

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

Contenido

¿Es más frecuente la presentación podálica después de una cesárea?

2

Resultados del embarazo después de una hemorragia primaria entre las 16 y las 24 semanas de gestación

4

Viernes 25

JULIO | 2008



Ilusión óptica. (Foto original RT)

Hacia la tercera parte del siglo XIX comenzó a notarse cada vez más en el ambiente artístico parisino, la sensación de que la manera académica de pintar, es decir la pintura “oficial”, la que apoyaba el emperador Napoleón III en el Salón Oficial, no satisfacía a los artistas más inquietos. No porque no supieran pintar, sino porque se sentían como “embretados” (para utilizar un término muy nuestro) por un conjunto de normas que les impedían expresarse libremente. Sentían la necesidad de expresar de algún modo cómo la intensidad de la luz, que variaba a lo largo del día, cambiaba la realidad que ellos querían captar: esas impresiones, que compartieron al principio unos pocos pintores se extendieron como el aceite y dieron lugar a una forma de pintar que se llamó Impresionismo, el primero de una serie de “ismos” que caracterizarían posteriormente al siglo XX. La serie de acontecimientos, bélicos sobre todo (1ª y 2ª guerra mundiales) y sociales (comunismo, fascismo, nazismo), alteraron profundamente al ambiente artístico europeo (no sólo al parisino) y determinaron que los principales actores artísticos europeos se trasladaran a los EEUU, principalmente a la ciudad de Nueva York. De algún modo algunos aspectos socio económicos, sobre todo al nivel de la electrónica han provocado un cambio muy importante en la los sistemas de comunicación, por lo que es relativamente fácil estar al tanto de las últimas corrientes artísticas y de lo que sucede en general en el mundo de las artes donde no es menor la influencia de las múltiples ferias bienales que vienen desarrollándose en distintos lugares desde hace años. Para algunos, el ARTE, con mayúscula, ha muer-

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.

DIRECCIONES
Secretaría SGU.

Hospital «Pereira Rossell».
Br. Artigas 1550. Piso 2. CP 11.600.
Montevideo, Uruguay. sgubib@chasque.net

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 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU

• <http://www.sguruguay.org>

VISITE EL SITIO SOGIU

• <http://www.sogiu.com>

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



to1 mientras que para otros no es así. Dentro de las nuevas formas estéticas en las que se desarrolla la pintura, se incluye lo que se ha dado en llamar pintura digital o arte digital en el que se pueden observar diversas formas de actuar: puede partirse desde cero y dibujar y pintar por medio de una tableta digital que sustituye al papel o a la tela, o bien puede partirse a partir de una fotografía digital y por medio de filtros o usando la tableta digital, modificar el diseño para brindar nuevas formas y colores, más o menos abstractos, como lo vengo haciendo en forma alternada desde hace algún tiempo. En este caso, lo que se muestra parece una imagen vista a través de un cristal que sólo deja ver diferentes colores y diferentes tonalidades de los mismos.

Fe de erratas: gracias a una nota que envía el profesor Pons, se hace notar que se produjo un error al citar un ingrediente de un contraceptivo actual.

Donde dice: drospiredona

Debe decir: drospirenona

● ¿Es más frecuente la presentación podálica después de una cesárea?

Se trata de una investigación de los resultados en una gran cohorte de mujeres cesareadas previamente o por lo menos con un parto monofetal, efectuada por un equipo que encabezó **Françoise Venditelli** de la Facultad de Medicina Laennec, de Lyon, de la Maternidad del Hospital Universitario de Clermont Ferrand, de la Universidad de Auvergne y del Hospital Louis Mourier de Colombes, en Francia. El artículo se publicó en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008; 198: 521.e1-521.e6.

Introducción. El número de cesáreas continúa aumentando en los países occidentales, aunque la tasa varía entre los distintos países. El porcentaje global de cesáreas comunicadas en Francia fue de 16.3% en 1999, 17.6% en 2001, 18.7% en 2003 y 19.2% en 2005 (<http://audipog.net>). El porcentaje de cesáreas profilácticas después de una cesárea previa fue de 34.2% en 1999, 36% en 2001, 37% en 2003 y 42.7% en 2005. Las indicaciones m principales para las cesáreas incluyen, además de la cesárea previa, la distocia, el sufrimiento fetal y la presentación podálica.

