

Pescando en Internet

RICARDO TOPOLANSKI

Contenido / Contents

Resúmenes

2

Conservación de los ovarios durante la histerectomía y resultados a largo plazo en el "Nurses Health Study"

4

Recidiva de complicaciones en un segundo embarazo

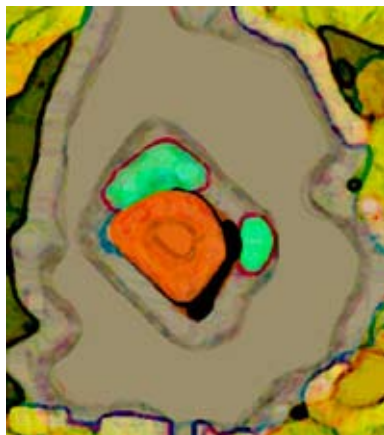
8

Viernes 31

JULIO | 2009

DIRECCIONES
Secretaría SGU.

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



Fotografía "abstracta". RT.

Parece una contradicción, pero no lo es. La palabra fotografía lleva implícita el concepto de documento de la realidad: a partir de su invención en la primera mitad del siglo XIX siempre se la tomó como un instrumento con el que se podía reproducir en una imagen impresa un paisaje, un retrato, un objeto. A medida que se fueron perfeccionando las técnicas de toma de la imagen y de su reproducción en el papel, se observó que muchos aspectos de las artes plásticas eran aplicables también a la fotografía. El diseño de la imagen, la forma de efectuar las tomas fotográficas, la forma de manejar las luces y las sombras, los distintos tonos de blancos, de negros y de grises, su distribución y por ende su armonización, dieron lugar a que se tomaran en consideración otros aspectos que eran moneda corriente en la pintura o en el dibujo, cuando se producía una fotografía. Pronto se observó que unas imágenes eran mejores que otras, que unas atraían más la atención que otras, que algunas características plásticas eran más llamativas: es decir, que había fotografías artísticas y fotografías sólo documentales y que, incluso en éstas, algunas eran "más artísticas" que otras. El difícil y lento trabajo de introducir el color a las imágenes fotográficas, comenzado a principios del siglo XX comenzó a cambiar totalmente el concepto que se tenía de la imagen fotográfica, hasta llegar a la situación actual en la que se maneja la imagen fotográfica como una herramienta más de las artes plásticas: no sólo se producen imágenes fotográficas pensadas desde el mismo momento en que se toma la fotografía como una imagen plástica, sino que la tecnología actual permite también crear imágenes sin una cámara fotográfica, empleando la tecnología electrónica del mismo modo como el pintor usa los pinceles o el dibujante los lápices y las tintas, para crear una obra de arte. A lo que se agrega, y ya es moneda corriente, la reproducibilidad de la imagen, objeto de un pro-

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 72) 25335
info@sogiu.com

VISITE EL SITIO SGU
• <http://www.sguruguay.org>

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

fundo estudio por el filósofo alemán Walter Benjamin hacia mediados del siglo pasado y cuyo origen se remonta a la plancha de madera de la vieja xilografía, desarrollada por Dürero en el siglo XVI.



CLUB BANCO REPÚBLICA

RICARDO TOPOLANSKI

presenta

Fotografías digitales de paisajes cercanos y lejanos

Se presenta un trabajo fotográfico que se aleja de lo documental para explorar las infinitas posibilidades de expresión plástica que brinda la tecnología digital. La creatividad y la fantasía juegan juntas para armar un conjunto de imágenes, donde lo que predomina es la combinación de formas y colores. En este trabajo el lienzo del pintor es la pantalla de la computadora.

Las imágenes pueden adquirirse.

Correo electrónico: rtopolanski@gmail.com

Teléfono: 708 2450

Siglas: AVE, accidente vascular encefálico; CP, coronariopatía; DS, desvío estándar; RA razón de azar; PE, preeclampsia; PEG, pequeño para la edad gestacional; PPT, parto de pretérmino;

■ Resúmenes Dismenorrea y predictores

(Suministrado por OBGYN). **Ozerdogan y col.** INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GINECOLOGY
Nuevas investigaciones confirmaron la elevada prevalencia de dismenorrea entre las estudiantes universitarias, más de la mitad de las cuales comunicaron esta condición que, 1 de cada 5, calificó como severa. El estudio permitió identificar también algunos factores relacionados con la presencia de la dismenorrea en esta población. Investigadores en la Universidad Eskisehir Osmangazi en Turquía occidental enviaron un cuestionario de investigación a una población de 857 estudiantes femeninas, con un promedio etario de 32.5 años y un rango de 17 a 32 años. Las estudiantes brindaron información demográfica y nutricional y detalles de su historia menstrual. Se identificó la dismenorrea sobre la base de una respuesta a la pregunta "¿presenta generalmente calambres menstruales, dolores abdominales o dorsales cuando tiene la menstrua-



