpo calloso mediante neurosonografía volumétrica-3D: una nueva alternativa para la evaluación de anomalías de la línea media. Los autores explican que la obtención tecnológica de volumen permite generar planos a demanda que optimizan el estudio neurosonográfico.

Otro caso clínico que publicamos es el de un Tumor del saco vitelino puro con síndrome de Turner mosaico X0/XY, asociación extremadamente rara de tumor maligno en una paciente con disgenesia gonadal mixta.

Al finalizar el año, el Comité Editorial de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia saluda cordialmente a sus lectores deseándoles Feliz Navidad y un Próspero Año 2014, en tanto que se prepara para celebrar los 20 años de actividad continuada y resultados científicos revisteriles tangibles.

Dr. José Pacheco Romero
Director
jrpachecoperu@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malvasi A, Stark M, Ghi T, Farine D, Guido M, Tinelli A. Intrapartum sonography for fetal head asynclitism and transverse position: sonographic signs and comparison of diagnostic performance between transvaginal and digital examination. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(5):508-12. doi: 10.3109/14767058.2011.648234.
2. Rivaux G, Dedet B, Delarue E, Depret S, Closset E, Deruelle P. [The diagnosis of fetal head engagement: transperineal ultrasound, a new useful tool?]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2012;40(3):148-52. doi: 10.1016/j.gyobfe.2011.07.012.



3. Lau WL, Cho LY, Leung WC. Intrapartum translabial ultrasound demonstration of face presentation during first stage of labor. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(12):1868-71. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01650.x
4. Głuszak M, Fracki S, Wielgoś M, Wegrzyn P. [Methods of evaluating labor progress in contemporary obstetrics]. *Ginekol Pol.* 2013;84(8):709-13.
5. Tutschek B, Braun T, Chantraine F, Henrich W. A study of progress of labour using intrapartum translabial ultrasound, assessing head station, direction, and angle of descent. *BJOG.* 2011;118(1):62-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02775.x.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Parto vaginal después de un parto por cesárea. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Parto_vaginal_despues_de_un_parto_por_cesarea. Acceso 22 de noviembre de 2013.
7. Medline Plus. Parto vaginal después de una cesárea. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000589.htm>. Acceso 22 de noviembre de 2013.
8. Lindo MJ, Paredes A, Zea C, Cienfuegos H, Limas M. Parto vaginal en cesareada anterior; experiencia de 4 años en un hospital de seguridad social. *Rev per ginecol obstet.* 2004;50:217-22.
9. Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev per ginecol obstet.* 2010;56:232-7.
10. Brown HL. Informing the patient and the community about the implications of primary cesarean. *Semin Perinatol.* 2012;36(5):403-6. doi: 10.1053/j.semperi.2012.04.028.
11. Bennett IM, Coco A, Anderson J, Horst M, Gambler AS, Barr WB, Ratcliffe S. Improving maternal care with a continuous quality improvement strategy: a report from the Interventions to Minimize Preterm and Low Birth Weight Infants through Continuous Improvement Techniques (IMPLICIT) Network. *J Am Board Fam Med.* 2009;22(4):380-6. doi: 10.3122/jabfm.2009.04.090111.
12. Schreuder HW, Oei G, Maas M, Borleffs JC, Schijven MP. Implementation of simulation in surgical practice: minimally invasive surgery has taken the lead: the Dutch experience. *Med Teach.* 2011;33(2):105-15. doi: 10.3109/0142159X.2011.550967.
13. Tonni G, Grisolia G, Sepulveda W. Second trimester fetal neurosonography: reconstructing cerebral midline anatomy and anomalies using a novel 3-dimensional ultrasound technique. *Prenat Diagn.* 2013 Oct 18. doi: 10.1002/pd.4258. [Publicado antes de la impresión].