Los hallazgos de ensayo aleatorizado internacional sobre presentaciones podálicas, apoyados por el resultado de un metanálisis, cuentan probablemente, en parte, para el incremento observado en 2003 en el número de cesáreas por presentación podálica al término. En Francia, el porcentaje de cesáreas profilácticas en esta situación aumentó así desde 45.6% en 1999 a 49.9% en 2001 y de allí a 61.6% en 2002. Posteriormente cayó a 51.4% en 2003 y subió levemente a 52.3% en 2005.

1 Arthur Danto El final del arte. <http://www.temakel.com/text/danto.htm>

Los autores estudiaron la relación entre los usuarios del banco de datos de las historias computadorizadas pediátricas, obstétricas y ginecológicas (AUDIPOG), para analizar la morbi-mortalidad perinatal en los casos de presentación podálica a término, antes de la publicación de Hannah y col. Durante ese estudio se observó que aparecían más fetos en presentación podálica a término en las madres que habían sido sometidas previamente a un cesárea, que entre las madres que no lo habían sido. Por lo tanto profundizaron en este punto, para determinar si las presentaciones podálicas a término eran realmente más frecuentes en las mujeres que habían sido sometidas previamente a una cesárea.

Diseño del estudio. Este estudio de cohorte histórico (n = 84.688) incluyó a mujeres con un embarazo monofetal a término y con por lo menos 1 parto previo. Los resultados se expresaron como el riesgo relativo crudo y las OR ajustadas.

Resultados. En tanto que 2.46% de las mujeres tuvieron un feto en presentación podálica al término, 14.9% habían tenido 1 o más cesáreas previas. El riesgo relativo de tener una presentación podálica a término, para una mujer con una historia previa de cesárea fue de 2.18 (IC95%: 1.98 - 2.39) y no fue diferente de acuerdo al número de cesáreas previas. El análisis de regresión logística tomó en cuenta factores de confusión que incluyeron la edad gestacional, la edad materna, la paridad, el peso al nacer y el oligohidramnios. La OR ajustada fue de 2.12 (IC 95%: 1.91 - 2.36).

Comentario de los autores. Este estudio les pareció importante a los autores en vista, tanto de la aparente falta de publicaciones sobre este tópico, como del aumento del número total de cesáreas en el mundo occidental por –entre otras indicaciones– las presentaciones podálicas al término. De acuerdo a Joseph y col., la tasa de cesáreas primarias por presentaciones podálicas aumentó 25% en Nova Scotia, Canadá, entre 1988 y 2000, después de haber excluido a las mujeres con cesáreas previas. En otra publicación, los autores señalaron que la mayor parte del incremento reciente en el número de partos por cesárea en Canadá es atribuible al incremento de cesáreas primarias por distocias y por cesáreas iterativas. Más aún, disminuyó la proporción de partos vaginales después de una cesárea. Los datos actuales indican por lo tanto que la tasa de cesáreas iterativas deberá aumentar también, debido a que se producen aumentos en el riesgo de presentaciones podálicas al término.

Los autores han observado que después de tomar en cuenta los factores de confusión y de pronóstico, el riesgo de presentación podálica al término, en mujeres que habían sido sometidas a una cesárea previamente, fue el doble que el de las mujeres que habían tenido previamente un parto vaginal: OR ajustada 2.12 (IC95% 1.91-2.36).

