

# EDITORIAL

## EDITORIAL

Dr. José Pacheco<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

---

Con beneplácito comunicamos a nuestros lectores que la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) ya es la Sección Peruana del distrito VI del *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (antes *American College of Obstetricians and Gynecologists* - ACOG). En el futuro estaremos observando mucha actividad por esta vinculación SPOG - ACOG. Por lo pronto, y durante el Reunión Anual de la ACOG 2014 se ha hecho entrega de los certificados correspondientes a los 16 nuevos *Fellows* (Miembros Históricos de la SPOG), con una ceremonia especial a los miembros peruanos que asistieron al Congreso. La SPOG seguirá recibiendo postulaciones para Miembros Históricos y *Junior Fellows* (residentes de ginecoobstetricia) por unos meses más. Así mismo, el Comité de Acreditación SPOG-ACOG (CASA) está en reuniones permanentes para colaborar con el perfeccionamiento de los programas de residentado en la especialidad.

Hemos recibido de nuestros lectores las apreciaciones positivas por el nuevo formato de los interiores de la Revista, a partir del primer número de 2014. Esto se ha logrado a propuesta del Comité Editorial que, al cumplir 20 años de permanencia en la conducción de la Revista, desea entregar al lector una presentación más amigable y atractiva, con mayores espacios libres que permiten una lectura más agradable. Esperamos que esta nueva diagramación moderna y ágil invite a nuestros colaboradores a remitir nuevos e interesantes artículos sobre temas trascendentes en la ginecobobstetricia, para conocimiento y disfrute de nuestros lectores.

Se inicia el número actual con el artículo sobre Cinética de marcha, balance postural e índice de masa corporal durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, investigación realizada en el Laboratorio de Fisiología y Biomecánica de la Universidad Autónoma de Chile, que encuentra diferencias significativas en el balance postural, entre los diferentes trimestres de embarazo. Los autores sugieren que el aumento significativo del índice de masa corporal podría generar estas alteraciones en la cinética de marcha. Estos hallazgos van de la mano con estudios que señalan que el embarazo tiene efectos negativos en la estabilidad postural. Se observa que el equilibrio postural disminuye durante la gestación, especialmente en el tercer trimestre. En la literatura se halla artículos que sugieren que con pruebas de estabilidad postural se pueda detectar a las gestantes con riesgo de caerse<sup>(1)</sup>. Se propone mejorar la firmeza del tobillo para prevenir estas caídas<sup>(2)</sup>, mientras otros autores sugieren el empleo de fajas de soporte de maternidad (como lo han recomendado nuestro antiguos predecesores), que parecen mejo-



ran el balance y los puntajes de riesgo de caída durante toda la gestación, especialmente en el tercer trimestre<sup>(3)</sup>. Por otro lado, se señala que no existe evidencia científica suficiente para concluir que las fajas de soporte de maternidad reduzcan el dolor de espalda bajo y/o el dolor de cintura relacionados al embarazo, y que se requiere investigación futura en las áreas de biomecánica y fisiología<sup>(4)</sup>.

Cada vez es más preocupante el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo, que incluye a las gestantes que atendemos, y cuyos descendientes pueden estar expuestos a morbilidad principalmente metabólica y cardiovascular. Según noticias recientes, tres de cada cinco peruanos (62,3%) de 30 a 59 años de edad tienen sobrepeso u obesidad<sup>(5)</sup>. En el artículo sobre Estado nutricional y alteraciones metabólicas en niños de 8 a 10 años con antecedente de macrosomía fetal, en Tacna, Perú, que publicamos, los autores hicieron el estudio en una de las poblaciones peruanas con mejor estado socioeconómico<sup>(6)</sup>. Fue preocupación de los autores el devenir de los recién nacidos macrosómicos en esa región. Los evaluaron a los 8 a 10 años de nacidos y encontraron que dichos niños presentaron una frecuencia alta de obesidad y alteraciones metabólicas, con porcentajes importantes de diabetes mellitus, hipercolesterolemia, colesterol HDL bajo, colesterol LDL alto, hipertrigliceridemia y prehipertensión diastólica. Es posible que estos niños macrosómicos nacieran de madres con sobrepeso y obesidad, como se ha hallado en otros estudios<sup>(7)</sup>, incluso en madres que no presentan diabetes mellitus<sup>(8)</sup>. Se debe pensar que esta asociación sobrepeso/obesidad-macrosomía/síndrome metabólico perpetúa el ciclo de obesidad<sup>(9)</sup>, resistencia a la insulina<sup>(10)</sup> y las consecuencias, en las generaciones siguientes<sup>(11)</sup>.

