

Contenido

Anticonceptivos orales después de la extirpación de endometriomas y el riesgo de recidivas

2

Cesárea electiva, admisión neonatal a CTI y dificultad respiratoria neonatal

5

Viernes 6

JUNIO | 2008

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI



Caldera oxidada (RT). Foto original de Siro López: <http://blogs.periodistadigital.com/sirolopez.php?cat=2110>

Buscando información sobre arte basura o *arte povera*, como se lo denominó en italiano, encontré una serie de fotografías de basura pertenecientes al fotógrafo Siro López, en su "blog" o bitácora.¹ como se ha propuesto traducir esta nueva palabra inglesa que se originó recientemente para denominar a las páginas individuales en Internet, pero que seguramente perderá la carrera tal como ocurrió con el mouse o ratón o con score y tantas otras que también lle-

van, tecnológicamente hablando, las de perder. Y en cuanto a las fotografías, la verdad es que como basura, las podría calificar bien de bien como tal. Se ve que el señor López anduvo por la costa y fotografió durante la marea baja, todo lo que el mar suele devolver a las orillas, con un decidido mal gusto y tal vez mal olor, que bien se puede presumir. Temo que él que, indudablemente es un muy buen fotógrafo, no haya profundizado mucho sobre el tema del arte basura en mi

1 DRAE: pequeño armario junto al timón de una embarcación, donde se guarda la aguja de "marear" o de gobernarla.

Las opiniones vertidas en *Pescando en internet* son exclusiva responsabilidad del autor y creador de este Boletín Electrónico, Dr. Ricardo Topolanski, salvo expresión de lo contrario. La selección de temas publicados no tiene ningún vínculo de interés con empresas o auspiciantes. Es una publicación apoyada y distribuida a través del padrón de socios de la SGU y de la SOGIU, pero no es ni representa la opinión oficial de ninguna de las dos sociedades.

ENVÍAN Y DIFUNDEN:

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
Sociedad de Ginecotología del Interior del Uruguay



Secretaría SOGIU
18 de Julio 714. CP 60.000.
Paysandú, Uruguay
Fax: (598 75) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
● <http://www.sgdelu.org>

VISITE EL SITIO SOGIU
● <http://www.sogiu.com>

AJOG
<http://www.ajog.org/>



humilde opinión, aunque alguna foto como la de la caldera oxidada y agujereada, haya podido despertar mi atención. La cálida luz del atardecer con las largas sombras que provoca la declinación del sol, brinda a los objetos una coloración particular, cálida, que fue la cualidad que permitió que me fijara con más atención en la misma. Ciertamente, un artista expone lo que siente y expresa sus emociones a través de sus obras, que no son meros documentos que podrían tener un determinado valor en un estudio de desechos humanos. Así por ejemplo, algún artista expuso sus propias heces dentro de un frasco y otro las usó como material para pintar sus cuadros y si Duchamp usó un urinario para llamar la atención acerca de una situación del arte y de lo social en Francia hace prácticamente 100 años, otros han tratado de hacerlo por motivaciones menos claras. De todos modos, los contrastes de color de la fotografía de López, acapararon mi atención y traté de aprovechar su imagen para darle un tratamiento que resaltara estos valores dentro de un ordenamiento abstracto balanceado. ¿Sigue siendo una caldera? No es eso lo que me importa, sino los valores tonales de los colores originales y la nueva disposición de las formas y colores, logrados por medio de las técnicas digitales. Y esta es mi imagen del día: ¿re presenta un rechazo de la basura como tal? Este planteo se inserta dentro del planteo de lo feo como tal dentro del ámbito de estética.

● Anticonceptivos orales después de la extirpación de endometriomas y el riesgo de recidivas

Aunque esta indicación no constituye una novedad, la aparición de nuevos tipos de hormonas y sobre todo, el hecho de investigar la real efectividad de esta medida preventiva, son importantes. P. Vecellini, E. Somigliana, R. Daguati y col. de las universidades de Vigano y Milán, publicaron los resultados en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008; 198: 504.e1 – 504.e5 sus resultados.