Una de las debilidades de este estudio es que la variable versión cefálica externa (**VCE**) falta en la base de datos, especialmente cuando no se efectuó. En ningún caso debe considerarse a la VCE como un factor de confusión, debido a que nunca se efectúa en los fetos en presentación cefálica. Las cicatrices uterinas no son una contraindicación para efectuar una VCE en Francia y en el presente estudio, la tasa de casos de cicatrices uterinas fue del 16%. En general, la VCE fue una maniobra relativamente poco frecuente (38%) en el presente estudio, aunque es una maniobra que se recomienda. Su tasa de éxito no parece exceder el 50% - 60%, variando de acuerdo al equipo, aunque llegó al 62.88% en la presente investigación y la tasa de fetos que vuelven espontáneamente a la presentación podálica después de una VCE exitosa fue muy baja. Más aún, los autores no encontraron ninguna relación entre el número de partos previos y cicatrices uterinas de una cesárea previa (p = 0.40), ni entre una VCE y las cicatrices uterinas (P = 0.21). Cuando se limitó el análisis de regresión lo-

gística a mujeres en las que se sabía que no habían sido sometidas a una VCE, se encontró un riesgo de presentación podálica al término del doble, en las mujeres que habían sido sometidas a una cesárea previa. De acuerdo al incremento observado en el riesgo de presentación podálica en los casos de 1 o más cesáreas previas, éste no puede explicarse únicamente por la práctica de la VCE, lo cual difiere entre los subgrupos de mujeres sin y con cesáreas previas y con presentación podálica. Las mujeres con un feto en presentación podálica, tienen más posibilidades de tener en otro embarazo, un feto también en presentación podálica. Sin embargo, esta asociación se encuentra especialmente en mujeres con malformaciones uterinas congénitas (lo cual es raro en las mujeres con embarazos de término) y en mujeres con fetos que tienen malformaciones congénitas, particularmente neurológicas. Debido a esta razón, fueron excluidas del análisis las mujeres que se sabía, al comienzo de su embarazo, que tenían una historia ginecológica que podría interferir con el embarazo y por la misma razón se excluyeron aquellas mujeres que tuvieron un óbito fetal y una malformación congénita, incluyendo aquellas que llevaron a una interrupción del embarazo por indicación médica. Teniendo en cuenta que en el presente análisis se excluyeron muchas de las mujeres que estaban en riesgo de recurrencia de tener un feto en presentación podálica, los resultados obtenidos no están sustancialmente sesgados.

Por lo tanto, a la lista de factores a largo plazo de riesgos de cesárea ya conocidos –placenta ácreta o percreta, subfertilidad tardía, embarazos ectópicos y rupturas uterinas intraparto– se debe agregar ahora un incremento en las presentaciones podálicas.

En conclusión, parece ser que una mujer tiene el doble de posibilidades de tener un feto en presentación podálica al término si ha sido sometida previamente a una cesárea, que si ha tenido un parto vaginal. El aumento en el número de cesáreas observadas en los países norteamericanos y europeos es parte de lo que parece ser un círculo vicioso. Los autores tienen la esperanza de que otros equipos con bases de datos perinatales intenten confirmar los presentes resultados.

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



● Resultados del embarazo después de una hemorragia primaria entre las 16 y las 24 semanas de gestación

Se trata de una investigación efectuada por CV Towers y AE Burkhart, del Long Beach Memorial Hospital de Mujeres en California, cuyos resultados se presentaron en el 74° Congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Costa del Pacífico, en octubre de 2007 y que se publicaron en el AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008; 198: 684.e1 – 684.e5.

Introducción. Las hemorragias durante el embarazo anteriores a la viabilidad pueden dividirse en tres periodos básicos: las que se producen únicamente en el primer trimestre, las que comienzan en el primer trimestre y se continúan durante el segundo y aquellas en las que las pérdidas comienzan en el segundo trimestre. Muchos investigadores han examinado las relaciones entre los sangrados vaginales durante el embarazo antes de la viabilidad y los resultados neonatales adversos.

En la mayoría de esas comunicaciones se evaluaron los resultados después de hemorragias ocurridas durante el primer trimestre, observándose amplios márgenes de pérdidas perinatales con un rango tan bajo como el 5% hasta uno tan elevado como el 30%. Revisando estos estudios, se observa que la disparidad depende de si un embarazo viable se mira en el momento de la primera hemorragia, de la cantidad de sangre perdida, de la existencia de niveles elevados de alfa-fetoproteína o si se identificó un hematoma intrauterino o una hemorragia subcorial.

