

Edición de emergencia.



**DR. RICARDO TOPOLANSKI**

**364 PESCANDO EN INTERNET**

**Sociedad Ginecotológica del Uruguay**

**Sociedad Ginecotológica del Interior del Uruguay**

19 de diciembre de 2008.



Abstracción. (RT)

Esta abstracción surge de fotografías tomadas por el autor. En este caso particular se trata de una parte mínima de una máscara original de Andrés Tabárez para una escenografía.<sup>1</sup> De la imagen de la máscara original, prácticamente no queda nada. (Si se mira con cuidado puede verse parte de una hebilla, que se encontraba en la máscara formando parte del concepto original de Tabárez, cuya forma se respetó parcialmente; no así el color.) La imagen se usó como substrato para diseñar los colores y las formas en un trabajo de organización de forma y color en el que no se siguió una idea preconcebida, sino que más bien se efectuó el estudio de una combinación de colores adecuados para las formas que fueron apareciendo y cuyo equilibrio se fue construyendo a medida que progresaba la formación de la obra. El resultado final se parece en cierto modo, por el sistema empleado, a la fotografía de una tetera oxidada y agujereada de un trabajo original sobre “basura” del fotógrafo español Lucio López, que ya publiqué en esta página, fotografía que fuera profundamente modificada hasta el punto de ser irreconocible el original, fruto aleatorio de la aplicación de filtros, diferente por lo tanto, de la obra presente, donde la aplicación del color y el diseño de las formas originales se alteraron profundamente en beneficio de la creatividad del autor. Es un ejemplo de arte postmoderno... si no se tiene en cuenta la respetable antigüedad del autor.

---

<sup>1</sup> Andrés Tabárez: escenógrafo. En este caso se trata de una de las máscaras que diseñó para la escenografía de “La Vela Puerca”. Teatro de Verano, Parque Rodó, 2008.



**Índice: 1. Prevalencia del virus del papiloma humano en las mujeres mayores. 2. ¿Difieren por la semana de gestación los resultados perinatales en embarazos de bajo riesgo?**

**PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LAS MUJERES MAYORES.** *Después de haber trabajado durante más de 5 años en Curieterapia, en el Hospital Pereyra Rossell, pensé que había visto todo lo que se podía ver en relación con el cáncer del tracto genital inferior femenino. Sin embargo, trabajando, ya como profesor adjunto, en la policlínica colposcópica de la Clínica Ginecotocológica del Servicio del Prof. JJ Crottogini en el Hospital de Clínicas, encontré un cáncer de cuello uterino estadio III en una anciana mujer de 86 años, a la cual casi no se le podía introducir un espéculo mínimo, lo que prueba que este cáncer cuyo origen es, hasta lo que se sabe, casi siempre de origen virósico, puede aparecer en cualquier momento de la vida de una mujer. Esta investigación original fue efectuada por un equipo que encabezó Stacy Tessler Lindau que trabajó con su equipo en las universidades de Chicago, Illinois y de Pittsburgh Pennsylvania, EEUU. Se publicó en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2008; 112: 979-89.*

**Introducción.** Casi todos los cánceres cervicales intraepiteliales e invasores, son atribuibles a una infección de transmisión sexual del tracto genital inferior por el VPH, con una frecuencia de 1 virus oncogénico de alto riesgo, por cada 15 casos. En los EEUU, el 20% de los casos de cáncer cervical y el 36% de las muertes por el mismo, se producen en mujeres de 65 años o más. El coste médico directo anual para la prevención y el tratamiento de la enfermedad ano-genital provocada por el VPH en toda la población de ese país se estima que sobrepasa los 4 mil millones de dólares anuales, aunque no se cuantificó ni la morbilidad ni el costo entre las mujeres mayores.

Se comprende poco la historia natural de la infección del tracto genital inferior por el VPH en las mujeres mayores. Se observó una distribución etaria bimodal en la prevalencia del VPH en algunas poblaciones y cuando esto se observa, se piensa que el 2º pico resulta de una infección persistente que parece ser más durar más en los virus de alto riesgo que en los de bajo riesgo. La susceptibilidad y la falla en la eliminación del VPH pueden verse afectadas por la función inmune, el estatus hormonal sexual o la función del epitelio vaginal.