El Comité Editorial de la Revista recibió el artículo Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú, presentado por estudiantes. Se decidió publicarlo en una sección especial, por tener un diseño apropiado y ser un tema de importancia para los ginecoobstetras, principalmente para aquellos en formación en la especialidad. Al formular la hipótesis de la investigación, los autores estaban conscientes de que, de acuerdo a los objetivos del milenio, nuestro país debe

reducir la mortalidad materna y perinatal; y una de las estrategias es identificar los signos de alarma. Entonces decidieron determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre signos de alarma en un grupo de gestantes. Hallaron que la mayoría de gestantes conocía los signos de alarma estudiados y los consideraba como un peligro para su gestación. Además, sabían que si se presentaban estos signos de alarma, debían acudir a un centro de salud de inmediato. Sin embargo, a pesar de estos conocimientos y prácticas sobre los signos, algunas gestantes no acuden a tiempo a una institución de salud para recibir el tratamiento adecuado. Por otro lado, algunos artículos recuerdan que, otras veces, es el proveedor de salud el que puede soslayar algunos signos de alarma, cruciales para la mejor atención maternoperinatal<sup>(12)</sup>.

En nuestra época, cada vez comprendemos algo más de la intrincada complejidad de la formación y desarrollo de la placenta. Aspectos genéticos, inmunológicos, inflamatorios, hormonales y muchos otros se interrelacionan y originan y hacen crecer este órgano vital, que no solo nutre al feto, sino que le brinda los materiales y condiciones necesarios para su crecimiento y desarrollo, todo cronometrado para un nacimiento a tiempo y con el feto preparado para afrontar las condiciones no siempre ventajosas del medio ambiente en que vivimos. En el artículo Desarrollo placentario temprano: aspectos fisiopatológicos, se hace una revisión de las interrelaciones que llevan a la evolución de la placenta en etapas tempranas y las posibles alteraciones que pueden ocasionar complicaciones de la gestación, como la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino.

Conocemos los problemas de nutrición en nuestro país, donde al mismo tiempo en que se observa desnutrición asociada a un estado socioeconómico precario, también constatamos el incremento del sobrepeso y la obesidad, aún en áreas menos favorecidas<sup>(13)</sup>. Esta malnutrición puede tener resultados adversos en la gestante y en el perinato. Por ello el interés de publicar en este número el Simposio Nutrición en la gestación y lactancia, que reúne a destacados expertos en el campo. El simposio se inicia con la Valoración del estado nutricional en la gestante, en el que el autor recuerda que los estudios en mujeres gestantes y no gestantes encuentran que el principal problema existente es el sobre-



peso y la obesidad. Si bien el tratamiento sería disminuir el peso, es difícil aplicar esta recomendación durante la gestación, por falta de colaboración de la gestante y su entorno, pero también por temor de que pueda ocasionar algún efecto adverso en el bebé. Sin embargo, las evidencias señalan que las intervenciones en la dieta, principalmente, y en el estilo de vida pueden reducir el peso materno gestacional y mejorar los resultados perinatales de la madre y el bebé<sup>(14)</sup>. Por ello, el artículo Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo, enfoca los aspectos nutricionales en la gestación y lactancia, de manera de evitar problemas en el feto y recién nacido. Siempre es oportuno considerar que nuestra complejidad geográfica permite una diversidad de elementos nutritivos regionales que deben ser parte de las dietas sugeridas, por los valores nutritivos que ellos conllevan.

El artículo Requerimiento de micronutrientes y oligoelementos se refiere a la complementación de la dieta materna con elementos cuya ingesta no es suficiente en la dieta de la madre, así como también porque el estado de gestación altera su absorción y metabolismo. El autor señala los resultados positivos de esta suplementación en reducir el peso bajo y malformaciones del recién nacido. Este tema que ha originado controversias, encuentra que en países en desarrollo el peso al nacer y la circunferencia craneana son mayores en hijos de madres que reciben suplementos de multivitaminas y minerales por 5 meses<sup>(15)</sup>. Son principalmente las madres quienes aumentan el calcio y magnesio en sangre debido a la suplementación<sup>(16)</sup>. La revisión Cochrane sugiere seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la ingesta de micronutrientes en la dieta<sup>(17)</sup>. Dice que aún se necesita más evidencia para sugerir la suplementación rutinaria con hierro y folatos<sup>(18)</sup>, y señala que las dosis altas de micronutrientes pueden causar daño a la madre y su bebé. En otros estudios se ha hallado retención del peso en el posparto<sup>(19)</sup>.

Nacido el bebé, procede la alimentación del recién nacido por la madre. El artículo Lactancia materna exclusiva ¿Siempre?, hace énfasis en que el amamantamiento debe ser estimulado, apoyado y alentado durante el control prenatal, el parto y el puerperio desde el nacimiento del bebé. Si bien la educación prioritaria será a

la gestante y parturienta, debe extenderse dicha consejería al padre y a la familia, de manera que la madre obtenga el apoyo permanente y el bebé reciba la alimentación materna que la naturaleza determina para cada día y cada semana después de nacer. El artículo y las recomendaciones del Ministerio de Salud son de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y su continuación combinada hasta los dos años de vida, para proteger a los niños contra la obesidad y las enfermedades crónicas del adulto<sup>(20)</sup>. Es de todos conocidos el retroceso actual en la estrategia de la lactancia materna, especialmente en la clientela privada. Por lo que, el ginecoobstetra debe profundizar el estudio de la importancia de la lactancia en la madre y el neonato, para el presente y el futuro, por su repercusión en su nutrición y en su salud.