El aborto precoz es un hecho frecuente y muchas mujeres están probablemente concientes de que este hecho trágico puede producirse eventualmente en cualquier embarazo. Sin embargo, una vez que el embarazo se prolonga más allá del primer trimestre, este temor se disipa, especialmente si la mujer nunca había experimentado anteriormente una pérdida sanguínea. Por lo tanto, cuando la hemorragia se produce en el 2° trimestre, se desarrolla una tremenda ansiedad y muchas pacientes buscan una respuesta. Existen pocos datos acerca de los resultados perinatales en las hemorragias del 2° trimestre y estos datos incluyen esencialmente a pacientes con hemorragias del primer trimestre.

Después de una amplia búsqueda en MEDLINE (1966-2007) empleando diversos términos relacionados, lo mismo que analizando las referencias de los artículos recogidos, no se encontró ningún estudio que, específicamente, evaluara los resultados perinatales cuando una mujer experimenta una hemorragia durante el 2° trimestre del embarazo, o más específicamente entre las 16 y las 24 semanas de gestación. Por lo tanto, hasta el momento no podemos brindar a las mujeres embarazadas ningún estudio relacionado con el pronóstico, cuando se produce este problema. El propósito de este estudio fue analizar los resultados de los embarazos cuando el sangrado se produce por primera vez entre las 16 y las 24 semanas.

Diseño del estudio. Se identificaron durante el transcurso de 12 años, todos los embarazos que tuvieron un primer episodio hemorrágico anteparto entre las 16 y las 24 semanas de gestación, excluyéndose todos los casos con una historia de hemorragia anterior y las hemorragias extrauterinas, los casos de incompetencia cervical o de ruptura prematura de membranas. Se efectuó una ecografía vaginal para separar los casos de hemorragia por placenta previa y no placenta previa y se categorizaron las pérdidas como “importantes” (iguales o mayores que una menstruación) o “pequeñas” comprobadas en el momento del examen. Se definió la pérdida del embarazo como expulsión antes de las 24 semanas o muerte neonatal anterior al alta hospitalaria; el parto de pretérmino al que se produjo entre las 24 y las 37 semanas y un resultado normal como un recién nacido vivo, libre de morbilidad severa al alta.

Resultados. Durante el periodo de estudio, se observaron 128 pacientes que estaban dentro de las características señaladas, de las que 30 se clasificaron como pequeñas pérdidas (13 previas/17 no previas) y 98 como pérdidas importantes (36 previas y 62 no previas). En aquellas con pérdidas pequeñas, no se observaron diferencias estadísticas entre sangradoras por placenta previa y no previa y 26 (87%) tuvieron resultados normales (IC95%, 70-96%). En el grupo de pérdidas importantes con placenta previa, en 6 casos (17%) se perdieron los embarazos y en 24 (67%) se obtuvieron resultados normales (IC95%, 53-81%). En 62 casos de pérdidas importantes que no eran por placenta previa, se perdieron 31 casos (50%) y sólo se presentaron resultados normales del embarazo en 22 pacientes (35%), (IC95%, 23-47%).

Comentario por los autores. Son frecuentes las hemorragias gravídicas, sean del primero, del segundo o del tercer trimestre. Las del primer trimestre suelen ser catalogadas como amenaza de aborto y tienen muchos factores causales, in-



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

cluyendo las anomalías cromosómicas severas, un feto no viable, el huevo hueru o bien se trata de anomalías de la implantación. Muchas de las causas observadas durante el primer trimestre dejan de serlo, cuando la hemorragia comienza en el segundo. Cuando la hemorragia comienza entre las 16 y las 24 semanas, si ésta se relaciona con el embarazo, el origen puede ser tanto a partir de una placenta previa o que no lo sea, sangrado que, por lo general, se relaciona con un desprendimiento de la placenta, tanto marginal como de otras locaciones. Debido a la no viabilidad fetal, no existe actualmente una conducta específica, excepto para el caso de que el proceso altere la actividad individual de la paciente o en el caso del reposo, en los casos de placenta previa.

