



Revista Peruana de Ginecología y

Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y

Ginecología

Perú

Alarcón-Villaverde, Jorge; Ramos-Castillo, José
Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana
de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 63, núm. 3, 2017, pp. 429-447
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323453247014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULO ESPECIAL

SPECIAL ARTICLES



1. Doctor en Medicina, Máster en Salud Pública, Epidemiólogo; Instituto de Medicina Tropical Daniel A. Carrón, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
2. Médico, Policlínico Fiori, Red Asistencial Sabogal, EsSalud. Lima, Perú

a Comité Editorial, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; ORCID iD: 0000-0002-0800-2380

b Editor Adjunto, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; ORCID iD: 0000-0002-2734-8811

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés para la elaboración del presente artículo

Recibido: 31 julio 2017

Aceptado: 28 agosto 2017

Correspondencia:

Dr. Jorge Alarcón-Villaverde

✉ jalarconv@unmsm.edu.pe

Citar como: Jorge Alarcón-Villaverde, José Ramos-Castillo. Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(3):429-447

Infecciones en ginecología y obstetricia: producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en sus setenta años de vida institucional

Infections in gynecology and obstetrics: The Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology scientific production during its seventy years of institutional life

Jorge Alarcón-Villaverde^{1,a}, José Ramos-Castillo^{2,b}

RESUMEN

Las infecciones en ginecología y obstetricia son patologías que afectan a la mujer en todas las etapas y condiciones de la vida, constituyendo algunas de ellas problemas de salud pública. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología desde su fundación hasta la actualidad, en su septuagésimo aniversario, mantiene la preocupación constante sobre las infecciones en la mujer. Para ello ha promovido y publicado a través de los años diversas investigaciones y reportes sobre el tema, a cargo de los miembros de la Sociedad e instituciones donde laboran, los mismos que son expuestos en el presente artículo con especial énfasis en las investigaciones históricas, pioneras, o las que por su relevancia mantienen vigencia y que fueron publicadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, órgano oficial de publicación científica de la Sociedad.

Palabras clave. Ginecología; Obstetricia; Mujer; Vida; Salud Pública.

ABSTRACT

Infections in gynecology and obstetrics are pathologies that affect women throughout their life; some of them represent public health problems. The Peruvian Society of Obstetrics and Gynecology, in its seventieth anniversary, since its foundation until today maintains a constant concern on this subject. Through the years it has promoted and published various investigations and reports by members of the Society and from the institutions where they labor. These are exposed in this article with special emphasis on historical, pioneering and relevant papers, and published in The Peruvian Journal of Gynecology and Obstetrics, the official scientific publication of the Society.

Keywords: Gynecology; Obstetrics; Women; Life; Public Health.



Las infecciones en ginecología y obstetricia son un grupo de entidades que afectan a la mujer en diferentes etapas y condiciones de su vida. Algunas constituyen problemas de salud pública por su impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Este es el caso de las infecciones de transmisión sexual (ITS), cuyo impacto trasciende el ámbito nacional⁽¹⁾. Así, a nivel global se reporta que cada día más de un millón de personas contraen una enfermedad de transmisión sexual. Anualmente, 357 millones de personas sufren de clamidiasis, gonorrea, sífilis, o tricomoniasis, siendo las dos primeras las causas más importantes de enfermedad pelvica inflamatoria e infertilidad. La prevalencia de infección genital por virus herpes alcanza los 500 millones de personas, y la infección por papiloma virus humano los 290 millones, que provocan anualmente 528 000 casos de cáncer cervicouterino. Además, algunas ITS, como herpes y sífilis, multiplican el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁽²⁾.

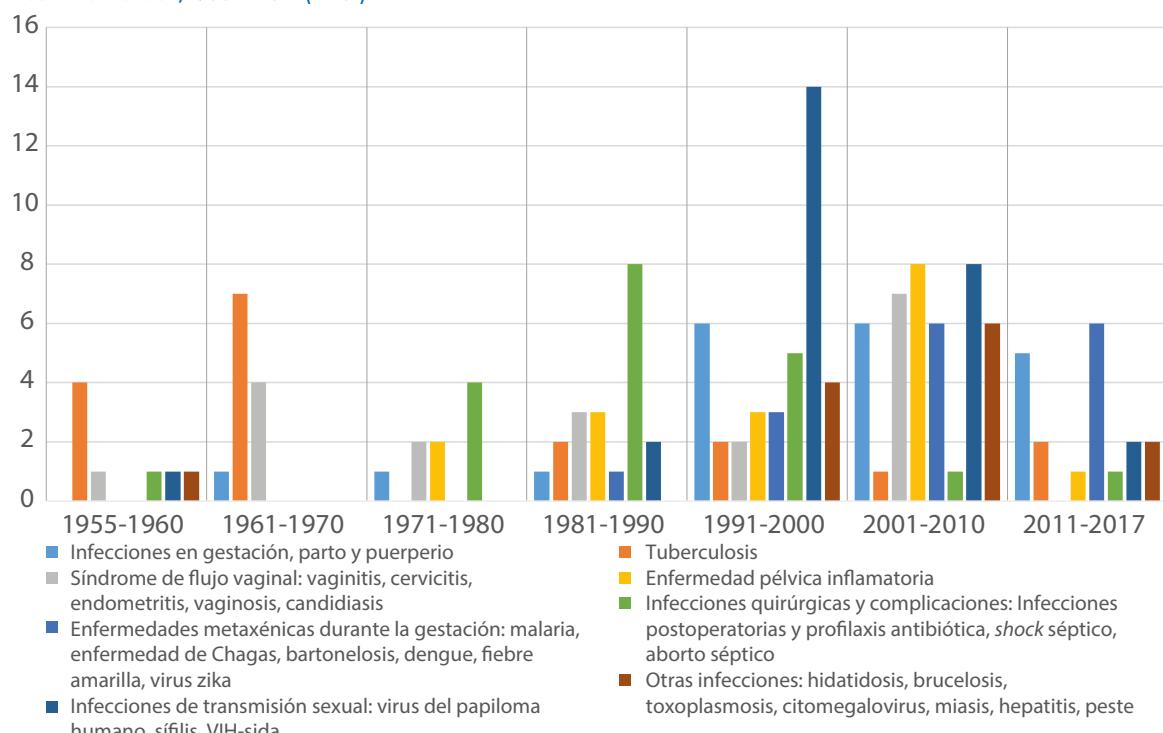
Desde su fundación en el año 1947, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología ha mostrado preocupación constante por el tema de infecciones en la mujer, evidenciada en estudios e investigaciones en diversas instituciones de

nuestro país y el extranjero, así como revisiones, la mayoría publicadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO), su órgano oficial fundado en el año de 1955.

El presente artículo tiene como finalidad describir la producción científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología relacionada al tema de infecciones en la mujer, realizada a lo largo de sus 70 años de vida institucional. Dicha producción está constituida por artículos originales, presentación de casos, revisiones y simposios, que en conjunto constituyen un valioso aporte académico y científico, descrito en el presente artículo a través de una revisión bibliográfica e histórica (figura 1).

- I. Infecciones en gestación, parto y puerperio
- II. Tuberculosis
- III. Síndrome de flujo vaginal: vaginitis, cervicitis, endometritis, vaginosis, candidiasis
- IV. Enfermedad pélvica inflamatoria
- V. Enfermedades metaxénicas durante la gestación: malaria, enfermedad de Chagas, bartonelosis, dengue, fiebre amarilla, virus zika

FIGURA 1. ARTÍCULOS SOBRE INFECCIONES EN LA MUJER PUBLICADOS EN LA REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, EN RELACIÓN A LOS AÑOS DE PUBLICACIÓN, 1955 – 2017 (n=161).





VI. Infecciones quirúrgicas y complicaciones: : Infecciones postoperatorias y profilaxis antibiótica, shock séptico, aborto séptico

VII. Infecciones de transmisión sexual: virus del papiloma humano, sífilis, VIH-sida

VIII.Otras infecciones: hidatidosis, brucelosis, toxoplasmosis, citomegalovirus, miasis, hepatitis, peste

En el periodo comprendido entre los años de 1955 y 2017, se publicaron en la RPGO 161 artículos relacionados a infecciones en la mujer. En la figura 1 se observa las patologías agrupadas en ocho temas según frecuencia, etiología, y síndromes, los cuales además son presentados según las décadas de publicación. Destaca el mayor porcentaje de artículos sobre infecciones durante la gestación, parto y puerperio, seguido por la tuberculosis y el síndrome de flujo vaginal. En el primer caso, por ejemplo, un estudio determinó que en el Perú el año 2012 el 4,1% de muertes maternas se debió a infecciones, siendo la cuarta causa de muerte materna, después de las hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo y aborto, causas prevenibles que evidencian que la mortalidad materna continúa siendo un indicador sanitario de exclusión, inequidad de género y de acceso a los servicios de salud de la mujer⁽³⁾.

Así mismo, es importante resaltar los estudios realizados y publicados en la RPGO sobre la frecuencia de enfermedades infectocontagiosas endémicas, como la tuberculosis, enfermedades metaxénicas e hidatidosis, que hasta la actualidad no han podido ser atenuadas y que siempre deben ser tomadas en cuenta.

Las investigaciones peruanas publicadas en la RPGO en la década de los noventa también dan cuenta del interés que mostraron los investigadores por el descubrimiento del papiloma virus humano como causante de cáncer uterino, así como el virus de inmunodeficiencia humana y su importancia tanto en la gestación como en la transmisión vertical.

A continuación describiremos los hallazgos más resaltantes de las diversas patologías relacionadas a infecciones en la mujer, con especial énfasis en artículos históricos y pioneros,

así como las patologías que hasta la actualidad constituyen problemas de salud pública en nuestro país.

I. INFECCIONES EN LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO

El primer estudio publicado en la RPGO relacionado al tema lo realizó el Dr. Alfredo Larrañaga Leguía, en el año 1963, quien describió la frecuencia de infecciones en 250 gestantes atendidas en el Hospital San Bartolomé. Encontró 56% de monilia (candidiasis) en consulta externa, 56% de estafilococo albus en gestantes con trabajo de parto y 34% de estafilococo albus en puérperas⁽⁴⁾.

En el año 1979, en un estudio realizado en conjunto entre el Hospital San Bartolomé y el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y como investigador principal el Dr. Luis Távara, se encontró en 50 pacientes con parto prematuro 20% de urocultivos positivos a predominio de *Escherichia coli*; la mortalidad perinatal fue 20%⁽⁵⁾.

En 1983, los doctores Juan Trelles Yenque, Jorge Calderón Córdoba y Rodolfo González Enders, en un Panel realizado en el VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, abordaron el tema de infecciones puerperales, que para entonces era una causa importante de mortalidad materna. Concluyeron que 'toda mujer con fiebre en el puerperio debe ser considerada como con infección potencial y debe ser evaluada con minuciosidad'⁽⁶⁾.

El Dr. Luis Távara y la Dra. Josefina Mimbela realizaron un importante aporte referido a la afectación perinatal de la epidemia del cólera que azotó nuestro país el año 1991; los autores describieron en 1992 los 54 casos de gestantes con diagnóstico de cólera atendidas en el Hospital María Auxiliadora entre febrero y mayo de 1991, determinando las características de las gestantes atendidas, el manejo y complicaciones, así como el 22% de mortalidad fetal y mortalidad materna de 1,85%⁽⁷⁾.