Genoderm

ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg + ETINILESTRADIOL 0,035 mg

Belleza y protección al alcance de toda mujer

ción?”. La severidad del dolor dismenorreico se graduó a través de una escala visual análoga y un sistema de valoración multifactorial. En un nuevo comunicado enviado para su publicación, los investigadores mostraron una prevalencia general de 55% de la dismenorrea en 800 de las estudiantes sobre la base de las respuestas validadas obtenidas. La intensidad del dolor fue moderada en 62.2%, severa en 32.2% (justo por debajo del 18% del total del estudio de población) y leve en 5.2%. Estas cifras concuerdan con las prevalencias comunicadas en otros estudios. Los síntomas relacionados con la dismenorrea fueron náuseas, cefaleas, artralgia, diarrea, poliuria, fatiga, insomnio, malestar, nerviosismo y tensión mamaria. Los últimos dos síntomas fueron los que se comunicaron con más frecuencia por más de la mitad de las estudiantes, mientras que el insomnio fue el menos comunicado, citado por el 9.7%. Los factores que se encontraron en los análisis de regresión y que se relacionaron significativamente con la dismenorrea fueron los siguientes: 1) **Subvención financiera**: las estudiantes con una subvención adecuada comunicaron con mayor frecuencia esta sintomatología que aquellas que tenían una financiación inadecuada (OR 1.49, IC95% 1.05-2.13). Este hallazgo ya se había visto en otras investigaciones, pero el cuerpo de la literatura no es muy consistente en cuanto a la relación entre el estatus económico y la prevalencia de la dismenorrea. 2) **Historia familiar**: las mujeres con una historia familiar comunicaron significativamente más síntomas de dismenorrea (OR 3.48; IC95% 2.54-4.78) que aquellas sin una historia familiar. Posiblemente los estudios genéticos pudieran descubrir causas específicas de esta relación. 3) **Fumadoras**: éstas comunicaron con más frecuencia la dismenorrea (OR 1.57, IC95% 1.10-2.25) que las no fumadoras. De acuerdo con los investigadores, este incremento del riesgo puede estar relacionado con una disminución del flujo sanguíneo endometrial debido a una vasoconstricción debida a la nicotina. 4) **La excesiva ingestión de azúcar**: las estudiantes que ingerían un exceso de azúcar tuvieron significativamente más dismenorrea (OR 1.77, IC95% 1.15-2.72) que las estudiantes que ingerían cantidades moderadas o mínimas, lo cual podría deberse a la interferencia del azúcar con la absorción de vitaminas y minerales y el metabolismo, lo cual podría provocar una alteración del funcionamiento muscular y la producción de espasmos. Conclusiones: la elevada prevalencia de la dismenorrea observada entre las estudiantes de una universidad “demuestran que esta condición es un problema significativo de salud pública que requiere atención”.

Aumento precoz vs. tardío de ocitocina en nulíparas con trabajo de parto prolongado. Ensayo aleatorizado y controlado

A. Dencker y col. BJOG, 2009; 116: 530-6. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro Perinatal. Hospital Universitario Sahlgrenska, Gothenburg, Suecia; Instituto de Ciencias y Cuidados de la Salud, Academia Sahlgrenska, Universidad de Gothenburg, Suecia y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Condal de Ryhov, Jönköping, Suecia. Algunos investigadores creen que el manejo activo del trabajo de parto con un amniotomía precoz y el aumento de la ocitocina, disminuye la tasa de cesáreas, pero esta opinión no se ha visto apoyada en varios metanálisis. En estudios de observación, se observó una relación entre el uso de la ocitocina en partos que duraron menos de 13h y resultados neonatales adversos. En este ensayo prospectivo y aleatorizado, se comparó el efecto de una intervención precoz y una tardía con ocitocina, sobre los resultados obstétricos y neonatales, en mujeres nulíparas con partos espontáneos pero prolongados,