Un hecho importante que se produce en esta situación clínica es saber qué efecto puede tener la hemorragia en el futuro sobre el embarazo. Si uno examinara la literatura sobre este tópico, sólo existen unos pocos estudios y esencialmente todos ellos incluyen pacientes que también sangraron durante el primer trimestre. Sólo 2 de estas publicaciones discuten sobre la hemorragia en el 2° trimestre y en ellos se separaron los datos en hemorragias por placenta previa y no previa. El primero incluyó 79 pacientes (12 con placenta previa y 67 no previa), desde 1960 comunicándose una mortalidad perinatal de 417 por 1.000 y por sangrado por no previa de 582 por 1.000. El segundo estudio involucró 100 pacientes desde 1998 (38 placentas previas y 62 no previas) y se comunicó una tasa de mortalidad perinatal de 105 por 1.000 por placenta previa y de 297 por 1.000 por placenta no previa. Ambos estudios incluyeron pacientes que habían tenido también pérdidas sanguíneas durante el primer trimestre sin que se pudiera determinar la tasa de mortalidad perinatal basada sobre la intensidad de la pérdida sanguínea. Para propósitos de comparación, la mayoría de las pacientes del presente estudio fueron de los años 90 y la tasa de mortalidad perinatal para los 49 casos de **placenta previa** fue de **122 por 1.000**, pero para los casos de placenta no previa, fue de **405 por 1.000**. Excluyendo la primera comunicación que involucró a pacientes de los años 60, con los avances de los cuidados neonatales, se esperaría un mejor resultado potencial en un estudio que involucra a la población más reciente. Sin embargo, la elevada tasa de mortalidad perinatal en el presente estudio, especialmente para los casos de sangrado en placenta no previa puede sugerir que existe una diferencia entre un sangrado iniciado en el 2° trimestre, cuando se los compara con pacientes que sangraron durante el primer trimestre y que luego continúan haciéndolo durante el segundo.

El estudio de Lipitz y col. involucró a 65 pacientes desde mediados de los años 80 y en él se comunicó una tasa de pérdidas gravídicas de 26% con una tasa de mortalidad general perinatal de 308 por 1.000. El estudio de Karim y col involucró a 24 pacientes y en él se comunicó una tasa de pérdidas anteriores a la viabilidad, de 25%. Nuevamente, ambas comunicaciones incluyeron a pacientes con pérdidas sanguíneas durante el primer trimestre. La tasa general de pérdidas gravídicas previas a la viabilidad en el presente estudio fue también del 25% (32/128). En otros 2 estudios en los que se discutieron sangrados del 2° trimestre, (involucrando a 206 y a 211 pacientes respectivamente), sólo se enrolaron pacientes que habían alcanzado la viabilidad.

De la investigación de la literatura por los autores del presente estudio, surgió que ningún se comunicó sobre los resultados neonatales hasta el alta que incluyera también una morbilidad neonatal elevada. La muerte es un resultado finito, en tanto que la morbilidad a largo plazo, incluyendo el retardo en el desarrollo, la ceguera o la dificultad respiratoria cróni-

ca o la disfunción gastrointestinal, puede extenderse a muchos años de la vida del niño y en algunos casos es permanente. La significación de estos temas es más nebulosa y a menudo dependerá de las creencias de los individuos involucrados. En el presente estudio se definió un resultado como normal, cuando un niño fue dado de alta vivo desde la enfermería y que no experimentó una morbilidad neonatal importante como para brindar algún tipo de información que pudiera llegar a provocar la muerte.

Un problema con todos los estudios que involucran a pacientes que sangran, es la cuantificación de las pérdidas sanguíneas. La mejor manera de hacerlo sería medir toda la cantidad de sangre perdida o bien contar con un hematocrito pre-sangrado inmediato, seguido de un resultado post-sangrado pero, desafortunadamente, esto no es posible debido a lo impredecible de los sangrados. En cierto número de estudios, la cantidad de sangre perdida no se comunicó nunca, aunque en algunos se intentó estimar la pérdida, pero no existen maneras estandarizadas para hacerlo que pueda reproducirse de persona a persona o de estudio a estudio, en tanto que en otros estudios se definió el sangra sobre la base de la cantidad de sangre perdida al momento de la admisión hospitalaria. En el presente estudio se eligió como control a la propia paciente y se clasificó el tamaño de la pérdida sobre la base de su percepción como menor, igual o mayor que el propio periodo menstrual. Se admite que es probable que pueda existir un cierto traspaso entre grupos si la real cantidad de sangre hubiera podido ser medida. Sin embargo, este punto de vista es factible en una situación clínica y puede ser empleado en otros estudios para comparación. Fue también el método empleado en la investigación FASTER (*First and Second Trimester Evaluation of Risk*) financiado por el *National Institute of Child Health Development*.