En 1993, los doctores Gabriela Shigyo, Luis Kobayashi, Andrés Lucen y Roxana Aliaga, del Instituto Nacional Materno Perinatal (antigua Maternidad de Lima), determinaron 21% de cultivos



positivos de líquido amniótico en 100 pacientes sometidas a cesáreas por rotura de membranas, a predominio de *Acinetobacter sp.* y *Staphylococcus aureus*⁽⁸⁾.

En 1996, el Dr. José Pacheco realizó un estudio acerca de bacteriuria asintomática en 123 gestantes atendidas en el mes de agosto del año 1995 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martíns, en quienes halló una prevalencia de 15,4%, a predominio de *Escherichia coli*⁽⁹⁾. Y el Dr. Percy Pacora y la Dra. Lilia Huiza estudiaron el mismo problema en 1 432 gestantes atendidas en el Hospital San Bartolomé entre los años 1990 y 1994; la prevalencia fue 21%, también a predominio de *Escherichia coli*; adicionalmente describieron que 35% de dichas gestantes con bacteriuria tuvieron parto pretérmino y 22% de los neonatos fueron pequeños para la edad gestacional⁽¹⁰⁾.

El mismo año, con el marco del XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Saturnino Sáenz Loayza y el Dr. Alfredo Ovalle realizaron una revisión sobre infección puerperal, con énfasis en la epidemiología y el tratamiento⁽¹¹⁾. Y el Dr. José Pacheco y colaboradores encontraron 2,6% de endometritis puerperal en 3 350 gestantes atendidas entre 1996 y 1998 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martíns⁽¹²⁾.

El Dr. Alejandro Siu y la Dra. Beatriz Chung-Joo aportaron la investigación que realizaron en el Hospital Arzobispo Loayza, reportando incidencia de 2,1% de pielonefritis aguda en 3 223 gestantes atendidas entre los años 1999 y 2000, siendo las complicaciones más frecuentes la amenaza de aborto y el parto prematuro⁽¹³⁾. También en el Hospital Arzobispo Loayza, en el año 2001, la Dra. Ana Rado, el Dr. Juan Mere y el Dr. Marco García estimaron el riesgo de complicaciones de 130 gestantes con vaginosis bacteriana no tratada, en quienes hubo mayor riesgo de aborto y endometritis⁽¹⁴⁾. Y en el año 2004, los doctores José Rojas, T. Ramírez, y F. Jaimes comunicaron en 174 gestantes atendidas durante los años 1995 y 1996 en el Hospital Arzobispo Loayza una prevalencia de infección vaginal de 46,6%, a predominio de vaginosis bacteriana y candidiasis vaginal⁽¹⁵⁾.

En un Simposio de la RPGO, publicado en el año 2006, los doctores Vicente Bataglia-Araujo, Glo-

ria Rojas de Rolón, y Jorge Ayala, del Hospital Nacional de Paraguay, abordaron el problema de la prevención y manejo de la infección puerperal, que a su juicio continuaba siendo una de las principales causas de morbimortalidad de la paciente obstétrica⁽¹⁶⁾.

Continuando con el tema de bacteriuria asintomática, en el año 2007, el Dr. Wilfredo Villamonte y colaboradores publicaron un estudio sobre la bacteriuria en 300 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sur Este de EsSalud en el Cusco, a 3 400 msnm, entre los años 2002 y 2004, determinando una incidencia de 17,7%, a predominio de *Escherichia coli*⁽¹⁷⁾.

En 2010 se publicó en la RPGO el primer Simposio sobre Infecciones en Obstetricia, en cuya introducción el Dr. Pedro Saona Ugarte enfatizó el aporte de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología sobre esta complicación del embarazo⁽¹⁸⁾.

En 2013, los doctores Edy Vera, Álvaro Santiváñez y Vicente Cruzate, del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, realizaron una intervención durante los años 2010 y 2011 para reducir la tasa de endometritis puerperales, que consistió en la estrategia multimodal de lavado de manos de la OMS, la misma que permitió disminuir dicha tasa⁽¹⁹⁾.

El mismo año se publicó una contribución del Dr. Teodardo Campos Solórzano y colaboradores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión acerca de factores conductuales asociados a la bacteriuria asintomática. Estudiaron 312 gestantes atendidas durante los años 2010 y 2011 y encontraron que reprimir la micción y tener relaciones sexuales diarias eran factores asociados al mayor riesgo de infección⁽²⁰⁾.

Más recientemente, en el año 2014 la Dra. Vicky Vásquez Teevin, del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, reportó las características sociodemográficas y clínicas de 32 pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal atendidas durante los años 2011 y 2012; encontró que los múltiples tactos vaginales y el antecedente de rotura prematura de membranas fueron los factores de riesgo más importantes para endometritis puerperal⁽²¹⁾.



En el año 2016, Ana Toro-Montero y colaboradores de Colombia publicaron una revisión sobre *Streptococcus spp.* en el embarazo, en la cual enfatizan que puede existir contaminación al recién nacido durante el parto y recomiendan implementar estrategias de prevención⁽²²⁾.

También en 2016, el Dr. Alan Miranda Flores, del Instituto Nacional Materno Perinatal, publicó una investigación realizada en el año 2013 respecto a la predicción de coriamnionitis en gestantes con rotura prematura de membrana pretérmino. Concluyó que el nivel de proteína C reactiva fue más confiable que el recuento leucocitario materno en tal predicción⁽²³⁾.

II. TUBERCULOSIS

TUBERCULOSIS GENITAL

El primer reporte sobre tuberculosis genital lo realizó el Dr. Jorge Ascenso Cabello, quien en 1956 publicó un artículo donde señaló un aumento de la frecuencia de tuberculosis genital desde 1940 a 1955, en diversas ginecopatías. De igual manera, determinó la alta prevalencia de tuberculosis genital en la esterilidad matrimonial, siendo el proceso inflamatorio en las trompas la afección más frecuente por esta enfermedad; también halló 8,1% de tuberculosis genital latente mediante biopsia de endometrio⁽²⁴⁾.

Para el año 1957, el Dr. Alberto Santos Astete publicó una investigación relacionada al tratamiento de la tuberculosis genital femenina. En 39 casos de tuberculosis genitales, diagnosticadas entre 1951 y 1956 en el Hospital Arzobispo Loayza, encontró que en todos los casos la infección estuvo localizada en las trompas; el segundo lugar más afectado fue el endometrio. También comentó en su estudio que, con el advenimiento de los antibióticos, el tratamiento quirúrgico será indicado solo para casos específicos⁽²⁵⁾. En 1958, el Dr. Jorge Ascenso Cabello halló por histerosalpingografía 20 mujeres con tuberculosis genital, de 720 matrimonios del Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial; el 95% tenía obstrucción tubárica total bilateral, además de daños diversos en la cavidad uterina⁽²⁶⁾.

En 1965, los Drs. Carlos Muñoz, Víctor Díaz y Alberto Franco publicaron un estudio donde determinaron que 8,6% de 1 080 pacientes con infertilidad fueron diagnosticadas de tuberculosis

genital en el Consultorio de Esterilidad del Hospital Arzobispo Loayza, durante los últimos diez años; un 30% de las pacientes con tuberculosis genital, a su vez, fueron diagnosticadas de endometritis tuberculosa. De las 93 pacientes con diagnóstico de tuberculosis genital, se logró gestación uterina en 3 de ellas y en 6 se presentó embarazo ectópico⁽²⁷⁾.

En año 1988, el Dr. Roberto Sandoval Medina reportó mediante un estudio de cinco años en el Hospital Daniel A. Carrión, 90 casos de salpingitis tuberculosa confirmados mediante exámenes anatomo-patológicos, todas ellas con diagnóstico de infertilidad⁽²⁸⁾.

En 1988 se describió un caso de tuberculosis pélvico peritoneal que simulaba ser cancer de ovario, por presentar una masa pélvica asintomática con niveles séricos de Ca 125, tal como está descrito en la literatura. Esta sospecha diagnóstica motivó que se le practicara laparotomía (29). En otro caso clínico, reportado el año 2006, se describieron lesiones vulvovaginales causadas por tuberculosis en una lactante con sangrado vaginal y tuberculosis sistémica⁽³⁰⁾.

TUBERCULOSIS MAMARIA

El Dr. Oscar Misad y el Dr. Eduardo Cáceres publicaron en 1956 un estudio de 30 casos de mastitis tuberculosa con características clínicas similares a las neoplasias malignas de mama⁽³¹⁾. El año 2000 se reportaron tres casos clínicos sobre tuberculosis mamaria, sin antecedentes de tuberculosis pulmonar y con presentación clínica de tumoración flogótica⁽³²⁾. Posteriormente, en 2013 se determinó las características clínicas de 29 casos de tuberculosis mamaria en pacientes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé diagnosticados durante los años 2002 a 2011; 10% de los casos estuvieron asociados a tuberculosis pulmonar⁽³³⁾.

TUBERCULOSIS Y GESTACIÓN

La tuberculosis en la gestación fue descrita por primera vez en la RPGO en el año 1964 por los doctores Ernesto Osma Sala y César García Rossell, quienes realizaron un estudio en 597 gestantes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los años 1952 y 1964 en el antiguo Hospital del Tórax (actual Hospital Nacional Hipólito Unanue). El 95,6% tuvo parto eutóxico y 4,4% parto



distocico; no se encontraron lesiones tuberculosas en el estudio anatopatológico de placenta, y solo en cuatro casos el líquido amniótico fue positivo para BK⁽³⁴⁾. El mismo año, el Dr. Arturo Achard publicó una revisión sobre la clínica y tratamiento de la tuberculosis en el embarazo en base a los estudios nacionales e internacionales que existían en aquella época. Concluyó que es fundamental realizar el diagnóstico temprano de las formas anatoclínicas de la enfermedad y destacó que la gestación en una paciente con tuberculosis puede transcurrir sin incidentes tanto en el parto como en el puerperio; también remarcó que no debería plantearse la interrupción del embarazo para evitar que la tuberculosis se agrave⁽³⁵⁾.

En los estudios del Dr. Oscar Migone y Dr. Boris Blank del año 1965, las pacientes con tuberculosis operadas tuvieron características obstétricas similares a pacientes con tuberculosis curadas; pero las gestantes estudiadas presentaron mayor porcentaje de tuberculosis hematógenas que las no gestantes^(36,37).

También en 1965, el Dr. Abraham Ludmir, Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del entonces Hospital Materno Infantil San Bartolomé (actual Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé), reportó junto a sus colaboradores el estudio de 5 127 gestantes atendidas entre los años 1962 a 1964, en quienes la incidencia de tuberculosis fue 2,5%. En las pacientes con tuberculosis la reacción a la tuberculina (Mantoux) fue positiva en 94%; además, 88% de ellas tuvieron parto eutóxico⁽³⁸⁾. Ese mismo año, los doctores Fernando Rodríguez, José Oneto y Juan Figueroa, del Hospital del Salvador de Santiago de Chile, comunicaron el seguimiento a 294 gestantes con tuberculosis, que representaron el 19,4% de 27 519 partos estudiados; su conclusión fue que "el pronóstico de la tuberculosis pulmonar en relación con el embarazo es el pronóstico de la tuberculosis misma"⁽³⁹⁾.

En una presentación de casos, en el año de 1968, los doctores Jorge Montoya, José Pereda y María Hernández Villagarcía reportaron dos casos de óbito fetal de madres con diagnóstico posparto de tuberculosis⁽⁴⁰⁾.