Las mujeres de 65 y más años constituirán 14% de la población de los EEUU para el año 2010 y el 21.7 % para 2030. Muchas mujeres mayores son sexualmente activas y se involucran en otras conductas como la adicción al cigarrillo, por ejemplo, que es uno de los factores de riesgo conocidos de las infecciones por el VPH del tracto genital inferior en las mujeres jóvenes. También, las mujeres mayores que se inician en

la actividad sexual, pueden verse expuestas a cepas del VPH por la primera vez. Cada más mujeres envejecen con el útero intacto y por lo tanto siguen vulnerables a las enfermedades provocadas por el VPH cervical presentando Papanicolaou anormales. Los mensajes de Salud Pública y los anuncios sobre el rastreo del cáncer cervical, del VPH genital y de la vacuna contra el VPH llegan a oídos de las mujeres (y de los hombres) de todas las edades y generan una preocupación pública sobre la vulnerabilidad a la infección, su transmisión y las posibles secuelas. No se conoce la prevalencia específica ni las consecuencias del VPH de alto riesgo para este grupo de mujeres mayores, en los EEUU. En este estudio se busca extender los recientes datos de prevalencia del VPH, estimando la prevalencia, los genotipos y las correlaciones entre los niveles individuales, entre estas mujeres.

**Métodos.** Se extrajeron de una muestra de probabilidades, nacionalmente representativa, un grupo de 1.550 mujeres de una comunidad, entre 57 y 85 años. Entre los años 2005 y 2006, se les efectuaron entrevistas privadas y diversos análisis, los que incluyeron una auto toma de muestras vaginales. Los especímenes obtenidos se analizaron para el ADN del VPH mediante la Captura Híbrida2; de 1028 especímenes, 1010 se consideraron aptos para ser analizados y todas las muestras que resultaron positivas para el ADN del VPH se analizaron para una reacción consensuada de una cadena de la polimerasa L1 seguida de una hibridización de tipo específico.

**Resultados.** El estimado de prevalencia del VPH de alto riesgo por la Captura Híbrida 2 (*Digene Corp.*) en la población general, fue 6.0% (IC95% 4.5-7.9). El estado marital y la adicción al cigarrillo actual, la frecuencia de la actividad sexual, una historia de cáncer y la histerectomía se relacionaron con una positividad para el VPH de alto riesgo. Entre las mujeres positivas para el VPH de alto riesgo, 63% tuvieron infecciones múltiples. El VPH 16 o el 18 estuvieron presentes en 17.4% de todas las mujeres VPH positivas. Los genotipos de alto riesgo más comunes en estas mujeres positivas fueron los VPH -61 (19.1%), -31(13.1%), -52(12.9%), -83(12.3%), -66(12%), -51(11.7%), -45(11.2%), -56(10.3%), -53(10.2%), -16(9.7%) y -62(9.2%). El estar casada y el tener un útero intacto se relacionaron en forma independiente y positiva con la infección por VPH de alto riesgo.

**Discusión por los autores.** La prevalencia del ADN del VPH en una muestra representativa de las mujeres estadounidenses entre los 57 y los 85 años de edad fue del 6.0%, correspondiendo a 1.8 (IC95%, 1.4-2.4) millones de mujeres, manteniéndose estable a través de los subgrupos de mayor edad. Los factores de riesgo para las mujeres más jóvenes también son correlaciones significativas de la presencia de VPH de alto riesgo en las mujeres mayores. Sólo 1 de alrededor de 30 mujeres mayores sexualmente activas usa condones y se identificaron correlaciones vinculadas a la salud de la positividad VPH de alto riesgo, que no se aprecian en poblaciones de menor edad. Entre las mujeres con positividad genital de VPH de alto riesgo, la gran mayoría muestran infecciones con múltiples genotipos.