Se ha indicado que la tasa de recurrencias postoperatorias de quistes ováricos endometriósicos oscila entre 12% y 30% después de un seguimiento de 2 a 5 años. Sin embargo, diversas fallas metodológicas, como por ejemplo el seguimiento telefónico o postal en lugar del seguimiento clínico, las distintas variables de diagnóstico como podrían ser ecografías vaginales vs abdominales vs histología, la exclusión de los seguimientos perdidos o el desconocimiento de las pacientes que usaron algún tratamiento médico, disminuyen la credibilidad de la evidencia existente y el riesgo de que potencialmente sea más elevado de lo comunicado hasta ahora.

Si bien existe un consenso general de que la cirugía por endometriomas aumenta las chances de concepción, recientes evidencias sugieren también que la presencia de estos quistes y/o su extirpación, pueden disminuir la reserva ovárica aunque los mecanismos fisiopatológicos que conducen a este trastorno no están bien aclarados y se piensa que la cirugía puede afectarla directamente. Aunque son raros, se han comunicado recientemente algunos casos de falla postoperatoria ovárica en pacientes operadas por endometriomas bilaterales. También puede comprometerse la circulación ovárica debido a los procedimientos quirúrgicos, tales como la extirpación de la llamada pared quística que involucra la remoción de la cor-

teza ovárica y de folículos. Sin embargo, una circulación ya alterada puede preceder a la cirugía. Durante los ciclos de fertilización in vitro (**FIV**) los ovarios no operados y con endometriomas mostraron una respuesta disminuida a la hiperestimulación. Se demostró una disminución del número de folículos y de su actividad en el estroma ovárico adyacente al endometrioma. Cualesquiera sean los mecanismos precisos que producen el daño a la reserva ovárica y si esta última es anterior o posterior a la cirugía, la prevención de las recidivas y la cirugía iterativa, deberían ser puntos clave en las estrategias a largo plazo para las mujeres con endometriosis, especialmente en aquellas que busque un embarazo en el futuro.

Se planteó la hipótesis de que la ovulación esté relacionada causalmente con el desarrollo de quistes endometriósicos y si esto fuera cierto, la supresión de la función ovárica después de una cirugía conservadora por endometriomas, disminuiría mucho el riesgo de una recidiva lesional. Por lo tanto, los autores establecieron un estudio de cohorte con la idea de definir el riesgo de recidiva de los endometriomas después de una cirugía conservadora en mujeres que usaban anticonceptivos orales (**ACO**) y en aquellas a las que sólo se les hacía un seguimiento postoperatorio.

Metodología. Luego de la excisión laparoscópica de endometriomas ováricos, se indicó un ACO monofásico de baja dosis en las mujeres que no buscaban un embarazo. Un mes después de la cirugía y después, cada 6 meses, se efectuaba un estudio clínico y ecográfico.

Resultados. De las 277 pacientes que ingresaron al estudio, 122 tomaron ACO durante todo el periodo de seguimiento (usuarias corrientes), 129 tomaron ACO en forma discontinua (usuarias ocasionales) y 46 declinaron tomarlas (no usuarias). El promedio de seguimiento fue de 28 meses. Se detectaron 74 casos de recidiva (27%). La proporción acumulada a los 36 meses de pacientes libres de recidiva de endometriomas fue de 94% en las usuarias corrientes y de 51 % en las no usuarias (P < 0.001, con una tasa ajustada de incidencia (TAI = 0.10 (IC95% 0.04-0.24)

Comentario de los autores. La patogenia de la endometriosis es un tema controvertido puesto que puede originarse tanto a partir de una inversión e invaginación progresiva de la corteza ovárica, a partir de un involucramiento de quistes ováricos funcionales por implantes endometriales secundarios o a partir de una metaplasia del epitelio celómico que cubre la gónada. Los datos presentes apoyan el criterio de que la ovulación juega un rol esencial para el desarrollo de los quistes endometriósicos, lo cual está de acuerdo con el aumento del riesgo demostrado de endometriosis, con el aumento durante la vida del número de ciclos ovulatorios y con la hipótesis del aumento de 6 veces del riesgo en las no usuarias de ACO, comparadas con las usuarias.

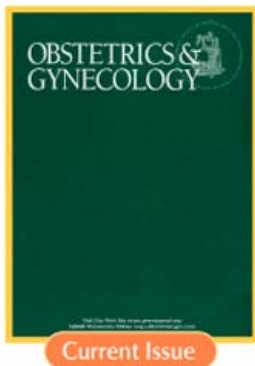
Los hallazgos del presente estudio de cohorte sugieren fuertemente que la exposición continua a los ACO, después de una cirugía por endometriomas ováricos, se relaciona con una mayor disminución en el riesgo de recidivas a largo plazo de endometriomas. La forma y la declinación del intervalo libre de recidivas, en mujeres que usaron ACO por más de 12 meses vs por menos tiempo después de la cirugía, apoyan el punto de vista de que el efecto protector de la combinación estrógenos/gestágenos tiende a desvanecerse rápidamente después de la suspensión de los ACO.