Ya en el año de 1997, un estudio de casos y controles de 31 gestantes con y sin diagnóstico de tuberculosis en el Hospital Edgardo Rebagliati

Martins concluyó que la gestación por sí misma no es un factor de riesgo para la reactivación de la tuberculosis. Se encontró mas bien que la reactivación de la tuberculosis en la gestación estaba asociada al antecedente de tuberculosis con tratamiento irregular. No se observaron diferencias significativas en relación a los resultados perinatales adversos, como aborto, peso bajo al nacer, retardo de crecimiento intrauterino⁽⁴¹⁾. En el año 2013 se realizó un estudio de incidencia de tuberculosis en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia para el periodo comprendido entre los años 2001 a 2009, la cual fue de 5,1 casos por cada 10 000 partos. Un dato resaltante fue que a 43,5% de ellas se les hizo el diagnóstico durante la gestación, a 43,5% fuera de la gestación y a 13% en el puerperio. Durante el año 2013 se detectaron cinco casos de multidrogoresistencia. Los autores concluyeron que la tuberculosis sí afecta el curso de la gestación, parto y puerperio⁽⁴²⁾.

III. SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL: VAGINITIS, CERVICITIS, ENDOMETRITIS, VAGINOSIS, CANDIDIASIS

En el año 1961, el Dr. Jorge Juan Perea, de la Maternidad del Hospital Pirovano de Buenos Aires, publicó en la RPGO un caso clínico sobre lesión tricomoniásica de aspecto pseudomaligno, dada la atipia celular exocervical encontrada, destacando la relativa frecuencia de esta lesión en dicha infección. En la discusión del caso señaló que algunos autores han propuesto el poder patógeno de la tricomonía como causante de estados precancerosos y de carcinoma intraepitelial⁽⁴³⁾. Si bien dicha observación la realizó mucho antes George Papanicolaou, es de resaltar este aporte académico de un médico extranjero en una publicación peruana. En la actualidad existe evidencia que la tricomoniasis produce inflamación severa en los resultados de Papanicolaou y duplica el riesgo de infección asociada con VIH y virus papiloma humano (VPH)^(44,45).

El Dr. Julio Manuel Morales, de la Cátedra de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina de Asunción, Paraguay, en el año 1962 también aportó desde el extranjero una contribución sobre la base de su experiencia en el tratamiento conservador de la cervicitis crónica que venía realizando desde el año 1957. Él propuso evitar la electrocoagulación y electrocauterización, por alterar las condiciones anatómicas y funcionales



del cuello uterino, y recomendó el tratamiento conservador mediante la utilización de la dihidroestreptomicina, dados sus buenos resultados⁽⁴⁶⁾. Por el contrario, también en el año 1962, el Dr. Arturo Achard y el Dr. José Moutone, de Montevideo-Uruguay, comunicaron la importancia de la cirugía eléctrica y en especial de la conización eléctrica del cuello uterino en el tratamiento de la cervicitis crónica⁽⁴⁷⁾.

En 1963, la Dra. Tula Barrionuevo de Vilches, del Hospital Central de Policía, informó un 80% de remisión de tricomoniasis con el uso de las tabletas vaginales de pimaricina⁽⁴⁸⁾. En el año 1972, el Dr. Lizardo Ortega realizó una revisión sobre el flujo genital patológico inespecífico⁽⁴⁹⁾, mientras que el Dr. Abelardo Herrera Calmet revisó el tratamiento del flujo genital específico (tricomoniasis, candidiasis, vulvovaginitis gonocócica, vulvitis virósica, cervicitis) e inespecífico⁽⁵⁰⁾. En la década del 80, aportó lo propio el Dr. Samoel Soihet, mediante una revisión sobre el flujo vaginal en la consulta ginecológica, encontrando para entonces la resistencia de algunas cepas de tricomonas al metronidazol y concluyendo que 'el tratamiento efectivo y definitivo de las recurrencias de candidiasis aún no ha sido encontrado; creo que ello llegará algún día con la ayuda de la inmunología'⁽⁵¹⁾.

La vaginosis bacteriana ha sido materia de varias investigaciones publicadas en la RPGO por su elevada frecuencia en nuestra población. Así, el Dr. Manuel Salvador en el año de 1997 publicó una investigación realizada en el año de 1995 en el Departamento de San Martín en 120 pacientes con el síntoma de flujo vaginal, en quienes determinó una prevalencia de 78% de vaginosis bacteriana⁽⁵²⁾. De igual manera, en el año 2001 se encontró 33% de prevalencia de vaginosis bacteriana en una población rural de Cañete, en una investigación realizada por Maritza Méndez y colaboradores⁽⁵³⁾. En el año 2004, Víctor Cubas y col. estudiaron 5 553 pacientes atendidas en los Hospitales Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, San Bartolomé e Instituto Materno Perinatal y hallaron que no existía concordancia entre el diagnóstico clínico y bacteriológico de las infecciones vaginales y cervicales (vaginosis bacteriana, tricomoniasis, etc.)⁽⁵⁴⁾. En el Simposio sobre el diagnóstico y tratamiento de la vaginitis y vaginosis realizado en el año 2007, el Dr. Antonio Ciudad Reynaud escribió la introducción, enfatizando la importancia que tiene el flujo vaginal en la calidad de vida de las mujeres⁽⁵⁵⁾. Por su parte, el

Dr. Pedro Saona Ugarte realizó una actualización de la vaginitis -con especial énfasis en los extremos de la edad de la mujer-, así como de la cervicitis⁽⁵⁶⁾. Además, el Dr. Pedro García actualizó el tema de vaginosis bacteriana⁽⁵⁷⁾. También, por su importancia, el Dr. Gustavo Camino-Carrillo de Albornoz revisó el tema de vulvovaginitis y dermatosis inflamatorias, con énfasis en la dermatitis de contacto y el liquen simple crónico⁽⁵⁸⁾.

CANDIDIASIS

En 1959, el Dr. Benjamín Benavente Lozada describió que 84% de 249 pacientes atendidas por prurito y flujo vaginal en el Hospital Militar Central tuvieron diagnóstico de moniliasis vaginal (infección vaginal por *Candida albicans*, mediante cultivo)⁽⁵⁹⁾. Por otro lado, ya en el año de 1988 el Dr. Rodolfo Gonzales Enders informó sobre el tratamiento con tioconazol de 27 pacientes con candidiasis vaginal recurrente, en consulta privada, logrando la negativización microbiológica en 74% de ellas y la remisión de la sintomatología en la totalidad de ellas⁽⁶⁰⁾. Un año más tarde, el Dr. Samoel Soihet expuso una revisión sobre el diagnóstico y tratamiento de candidiasis vaginal, concluyendo que: 'La candidiasis se ha convertido en un verdadero problema social y es muy difícil de curar de manera definitiva. Se cura la presente infección, pero, el problema está en que la paciente es receptiva y por varias razones se recontamina en corto plazo'⁽⁶¹⁾. De igual manera, en el año 2007, el Dr. Antonio Ciudad Reynaud publicó una revisión de infecciones por cándida, en la cual destacó la epidemiología, los factores de riesgo, los métodos de diagnóstico y tratamiento, y alertó acerca de la tendencia de algunas mujeres a desarrollar candidiasis recurrente⁽⁶²⁾.

IV. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección que afecta el tracto genital superior de la mujer, el útero (endometritis), las trompas de Falopio (salpingitis), los ovarios (ooforitis), e incluso los órganos adyacentes (peritonitis). Es producida hasta en 85% de los casos por patógenos de transmisión sexual, principalmente *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, y por lo general es polimicrobiano⁽⁶³⁾. Así, dada su importancia, es que el aporte de la RPGO ha sido fundamental desde el año 1973, cuando el Dr. Arturo Achard, de Montevideo-Uruguay, publicó una revisión sobre la endometritis aguda



(gonocócica y séptica) y crónica (tuberculosis, hemorrágica), detallando la sintomatología, los agentes causales y el tratamiento⁽⁶⁴⁾. En 1979, los doctores Gonzales, Yi, Maradiegue y Ponce de León, de la Universidad Cayetano Heredia, comunicaron el diagnóstico y manejo de 12 pacientes con EPI en quienes se aisló estafilococo albus, *Escherichia coli* y *Bacteroides spp.*, destacando el hecho que no se encontró *Neisseria gonorrhoeae*⁽⁶⁵⁾. De igual manera, el Dr. Saturnino Sáenz y Dr. Benjamín Benavente realizaron una investigación bacteriológica en 104 muestras de material endometrial obtenidas mediante legrado uterino por diferentes motivos ginecoobstétricos (extracción de DIU, abortos, hemorragia uterina anormal, endometritis) en el Hospital Militar Central, durante el año 1977, encontrando 44% de cultivos positivos a predominio de estafilococo coagulasa negativo y *Escherichia coli*⁽⁶⁶⁾. Además, en un estudio retrospectivo de 9 casos de piometra por endometritis crónica, entre los años 1970 a 1985 en el Hospital Loayza, realizado por el Dr. Roberto Sandoval Jiménez, mediante cultivo se identificaron los siguientes agentes: estreptococo no hemolítico, *Escherichia coli*, *enterococo sp.* y *Actinomices israeli*⁽⁶⁷⁾. Posteriormente, el año de 1981, el Dr. Eduardo Maradiegue, en el marco de un Panel sobre Infecciones en Ginecoobstetricia publicado en la RPGO, realizó una revisión sobre endometritis, salpingitis, y pelviperitonitis aguda⁽⁶⁸⁾.

En la década de los noventa, el Dr. José Pacheco y el Dr. Remo Angeles presentaron una investigación realizada en el Servicio de Reproducción Humana en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en la cual se determinó 68% de EPI y 56% de salpingitis crónica en 121 mujeres infértils intervenidas por laparoscopia⁽⁶⁹⁾.

Respecto a la infección por *Chlamydia trachomatis*, en el año 1999, el Dr. José Pacheco revisó sobre dicha infección, resaltando su condición de enfermedad de transmisión sexual bacteriana común, agente patógeno frecuente de EPI y la asociación con la infección por virus papiloma humano y VIH⁽⁷⁰⁾. También, se publicó una investigación realizada por el Dr. Ángeles y colaboradores en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 140 parejas con infertilidad, de las cuales 43,6% tuvieron infección por clamidia asintomática⁽⁷¹⁾. De igual manera, en el año 2002, la Dra. Raquel Cancino y colaboradores del Hospital Arzobispo Loayza comunicaron de

77 pacientes con diagnóstico de infertilidad por salpingitis, de la cuales solo 23% tuvo diagnóstico previo de EPI⁽⁷²⁾.

En el año 2005 se comunicó las características de 68 pacientes con diagnóstico de EPI en el Hospital Arzobispo Loayza atendidas durante los años 2000 a 2003; los factores de riesgo presentes en las pacientes fueron: número de parejas sexuales, antecedente de EPI y el uso de DIU⁽⁷³⁾. En el año 2007, la RPGO realizó el Simposio sobre EPI, en la que el Dr. José Pacheco hizo la introducción enfatizando que algunas pacientes son asintomáticas, sobre todo en aquellas con infección por micoplasma y clamidia⁽⁷⁴⁾; el Dr. Miguel Gutiérrez Ramos se refirió a la etiopatogenia de la EPI, con énfasis en la respuesta inmunitaria del paciente⁽⁷⁵⁾. Por su parte, el Dr. Pedro Saona Ugarte realizó una revisión sobre el diagnóstico y complicaciones de la EPI, remarcando la dificultad diagnóstica por la diversidad de síntomas y signos⁽⁷⁶⁾. Respecto al tratamiento, el Dr. Alfredo Celis López presentó los tratamientos vigentes para aquel año, con especial atención a la laparoscopia como tratamiento quirúrgico y la diversidad de esquemas de tratamiento antibiótico⁽⁷⁷⁾.