La prevalencia estimada del VPH de alto riesgo en este grupo etario (57 a 85 años), es casi idéntica a la comunicada por la investigación del *U.S. National Health and Nutrition Examination Survey*, (*US NHNES*) para las mujeres de 50 a 59 años de edad, usando métodos comparables. En un estudio de validación donde se incluyeron mujeres de más edad, se encontró también una elevada coincidencia (88.1%,  $\kappa=0.73$ ) entre los frotis obtenidos por médicos o por la propia paciente para la detección del VPH. La frecuencia de los tipos oncogénicos de VPH 16 y 18 se traslada groseramente a los mínimos de prevalencia de 0.5% y 0.4% respectivamente, no encontrándose positividad individual para ambos tipos. Estos hallazgos son muy parecidos a los estimados de prevalencia de la *US NHNES* para esos genotipos, entre las edades de 14 a 19 años, incluyendo la rara co-presencia de los tipos 16 y 18 (0.1%).

Otros estudios de VPH basados en los EEUU, que incluyen a mujeres mayores, se ven limitados por el número relativamente pequeño, por tratarse de muestras de conveniencia clínica y por el agregado de mujeres de 60 o más años. Los estimados estandarizados por edad de VPH de alto riesgo en 1.154 pacientes femeninas de 16 o más años de edad entre 1989 y 1990 fueron de 4.2% a 4.9%, usando PCR e hibridación del ADN. En un estudio pequeño, de 260 mujeres postmenopáusicas sanas que concurren a consultas ginecológicas durante el periodo 1997-1999, se encontró una prevalencia de VPH de alto riesgo de 6%, empleando métodos similares.

La frecuencia de infecciones por tipos múltiples es aquí significativamente más alta que la observada entre mujeres más jóvenes con cualquier tipo genital de VPH o específicamente por los de alto riesgo. Esto podría reflejar una exposición acumulativa durante la vida, una asociación entre una infección por múltiples tipos y una vulnerabilidad para la persistencia o para la reactivación de infecciones latentes y/o una disminución, relacionada con la senescencia, para la capacidad de suprimir a un virus dormido o para limpiar una nueva infección. Son necesarios datos longitudinales basados en una población para elucidar los mecanismos que subyacen en la historia natural de los tipos de VPH oncogénicos en las mujeres ancianas. No se comprenden bien las implicancias de mantener una carga de VPH en el tracto genital mucho después de la menopausia, siendo necesarias más investigaciones para apreciar dichas implicancias para las enfermedades vulvovaginales en las mujeres mayores, la transmisión a sus parejas, las anomalías en el Papanicolaou, las decisiones que deberán tomarse para los tratamientos de comorbilidades ginecológicas y del bienestar psicosocial.

La prevalencia de VPH de alto riesgo es elevada en las mujeres histerectomizadas en comparación con las que no lo están, a pesar de una conducta sexual similar. La comprensión del rol que juega la histerectomía en la historia natural del VPH de alto riesgo es compleja, está limitada en este estudio por la autocomunicación y deberá incorporar factores como el momento y el tipo de histerectomía, de ooforectomía, de la indicación y de los tratamientos adjuntos. En dos estudios, Castle *et al.*, documentaron VPH en mujeres jóvenes que habían sido histerectomizadas, pero no encontraron diferencias en la prevalencia del virus de

acuerdo al estatus de histerectomía. En un estudio se sugirió que la infección del tracto genital persistente en las mujeres mayores podría ser un marcador de compromiso inmunológico, lo cual podría explicar parcialmente las relaciones que se encontraron entre la histerectomía y el VPH de alto riesgo. Se encontró en este estudio, que una historia de cualquier tipo de cáncer, que un mayor número de cánceres y que el empleo de cualquier agente antineoplásico, se relacionaban con una mayor prevalencia de VPH de alto riesgo y que las mujeres histerectomizadas eran menos sanas que las no histerectomizadas.