En numerosos estudios se examinó la presencia o la ausencia de una hemorragia subcorial sobre el resultado gravídico. Esta circunstancia ocurre a menudo en el primero o a principios del segundo trimestre. En el estudio de las pacientes de la presente investigación, que no sangraron hasta las 16 semanas, sólo se identificaron 5 casos y debido a su bajo número, no se pudieron obtener conclusiones significativas. Además, otra cuestión es si un episodio que ocurre una sola vez es diferente de una paciente que vuelve a sangrar o que lo hace de manera crónica. Hubo un total de 32 casos en los que se anotó más de un episodio, pero no existió diferencia en este grupo, comparado con los otros. Sin embargo, debido a que ésta es una serie de casos retrospectivos, cualquier determinación exacta acerca de cuán ciertos fueran los datos y qué efecto tendrían sobre los resultados finales, no puede saberse.

En el examen de los datos, no se tienen las respuestas de por qué existieron tan pocos casos de pequeñas pérdidas. Es concebible que cuando una paciente sangra y se contacta con su médico, si de la conversación surge que la pérdida fue pequeña y menor que una menstruación, ella sea derivada hacia la consulta para una evaluación, más bien que a la emergencia hospitalaria.

También parece lógico que cuanto más cerca de la viabilidad se encuentre un embarazo al ocurrir el sangrado, mejores serán las chances para obtener un resultado normal. Cuando se estratificaron los datos en grupos entre 2 semanas y/o 4 semanas, no se encontraron diferencias estadísticas aunque esto pudiera deberse al pequeño número en cada grupo. Hay que tener en cuenta que llevó 12 años en un institución, el identificar a 128 pacientes que sangraron por primera vez entre las 16 y las 24 semanas de gestación. Además, en casi todos los otros estudios en que se comunicaron algunos resultados



después de un sangrado en el 2° trimestre, también tuvieron pequeños números que variaron en 24 y 211. Por lo tanto para responder mejor a algunos de estos factores de pronóstico, deberá efectuarse un gran estudio multi-institucional prospectivo que tal vez pueda determinar algunas de las limitaciones del presente estudio.

En conclusión, cuando el sangrado ocurre por primera vez en una paciente entre las 16 y las 24 semanas de gestación, puede producirse una elevada incidencia de malos resultados del embarazo, especialmente si el sangrado es importante y no se origina en una placenta previa. Las pacientes con una placenta previa pueden tener un mejor pronóstico debido a que algunas de ellas se resuelven en el momento del parto, especialmente en los casos de placentas previas parciales o marginales y cuando el sangrado se produce primariamente por la locación de la placenta y no necesariamente su adherencia a la pared uterina.

Discusión por el Dr. Russell K. Laros. Los doctores Towers y Burkhart brindaron un análisis retrospectivo de 128 embarazos complicados por episodios significativos de sangrados anteparto ocurridos entre las 16 y las 24 semanas completadas del embarazo. Tanto el diseño como el análisis de los datos son apropiados.

Desearía repetir sus conclusiones para decir que los resultados generales de los embarazos con pérdidas sanguíneas pequeñas tuvieron un resultado favorable en el 87% de los casos y que ninguno se perdió. Sin embargo, en los casos de sangrado importante que no eran por placenta previa, se perdió el 50% de los casos y que sólo 35% tuvo un resultado favorable. El resultado en los casos con la placenta previa y con hemorragias importantes, se perdió el 17% y 67% obtuvo un resultado favorable.

R.T.