En el año 2008, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, el Dr. Segundo Acho-Mego y colaboradores presentaron las características de 199 mujeres diagnosticadas de EPI entre los años 1999 a 2005; en esta serie el diagnóstico quirúrgico más frecuente fue salpingitis⁽⁷⁸⁾. Más recientemente, en el año 2010, en el marco del XXI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia, la Dra. Edith Ángel Muller disertó sobre la vulvovaginitis en la infancia y adolescencia, incluyendo la infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*⁽⁷⁹⁾. Y, finalmente, en el año 2012 el Dr. Alejandro Siu comunicó la prevalencia del abceso tubo-ovárico en el Hospital Arzobispo Loayza durante los años 1971 a 2010; en dicho estudio determinó que las causas fueron el aborto séptico y en la última década la EPI (80).

V. ENFERMEDADES METAXÉNICAS DURANTE LA GESTACIÓN

MALARIA

La malaria es una enfermedad endémica en nuestro país; así, es pertinente recordar que la malaria durante la gestación se encuentra asocia-



da a abortos, parto pretérmino, muerte fetal, restricción de crecimiento intrauterino y paludismo congénito⁽⁸¹⁾. El aporte en este tema se inició el año de 1996, en el que el Dr. Jorge García comunicó dos casos de paludismo durante la gestación por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum* diagnosticados en el Hospital de Tumbes, una de ellas con recién nacido pequeño para edad gestacional, restricción de crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal⁽⁸²⁾. También, en una investigación a cargo del Dr. Armando Padilla realizada en el Hospital Regional de Loreto entre los años 1996 y 1997, se encontró un mayor riesgo a óbitos fetales, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y muerte materna en 50 gestantes con diagnóstico de malaria⁽⁸³⁾. Nuevamente el Dr. Jorge García, en 1997, presentó el reporte de 10 gestantes con malaria por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum* atendidas en el Hospital de Tumbes, entre 1994 y 1995, cuyas complicaciones maternas fueron infección placentaria, anemia, y fiebre; las complicaciones fetales fueron sufrimiento fetal agudo, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino y oligohidramnios⁽⁸⁴⁾. También, el Dr. José Oña y el Dr. Luis Távara reportaron, en el año 2003, ocho casos de óbito fetal de 88 casos de gestantes con malaria por *Plasmodium falciparum* atendidas en el Hospital de Apoyo de Sullana durante los años 1998 y 1999⁽⁸⁵⁾. En los años 2008 y 2010, el Dr. Manuel Purizaca realizó revisiones sobre la malaria en la gestación, destacando sus efectos en la madre, el feto y el recién nacido^(86,87).

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Sobre la enfermedad de Chagas, también endémica en nuestro país, se estima que la transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* representa el 22% de las nuevas infecciones⁽⁸⁸⁾. En el año 1988, los doctores Miguel Manrique, Manuel Liu y Fredy Zegarra presentaron su investigación realizada en 212 mujeres posparto y sus respectivos recién nacidos del Hospital Regional Hónorio Delgado de Arequipa, del Hospital de Aplao y del Centro de Salud de La Joya, entre los años 1984 y 1985, determinando 6 casos de madres con serología positiva y 4 recién nacidos también con serología positiva; no se detectó caso positivo alguno de recién nacidos, mediante xenodiagnóstico. Los autores concluyeron que la seropositividad de los recién nacidos fue por pasaje de anticuerpos⁽⁸⁹⁾.

BARTONELOSIS

En el año 2005, los doctores Sonia Campos, Pilar Gomero y Paul Rosales publicaron un caso de bartonelosis en fase eruptiva durante la gestación, atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión el año 2004, con antecedente epidemiológico, feto viable aunque con restricción de crecimiento intrauterino y sin transmisión placentaria comprobada por serología y estudio anatomo-patológico⁽⁹⁰⁾.

DENGUE Y FIEBRE AMARILLA

El Dr. Purizaca presentó el año 2009 una revisión sobre el dengue y embarazo, destacando que el cuadro clínico es similar al de la población general y que el dengue hemorrágico puede occasionar restricción de crecimiento intrauterino, muerte fetal y muerte materna, siendo escasos los reportes de transmisión vertical⁽⁹¹⁾. De igual manera, el Dr. Ciro Maguina Vargas publicó en el año 2010 una revisión sobre fiebre amarilla y gestación, resaltando el hecho que durante la gestación se puede producir aborto, parto prematuro, muerte fetal y muerte materna, sin ocurrir transmisión congénita⁽⁹²⁾.

VIRUS ZIKA

A inicios del año 2016, la OMS declaró a la infección por virus zika como emergencia sanitaria global, con graves efectos en el recién nacido, como la microcefalia en fetos y neonatos. El anuncio tuvo repercusión académica en nuestro país a través de diversas publicaciones, en las cuales la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología tuvo un rol activo. Así, en el mes de junio 2016, se publicó en la RPGO una revisión actualizada sobre el virus zika a cargo del Dr. José Pacheco Romero, con énfasis en la transmisión, diagnóstico, efectos perinatales y estrategias de prevención, así como el estado actualizado de los casos descritos en nuestro país⁽⁹³⁾. Unos meses después, en setiembre 2016, el mismo autor actualizó la evidencia disponible a la fecha, los casos confirmados y la expansión de esta infección en el continente americano y en nuestro país; también remarcó que esta epidemia es un reto para los ginecoobstetras y revisó las recomendaciones de la CDC para la prevención de la transmisión sexual del virus⁽⁹⁴⁾.



Debido a la repercusión de esta epidemia, la RPGO organizó este año el Simposio sobre infección del virus zika y salud reproductiva, publicado en el mes de abril, en el cual el Dr. Miguel Gutiérrez Ramos en la presentación destacó el rol de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en la responsabilidad académica de promover la prevención de enfermedades que afecten a la salud de la mujer⁽⁹⁵⁾. En dicho Simposio, también el Dr. Daniel Aspilcueta Gho y colaboradores alertaron sobre una probable epidemia en nuestra región con potenciales consecuencias en gestantes y recién nacidos, así como su impacto en la salud pública, en vista de que se ha demostrado la presencia del virus zika en varias regiones del país⁽⁹⁶⁾. De igual manera, el Dr. Walter Mendoza y colaboradores publicaron la evaluación solicitada por el Ministerio de Salud (MINSA) respecto a la capacidad de respuesta de sus servicios de salud reproductiva en las áreas de mayor riesgo de contagio, con la finalidad de identificar las necesidades y elaborar un plan de mejora de la oferta de servicios, concluyendo que 'De mantenerse dichas condiciones, ni los servicios del MINSA ni los de EsSalud estarían preparados para enfrentar una epidemia de zika, según los primeros escenarios previstos'⁽⁹⁷⁾. Respecto al síndrome congénito por el virus zika, el Dr. Roberto Albinagorta Olórtegui y la Dra. Maritza del Pilar Díaz Vela publicaron en el Simposio la evidencia disponible sobre la salud fetal y diagnóstico ultrasonográfico en la infección perinatal por el virus zika, manifestando que 'Resulta claro que el ultrasonido es el único medio que permite evaluar los posibles compromisos fetales. Así, los controles ecográficos de rutina deben considerarse de máxima importancia para detección de casos sospechosos, y se debería establecer una evaluación sistemática para todas las gestantes en riesgo'⁽⁹⁸⁾.

VI. INFECCIONES QUIRÚRGICAS Y COMPLICACIONES

INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

En el marco del VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción del año 1984, el Dr. Juan Trelles Yenque expuso el tema de infecciones postoperatorias, con énfasis en la epidemiología, factores, diagnóstico y tratamiento; además, reportó un estudio suyo en 100 pacientes intervenidos

con cirugía mayor ginecológica y obstétrica en quienes observó que la infección más frecuente fue la de vías urinarias, seguida de las infecciones de cúpula y de endometrio⁽⁹⁹⁾. En 1988 el Dr. Alejandro Siu publicó un ensayo clínico controlado y aleatorizado referido a la administración profiláctica de antibióticos (cefalotina) en histerectomía vaginal para la prevención de infecciones de cúpula vaginal, realizado en 100 pacientes el Hospital Arzobispo Loayza entre los años 1983 a 1986; concluyó que no existió infección en ambos grupos y que la administración de antibióticos no era necesaria⁽¹⁰⁰⁾. Por su parte, en 1989 el Dr. Moisés Huamán Guerrero y colaboradores realizaron un estudio prospectivo en 54 pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según el cual recomiendan el uso preoperatorio de ampicilina, aunque también consideran la opción de no usar antibióticos⁽¹⁰¹⁾. Ese mismo año, el Dr. Alejandro Siu realizó un estudio retrospectivo en el que comparó el beneficio de utilizar profilaxis antibiótica en pacientes operadas de cesárea electiva con pacientes operadas de emergencia atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza entre los años 1986 a 1988; concluyó que los resultados sugieren que en los casos de cesáreas de emergencia es recomendable el uso preoperatorio de antibióticos⁽¹⁰²⁾.

En el año 2000, el Dr. Luis Meza reportó 15% de infección intrahospitalaria en 421 cesareadas de emergencia atendidas el año 1996 en el Instituto Materno Perinatal; la infección más frecuente fue la de herida operatoria, seguida de endometritis e infección urinaria⁽¹⁰³⁾. Del mismo modo, el Dr. Mauricio Ricardo Monrroy y la Dra. Maytee Torreblanca comunicaron 11,7% de endometritis e infección de herida operatoria en 374 cesareadas de urgencia en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa atendidas en el año 2000⁽¹⁰⁴⁾. Por su parte, el año 2010, los doctores Fredy García Valderrama y Juan Mere Del Castillo hallaron 6% de hematoma de cúpula vaginal en 30 pacientes que tuvieron histerectomía vaginal durante los años 2008 y 2009, en el Hospital Arzobispo Loayza⁽¹⁰⁵⁾.

SHOCK SÉPTICO

El aporte de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en este campo se inició el año 1972, en el que el Dr. José Pacheco Romero publicó la primera revisión sobre este tema, en el que describió que aproximadamente el 50% de



casos de shock séptico en ginecoobstetricia se debía a abortos provocados, pielonefritis, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, abscesos pélvicos y manipulación del aparato urinario, concluyendo: 'nuestro éxito en el manejo del shock séptico depende del diagnóstico precoz y del tratamiento inmediato del proceso, y el tratamiento específico consiste en la administración adecuada de antibióticos y en la pronta eliminación del foco infeccioso'(¹⁰⁶). Al siguiente año, el mismo autor realizó una nueva revisión del shock endotóxico, con énfasis en el entonces tratamiento controversial con vasodilatadores y vasoconstrictores, así como el uso de corticoides(¹⁰⁷). El mismo año, los doctores Rodolfo Gonzales Enders y Edgard Velarde comunicaron las características de 26 pacientes con diagnóstico de shock séptico entre los años 1969 y 1972, del Hospital Nacional Cayetano Heredia; además señalaron que las causas más frecuentes fueron el aborto séptico seguida de la pelviperitonitis poscesárea y las infecciones urinarias. También identificaron que los agentes causales fueron los gérmenes Gram negativos, como *Klebsiella aerobacter* y *Escherichia coli*(¹⁰⁸). Los propios doctores Rodolfo Gonzales Enders y Edgard Velarde, junto al Dr. Carlos Gutiérrez Aparicio, en el marco del VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción realizado el año 1981, expusieron una actualización sobre las causas, el diagnóstico, manejo y supervivencia de pacientes con septicemia y shock séptico en ginecología y obstetricia, sobre la base de su experiencia en el manejo de 67 casos durante 10 años en el Hospital Cayetano Heredia(¹⁰⁹).