Algunas fallas disminuyen la fortaleza de los datos presentes. La colocación de las pacientes en grupos de tratamiento no fue al azar, sino que se basó en la preferencia de las pacientes después de brindarles información detallada. Esto expuso obviamente al estudio a un sesgo de selección puesto que el perfil de las mujeres que eligieron diferentes opciones pudo variar en diversos aspectos no definidos. Además, la evidencia científica obtenible acerca del riesgo de recidiva de los endometriomas en relación con el uso de ACO es escasa, inconsistente y probablemente confusa para las pacientes y no se ofreció en forma escrita o basada en material de Internet. De modo hipotético, la información verbal podría haber facilitado una influencia por parte del informante, sobre las elecciones individuales. Sin embargo, si se hubiera introducido este tipo de sesgo, las pacientes que tomaban ACO podrían haber sido consideradas como de mayor riesgo de adquirir un endometrioma, debido a la sugerencia de que el uso de medicación postoperatoria podría hacer esperar que su desarrollo fuera más probable después de una cirugía difícil o no radical que en el caso de procedimientos de rutina. Sin embargo, los análisis logísticos multivariados y de regresión de Cox, empleados para los resultados del estudio, confirmaron el fuerte efecto protector de los ACO y en consecuencia, parece improbable que algunas limitaciones metodológicas, pudieran explicar *per se* una impresionante diferencia en los resultados.

El diagnóstico de endometrioma se basó principalmente en los hallazgos ecográficos: sin embargo, la muy elevada exactitud de la ecografía vaginal para la detección de los quistes endometriósicos se demostró en forma repetida y la histología confirmó siempre el tipo de quiste en las mujeres sometidas a cirugía iterativa y las capacidades de diagnóstico de los ecografistas se deban probablemente a la amplia experiencia con endometriosis en el presente centro de referencia. Además, es de esperar que la ecografía, como examen para la identificación de endometriomas, se haga mejor en un grupo seleccionado de alto riesgo con una mayor prevalencia de quistes endometriósicos, que en la población femenina general.

La elevada tasa de recidivas observadas en las no usuarias de ACO se compara en forma desfavorable con los resultados de estudios publicados previamente, pero está en línea con los hallazgos de comunicaciones más recientes sobre este tema. Aunque no se pueden excluir que esto pudiera deberse a capacidades técnicas subóptimas, los laparoscopistas de este centro poseen una amplia experiencia en la cirugía conservadora para la endometriosis. Indudablemente, diversos factores podrían influir sobre las evidencias obtenibles, tales como la modalidad quirúrgica adoptada, el límite diagnóstico del diámetro quístico, la duración del seguimiento de una enfermedad crónica con una elevada tasa de recidiva y la exclusión de las pérdidas de seguimiento que constituyen un subgrupo de peor diagnóstico. Parecen probables los sesgos de publicación, al derivarse la estimación de la tasa de recurrencia de los endometriomas, principalmente de ensayos retrospectivos no comparativos, que tienden a representar de modo optimista los resultados. Cirujanos con resultados subóptimos a largo plazo pueden publicar menos sus resultados y entonces la incidencia real de la recidiva de los quistes endometriósicos puede quedar mal definida debido a diagnósticos erróneos y a un déficit de comunicación.

Dos ecografistas altamente calificados con una extensa experiencia en la detección de lesiones endometriósicas, efectuaron los rastreos. Una selección errónea de quistes persistentes en lugar de una recidiva de quistes podría haberse evitado con la exclusión de pacientes con evidencias de endometriomas en la primera revisión a 1 mes de la intervención. El límite de detección de sólo 2cm podría haber aumentado la incidencia de recidivas observadas en el presente estudio y los



resultados podrían ser sólo aparentes en relación con los hallazgos en la literatura. Es interesante señalar que, usando un punto de corte similar de 2cm, una tasa de recidivas a 2 años de los endometriomas, tan alta como 30%, se identificó recientemente en una serie de 224 pacientes, en otra comunicación.