DIVINA 21
Drospirenona 3,00 mg - Ethinilestradiol 0,03 mg

Protección y bienestar al alcance de toda mujer

en 3 departamentos obstétricos suecos. Se trataba de mujeres nulíparas sanas que cursaron embarazos normales, con fetos únicos y comienzo espontáneo del trabajo de parto activo, las que presentaban contracciones regulares, un cuello borrado entre 4 y 9cm sin progreso en la dilatación en 2 horas y sin más progreso 1 hora después de la amniotomía. Se eligió al azar, un total de 630 mujeres para un grupo de ocitocina precoz (infusión en 20 minutos, n=314) o bien para un grupo expectante (retardo de la infusión de ocitocina durante 3h, n=316). El resultado primario del estudio fue el modo del parto (vaginal espontáneo, instrumental vaginal o por cesárea) y el análisis primario concordó con la intención de tratamiento. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en la tasa de cesáreas: 29 de 314 (9.2%) en el grupo de ocitocina precoz vs 34 de 316 (10.8%) en el grupo expectante (OR, 0.8; IC95%0.05-1.6), o en el grupo de parto vaginal instrumental tasa 54 de 314 (18.2%) en el grupo de ocitocina precoz vs 38 de 316 (12%) en el grupo expectante (OR, 1.5; IC95% , 0.97-2.4). **La duración del trabajo de parto se acortó 90 minutos en el grupo de ocitocina precoz comparado con el grupo expectante (P=0.001)**. No se observaron otras diferencias, tanto en el riesgo como en el beneficio, entre ambos grupos de estudio. Estos hallazgos concuerdan con los datos de otros estudios que muestran que el uso de la ocitocina no disminuye la tasa de cesáreas, pero que sí disminuye la duración del trabajo de parto.

■ Conservación de los ovarios durante la histerectomía y resultados a largo plazo en el "Nurses Health Study"

Esta investigación se efectuó para observar los resultados a largo plazo y de la mortalidad, sobre los efectos que puede tener una ovariectomía, controversia que se plantea a menudo en el momento de efectuar una histerectomía por una enfermedad benigna: ¿debe o no hacerse simultáneamente la ovariectomía? Para ello se efectuó un estudio prospectivo y de observación durante un largo tiempo sobre la base del Nurses Health Study, en los EEUU. El equipo de investigación fue encabezado por William H Parker del Departamento de Obstetricia y Ginecología del John Wayne Cancer Institute del Saint John's Health Center, en Santa Mónica, California e involucró a varias instituciones de los EEUU.

Introducción. La ooforectomía bilateral durante una histerectomía por una enfermedad benigna, es una práctica frecuente que se hace para prevenir la posibilidad de que se desarrolle posteriormente un cáncer de ovario. Los datos de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades en los EEUU, muestran que la mitad (50%) de las mujeres sometidas a una histerectomía entre los 40 y los 44 años de edad son ovariectomizadas simultáneamente y que, de las que tienen entre 45 y 64 años, lo son el 78%. En total, aproximadamente unas 300.000 mujeres son ovariectomizadas profilácticamente cada año en ese país.

Efectuada antes de la menopausia, la ooforectomía provoca en la mujer una disminución abrupta de la producción de estrógenos y de andrógenos. Después de la menopausia, los ovarios continúan produciendo cantidades significativas de



testosterona y de androstenodiona que son convertidas, periféricamente, en estrógenos. Un retraso en la edad de la menopausia se ha relacionado con una disminución del riesgo de muerte por coronariopatías (**CP**) y por accidentes vasculares cerebrales (**AVE**) y distintos estudios han demostrado que la preservación de la función ovárica se relaciona con una disminución de las coronariopatías. En los EEUU, el cáncer de ovario es responsable de la muerte de 14.700 mujeres por año y los accidentes vasculares cerebrales lo son, de unas 86.900.

Por consiguiente, se especula que la conservación de los ovarios podría beneficiar con una sobrevida a las mujeres que no estuvieran en riesgo de padecer un cáncer de ovario. El objetivo de este estudio fue comunicar los resultados a largo plazo sobre la salud y la mortalidad, después de la conservación de los ovarios o de su extirpación.

Metodología seguida para la investigación. Se condujo un estudio prospectivo de observación de 29.380 mujeres participantes en el *Nurses' Health Study*, las que fueron hysterectomizadas debido a una enfermedad de carácter benigno; 16.345 (55.6%) fueron hysterectomizadas con una ooforectomía bilateral y a 13.035 (44.4%) se les hizo una hysterectomía con conservación de los ovarios. Se evaluaron los eventos incidentales o la muerte debido a una CP, un AVE, cáncer de ovario, embolia pulmonar y la muerte por todas las causas.