En 1985, el Dr. José Pacheco, la Dra. Delia Moreno y la Dra. Etel Geisinger estudiaron las características de 25 casos de shock endotóxico tratados médica y quirúrgicamente en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé durante los años 1971 a 1980, en quienes las causas más frecuentes fueron endometritis, corioamnionitis e histerectomía, con cultivos positivos a *Staphylococcus aureus*, *estreptococo* y *Escherichia coli*; la mortalidad en este grupo fue 56%(¹¹⁰). En el Simposio sobre enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) realizado el año 2007 en la RPGO, el Dr. Jorge Cerna Barco hizo una revisión del tema de sepsis y shock séptico asociados a infecciones del aparato genital femenino que contribuyó a la actualización del manejo de dichas entidades(¹¹¹).

ABORTO SÉPTICO

En un trabajo presentado para la incorporación a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología en 1960, el Dr. José Lozano Pardo reportó el cuadro clínico, curso, pronóstico y tratamiento de 6 casos de necrosis tubular aguda e insuficiencia renal consecutiva a aborto séptico por *Clostridium welchi*, diagnosticadas mediante biopsia por punción renal realizada por primera vez en el Perú(¹¹²).

El Dr. Carlos Gutiérrez Aparicio expuso en el VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción realizado el año 1981, un estudio de 57 casos de pacientes con aborto séptico con pelviperitonitis y shock séptico, siendo los gérmenes aislados *Escherichia coli*, *Klebsiella aerobacter* y *Bacteroides*; además, realizó una actualización sobre la epidemiología, agentes condicionantes, diagnóstico y manejo del aborto séptico(¹¹³). En 1987, el Dr. Eduardo Maradiegue Méndez comunicó las características de 34 muertes maternas por aborto séptico ocurridas en el Hospital Cayetano Heredia entre los años 1975 a 1984, representando el 35,7% de la mortalidad materna en dicho periodo para dicho establecimiento(¹¹⁴).

Ya en la década del 90, los doctores Ovidio Vhumbe, Luis Távara, y Carlos Rodríguez presentaron datos de morbilidad y mortalidad materna de 1 088 casos de aborto séptico atendidos entre los años 1990 a 1993 en el Hospital María Auxiliadora, que representaron el 18% del total de abortos atendidos en dicho establecimiento; la mayoría de casos ocurrió en adolescentes y el 100% presentó endometritis(¹¹⁵). Por su parte, en el año de 1994, los doctores Raúl Castro y Eduardo Maradiegue reportaron las características de 24 muertes maternas por aborto séptico ocurridas en el Hospital Cayetano Heredia durante los años 1985 a 1992, encontrando que los factores asociados a la mortalidad fueron: multiparidad, edad gestacional mayor de 16 semanas, tiempo de maniobras abortivas mayor a 5 días, shock séptico, anemia, insuficiencia renal aguda, perforación uterina, coagulación intravascular diseminada (CID) y falla multiorgánica(¹¹⁶). Finalmente, en 1998, el Dr. Ovidio Chumbe y colaboradores describieron las características del aborto séptico en 285 adolescentes de 18 a 19 años, atendidas entre los años 1991 a 1996



en el Hospital María Auxiliadora, todas con diagnóstico de endometritis; las complicaciones más frecuentes fueron la anemia, el shock séptico, la pelviperitonitis y la perforación uterina⁽¹¹⁷⁾.

VII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Además de las publicaciones comentadas en el presente artículo, en las que se ha tratado las infecciones de transmisión sexual asociadas a otras entidades clínicas, como la EPI⁽⁶³⁾, destacan dos publicaciones referidas propiamente a ITS en la RPGO. Así, el Dr. Eduardo Maradiegue Méndez en el VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción realizado el año 1981, realizó una presentación de las infecciones transmitidas sexualmente con énfasis en la etiología viral, bacteriana, parasitaria y micótica, describiendo que para entonces la tricomoniasis era la enfermedad más frecuente transmitida por vía sexual⁽¹¹⁸⁾. También, en el año de 1992, el Dr. José Pacheco Romero realizó una revisión sobre las enfermedades de transmisión sexual en base a la evidencia disponible, afirmando que: 'El rápido incremento poblacional, la liberalidad de la juventud, la posibilidad de anticoncepción, y el rol de los medios de comunicación social, han hecho que la incidencia de enfermedades de transmisión sexual se haya incrementado en el mundo, causando gran commoción la más reciente aparición, asombroso progreso, y terribles estragos mortales que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida'⁽¹¹⁹⁾.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La primera publicación en la RPGO respecto al virus papiloma humano (VPH) la realizaron el Dr. Carlos Santos y colaboradores en el año de 1991. Ellos concluyeron en base a la evidencia existente 'Se ha postulado que el papilomavirus humano (PVH) jugaría un rol importante en la etiología del cáncer del cuello uterino. Ello se basa en una fuerte asociación observada desde puntos de vista epidemiológico, citológico, histológico, inmunológico y de biología molecular. Se han demostrado más de 50 tipos de VPH, de los cuales algunos como el 6 y el 11 se encuentran frecuentemente en condiloma acuminado genital y displasias tempranas, mientras que VPH 16 y 18 se detectan en la mayoría de las displasias avanzadas y cáncer invasor'. También identificaron el VPH 16 en 6 de las 10 biopsias de pacientes

con carcinoma de cuello uterino con recurrencia post-radioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas⁽¹²⁰⁾.

En 1996, el Dr. Gustavo Herrera y Fernando Jarufe publicaron los resultados de las biopsias de 316 mujeres con lesiones de vulva, realizadas entre 1994 y 1995 en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa; encontraron infección vulvar por VPH en 68,6% de ellas⁽¹²¹⁾. En 1997, el Dr. Gustavo Herrera informó sobre la infección de VPH mediante signos histomorfológicos en 22 de 73 pacientes con lesiones preneoplásicas y neoplásicas, también en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa⁽¹²²⁾. Un año más tarde, en 1998, en un trabajo conjunto entre el Instituto de Patología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Hospital Arzobispo Loayza, la Dra. Delia Jara y colaboradores publicaron una investigación que determinó 58% de infección por VPH de 91 biopsias de lesiones intraepiteliales y carcinoma escamoso⁽¹²³⁾.

Ya en el nuevo siglo continuaron los aportes sobre este tema en la RPGO. Así, en el año 2003 el Dr. Jorge Cervantes, del Departamento de Virología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Kagoshima-Japón, realizó una revisión sobre el VPH en cuanto a su epidemiología, genotipificación, histocompatibilidad y riesgo inmunológico, enfatizando que son tan importantes los factores virales como el hospedero para el desarrollo de lesiones precancerosas y el propio cáncer cervical⁽¹²⁴⁾. En el año 2007 se publicó el primer Simposio sobre Infección por el VPH, en el cual fue importante el aporte del Dr. Wayne Lancaster del Centro de Medicina Molecular y Genética del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de Detroit, Michigan, EE UU, quien hizo un repaso de la evidencia disponible sobre la infección por VPH, resaltando que durante la infección los factores secundarios tendrían un rol en inducir la integración del genoma viral y liberación de la expresión genética temprana resultando un cúmulo de mutaciones que llevan al cáncer⁽¹²⁵⁾. También en el Simposio, la Dra. Maribel Almonte y la Dra. Nubia Muñoz señalaron las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix en los países de Latinoamérica, entre los cuales nuestro país ocupaba el cuarto lugar de mortalidad y el tercero en incidencia de cáncer de cérvix⁽¹²⁶⁾. A su vez, el Dr. Carlos Santos –Coordinador del Programa Nacional de Control de Cáncer de Cue-



Ilo Uterino- publicó el estado de las investigaciones sobre VPH en el Perú⁽¹²⁷⁾. En lo referente a vacunas contra VPH, participaron en el Simposio el Dr. Xavier Castellsagué y el Dr. Xavier Bosch del Servicio de Epidemiología y Registro de Cáncer del Hospital General de l'Hospitalet de Caltuña-España, quienes comunicaron los resultados clínicos de los ensayos realizados para las dos vacunas VPH (en base a partículas similares al virus) que eran comercializadas⁽¹²⁸⁾. Por otro lado, el Dr. José Jerónimo (Instituto Nacional del Cáncer, EE UU) y el Dr. Manuel Álvarez (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) evaluaron el efecto que la vacunación profiláctica contra VPH 16 y 18 podría tener en el tamizaje del cáncer de cuello uterino, concluyendo que la vacunación debe ser priorizada en mujeres jóvenes⁽¹²⁹⁾. Respecto a la prevención y control, el Dr. Eduardo Lazcano-Ponce, Director del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública de México, expuso las causas de la deficiente detección oportuna del cáncer cervical en países en desarrollo, la vacunación profiláctica y sus costos, y la necesidad de educación y promoción⁽¹³⁰⁾.

Más recientemente en el año 2013, la Dra. Jacqueline Canul-Canche, del Laboratorio de Virología del Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán en México, mostró la eficacia del manejo electroquirúrgico con asa diatérmica para la eliminación de VPH en lesiones cervicales de 28 mujeres con infección por VPH tratadas con dicha técnica, y en quienes observó 100% de negativización del virus a las ocho semanas⁽¹³¹⁾. Y en el año 2016, en una Sección nueva de la RPGO denominada Cáncer de cérvix: reflexiones sobre el tamizaje y manejo, el Dr. José Jerónimo propone recomendaciones para la detección y manejo de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, en base a las recomendaciones de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Clínica⁽¹³²⁾.

SÍFILIS

Respecto a este tema, el aporte de la Sociedad fue desde sus primeros años. Así, en el año 1956 el Dr. Pedro Weiss publicó en la RPGO un artículo sobre el origen americano de las treponemiasis sífilis y mal de Pinto, exponiendo para ello argumentos históricos, arqueológicos y de anatomopatología⁽¹³³⁾. Ya en la década del ochenta, específicamente en 1981, el Dr.

Eduardo Maradiegué publicó un artículo sobre la etiología de la sífilis, las etapas clínicas de la enfermedad, la complicación durante la gestación y el tratamiento correspondiente⁽¹³⁴⁾. Para el año 1992, el Dr. José Pacheco Romero realizó una revisión sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la sífilis, exponiendo sobre su etiología, diagnóstico clínico y de laboratorio, tratamiento y el riesgo de infección fetal⁽¹³⁵⁾. También, en 1996 el Dr. Juan Serrepe hizo una actualización de las enfermedades de transmisión sexual en general, donde expuso el tema como problema de salud pública y puso énfasis en la prevención y las estrategias de intervención⁽¹³⁶⁾.

Uno de los temas desarrollados en el primer Simposio publicado en la RPGO sobre Infecciones en Obstetricia, el año 2010, fue la sífilis en la gestación, cuyas autoras fueron las doctoras Frine Samalvides y Claudia Banda. En relación a la transmisión perinatal, ellas indicaron: 'La transmisión vertical puede ocurrir en cualquier momento durante la gestación y en cualquier estadio de la enfermedad. Los resultados adversos de sífilis no tratada incluyen: restricción en el crecimiento intrauterino, muerte fetal intrauterina, muertes neonatales, nacimientos pretérmino e infección congénita'⁽¹³⁷⁾.