Los datos sobre una posible asociación entre los ACO y la endometriosis son conflictivos, pero cualquier riesgo de disminución parece afectar sólo a las usuarias actuales o recientes. Los hallazgos de 2 estudios italianos con control de casos permiten sugerir que la contracepción oral se relaciona con un aumento del riesgo de endometriosis, pero varios sesgos impiden la generalización de estos resultados. Por ejemplo, la dismenorrea es el síntoma más frecuente y la mayor indicación para el uso de ACO. Es imposible aclarar si las pacientes con un diagnóstico de endometriosis que usaron previamente ACO desarrollaron la enfermedad antes o después de la exposición a los mismos. En el único estudio controlado publicado en el que se comparó el uso de los ACO adyuvantes durante 6 meses únicamente vs no tratamiento médico después de excisión de endometriomas ováricos por laparoscopia, no se observaron diferencias significativas en la tasa de recidivas a largo plazo entre los grupos. Sin embargo esto no es de esperar dados los efectos protectores de los ACO en las usuarias actuales pero no en las usuarias previas. Indudablemente, los autores no detectaron la formación de endometriomas *de novo* durante el seguimiento a 1 y 2 años en pacientes con diagnóstico quirúrgico de endometriosis y el uso de estrógenos/gestágenos.

La incidencia real de la recidiva de endometriomas luego de una cirugía conservadora podría ser más alta que lo comunicado previamente. Este hallazgo, que deber verificarse por nuevos estudios de cohorte más grandes, podría tener un mayor impacto sobre el pronóstico y las estrategias de tratamiento. Además, a los incrementos inherentes en morbilidad y costos de los cuidados de salud, las cirugías de excisión repetidas, por quistes endometriósicos de los ovarios, pueden actuar en detrimento de la reserva folicular y empeorar la performance reproductiva. Las usuarias corrientes de ACO parecen estar relacionadas con una disminución dramática del riesgo de recidiva de quistes endometriósicos ováricos. Si en ensayos aleatorizados y controlados se confirman las observaciones del presente estudio de cohorte, la supresión ovárica a largo plazo con estrógenos y gestágenos podría ofrecerse de rutina, especialmente a las mujeres que busquen una concepción futura.

● **Cesárea electiva, admisión neonatal a CTI y dificultad respiratoria neonatal**

Se siguen publicando estudios sobre diversos aspectos relacionados con el parto por cesárea, especialmente en los casos en los que no existe una clara indicación obstétrica (como es el caso de la cesárea a pedido de la paciente [resulta interesante leer el resultado de algunas encuestas efectuadas sobre lo que piensan respecto a este tema, mujeres de diversas culturas], de donde parece ser que no son tan seguras como parecerían serlo en principio. Este artículo fue escrito por

Wendy Yee, Harish Amin y Stephen Wood, de la Universidad de Calgary en Alberta, Canadá y se publicó en *OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, 2008; 111: 823-28.

Introducción. El objetivo de esta investigación fue evaluar las relaciones entre la edad gestacional en el momento de efectuar una cesárea electiva, las tasas de ingreso a CTI y el hecho de si existía o no un trabajo de parto previo a la cesárea o una ruptura de membranas, afectaban la incidencia del (SDR).

Como consecuencia de investigaciones previas se sugirió que existía una relación entre la edad gestacional al momento de hacer la cesárea y el riesgo de que se presentase un SDR, lo cual condujo al desarrollo de guías de tratamiento en las que se recomendaba la ejecución de la cesárea al término (39 semanas o más). Desafortunadamente, incluso la adherencia estricta a estas guías permite anticipar que, por lo menos 4% a 5% de los recién nacidos (RN), desarrollarán igualmente un SDR y requerirán ser internados en un CTI. Los resultados de estudios retrospectivos permitieron sugerir que el trabajo de parto anterior a la ejecución de la cesárea se relacionaba con una tasa más baja de SDR. Se desconoce cuál pueda ser el mecanismo de este efecto, pero se piensa que es secundario a la activación de los canales de sodio el pulmón fetal.