Resultados. A lo largo de un seguimiento efectuado durante 24 años, de mujeres hysterectomizadas con ooforectomía comparadas con aquellas a las que se les conservaron los ovarios, las razones de azar multivariantes (**RA**) fueron 1.12 (IC95%1.03-1.21) para la mortalidad; 1.17 (IC95% 1.02-1.35) para la CP fatal y no fatal, y 1.14 (IC95% 0.98-1.33) para el AVE. Aunque los riesgos de cáncer de mama (RA 0.75, IC 95%0.68-0.84), de cáncer de ovario (RA 0.04, IC95%0.01-0.09, número necesario para tratar =20) y el total de cánceres (RA 0.90, IC95% 0.84-0.96) disminuyeron después de la ooforectomía, la incidencia del cáncer de pulmón (RA=1.26, IC95%1.02-1.56, número necesario para dañar=190) y la mortalidad total por cáncer(RA=1.17, IC95%1.04-1.32) aumentaron. Para aquellas mujeres que nunca recibieron estrógenoterapia, la ooforectomía antes de los 50 años se relacionó con un incremento del riesgo por todas las causas de mortalidad, CP y AVE. Tomando en cuenta un periodo de vida de aproximadamente 35 años posteriores a la cirugía, se esperaba una muerte más por cada 9 ooforectomías realizadas.

Discusión por los autores. Este amplio estudio prospectivo de mujeres que fueron hysterectomizadas por una enfermedad benigna, indica que la ooforectomía simultánea, después de efectuado el ajuste por múltiples factores de riesgo independientes, está relacionada con un aumento del riesgo de mortalidad por todas las causas, especialmente por coronariopatías y cáncer de pulmón, cuando se la compara con las mujeres a las que se les conservaron los ovarios. Además, la ooforectomía profiláctica no mejoró la supervivencia a cualquier edad considerada. Durante el seguimiento de 24 años, de las 13.395 a las que se les conservaron los ovarios, 34 (0.26%) murieron por cáncer de ovario. Los autores no encontraron un aumento del riesgo de cáncer colo-rectal, de embolia pulmonar o de fractura de cadera en ningún análisis. Mientras que el cáncer de mama, el de ovario y todos los demás cánceres fueron menos frecuentes, el riesgo general de muerte por cau-

sa de un cáncer, fue mayor en las mujeres ovariectomizadas. La base para esta paradoja no es clara y necesita un mayor estudio. En un análisis secundario de mujeres que nunca recibieron estrógenoterapia, la ooforectomía se relacionó con un incremento del riesgo de la incidencia de AVE y de cáncer de pulmón, y la ooforectomía antes de los 50 años, se relacionó con un aumento del riesgo de CP no fatales y fatales, de AVE y de las muertes por todas las causas. El riesgo total de cáncer, no aumentó ni disminuyó en las mujeres con ooforectomía que nunca recibieron estrógenos.

Este estudio tiene varias fortalezas. Es el estudio prospectivo más grande y con el mayor seguimiento donde se examinó el efecto de la ooforectomía sobre los resultados de la salud en las mujeres. Aunque se trata de un estudio de observación, la cohorte del *Nurses Health Study* es particularmente homogénea frente a un estudio en la población general, en relación con factores educativos y socioeconómicos que puedan confundir posiblemente a estudios no aleatorizados. Para reducir esa posibilidad de confusión debida a la indicación de la cirugía, las mujeres que tenían un diagnóstico anterior de un cáncer o de una ovariectomía efectuada previamente, fueron excluidas del análisis. Para disminuir la posibilidad de confusión debida a una historia familiar, el principal análisis se ajustó tanto para la historia familiar de cáncer de mama como para el de ovario. También se efectuó un análisis de subgrupo en el que se excluyeron las mujeres con una historia familiar de cáncer de ovario (aproximadamente 4.5% de las mujeres estudiadas) y se encontraron resultados similares a los presentados en esta comunicación.