VIH – SIDA

Pese a que los primeros reportes del virus de inmunodeficiencia humana se publicaron en el año 1981, fue recién en el año de 1995 que el Dr. José Pacheco Romero publicó en la RPGO una revisión sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) perinatal, donde expuso lo referente a la transmisión del VIH, sida en la gestación (restricción del crecimiento fetal, prematuridad, transmisión vertical), diagnóstico y tratamiento; además, comunicó la experiencia del manejo de pacientes con sida en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins⁽¹³⁸⁾. En 1996 el Dr. Eduardo Gotuzzo hizo lo propio mediante una revisión del sida en ginecología y obstetricia, enfatizando la vía de transmisión sexual en el Perú como medio principal de contagio; también presentó la evidencia disponible respecto al sida en la gestación y las vías de transmisión al feto, a la vez expresó que 'El uso de despistaje de infección por VIH ha sido desalentado, en general, porque el costo-beneficio no lo amerita y porque el resultado habitual ha



sido de discriminar a los seropositivos en el trabajo, en sus centros de estudios⁽¹³⁹⁾. También en el año de 1996, el Dr. Rolando Figueroa realizó una revisión sobre el VIH y lactancia, en base a la evidencia disponible y el riesgo que tenía en la transmisión del virus⁽¹⁴⁰⁾. En el año 1999, el Dr. Juan Mere y Dr. Harold Huamán presentaron las características de 20 gestantes con diagnóstico de VIH atendidas entre 1996 y 1997 en el Hospital Arzobispo Loayza, no encontrando partos pretérmino o amenazas de parto prematuro; en esta serie, 12 gestantes recibieron terapia antirretroviral y 19 neonatos tuvieron positividad en la serología para VIH⁽¹⁴¹⁾. Para el año 2002, el Dr. Carlos Veláquez Vásquez determinó la tasa de transmisión vertical de VIH en 113 niños menores de 15 años de madres con VIH y que nacieron en el Instituto Materno Perinatal de Lima, siendo esta de 29,2% en niños de madres sin tratamiento antirretroviral y 5,5% en niños de madres tratadas con zidovudina⁽¹⁴²⁾.

VIII. OTRAS INFECCIONES

HIDATIDOSIS

La alta prevalencia de hidatidosis en nuestro país, en particular en la región centro andina, y dado que ningún órgano es inmune a esta zoonosis parasitaria, ha motivado la preocupación de los miembros de la Sociedad por reportar los casos de hidatidosis con afectación gineco-obstétrica. Así, en 1991 el Dr. Williams Venturo Castro y Dr. José Torres Zumaeta describieron 8 casos de hidatidosis pelviana demostrada con estudio hitopatológico atendidas en el Hospital Hipólito Unanue durante los años 1980 a 1990, de localización paratubárica, ovárica, fondo de saco de Douglas, retroperitoneal y vesicouterino; en vista de lo cual recomendaron: 'Consideramos importante tener en cuenta la etiología parasitaria en tumores quísticos de pélvis dada la epidemiología de nuestro medio'⁽¹⁴³⁾. En 1993, el Dr. Leoncio Vega Rizo Patrón y colaboradores comunicaron 2 casos de hidatidosis ginecológica y 12 casos de hidatidosis peritoneal con sintomatología ginecológica, luego de una revisión del archivo del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Daniel A. Carrión de los años 1969 a 1993⁽¹⁴⁴⁾. Ya en el año 2006 la Dra. Claudia Urbina y colaboradores reportaron el caso de un quiste hidatídico de ovario y recomiendan que en países endémicos como el

nuestro debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de cualquier tumoración quística asintomática localizada en órganos pélvicos⁽¹⁴⁵⁾. También, en el año 2007 el Dr. Melvin Gamarra y la Dra. Mary Cruz Sánchez informaron sobre 3 casos de gestantes con hidatidosis peritoneal que llegaron a término en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, postulando que puede haber una progresión rápida de la enfermedad debido a la inmunidad celular disminuida durante la gestación⁽¹⁴⁶⁾.

BRUCELOSIS Y TOXOPLASMOSIS

En 1960, el Dr. Manuel Luis Pérez, Director del Instituto de Maternidad y Asistencia Social del Hospital T. De Alvear de Buenos Aires-Argentina, publicó en la RPGO una revisión sobre brucelosis y toxoplasmosis en el embarazo, destacando el pasaje transplacentario de ambas infecciones, con afectación fetal y neonatal⁽¹⁴⁷⁾. En nuestro país, en el año 2012 se comunicó un caso de hidropesía fetal como signo ecográfico de toxoplasmosis congénita en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; el recién nacido presentó hepatoesplenomegalia, coriorretinitis y serología positiva, al igual que la madre⁽¹⁴⁸⁾.

CITOMEGALOVIRUS

En el año 2005, el Dr. Segundo Acho y colaboradores presentaron un caso de hidropesía fetal no inmunológica e infección intrauterina por citomegalovirus, con microcefalia y meningoencefalitis al nacer⁽¹⁴⁹⁾. También, en el año 2016, la Dra. Mileidy Mejías Quintero y colaboradores, del Hospital Gutiérrez Ortega de Ciudad Real-España, comunicaron dos casos de gestantes con infección por citomegalovirus y fetos con microcefalia, atrofia cortical y restricción del crecimiento intrauterino; en este caso los padres decidieron la interrupción de la gestación contemplada por ley en España, debido a las graves malformaciones fetales⁽¹⁵⁰⁾.

MIASIS

El Dr. Alejandro Siu y Dr. Walter Peñaranda, el año 2009, informaron del caso clínico de una paciente de 95 años con prolapso genital total infestado con larvas de dípteros (larvas de mosca - miasis), destacando el hecho que solamente existían dos casos publicados a nivel mundial⁽¹⁵¹⁾.



HEPATITIS

El Dr. César Cabezas Sánchez, el año 2010 publicó una revisión sobre gestación e infección por el virus de la hepatitis B, destacando el hecho de que existe transmisión vertical congénita mas no por lactancia y que la profilaxis reduce la transmisión perinatal⁽¹⁵²⁾.

PESTE

En el año 2010 el Dr. Ciro Maguiña Vargas publicó una revisión y actualización de la peste en el Perú a raíz de 5 casos confirmados durante el año 2009 y el brote de peste del año 2010, ambos en La Libertad. Así, el año 2010 por primera vez en el Perú se informó sobre cuatro formas neumónicas de esta enfermedad, una de ellas en una mujer de 29 años, quien falleció⁽¹⁵³⁾.

ANTIMICROBIANOS EN GINECOOBSTETRICIA

La asociación trimetroprim/sulfametoxazol en el tratamiento de infecciones ginecológicas fue descrita por primera vez en 1974 por el Dr. Eduardo Valdivia Ponce y Dr. Martín García La Madrid, en un estudio realizado en 60 pacientes con diversas afecciones ginecológicas como vulvovaginitis, cervicitis, anexitis y endometritis, atendidas en el Hospital Central N°2 del Seguro Social (actual Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins); encontraron que *Escherichia coli* fue responsable del 44% de afecciones. Los autores observaron la remisión completa de síntomas y cultivos con el tratamiento trimetroprim/sulfametoxazol y concluyeron que 'no tenemos duda que este nuevo quimioterápico representa un efectivo agente antibacteriano en manos de ginecologos y obstetras, particularmente por su fácil administración'⁽¹⁵⁴⁾.

En 1984, en el marco del VII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología y II Congreso Peruano de Reproducción, se desarrolló el Panel sobre Infecciones en Gineco-Obstetricia, en donde se expusieron los temas sobre microbiología del aparato genital femenino (Dr. Rodolfo Gonzales Enders)⁽¹⁵⁵⁾, antibióticos en ginecología (Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia)⁽¹⁵⁶⁾, farmacodinamia de antibióticos en gestantes (Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia)⁽¹⁵⁷⁾, selección y fallas aparentes en el tratamiento con antimicrobianos (Dr. Carlos Guímez Aparicio)⁽¹⁵⁸⁾. Destaca lo manifestado por el Dr. Gotuzzo: 'Las cefalosporinas, en general,

no deben ser drogas de uso habitual, a no ser que se reconozcan infecciones graves por *Klebsiella*' y la conclusión del Dr. Gutiérrez: 'La mayoría de veces se atribuye la falla a la aparición de resistencia del microorganismo infectante. Sin embargo, es raro que esto ocurra en infecciones agudas. La mayor frecuencia se da en una incorrecta interacción del huésped, microorganismo y medicamento, lo que perjudica una adecuada respuesta terapéutica'.

En la década del noventa, el Dr. José Santos y colaboradores compararon la asociación amoxicilina/metronidazol versus la ampicilina en el manejo de la rotura prematura de membranas de 61 gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 1992, determinando que en la asociación descrita el periodo de latencia es mayor⁽¹⁵⁹⁾. Por su parte, el Dr. Victor Díaz y colaboradores, en el año 1998 publicaron los resultados de un estudio comparativo multicéntrico acerca de la efectividad de clindamicina+ciprofloxacino versus ceftriaxona+doxiciclina en el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria en 65 pacientes atendidas en los Hospitales Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia el año 1995, concluyendo que fueron similares en efectividad y seguridad⁽¹⁶⁰⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Reyes A. Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y Venezuela. Comunidad y Salud. 2016;14(2):63-71.
- Organización Mundial de la Salud OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS). Ginebra: OMS; 2016 [Fecha de acceso: 29 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):461-4.
- Larrañaga A. Estudio bacteriológico en gestantes portadores sanos y recién nacidos en el Hospital San Bartolomé. Ginecol Obstet (Peru). 1963;9(1-4):21-38.
- Távara L, Guevara JM, Silva C, Chumpitaz J, Zerpa R, Ludmir A. Estudio preliminar sobre la infección urinaria en pacientes con parto prematuro. Ginecol Obstet (Peru). 1979;24(1):23-6.
- Trelles J, Calderón J, Gonzales R. Infecciones puerperales. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):179-82.
- Távara L, Mimbelo J, Cevallos R. Implicancias perinatales de la diarrea aguda coleriforme en el Hospital María Auxiliadora. Ginecol Obstet (Peru). 1992;38(13):11-6.
- Shigyo C, Kobayashi L, Lucen A, Aliaga R. Cultivo de líquido amniótico en pacientes sometidas a cesarea en el Insituto Materno Perinatal (Ex.-H.M.L). Ginecol