Los glucocorticoides aparecen como un potente regulador de la expresión de los genes de los canales de sodio epiteliales, los que son segregados en cantidades crecientes por las suprarrenales fetales hacia el término del embarazo. Se tiene la impresión de que la maduración del eje hipotálamo/hipófiso/suprarrenal y la producción de glucocorticoides suprarrenales, desencadenan el comienzo del trabajo de parto al término. Por lo tanto la producción de glucocorticoides por las suprarrenales podría iniciar tanto el trabajo de parto como preparar al feto para la vida extrauterina.

Se postuló así que las tasas de SDR podrían disminuirse más, si la cesárea electiva se demorase hasta el comienzo del trabajo de parto o la ruptura de las membranas. Sin embargo, la mayor parte de los estudios en los que se comunicó un efecto protector del trabajo de parto incluyeron a mujeres cesareadas después de un trabajo de parto prolongado y no exactamente a mujeres con una cesárea electiva repetida a poco de comenzado el trabajo de parto. A lo que hay que agregar que los pocos estudios enfocados hacia mujeres cesareadas electivamente, eran anteriores a la era en que la edad gestacional se determina a través de las ecografías.

Por lo tanto, las tasas más bajas de SDR observadas ahora después de una cesárea posterior al comienzo del trabajo de parto, pueden reflejar simplemente que estos fetos ya están realmente al término de la gestación. Por último no se ha aclarado si el corto trabajo de parto anterior a una cesárea electiva repetida es realmente protector. En este estudio se intenta estimar si el riesgo de la admisión a CTI y de SDR fueron menores en las mujeres sometidas a cesárea después de la ruptura espontánea de la bolsa de aguas o del comienzo del trabajo de parto. Se planificó este estudio para determinar la factibilidad de conducir un ensayo para evaluar la efectividad de esperar al trabajo de parto o la ruptura de las membranas antes de realizar una cesárea electiva para disminuir la admisión a un CTI y el SDR. Adicionalmente se buscó confirmar la relación entre la edad gestacional en el momento de hacer la cesárea y el riesgo de SDR en esta población.

Metodología. Se conformó una lista de revisión de todas las cesáreas electivas (documentadas previamente como planifi-

cadadas) durante 1 año, 2004-2005, en la *Calgary Health Region*; con el resultado de los RN vivos a las 36 semanas de gestación o después y un peso al nacer igual o mayor de 2.500g. Los resultados primarios fueron la admisión a CTI de recién nacidos (**RN**) o el síndrome de dificultad respiratoria (**SDR**).

Resultados. Se revisaron un total de 1.195 historias pareadas maternas y de RN. La tasa de admisión al CTI fue de 156 de 1.195 (13.1%). El diagnóstico de admisión más frecuente fue el de SDR, 126 de 156 (80%). El género masculino fue un factor de riesgo significativo para la admisión al CTI o para el SDR (OR 1.82, IC95% 1.27-2.60 y OR 1.98, IC95% 1.33-2.95, respectivamente) La cesárea electiva alrededor de los 270 días de edad gestacional (38^{4/7} semanas) redujo de modo significativo el riesgo de admisión a CTI o el SDR (OR 0.62, IC95% 0.43-0.89 y OR 0.50, IC95% 0.34-0.74, respectivamente). La presencia de contracciones espontáneas o de una ruptura de membranas no disminuyó el riesgo de admisión a CTI o de SDR (OR 1.05, IC95% 0.69-1.62 y OR 0.96, IC95% 0.60-1.55, respectivamente).

Discusión por los autores. En esta investigación, el riesgo de admisión a CTI y el desarrollo de un SDR estuvieron relacionados significativamente con la edad gestacional al momento de la cesárea y con el sexo masculino. En esta población, si la cesárea se planeaba hacia los 270 días (38 semanas) de gestación, el riesgo de que se presentar un SDR podía disminuirse en 50% y la admisión a CTI podía reducirse a 40% de los RN. Sin embargo, el impacto de tal política se vio limitado por el número significativo de pacientes que entraban en trabajo de parto antes de haber llegado a esta edad gestacional. Adicionalmente, se anticipó que no todos los casos son apropiados para retrasar el momento del parto hasta las 38 semanas y de que el riesgo de SDR y de admisión neonatal al CTI sería uno de los factores al considerar el momento óptimo del parto. En numerosos estudios se identificaron relaciones similares entre la morbilidad respiratoria, la necesidad de admisión a CTI y la edad gestacional. La recomendación surgida de estos estudios es que la cesárea a las 39 semanas o después disminuye en forma significativa el riesgo de morbilidad respiratoria. Estas recomendaciones están determinadas por el Comité de Opinión del ACOG n° 98 de 1991.