Muchos estudios previos fueron más pequeños o no se ajustaban a los factores de riesgo conocidos para las enfermedades cardiovasculares. En este estudio, se incluyeron 29.380 mujeres histerectomizadas, divididas casi por igual entre las que fueron ovariectomizadas y las que se les conservaron los ovarios. Aunque las características en la línea de base difirieron un tanto entre los grupos, los autores emplearon el análisis de multivariantes para la corrección de factores de riesgo múltiples conocidos, relacionados con todas las condiciones de interés. El seguimiento durante más de 24 años fue alto para los diagnósticos de incidencia comunicados y la puesta al día de la información sobre los factores de riesgo y la identificación de las muertes, fue completa aproximadamente en 98% de las participantes.

Varias limitaciones merecen ser comentadas. El estudio fue de observación y tanto la ooforectomía como la conservación de los ovarios, lo fueron por elección de las pacientes. A pesar de la plausibilidad biológica de muchos de los resultados y a pesar de haberse tenido en cuenta los factores múltiples, es posible que los hallazgos pudieran relacionarse con la indicación subyacente por la cual las pacientes eligieron la ooforectomía o bien, debido a diferencias no corregidas entre los grupos. La mayoría de las mujeres en este estudio fueron blancas y los resultados pueden no ser aplicables a mujeres no blancas.

Estos resultados, en relación con las enfermedades cardiovasculares, son biológicamente plausibles y se ven apoyados por evidencias experimentales. La disminución de los estrógenos endógenos aumenta los lípidos séricos, disminuye el flujo carotídeo e incrementa la aterosclerosis subclínica medida por el grosor de la íntima carotídea.

Estos resultados concuerdan también con otros estudios y en un análisis de decisión se encontró que la conservación de los ovarios mejoraba la supervivencia de mujeres menores de 65 años en el momento de la cirugía. En un estudio de cohorte efectuado sobre 1.097 histerectomizadas con ooforectomía bilateral por una enfermedad benigna, que se parearon

por su edad con 2.390 mujeres que eligieron conservar sus ovarios, se encontró que la mortalidad fue más elevada en las mujeres a las que se les hizo una ovariectomía profiláctica antes de los 45 años.

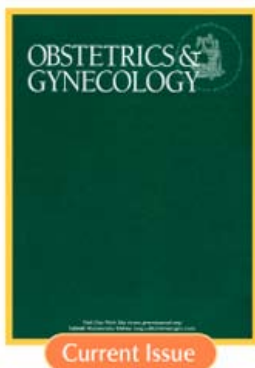
Una edad más temprana o la menopausia natural se correlacionan con un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares. En comunicaciones previas del *Nurse's Health Study* se encontró que las mujeres con ooforectomías efectuadas entre los 40 y los 44 años de edad, comparadas con mujeres con los ovarios intactos, tenían el doble del riesgo de padecer un infarto de miocardio (RR 2.2, IC95% 1.2-4.2). La ooforectomía después de los 50 años aumentaba el riesgo de desarrollar un primer infarto de miocardio en comparación con los controles (RR 1.4, IC95% 1.0-2.0). Cuando se hizo el ajuste por edad, la muerte por AVE se vio reducida en 6% por año de retraso de la menopausia (RR 0.94, IC95% 0.89—1.0). En un metanálisis de estudios de observación se encontró que la ooforectomía duplicaba el riesgo de enfermedades cardiovasculares (RR 2.62, IC95% 2.05-3.35). En ese caso, la enfermedad cardiovascular se esperaba que incrementase la morbilidad y la mortalidad generales, tal como se encontró en el presente estudio.

El cáncer de ovario es una enfermedad de baja prevalencia y una histerectomía simple puede reducir el riesgo del mismo. Los mecanismos que se han sugerido incluyen: la interrupción del transporte de carcinógenos potenciales a través del tracto reproductivo, la alteración de los niveles hormonales o la inducción de anticuerpos protectores anti MUC1. En el análisis del presente trabajo se encontró una disminución del riesgo del cáncer de mama en las mujeres después de la ooforectomía: en las menores de 50 años se observó una disminución del riesgo de 50%, que persistió durante los 10 años posteriores a la cirugía.

Los autores encontraron un aumento del riesgo de morir de otros cánceres que excedía al riesgo de morir de cáncer de ovario (baja incidencia) y de cáncer de mama (mayor tiempo de la tasa de supervivencia) entre las mujeres que habían sido ovariectomizadas. La relación de la ooforectomía con el cáncer de pulmón fue inesperada y necesita un nuevo estudio.