Se completa los artículos del presente número con la publicación de los casos clínicos de Carcinosarcoma uterino: presentación de un caso y manejo actual – que nos señala cómo es abordada esta enfermedad fatal en un hospital universitario de Elche, España-, y la Hidranencefalia como presentación más severa de aplopejía cerebral fetal: a propósito de dos casos, ocurridos en el Callao.

Dr. José Pacheco

Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Inanir A, Cakmak B, Hisim Y, Demirturk F. Evaluation of postural equilibrium and fall risk during pregnancy. *Gait Posture*. 2014 Apr;39(4):1122-5. doi: 10.1016/j.gaitpost.2014.01.013.
2. Eرسال T, McCrory JL, Sienko KH. Theoretical and experimental indicators of falls during pregnancy as assessed by postural perturbations. *Gait Posture*. 2014 Jan;39(1):218-23. doi: 10.1016/j.gaitpost.2013.07.011.
3. Cakmak B, Inanir A, Nacar MC, Filiz B. The effect of maternity support belts on postural balance in pregnancy. *PM R*. 2014 Jan 8. pii: S1934-1482(13)01234-3. doi: 10.1016/j.pmrj.2013.12.012. [Epub ahead of print].
4. Ho SS, Yu WW, Lao TT, Chow DH, Chung JW, Li Y. Effectiveness of maternity support belts in reducing low back pain during pregnancy: a review. *J Clin Nurs*. 2009 Jun;18(11):1523-32. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02749.x.



5. Silva Sologuren R. Tres de cada cinco peruanos tienen sobrepeso u obesidad. *Diario El Comercio*. 2014:A11.
6. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Dinámica ocupacional en la Región Tacna. Disponible en: [http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/publicaciones\\_dnpfep/DINAMI-CA\\_OCUPACIONAL\\_TACNA.pdf](http://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/publicaciones_dnpfep/DINAMI-CA_OCUPACIONAL_TACNA.pdf). Obtenido el 10 de abril de 2014.
7. Kim SY, Sharma AJ, Sappenfield W, Wilson HG, Salihu HM. Association of maternal body mass index, excessive weight gain, and gestational diabetes mellitus with large-for-gestational-age births. *Obstet Gynecol*. 2014;123(4):737-44.
8. Hull HR, Thornton JC, Ji Y, Paley C, Rosenn B, Mathews P, Navder K, Yu A, Dorsey K, Gallagher D. Higher infant body fat with excessive gestational weight gain in overweight women. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Sep;205(3):211.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2011.04.004.
9. Turner MJ, Layte R. Obesity levels in a national cohort of women 9 months after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Aug;209(2):124.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.04.020.
10. Margerison Zilko CE, Rehkopf D, Abrams B. Association of maternal gestational weight gain with short- and long-term maternal and child health outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jun;202(6):574.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.12.007.
11. Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*. 2005 Mar;115(3):e290-6.
12. Flenady V, MacPhail J, Gardener G, Chadha Y, Mahomed K, Heazell A, Fretts R, Frøen F. Detection and management of decreased fetal movements in Australia and New Zealand: a survey of obstetric practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009 Aug;49(4):358-63. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01026.x.
13. Pajuelo J, Villanueva M, Chávez J. La desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en niños de áreas rurales del Perú. *An Fac med*. 2000;61(3):201-6.
14. Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, Kunz R, Mol BW, Coomarasamy A, Khan KS. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ*. 2012;344:e2088 doi: 10.1136/bmj.e2088.
15. Asemi Z, Samimi M, Tabassi Z, Ahmad E. Multivitamin versus multivitamin-mineral supplementation and pregnancy outcomes: a single-blind randomized clinical trial. *Int J Prev Med*. 2014 Apr;5(4):439-46.
16. Taghizadeh M, Samimi M, Tabassi Z, Heidarzadeh Z, Asemi Z. Effect of multivitamin-mineral versus multivitamin supplementation on maternal, newborns' biochemical indicators and birth size: a double-blind randomized clinical trial. *Oman Med J*. 2014 Mar;29(2):123-9. doi: 10.5001/omj.2014.30.
17. Siegfried N, Irlam JH, Visser ME, Rollins NN. Micronutrient supplementation in pregnant women with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3:CD009755. doi: 10.1002/14651858.CD009755.
18. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *The Cochrane Library*. 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD004905.pub3.
19. Ramakrishnan U, González-Cossío T, Neufeld LM, Rivera J, Martorell R. Effect of prenatal multiple micronutrient supplements on maternal weight and skinfold changes: a randomized double-blind clinical trial in Mexico. *Food Nutr Bull*. 2005 Sep;26(3):273-80.
20. Ministerio de Salud. Perú. Sobrepeso y obesidad en el Perú. Un gordo problema. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/publicaciones/Un-Gordo\\_problema.pdf](http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/publicaciones/Un-Gordo_problema.pdf). Acceso el 12 de abril de 2014.