Este estudio tuvo algunas limitaciones. Posiblemente tanto las displasias cervicales como las infecciones de transmisión sexual hayan sido subcomunicadas, atenuado de este modo las relaciones esperadas con el VPH. Los datos referidos a la sexualidad también fueron autocomunicados, aunque trabajos previos con este grupo de datos demostraron una alta validez interna y externa y un bajo índice de no respuesta, empleando métodos válidos de entrevista. Las diferencias entre los frotis vaginales de no respondedoras y respondedoras podrían sesgar los estimados de la prevalencia general; sin embargo, en el caso extremo de que se asumiera que todas las mujeres hubieran sido VPH de alto riesgo negativas, la prevalencia general todavía sería de 4.0% (2.9% en las mujeres de 75 a 85 años) identificándose las mismas correlaciones. En algunos subgrupos, hubo un número muy pequeño de participantes con VPH de alto riesgo, en amplios intervalos de confianza (IC) que fueron notificados para ser completados, pero que deben ser observados con cuidado. El uso de especímenes autorrecogidos puede llevar a la detección de diferentes tipos de VPH que aquellos recogidos por muestreo directo endocervical y pueden favorecer una mayor detección de tipos de bajo riesgo que tuvieran una predilección por el epitelio vaginal. El grado de atrofia vaginal también puede influir en la detección del VPH, como se sugiere en el presente estudio por la elevada tasa de detección en mujeres con una mayor duración de tiempo desde la última menstruación. También la recolección por una sola vez del espécimen vaginal, no permite distinguir entre una nueva infección, una infección persistente o una infección latente reactivada. Además, debido a que el estudio de Captura Híbrida 2 no controla la adecuación celular, una pequeña proporción desconocida, puede haber sido falsa negativa.

La prevalencia de VPH de alto riesgo fue estable a lo largo de los grupos etarios mayores y equivalió aproximadamente al estimado por el *US NHNES* para las mujeres en la sexta década. Entre las mujeres mayores con una positividad para VPH de alto riesgo, la proporción de tipos VPH determinados por la vacuna VPH fue de 27.2% (IC95%, 14.4-36.9), comparable con 1.2% (IC95%, 0.8-2.0) de prevalencia. Aunque una subestimación de la prevalencia de los tipos de la vacuna entre todas las mujeres mayores, se encuentra en contraste con la prevalencia estimada de 3.4% entre la población general de mujeres de 14 a 59 años de edad. Estos datos brindan a los médicos y al público, nueva información pertinente a la consejería sobre VPH, a las decisiones de rastreos y a la calidad de vida relacionada con la salud.



**¿DIFIEREN POR LA SEMANA DE GESTACIÓN LOS RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO?** *El objetivo de esta investigación plantea una pregunta interesante y a dos puntas: ¿por defecto o por exceso?, es decir si faltan semanas o si hay semanas demás, un problema que, con una fecha probable de parto conocida y segura, puede presentarse sin que nada lo haga prever en un embarazo tenido por normal. La investigación de **Yvonne W Cheng y un equipo** de la Escuela de Medicina de la Universidad de San Francisco, California; de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Berkeley, California, el cual se publicó como Editors Choice en el *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, 2008;199: 370.e1-370.e7.*

**Introducción.** Las complicaciones del embarazo son más elevadas en forma significativa en la gravidez de postérmino, definida como la gestación que se prolonga más allá de las 42 semanas completas, o sea 294 días, *(algo que pocas veces se ve, [o se veía] en nuestro medio, debido a la acción directa del responsable ante una prolongación de más de 41 semanas)*. Está bien establecido que el embarazo de postérmino se relaciona con un aumento del riesgo de distocia durante el trabajo de parto, de lesiones severas del periné y de partos por cesárea con la morbilidad asociada a la misma para la madre además de la mortalidad perinatal (óbitos fetales más las muertes neonatales), la aspiración de meconio, la morbilidad infecciosa, los traumatismos del parto, los bajos niveles de pH en el cordón umbilical y los bajos scores del Apgar de los neonatos. Actualmente, el ACOG recomienda comenzar la vigilancia entre las 41 y las 42 semanas de gestación debido a la morbilidad perinatal y el incremento de la mortalidad a medida que avanza la edad gestacional.