Aunque la estrógenoterapia postmenopáusica puede reducir alguno de los riesgos encontrados, después del WHI (*Women's Health Initiative*) muchas mujeres descontinúan la terapia hormonal y 77% menos de mujeres comienzan con hormonas en el momento de instalarse la menopausia. Del mismo modo, la tasa para medicamentos que pueden reducir las enfermedades cardiovasculares, tales como las estatinas, son tan bajas como el 18% en las mujeres, después de 1 año.

Los presentes hallazgos proveen evidencias de que, para las mujeres que no están en alto riesgo de padecer un cáncer de ovario, la ooforectomía puede afectar adversamente, a largo plazo, los resultados de salud y la mortalidad y, a ninguna edad se pudo asociar la ooforectomía con un beneficio de supervivencia. Por lo tanto, **la ooforectomía profiláctica, con el objetivo de mejorar la supervivencia a través de la disminución del cáncer ovárico, no parece estar apoyada por el presente estudio.** Teniendo en cuenta que, aproximadamente 300.000 mujeres son ooforectomizadas anualmente en los EEUU, estos hallazgos tienen importantes implicancias en la salud pública. (¡!)



■ **Recidiva de complicaciones en un segundo embarazo**

Se trata de una investigación efectuada por un equipo integrado por J Alexander Lykke, M Paidas y J Langhoff-Roos, del Departamento de Obstetricia del Rigshospitalet de Copenhagen, Dinamarca y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias de la Reproducción, Yale Women and Children's Center for Blood Disorders, Facultad de Medicina de la Universidad Yale, New Haven, Connecticut, EEUU. El estudio se publicó en OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, 2009, 113(6); 1217-24.

Introducción. El parto de pretérmino (**PPT**), los pequeños para la edad gestacional (**PEG**), la preeclampsia (**PE**), el desprendimiento de la placenta y el óbito fetal, complican 10 a 25% de los primeros embarazos monofetales y la prevalencia de estas complicaciones es más baja en las mujeres que ya parieron que en las nulíparas. Estas complicaciones del embarazo parecen diferentes en su manifestación y son miradas a menudo como entidades mórbidas separadas pero, sin embargo, es frecuente que se produzcan durante el mismo embarazo y parecen compartir mucho de su etiología a través de una placenta disfuncional.

También el síndrome metabólico parece ser un componente principal de estas complicaciones gravídicas. La disfunción endotelial, la dislipidemia, los marcadores de inflamación y la obesidad han sido relacionados con estas diferentes complicaciones del embarazo. En un nivel genético, también la trombofilia puede contribuir a la fisiopatología de las mismas. Así pues, parece plausible que cada una de estas complicaciones gravídicas pudiera predisponer a otras en un nuevo embarazo, lo mismo que a la recidiva de la complicación.

En estudios previos se investigó la recurrencia en un segundo embarazo del PPT, de la PE, de los PEG, del desprendimiento placentario y del óbito fetal. En otros estudios se investigó la relación entre una complicación durante el primer embarazo y el riesgo de desarrollar una complicación distinta en un embarazo consecutivo. Sin embargo, en ninguno de esos estudios se investigó cómo afectaba al riesgo de recurrencia de otras complicaciones en un embarazo subsecuente, la severidad de estas complicaciones gravídicas.

Se diseñó el estudio sobre la base de un registro, empleando los registros nacionales dinamarqueses, para clarificar las consecuencias obstétricas en un segundo embarazo complicado por un PPT espontáneo o por una PE y se les estratificó de acuerdo con la variación en el peso fetal. Se investigó específicamente 1) el PPT espontáneo a diferentes edades gestacionales y el riesgo de un PPT subsecuente, de una PE, de un PEG, de un desprendimiento placentario y de un óbito fetal. 2) la ocurrencia, lo mismo que la severidad de la PE y el riesgo una PE subsecuentes y 3) la variación en el crecimiento fetal y del riesgo de un recién nacido PEG, de PE, de desprendimiento placentario, de óbito fetal y de PPT en el 2° embarazo.

Metodología. En una cohorte, se identificó a las mujeres que tuvieron un primero y un segundo parto monofetales en Dinamarca, desde 1978 hasta 2007 (n=536.419). Las exposiciones y los puntos finales fueron el PPT, la PE, el crecimiento fetal, el desprendimiento placentario y el óbito fetal, después de las 20 semanas de gestación. Se empleó el χ^2 y el test de t para comparar las diferencias en la incidencia en un 1° y en un 2° embarazo.