En estudios previos, también se sugería que el trabajo de parto antes de efectuar la cesárea disminuye el riesgo de morbilidad respiratoria, lo cual llevó a la recomendación de considerar el retraso de la cesárea hasta el comienzo de la ruptura de membranas o de contracciones sintomáticas. Sin embargo, en la presente revisión de estos estudios se encontró que muchos incluían a mujeres que fueron sometidas a cesáreas después de un trabajo de parto prolongado, por lo que la aplicabilidad de este hallazgo a mujeres sometidas a cesárea a poco de la ruptura de membranas o del comienzo de las contracciones es dudosa. Adicionalmente, estos estudios que incluyeron sólo a mujeres con cesáreas electivas planeadas, fueron publicados antes del uso rutinario de la ecografía para la confirmación de la edad gestacional. Se piensa que es posible que en estos estudios, las mujeres que rompían membranas o que presentaban contracciones tuvieran más probabilidades de estar con una gestación a término, que las que no habían presentado esta sintomatología.

En este estudio no pudo encontrarse ninguna evidencia de un efecto protector de las contracciones sintomáticas o de la ruptura de membranas anteriores a las cesáreas. Una explicación de estos hallazgos es que la duración del trabajo de



parto o de la ruptura de las membranas no fue lo suficientemente prolongada como para determinar una respuesta fetal a la disminución del líquido pulmonar lo que, a su vez podría explicar la variación existente entre los presentes resultados y los estudios que evaluaron el riesgo de SDR después de un parto prolongado. Por lo tanto, es difícil conciliar estos estudios con la teoría de que la maduración del eje hipotálamo – hipófiso – suprarrenal fetal y la producción de esteroides fetales sea la responsable tanto del trabajo de parto como de la disminución del líquido pulmonar fetal. Si este fuera el caso, debería esperarse que un parto más precoz, tal como es comenzado por el feto, sea protector contra el SDR. La antigua teoría de que los efectos físicos del parto sobre el feto o de una respuesta fetal a un trabajo de parto establecido, parecen ser una mejor explicación para esta diferencia entre los presentes resultados y aquellos de otros estudios. También es posible que no todas las pacientes con contracciones sintomáticas estuvieran realmente en trabajo de parto. Teniendo en cuenta lo corriente en la clínica, pocas de las mujeres tenían una documentación del progreso de la dilatación cervical antes de la cesárea iterativa. Esta clasificación errónea potencial podría haber hecho más difícil detectar un efecto protector del trabajo de parto, aunque hubiera sido ideal para señalar los límites del diagnóstico del trabajo de parto en mujeres con una dilatación cervical progresiva, lo cual no fue posible en este estudio retrospectivo y tampoco se piensa que hubiera sido práctico en una investigación prospectiva.

Alternativamente, también es posible que el tamaño de esta muestra fuera muy pequeño, como para detectar una disminución en la incidencia del SDR en los grupos de parto espontáneo y de ruptura de membranas. Aunque ésta es siempre una explicación para cualquier hecho negativo, se piensa que esto no es posible debido a que los estimados para el efecto de la ruptura de membranas previas a la cesárea o el trabajo de parto estaban muy cercanos a los valores nulos.

Se determinó también, como también lo hicieron otros, que el sexo masculino es un factor de riesgo para el SDR y para la admisión a CTI. Teniendo en cuenta este hallazgo, se investigó también si una edad gestacional posterior o no para la fecha de corte para el parto podría considerarse para los fetos masculinos. En este análisis, debido a que la interacción del término gestacional y el sexo no fue significativa, no se pudo concluir la existencia de esa relación. Sin embargo es posible que este estudio no tuviera la potencia suficiente como para detectar una interacción significativa entre estos factores.

Basados en los hallazgos obtenidos, no se piensa que sea factible o aconsejable montar un ensayo clínico sobre la política de esperar el trabajo de parto o la ruptura de las membranas para antes de efectuar la cesárea. En este estudio se determinó con claridad la confirmación de trabajos previos, de que la cesárea electiva debería ser retrasada, si fuera posible, hasta después de la 37ª semana de gestación. Específicamente, los resultados de esta investigación indican que la disminución del riesgo de SDR se manifiesta completamente hacia las 38 semanas de gestación.

R.T.