- Obstet (Peru). 1993;39(16):67-78.
- 9. Pacheco J, Flores T, García M. Contribución al estudio de la prevalencia de la bacteriuria asintomática en gestantes. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(2):39-43.
 - 10. Pacora P, Huiza L. Bacteriuria asintomática en una población de Lima: consecuencias maternas, fetales y neonatales. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(4):58-63.
 - 11. Sáenz S, Ovalle A. Infección puerperal. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(4):58-63.
 - 12. Pacheco J, Olórtegui W, Salvador J, López F, Palacios J. Endometritis puerperal. Indicación y factores de riesgo. Ginecol Obstet (Peru). 1998;44(1):54-60.
 - 13. Siu A, Chung-Joo B. Pielonefritis aguda y gestación. Ginecol Obstet (Peru). 2001;47(3):171-6.
 - 14. Rado AM, Mere J, García M. Riesgo de las complicaciones de vaginosis bacteriana en gestantes. Ginecol Obstet (Peru). 2001;47(3):177-83.
 - 15. Rojas J, Ramírez T, Jaimes F. Prevalencia de vaginosis bacteriana en el embarazo. Ginecol Obstet (Peru). 2004;50(2):101-5.
 - 16. Bataglia-Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):154-8.
 - 17. Villamonte W, Jerí M, Callahui R, Lam N. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):135-9.
 - 18. Saona Ugarte P. Symposium infecciones en obstetricia. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56(3):177-8.
 - 19. Vera E, Santiváñez A, Cruzate V. Estrategia multimodal en la disminución de las endometritis puerperales de parto vaginal. Rev Per Ginecol Obstet. 2013;59(3):195-8.
 - 20. Campos T, Canchucaya L, Gutarra-Vilchez R. Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. Rev Per Ginecol Obstet. 2013;59(4):267-74.
 - 21. Vásquez V, Flores M, Lazo M. Endometritis posparto: experiencia en un hospital general. Rev Per Ginecol Obstet. 2014;60(1):59-64.
 - 22. Toro-Montero A, Martínez-Sánchez L, Restrepo-Arango M, Jaramillo-Jaramillo L. Streptococcus spp. en el embarazo, patología y avances en su detección temprana. Rev Per Ginecol Obstet. 2016;62(2):209-17.
 - 23. Miranda Flores A. Nivel de proteína C reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Per Ginecol Obstet. 2016;62(4):381-8.
 - 24. Ascenso J. Tuberculosis genital latente en mujeres estériles peruanas. Ginecol Obstet (Peru). 1956;2(1):110-23.
 - 25. Santos A. Concepto actual del tratamiento de la tuberculosis genital femenina. Ginecol Obstet (Peru). 1957;3(4):232-247
 - 26. Ascenso J. Hallazgos histerosalpingográficos en estériles peruanas con tuberculosis genital. Ginecol Obstet (Peru). 1958;4(3):172-93.
 - 27. Muñoz C, Diaz V, Franco A. Tuberculosis genital femenina. Ginecol Obstet (Peru). 1965;11(2):123-34.
 - 28. Sandoval R. Incidencia de la tuberculosis genital en el Complejo Hospitalario Daniel A. Carrión. Diagnóstico y tratamiento. Ginecol Obstet (Peru). 1988;34(6):36-9.
 - 29. García F, Motta L, Castillo F, Ureta A, Delgado V. Tuberculosis pélvico-peritoneal simulando cáncer de ovario con CA 125 elevado. Ginecol Obstet (Peru). 1998;44(1):69-71.
 - 30. Corimanya J, Urbina C, Pereyra S. Tuberculosis vulvovaginal en una lactante: reporte de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2006;52(4):262-4.
 - 31. Misad O, Cáceres E. La tuberculosis de la mama y el problema diagnóstico diferencial con el cáncer. Estudio de 30 casos. Ginecol Obstet (Peru). 1956;2(1):195-210.
 - 32. Celedonio M, Espino M, Angelino B, García R, Espinoza J, Moscoso M. Tuberculosis mamaria. Rev Peru Ginecol Obstet (Peru). 2000;46(3):279-80.
 - 33. Gonzales D, Campos G, Ramirez R. Características clínicas de las tuberculosis mamarias en pacientes atendidas en un Servicio de Ginecoobstetricia, 2002-2011. Rev Peru Ginecol Obstet. 2013;59(2):107-13.
 - 34. Osma E, García C. Tuberculosis y embarazo. Ginecol Obstet (Peru). 1964;10(3):155-67.
 - 35. Achard A. Tuberculosis y embarazo. Clínica y tratamiento. Ginecol Obstet (Peru). 1964;10(3):168-84.
 - 36. Migone O, Blank B. Estado gravido puerperal en tuberculosis pulmonares sometidas a tratamiento quirúrgico previo al embarazo. Control obstétrico y tisiológico en 15 pacientes. Ginecol Obstet (Peru). 1965;11(2):195-200.
 - 37. Migone O, Blank B. La tuberculosis hematogena en el estado grávido puerperal. Control obstétrico y tisiológico en 15 casos. Ginecol Obstet (Peru). 1965;11(2):201-5.
 - 38. Ludmir A, Abanto M, Bellido R. Tuberculosis y gestación. Ginecol Obstet (Peru). 1965;11(3):285-94.
 - 39. Rodriguez F, Oneto J, Figueroa J. Tuberculosis y embarazo. Ginecol Obstet (Peru). 1965;11(3):295-300.
 - 40. Montoya J, Pereda J, Hernandez M. Tuberculosis genital y embarazo. Ginecol Obstet (Peru). 1968;14(3):371-7.
 - 41. Barreto L, Bonifacio D, Bonifacio N. Tuberculosis y embarazo: interacciones clínico patológicas. Ginecol Obstet (Peru). 1997;43(2):132-7.
 - 42. Montalvo L, Lévano J. Incidencia de tuberculosis en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2001-2009. Rev Peru Ginecol Obstet. 2013;59(2):101-6.
 - 43. Jorge Juan Perea. Lesión tricomoniásica de aspecto pseudomaligno. Ginecol Obstet (Peru). 1961;7(2-4):71-4.
 - 44. Huppert JS. Trichomoniasis in teens: an update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009; 21(5):371-8. doi: 10.1097/GCO.0b013e32832e0827.
 - 45. Bazán-Ruiz S, Valladares-Garrido D, Benites-Cóndor Y, Bendezú-Quispe G, Ruiz-Leud M, Mejía CR. Severidad de la inflamación en los reportes de Papanicolaou según agente etiológico encontrado en un hospital público del norte de Perú. Rev chil obstet ginecol. 2016;81(1):32-7. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000100006.
 - 46. Morales JM. El tratamiento conservatorio de la cervicitis crónica. Ginecol Obstet (Peru). 1962;8(1-2):68-71.
 - 47. Achard A, Moutone J. Cervicitis crónica y su trata-



- miento por cirugía electrica. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1962;8(1-2):79-89.
48. Barrionuevo De Vilches, Tula. La pimarcina en el tratamiento de la trichomoniasis. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1963;9(1-4):67-73.
 49. Ortega G, L. Flujo genital patológico inespecífico. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1972;18(1-2-3):183-6.
 50. Herrera Calmet, A. Tratamiento del flujo genital. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1972;18(1-2-3):187-92.
 51. Soihet S. El flujo vaginal en la consulta ginecológica. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1986;30(2):56-60.
 52. Salvador M. Diagnóstico clínico de la vaginosis bacteriana. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1997;43(1):60-62.
 53. Méndez M, Calderon J, Soria A, Yui M, Apaza N. Vaginosis bacteriana: diagnóstico y prevalencia en un Centro de Salud. *Ginecol Obstet (Peru)*. 2001;47(1):58-61.
 54. Cubas V, Sánchez S, León M, Atencio G, Sánchez J, Ton J, Grimaldo J. Concordancia entre el diagnóstico clínico y bacteriológico en infecciones vaginal y cervical. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2004;50(1):10-8.
 55. Ciudad-Reynaud, A. 'Qué hay de nuevo en el diagnóstico y tratamiento de la vaginitis'. Introducción. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(3):152.
 56. Saona-Ugarte, P. Vaginitis. Ampliando el espectro diagnóstico. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(3):153-8.
 57. García P. Vaginosis bacteriana. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(3):167-71.
 58. Camino-Carrillo de Albornoz G. Vulvovaginitis y dermatosis inflamatorias. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(3):172-9.
 59. Benavente B. Contribución al estudio de la moniliasis genital femenina. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1959;5(3):220-5.
 60. González R. Tratamiento de candidiasis vaginal crónica recurrente con crema vaginal de tioconazol al 2%. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1988;33(5):71-9.
 61. Soihet S. Candidiasis vaginal diagnóstico y tratamiento en la práctica ginecológica. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1989;35(7):42-4.
 62. Ciudad-Reynaud A. Infecciones vaginales por cándida: diagnóstico y tratamiento. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(3):159-66.
 63. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines 2015. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports 2015;51:1-78. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
 64. Achard A. Endometritis. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1973;19(3):91-106.
 65. González R, Yi A, Maradiegue E, Ponde de León O. Diagnóstico de la endometritis-salpingitis-pelviperitonitis (enfermedad pélvica inflamatoria aguda) y su tratamiento con doxiciclina oral. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1979;24(1):51-5.
 66. Sáenz S, Benavente B. Hallazgos bacteriológicos en el cultivo de material endometrial. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1986;30(2):50-3.
 67. Sandoval R, Castro H, Seminario J. Piometra: estudio de evaluación en 15 años en el Hospital Loayza. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1989;35(7):20-5.
 68. Maradiegue E. Endometritis Salpingitis Pelviperitonitis aguda. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1981;26(1):191-3.
 69. Pacheco J, Angeles R. Enfermedad pélvica inflamatoria crónica y fertilidad. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1997;43(3):191-5.
 70. Pacheco J. Infección por Chlamydia trachomatis. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1999;45(3):159-66.
 71. Angeles R, Pacheco J, Ávila G, Ishihara J, Orihuela P, Zuñiga C, Bustamante S. Contribución al estudio de la prevalencia de la infección por clamidia en parejas con infertilidad. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1999;45(3):167-71.
 72. Cancino R, Pacheco G, Rodríguez D, Rechkemmer A. Infertilidad por salpingitis: características demográficas y clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza. *Ginecol Obstet (Peru)*. 2001;48(3):1-8.
 73. De la Cruz G, Bautista M. Estudio clínico epidemiológico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda en el Hospital Arzobispo Loayza. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2005;51(3):126-31.
 74. Pacheco-Romero J. Enfermedad pélvica inflamatoria: Introducción. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(4):226-7.
 75. Gutiérrez-Ramos M. Enfermedad inflamatoria pélvica: Etiopatogenia. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(4):228-33.
 76. Saona-Ugarte P. Enfermedad pélvica inflamatoria: Diagnóstico y complicaciones. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(4):234-9.
 77. Celis-Lopez A. Enfermedad inflamatoria pélvica: Tratamiento médico y quirúrgico. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53(4):240-7.
 78. Acho-Mego S, López-Oropeza L, Durand-Álvarez M, Hernández-Calderón E. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la enfermedad pélvica inflamatoria en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1999-2005. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2008;54(3):208-13.
 79. Ángel Muller E. Vulvovaginitis en el infante y adolescente. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010;56(S1):174-5.
 80. Siu-Au A, Siu-Chang A. El absceso tubo-ovárico. Evolución en cuatro décadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2012;58(2):123-6.
 81. Moore K, Fowkes F, Wiladphaingern J, San N, Kho M, Pimanpanarak M, Carrara V, Rakusansak J, Simpson J, White N, Nosten F, McGready R. Mediation of the effect of malaria in pregnancy on stillbirth and neonatal death in an area of low transmission: observational data analysis. *BMC Medicine*. 2017;15:98. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0863-z>.
 82. García J. Paludismo y gestación: comunicación de dos casos. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1996;42(1):59-65.
 83. Padilla A, Tiburcio H, Apolinario M. Gestación y malaria. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1997;43(3):239-43.
 84. García J, Alfaro M. Complicaciones fetales en gestantes con paludismo. *Ginecol Obstet (Peru)*. 1997;43(3):244-8.
 85. Oña J, Távara L. Ocho casos de óbito fetal asociados a Malaria falciparum. *Rev Per Ginecol Obstet*.