Resultados observados. En comparación con un primer parto espontáneo a término, un parto entre las 32 y las 36 semanas de gestación aumentó el riesgo de tener un PPT en el 2° embarazo, desde 2.7% a 14.7% (OR 6.12, IV95% 5.84-6.42) y el riesgo de PE de 1.1% a 1.8% (OR 1.60, IC95% 1.41-1.81); un parto antes de las 28 semanas aumentaba el riesgo de un PPT en el 2° embarazo a 26.0% (OR 13.1, IC95% 10.8-15.9) y a un 2° embarazo con PE a 3.2% (OR 2.96, IC95% 1.80-2.31) y de tener un PEG, de 3.1% a 9.6% (OR 2.82, IC95% 2.38-3.35). En comparación con el promedio, un crecimiento fetal de 2 a 3 desvíos estándar por debajo del promedio en el primer embarazo, aumentaba el riesgo de PE desde 1.1% a 1.9%, (OR 1.62, IC95% 1.34-1.96) en el 2° embarazo.

Discusión por los autores. El presente estudio ilustra sobre el vínculo de complicaciones gravídicas en dos embarazos consecutivos. Un primer PPT espontáneo durante el primer embarazo es un factor de riesgo para la recidiva del problema en un segundo embarazo, y lo mismo ocurre con una PE, un PEG y un desprendimiento placentario. En estudios anteriores se investigó sobre la recidiva del PPT y los presentes hallazgos concuerdan con ellos pero además, los autores demostraron la presencia de una relación “dosis-respuesta”, con un incremento de los riesgos de tener otro PEG después de un primer parto con un recién nacido en esas condiciones. No encontraron en cambio, un incremento significativo del riesgo de óbito fetal después de un PPT espontáneo en un primer embarazo, algo que ya había sido señalado por Smith y col. con el doble de incremento del riesgo. Sin embargo, los autores no controlaron el desprendimiento placentario y su definición de PEG estuvo por debajo del 10° percentil; estas diferencias podrían explicar la discrepancia encontradas en el relacionamiento. Surkan y col. encontraron también un incremento ajustado de dos veces de óbito, después de una PPT anterior a las 32 semanas.

Las mujeres con preeclampsia tienen un incremento del riesgo de repetirla, cuando se las comparó con las mujeres con partos espontáneos. La PE, en embarazos relacionados con un PPT, provocó un riesgo aún mayor de presentar también una PE en el 2° embarazo. Esto sugiere que la severidad de la PE, reflejada en el grado de la prematuridad asociada, es un importante factor de predicción clínico en el siguiente embarazo, lo cual concuerda también con estudios anteriores. Igualmente se encontró que esta severidad de la PE se relaciona con un riesgo de desarrollar un recién nacido PEG y de tener un óbito fetal en el 2° embarazo; estos últimos relacionamientos podrían ser facilitados por las complicaciones primarias en los primeros embarazos preeclámpicos. Sin embargo, no se efectuaron controles para esto debido a que estas complicaciones son eventos secundarios respecto a la PE y por lo tanto son marcadores de la severidad de la enfermedad. Incluso un bajo peso fetal marginal (todavía catalogado como apropiado para la edad gestacional) aumenta el riesgo de tener un PEG en el 2° embarazo, contribuyendo de este modo a la hipótesis de una causa común. Rasmussen y col. encontraron la misma relación en una población noruega. Adicionalmente, los autores encontraron un incremento del riesgo de desprendimiento placentario, óbito fetal y PPT en la segunda gestación, aunque estos riesgos podrían ser ocasionados por el incremento del riesgo de PE en el mismo embarazo.

Al hacer el ajuste para PE en el 2° embarazo se atenuó apenas un poco esta razón de los hechos (OR). Por contraste, se encontró que el crecimiento fetal 1 a 2 (**DS**) por encima del promedio durante el primer embarazo tenía un efecto pro-

lector sobre el riesgo de tener un PPT y un desprendimiento placentario (aunque no significativo) durante el segundo embarazo.