La mayoría de las investigaciones se centran sobre los resultados de las complicaciones relacionadas con la gravidez de postérmino y por consiguiente de la conducta a seguir. Existe menos información en relación con los resultados del embarazo de término entre las 37 y las 42 semanas de gestación. En los estudios sobre mortalidad perinatal se comunicó que la tasa de óbitos es más baja entre las 37 y 38 semanas y que aumenta 6 veces desde 0.35 por 1000 en los embarazos en marcha a las 43 semanas. Debido a que la morbilidad y la mortalidad en la gravidez de postérmino puede estar parcialmente relacionada a un lento deterioro de la función placentaria y al progresivo aumento del tamaño fetal, ocurriendo ambos durante el periodo de término del embarazo, podría esperarse que aumentara el riesgo de complicaciones perinatales a medida que aumenta la edad gestacional en una forma continua, más bien que por alcanzar determinados umbrales. Indudablemente

existe una creciente evidencia que apoya el hecho de que el riesgo de complicaciones maternas y neonatales aumenta a medida que la gestación progresa más allá de las 40 semanas (*algo percibido por la mayor parte de los obstetras en nuestro medio, razón que los mueve a no dejar pasar los partos más allá de la 41 semana. Por lo menos mientras yo estaba activo*). Para examinar esta relación al nivel de la población, se condujo un estudio basado en una población de bajo riesgo, de embarazos monofetales, nacidos vivos y de término, nacidos en los EEUU en 2003, de acuerdo con el certificado de nacimiento. Se formuló la hipótesis de que las complicaciones del embarazo aumentan con el aumento de la edad gestacional y que esto ocurre antes de llegar a las 42 semanas. (*Faltaría hacer un estudio de población, con las mismas características, entre las mujeres que paren antes de llegar a las 41 semanas, para tener una evidencia de que la conducta que se sostiene [se sostenía] en nuestro medio, era la más correcta o la más segura y la que menos problemas plantea con la propia embarazada y los familiares.*)

**Diseño del estudio.** Se trata de un estudio retrospectivo de cohorte de mujeres embarazadas de bajo riesgo, con nacimientos monofetales en 2003 en los EEUU. La edad gestacional se agrupó en rangos de 37, 38, 39, 40 y 41 semanas completadas. La comparación estadística se efectuó mediante el test del  $\chi^2$  y modelos de regresión logística multivariable, teniendo como referente la gestación de 38 semanas.

**Resultados.** 2.527.766 mujeres reunieron los criterios de inclusión. Comparadas con las 39 semanas, el parto a las 37 y las 38 semanas tuvo menores riesgos de morbilidad febril pero un riesgo ligeramente superior de cesáreas. El parto a las 40 y 41 semanas también se asoció con un riesgo materno más elevado en general de morbilidad. Para los neonatos, el parto entre las 40 y las 41 semanas tuvo mayores riesgos de llegar a un peso mayor a los 4500g., de lesiones neonatales (40 semanas: ORa [ajustadas], 0.11 [IC95%, 1.05-1.18]); 41 semanas: (ORa, 1.27, [IC95%, 1.17-1.37]) y aspiración de meconio (40 semanas: ORa, 1.55 [IC95%.1.43-1.69]; 41 semanas: ORa, 2.12[IC95%, 1.91-2.35]). El parto a las 37 o a las 38 semanas tuvo un mayor riesgo de membrana hialina (37 semanas: ORa, 3.12, [IC95%, 2.90-3.38]); 38 semanas, ORa, 1.30[IC95% , 1.19-1.43]) pero un menor riesgo de aspiración de meconio.