- 2003;49(3):185-7.
86. Purizaca M. La malaria en la gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54(2):131-42.
 87. Purizaca-Benites M. Malaria gestacional. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56(3):193-201.
 88. Working Group on Chagas Disease in Bolivia and Peru. Toward improving early diagnosis of congenital Chagas disease in an endemic setting. *Clin Infect Dis.* 2017;65(2):268-75. DOI: 10.1093/cid/cix277.
 89. Manrique M, Liu M, Zegarra F. Transmisión congénita de la enfermedad de Chagas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, Centro de Salud de La Joya y Hospital Regional de Aplao. *Ginecol Obstet (Peru).* 1988;34(6):28-35.
 90. Campos S, Gomero P, Rosales P. Bartonelosis y gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2005;51(3):167-71.
 91. Purizaca M. El dengue y embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2009;55(3):199-210.
 92. Maguiña-Vargas C. Fiebre amarilla y gestación. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56(3):179-82.
 93. Pacheco-Romero J. Zika virus – A new challenge for obstetricians and gynecologists. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2016;62(2):219-42.
 94. Pacheco-Romero J. Zika virus – A new challenge for obstetricians and gynecologists. Continuation. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2016;62(3):247-60.
 95. Gutiérrez Ramos M. Presentación. Simposio infección con el virus zika y salud reproductiva. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;63(1):53-5.
 96. Aspilcueta-Gho D, Benites C, Calderón M, Calderón J. Infección por zika en el Perú: de amenaza a problema de salud. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(1):57-64.
 97. Mendoza W, Gutiérrez M, Zúñiga ME, Del Carpio L, Meza L, Guzmán A, Subiría G, Gutiérrez C, Tejada I, Velásquez E, Revilla T. Evaluación rápida de la situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la epidemia del zika en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(1):65-9.
 98. Albinagorta Olórtegui R, Díaz Vela MP. Salud fetal y diagnóstico ultrasonográfico en la infección perinatal por el virus zika. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(1):71-9.
 99. Trellés J. Infecciones post operatorias. *Ginecol Obstet (Peru).* 1981;26(1):187-90.
 100. Siu A, Rengifo E, Díaz V. Antibioticoprofilaxis para la infección de cúpula en la histerectomía vaginal. *Ginecol Obstet (Peru).* 1988;32(4):23-5.
 101. Huamán M, Pacheco J, Palomino C, Gómez M. Profilaxis antibiótica en cesáreas. *Ginecol Obstet (Peru).* 1989;35(8):22-6.
 102. Siu A. Antibióticos en la cesárea. *Ginecol Obstet (Peru).* 1989;35(9):25-8.
 103. Meza L. Infecciones intrahospitalarias en cesáreas de emergencia en el Instituto Materno Perinatal 1996. *Ginecol Obstet (Peru).* 2000;46(1):84-7.
 104. Monrroy M, Torreblanca M. Comparación de la frecuencia de endometritis e infección de herida operatoria en cesáreas programadas y de urgencia. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2004;50(3):166-70.
 105. García-Valderrama F, Mere-Del Castillo J. Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post histerectomía vaginal. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011;57(2):107-12.
 106. Pacheco J. Shock séptico. *Ginecol Obstet (Peru).* 1972;18(1-2-3):253-6.
 107. Pacheco J. Shock endotóxico: reactualización. *Ginecol Obstet (Peru).* 1973;19(1):55-7.
 108. González R, Velarde E. Shock séptico: experiencias clínicas en obstetricia y ginecología. *Ginecol Obstet (Peru).* 1973;19(2):13-23.
 109. González R, Velarde E, Gutiérrez C. Septicemia y shock séptico en obstetricia y ginecología. *Ginecol Obstet (Peru).* 1981;26(1):194-7.
 110. Pacheco J, Moreno D, Geisinger E. Shock endotóxico. *Ginecol Obstet (Peru).* 1985;29(1):29-32.
 111. Cerna-Barco J. Sepsis y choque séptico asociados a infecciones del aparato genital femenino. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2007;53(4):248-57.
 112. Lozano J. Necrosis tubular aguda consecutiva a aborto séptico. *Ginecol Obstet (Peru).* 1960;6(3-4):240-21.
 113. Gutiérrez C. Infecciones post aborto. *Ginecol Obstet (Peru).* 1981;26(1):183-6.
 114. Maradiague E. Mortalidad por aborto septic en el Hospital Cayetano Heredia. *Ginecol Obstet (Peru).* 1987;31(3):36-40.
 115. Chumbe O, Távara L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. *Ginecol Obstet (Peru).* 1994;40(1):49-54.
 116. Castro R, Maradiague E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia 1985-1992. *Ginecol Obstet (Peru).* 1994;40(1):55-9.
 117. Chumbe O, Novoa A, Alejos H, Rodríguez C, Espinoza K, Parra J. Aborto séptico en adolescentes. *Ginecol Obstet (Peru).* 1998;44(2):118-23.
 118. Maradiague E. Infecciones transmitidas sexualmente. *Ginecol Obstet (Peru).* 1981;26(1):172-6.
 119. Pacheco J. Enfermedades de transmisión sexual. *Ginecol Obstet (Peru).* 1992;38(13):30-41.
 120. Santos C, Castellano C, Holloway R, Farrell M, Barriga O, Galdos R, Barnes W, Jenson B, Ramírez G, Delgado G. Identificación de papiloma virus en cancer de cervix recientemente posradioterapia. *Ginecol Obstet (Peru).* 1991;37(11):69-72.
 121. Herrera G, Jarufe F. Vulvoscopia y biopsia dirigida en la infección vulvar por virus papiloma humano. *Ginecol Obstet (Peru).* 1996;42(2):26-30.
 122. Herrera G. Papiloma virus humano y su asociación a lesiones preneoplásicas y neoplásicas de cuello uterino. *Ginecol Obstet (Peru).* 1997;43(2):110-5.
 123. Jara D, Seminario N, Rengifo E, Malaspina M. Deteción de antígenos de agentes virales asociados a cáncer cervical y precursores. *Ginecol Obstet (Peru).* 1998;44(1):28-36.
 124. Cervantes J. Infección por papilomavirus humano y riesgo inmunológico de cáncer de cuello uterino. *Ginecol Obstet (Peru).* 2003;49(1):53-8.
 125. Lancaster W. Historia natural de la infección del cérvix uterino por el virus papiloma humano. *Rev Per Ginecol*



- Obstet. 2007;53(2):84-92.
126. Almonte M, Muñoz N. Carga de cánceres asociados con el virus papiloma humano en América Latina. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):93-7.
127. Santos-Ortiz C. Virus del papiloma humano y cáncer de cuello en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):98-100.
128. Castellsagué X, Bosch FX. Vacunas frente al virus del papiloma humano, para la prevención del cáncer de cuello uterino. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):101-9.
129. Jerónimo J, Álvarez M. Tamizaje en la era de la vacuna del VPH. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):119-23.
130. Lazcano-Ponce E. El cáncer cervical: nuevas perspectivas de prevención y control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(2):110-8.
131. Canul-Canche J, Suárez-Guerrero N, Suárez-Puerto N, González-Losa M. Eficacia del manejo electroquirúrgico con asa diatérmica para eliminar el virus papiloma causante de lesiones cervicales. Rev Per Ginecol Obstet. 2013;59(2):115-7.
132. Jerónimo J. ¿Qué hacer con citología negativa y prueba para VPH positiva? A propósito de un caso. Rev Per Ginecol Obstet. 2016;62(2):243-5.
133. Weiss P. Origen americano de las treponemiasis sifilis – mal de Pinto. Ginecol Obstet (Peru). 1956;2(1):41-68.
134. Maradiegue E. Infecciones transmitidas sexualmente. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):172-6.
135. Pacheco-Romero J. Enfermedades de transmisión sexual. Ginecol Obstet (Peru). 1992;38(13):30-41.
136. Serrepe J. Enfermedades de transmisión sexual. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(4):161-4.
137. Samalvides-Cuba F, Banda-Flores C. Sífilis en la gestación. Rev Peru Ginecol Obstet. 2010;56(3):202-8.
138. Pacheco J. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida perinatal. Ginecol Obstet (Peru). 1995;41(1):24-9.
139. Gotuzzo E. Sida en ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(1):50-6.
140. Figueroa R. Virus de la inmunodeficiencia humana y lactancia. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(2):23-5.
141. Mere J, Huamán H. Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital A. Loayza. Ginecol Obstet (Peru). 1999;45(1):43-8.
142. Velásquez-Vásquez C. Transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana VIH tipo 1. Instituto Materno Perinatal de Lima. Ginecol Obstet (Peru). 2002;48(4):235-42.
143. Venturo W, Torres J. Quiste hidatídico pélvico femenino. Hospital Hipólito Unanue 1980 – 1990. Ginecol Obstet (Peru). 1991;37(12):137-41.
144. Vega L, Rivas L, Luna S, Quintana J, Aguilar J, Aguilar G. Hidatidosis ginecológica. Ginecol Obstet (Peru). 1993;39(14):45-50.
145. Urbina C, Benavides D, Somocurcio J. Quiste hidatídico de ovario. Reporte de un caso. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(1):51-3.
146. Gamarra M, Cruz M. Hidatidosis peritoneal y gestación: presentación de tres casos clínicos. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;53(2):140-2.
147. Luis Perez, M. Brucelosis y toxoplasmosis en el embarazo. Ginecol Obstet (Peru). 1960;6(1):73-7.
148. Lacunza-Paredes R, Boza-Marroquín M. Hidropesía fetal como signo ecográfico de toxoplasmosis congénita. Rev Per Ginecol Obstet. 2012;58(1):55-8.
149. Acho S, Díaz J, Guillén D, Bambarén E, Navarro R. Hidropesía fetal no inmunológica e infección intrauterina por citomegalovirus. Rev Per Ginecol Obstet. 2005;51(1):53-7.
150. Mejías M, Huertas J, Salem H. Citomegalovirus y embarazo: reporte de dos casos clínicos. Rev Per Ginecol Obstet. 2016;62(1):77-83.
151. Siu A, Peñaranda W. Miasis en prolapsos uterinos. Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55(2):143-5.
152. Cabezas-Sánchez C, Donayre F. Gestación e infección por el virus hepatitis B. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56(3):183-92.
153. Maguiña-Vargas C. Actualización sobre Peste en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56(3):238-41.
154. Valdivia E, García M. La asociación trimetropim/sulfametoaxazol en el tratamiento de infecciones ginecológicas. Ginecol Obstet (Peru). 1974;20(2):97-102.
155. González R. Microbiología del aparato genital femenino. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):169-70.
156. Gotuzzo E. Antibióticos en ginecología. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):176-7.
157. Gotuzzo E. Farmacodinamia de antibióticos en gestantes. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):177-9.
158. Gutiérrez C. Selección y fallas aparentes en el tratamiento con antimicrobianos. Ginecol Obstet (Peru). 1981;26(1):198-200.
159. Santos J, Yio A, Luna C, Fiestas G. Asociación amoxicilina-metronidazol comparado con ampicilina en el manejo de la ruptura prematura de membranas en los embarazos pretérmino. Ginecol Obstet (Peru). 1996;42(2):44-7.
160. Diaz V, Maradiegue E, Escudero F, Saona P. Tratamiento oral de clindamicina y ciprofloxacina versus ceftriaxona intramuscular y doxiciclina oral en el tratamiento ambulatorio de la enfermedad pélvica inflamatoria leve a moderada en dos Hospitales de Lima. Ginecol Obstet (Peru). 1998;44(1):21-7.