En suma, los presentes datos muestran que el PPT espontáneo, la PE, el bajo peso fetal, el desprendimiento placentario y el óbito fetal en el primer embarazo y en el segundo están correlacionados, lo cual sugiere que todos son acontecimientos de un síndrome común “un síndrome relacionado con la placenta”. Cada una de estas complicaciones gravídicas en un primer embarazo predispone a la otras en el segundo embarazo. Todavía más, cada una de ellas es más predictiva de recidiva del mismo trastorno; esto ilustra que, aunque se teorice sobre la presencia de un síndrome común, ciertos factores elusivos podrían estar jugando algún rol en cada uno de estos trastornos, como por ejemplo el endoglin, la tirosina kinaasa-1 soluble *fms* similar, el factor de crecimiento del endotelio vascular y el factor de crecimiento placentario, han sido relacionados con diferentes fortalezas, con cada una de estas complicaciones. Más aún, las evidencias histológicas sugieren que las placentas de embarazos complicados por una PE, un PEG o por un desprendimiento placentario, muestran a menudo signos de isquemia, en forma de lesiones. A lo cual se agrega la constitución materna, como por ejemplo un alto índice de masa corporal, lo que las predispone más a la PE que el PPT espontáneo; sin embargo, incluso el PPT espontáneo se relaciona con un síndrome metabólico preexistente. En suma, una disfunción del endotelio, tanto placentario como materno, pasa ser de suma importancia en el desarrollo de un síndrome relacionado con la placenta; lo cual se refleja también en el incremento de la subsecuente morbilidad cardiovascular en las mujeres con complicaciones gravídicas.

Estas son las fortalezas y las limitaciones del presente estudio en el diseño basado en el registro de este estudio. Los datos se recogieron de una manera prospectiva por lo que no se presenta un sesgo de duplicación. El tamaño de la población permitió investigar exposiciones raras y resultados en una población homogénea, no seleccionada y de una población de bajo riesgo y tiene todavía el poder estadístico para detectar efectos dosis-respuesta a dosis bajas.

La validez del diagnóstico de PE en NPR (*registro nacional dinamarqués*) es aceptable presentando una sensibilidad de 69% y una especificidad de 99%. La sub-anotación de hipertensión gestacional, como por ejemplo una sensibilidad de 10%, podría tener un efecto sobre la relación entre el PPT y el bajo peso al nacer en un primer embarazo y una PE subsecuente, un desprendimiento placentario y un óbito fetal en un 2° embarazo. Si la sub-anotación de hipertensión gestacional está sesgada, hacia los primeros embarazos no patológicos por ejemplo y no hubo más sub-anotaciones en embarazos terminados con crecimiento fetal promedial, esto debería sesgar los resultados hacia el cero y así los presentes resultados estarían subestimados.

La definición operativa del PPT espontáneo –un embarazo no complicado por un PEG, trastornos hipertensivos, desprendimiento placentario y óbito fetal– no permite a los autores expresar si estas mujeres experimentaron realmente un PPT verdadero, una ruptura de membranas prematura, un desprendimiento no diagnosticado, o una corioamnionitis o si fueron inducidas debido a distintas complicaciones; sin embargo, Ananth y col., demostraron en una población en los EEUU que la PE, los PEG y el desprendimiento placentario constituyen más del 54% de los diagnósticos que condicionan los PPT por indicación médica. Los autores excluyeron también valores poco probables de peso al nacer, de edad gestacional y de crecimiento fetal a fin de evitar sesgos de comunicación errónea en el NPR (*el registro nacional*). Así, los autores no creen que

existan factores de confusión. Posiblemente, una cesárea en un primer embarazo podría ser un factor de confusión debido a la cicatriz uterina.

Desafortunadamente los autores no pudieron controlar por el índice de masa corporal, la diabetes gestacional, el hábito de fumar, el estatus socioeconómico, la raza o la etnicidad, los cambios de pareja u otros factores que no estaban registrados. En tanto que esos factores sean estables a lo largo de los dos embarazos, deberían tener un efecto mínimo sobre la relación encontrada. Smith y col. encontraron indudablemente un efecto mínimo de confusión de estos factores. También lo autores no pudieron controlar por cualquier intervención profiláctica en el segundo embarazo; sin embargo, una intervención eficiente hubiera sesgado las presentes estimaciones hacia el cero.

En conclusión, las mujeres que tienen espontáneamente un PPT, habiendo tenido una PE, o que tuvieron un recién nacido PEG son vulnerables desde un punto de vista obstétrico. No sólo tienen un incremento del riesgo de recurrencia de la misma complicación obstétrica, sino que también son susceptibles a otras complicaciones del embarazo en la próxima gestación; cuanto más severa la complicación, determinada por la edad gestacional o por la desviación del crecimiento fetal en el primer embarazo, mayor será el riesgo de presentar estas complicaciones en el 2º embarazo. Sobre la base de estos resultados se individualizará la vigilancia o el tratamiento en las mujeres embarazadas con una complicación en el embarazo anterior.

R.T.