**Comentario por los autores.** Éste fue un estudio basado en una población de mujeres de bajo riesgo que parieron a término en los EEUU, en 2003. En estas mujeres, las complicaciones del embarazo difirieron según la edad gestacional en el momento del parto. El riesgo de parto operatorio y de otras morbilidades maternas es bajo entre las 37 y las 39 semanas de gestación y aumenta a las 41 y a las 42 semanas. Sin embargo, aunque algunas de las morbilidades neonatales exhiben un ritmo similar de aumento de la incidencia con el aumento de la edad gestacional a través del embarazo de término, como la macrosomía y la aspiración de meconio, otras disminuyen a las 39 semanas de gestación, pero no aumentan después, como la enfermedad de la membrana hialina y aún otras presentan un aspecto bimodal con un nadir hacia las 39 semanas, como los bajos scores del Apgar, o la ventilación mecánica.

El tema común de la mayor parte de estos resultados se sitúa en un mínimo hacia las 39 semanas. Debido a que el riesgo de la macrosomía es más bajo hacia las 37 y 38 semanas, también lo es el riesgo de lesiones neonatales. El riesgo de aspiración de meconio es también más bajo hacia las 37 y las 38 semanas, lo que contrasta con las tasas más altas de membrana hialina en estos partos y en general provocan un mayor uso de la ventilación mecánica en estas edades gestacionales.

Comparadas con las mujeres que parieron entre las 39 y las 40 semanas, las mujeres que lo hicieron después de la fecha prevista, tuvieron un mayor riesgo de cesárea y de partos vaginales operatorios. Particularmente en las nulíparas, se observó casi un 60% de incremento del riesgo de cesárea primaria y 14% de aumento del riesgo de partos vaginales operatorios, cuando los partos ocurrieron a las 41 semanas comparados con los ocurridos durante las 39 semanas. Estos partos operatorios tienden a su vez a estar asociados a tasas más elevadas de desgarros perineales severos, hemorragias de postparto y complicaciones de las heridas.

Adicionalmente, en aquellas mujeres sometidas a una cesárea, éstas presentan mayores riesgos de complicaciones maternas y neonatales y en futuros embarazos. En una era de declinación del número de partos vaginales después de una cesárea, una vez que se efectuó la primera cesárea, las mujeres tendrán posiblemente un aumento de la morbilidad, debido a las cesáreas iterativas en el futuro.

Además del incremento del riesgo de parto operatorio asociado con un aumento de la edad gestacional, se observó también en este estudio que las cifras de líquido amniótico teñido de meconio era más elevada a las 41 y 42 semanas, comparadas con las 39 semanas de gestación; además, el riesgo del síndrome de aspiración de meconio fue correspondientemente más alto a las 40 y a las 41 semanas. Este hallazgo es consistente con comunicaciones anteriores donde se relaciona al meconio y la aspiración de meconio con embarazos de postérmino.

Mientras que la necesidad de ventilación mecánica durante más de 30 minutos también fue elevada en neonatos paridos a las 41 semanas, este incremento fue modesto. Por el contrario, un incremento de 2 veces en la necesidad de ventilación mecánica se observó en los neonatos paridos a las 37 semanas, comparados con los paridos a las 39 semanas. Aunque las indicaciones exactas para el uso de la ventilación mecánica no se obtuvieron para este análisis, coincide con el riesgo de membrana hialina a las 37 semanas, que fue aproximadamente 3 veces más que el riesgo de los neonatos paridos a las 39 semanas. Más aún, el riesgo de la enfermedad de la membrana hialina y la necesidad de ventilación mecánica durante más de 30 minutos fueron ambas más altas a las 38 semanas, comparadas con las 39 semanas. Tal vez, algunas de éstas puedan incluir neonatos que estuvieran mal datados. En forma alternativa, este hallazgo podría reflejar que, aunque es raro, que los neonatos paridos a las 38 semanas podrían experimentar aún una dificultad respiratoria que sería más probable atribuible a una enfermedad de la membrana hialina que a un síndrome de aspiración de meconio.

Aunque los presentes hallazgos apoyan las guías de práctica del ACOG de que la maduración pulmonar deberá ser confirmada antes de un parto de elección a menos de 39 semanas de gestación, es importante anotar que el riesgo compuesto de morbilidad pulmonar neonatal (enfermedad de la membrana hialina) fue similar hacia las 38 y las 40 semanas de gestación. Las probabilidades de tener un Apgar bajo a los 5 minutos (menos de 7 y más de 4) son más elevadas para los neonatos paridos tanto a las 37 semanas o a las 41 semanas, comparados con los paridos a las 39 semanas.

Los autores especulan que un escore de Apgar bajo a los 5 minutos se asocia con más frecuencia con la prematuridad y la enfermedad de la membrana hialina, en tanto que a las 41 semanas pueden estar en juego las complicaciones asociadas con la dismaturidad y el síndrome de aspiración de meconio.

Estos datos representan a todas las mujeres de bajo riesgo con fetos vivos, partos de término entre las 37 y las 41 semanas de gestación que parieron en los EEUU en 2003. Aunque refleja los resultados obstétricos y neonatales, tiene varias limitaciones.

Debido a que en este estudio se examinaron los resultados vinculados con la edad gestacional al término, la exactitud de la datación de la edad gestacional es esencial. Es sabido que el tema de esta datación basada en los datos de natalidad por estimaciones menstruales o clínicas obstétricas provee una aproximación cercana a la de la datación menstrual. Sin embargo, cuando se diseña a la ecografía como el estándar de oro se observa que la datación menstrual sobreestima de modo sistemático la edad gestacional.

Aunque se eligió la datación obstétrica clínica para este análisis, para minimizar tal error de estimación, algunas mujeres pueden haber sido mal clasificadas de tal modo que fueran asignadas a una edad gestacional mayor de la que tenían realmente. Por ejemplo, algunas mujeres del grupo con una edad gestacional de 41 semanas podrían haber parido en la 40<sup>a</sup> semana y algunas del grupo de 37 semanas podrían haber parido en su 36<sup>a</sup> semana.

Aunque el sesgo de mala clasificación suele ser unidireccional, afecta a todos los grupos, de modo que las comparaciones de cada sustrato semanal con los demás sustratos sigue siendo válida. La ventaja de usar los datos de estadísticas vitales es que son la representación de todos los recién nacidos vivos en los EEUU, lo cual refleja realmente los cuidados obstétricos en ese país. Aunque fue posible examinar un número de resultados inmediatos maternos y neonatales, los datos del certificado de nacimiento no contienen información relativa a los resultados postnatales que pudieran proveer datos internos relacionados con la edad gestacional y los resultados de salud a largo plazo. A pesar del hecho de que los resultados maternos y fetales se comunicaron mediante el uso de definiciones detalladas y de que fueron verificados de rutina por el personal federal y estatal materno y por el personal de salud pediátrica, en relación con los chequeos de control de calidad, de exactitud y de completamiento de los datos, los datos faltantes y la comunicación errónea, aún pueden existir.

A pesar de estas limitaciones, los autores efectuaron una comunicación sobre una de las más grandes cohortes en la literatura, para examinar las complicaciones de los embarazos de término, por semana de gestación. De modo consistente con comunicaciones previas, se encontró que el parto a las 39 semanas de gestación aparece como el que tiene en general menos riesgos de morbilidad materna y neonatal. Aunque este estudio aguarda una validación futura de grandes ensayos aleatorizados y controlados, se llama la atención acerca de que el parto por elección de fecha en las mujeres de bajo riesgo anterior a las 39 semanas, debería ser trasladado por lo menos hasta que hayan cumplido las 38 semanas de gestación.

Los esfuerzos clínicos y de investigación deberán enfocarse en los esfuerzos preventivos para minimizar las complicaciones posteriores a las 39 semanas. Tales esfuerzos podrían identificar mujeres que estén en mayor riesgo, por ejemplo por medio de exámenes antenatales, lo mismo que a enfatizar menores riesgos de tener gestaciones de postérmino, como el desgarro de las membranas o la inducción electiva del trabajo de parto. Mientras tanto, estos hallazgos podrán ayudar a determinar el momento óptimo para la inducción del parto, debido a que cada paciente tendrá sus propios factores de riesgo necesarios para el balance con los riesgos perinatales que se presenten. R.T.