



Coordinado por el doctor Oscar Martínez Pérez
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia
de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Médicos colaboradores:
Dra. Irene Pelayo Delgado,
Dra. Blanca González Garzón de Zumárraga y
Dr. Ignacio Cueto Hernández.

En este número evaluaremos varios trabajos que plantean reevaluaciones sobre conceptos "clásicos". Es importante reseñar el trabajo multicéntrico español sobre la ingesta durante el embarazo de suplementos de yodo en nuestro país y sus efectos en la función tiroidea de la embarazada con iodurias normales o moderadamente bajas. Este trabajo sin duda tendrá sus repercusiones y aunque no tiene porque cuestionar totalmente los actuales protocolos sí demuestra que es preciso que conozcamos cada centro a qué población estamos tratando y ajustar nuestras políticas. Os resumimos dos excelentes trabajos sobre despistaje de mujeres con riesgo de preeclampsia y profilaxis de cáncer de mama.

En el apartado de guías clínicas llevamos a vuestra consideración es la modificación del protocolo del *Royal College of Obstetrics and Gynecology* sobre la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en la embarazada. Como novedad se establece un sistema de puntuación que establece unos criterios (en ocasiones con determinación salomónica por la ausencia de evidencias sólidas) para separar las embarazadas y púerperas en grupos de bajo o alto riesgo y en función de estos criterios clínicos establecer diferentes regímenes de profilaxis.

Dr. Oscar Martínez Pérez
Coordinador

TAMPAX®

educa

Bibliografía

	
Publicación	EPIDEMIOLOGY Epidemiology. 2009 24 de noviembre. [Publicación electrónica]
Título	INGESTA DE YODO Y FUNCIÓN TIROIDEA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO
Autor/es	Rebagliato M, Murcia M, Espada M, Alvarez-Pedreros M, Bolúmar F, Vioque J, Basterrechea, M, Blarduni E, Ramón R, Guxens M, Foradada CM, Ballester, Ibarluzea J, Sunyer J. Desde el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España; Salud Pública, Universidad Miguel Hernández, Ctra. Alicante-Valencia, San Juan de Alicante, España; cDivision de Medio Ambiente y Salud, Escuela Valenciana de Estudios en Salud-EVES, Valenciana Centro de Investigación en Salud Pública, CSISP, Valencia,

	<p>España; Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, Laboratorio Normativo de Salud Pública, María Díaz de Haro, Bilbao, España; Centro Electrónico de Investigación en Epidemiología Ambiental, Barcelona, España; Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales, Universidad de Alcalá, Ctra. Madrid-Barcelona, Alcalá de Henares, Madrid, España; Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa, Avenida de Navarra, San Sebastián, España; Department de Pediatría, Hospital de Zumárraga, Osakidetza, Barrio Argixao, Zumarraga, España; Department of Obstetricia y Ginecología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, España, y Department de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.</p>
Antecedentes	<p>Un consumo adecuado de yodo durante el embarazo es esencial para la síntesis de hormonas tiroideas maternas y el desarrollo normal del cerebro en el feto. Hay escasa evidencia disponible sobre los efectos y la seguridad de los suplementos de yodo durante el embarazo en las zonas con la ingesta de yodo adecuada o ligeramente deficiente. Hemos examinado la asociación de la ingesta materna de yodo y la suplementación con la función tiroidea antes de las 24 semanas de gestación en la población basado en muestras de 3 zonas diferenciadas en España.</p>
Métodos	<p>Un estudio transversal de 1.844 mujeres embarazadas (rango 8-23 semanas de edad gestacional) se llevó a cabo en 3 zonas de España (Guipúzcoa, Sabadell, Valencia), durante el período 2004-2008. Hemos medido los niveles de tiroxina libre y de hormona estimulante del tiroides (TSH) en el suero, yodo en una muestra de orina in situ, y las estimaciones del cuestionario de la ingesta de yodo de la dieta, la sal yodada y suplementos. Las asociaciones fueron ajustadas y evaluadas por regresión lineal múltiple y análisis de regresión logística.</p>
Resultados	<p>Hubo un mayor riesgo de TSH por encima del 3 mU / mL en las mujeres que consumían 200 microgramos o más de suplementos de yodo al día en comparación con aquellas que consumían menos de 100 microgramos / día (odds ratio ajustado = 2,5 [IC 95% = 1,2 a 5,4]). Hemos observado ninguna asociación entre el yodo en la orina y los niveles de TSH. Las embarazadas procedentes de las áreas con la mayor ioduria media (168 mug/L) y la mayor cobertura de los suplementos (93%) mostraron los menores niveles de tiroxina libre sérica (media geométrica = 10.09 pmol/L [9.98 to 10.19]).</p>
Conclusiones	<p>La ingesta de suplementos de yodo en la primera mitad del embarazo puede conducir a alteraciones en la función tiroidea materna en áreas con déficit moderado o sin déficit de ingesta de iodo.</p>



Publicación	<p>ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Nov;34(5):497-502.</p>
Título	<p><i>HYPERTENSIVE DISORDERS IN PREGNANCY: SCREENING BY UTERINE ARTERY DOPPLER IMAGING AND BLOOD PRESSURE AT 11-13 WEEKS</i></p> <p>LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO: CRIBADO MEDIANTE LA COMBINACIÓN DEL DOPPLER DE LA ARTERIA UTERINA Y LA PRESIÓN ARTERIAL A LAS 11-13 SEMANAS DE GESTACIÓN</p>
Autor/es	<p>L. C. Y. Poon, G. Karagiannis, A. Leal, X. C. Romero, Prof. K. H. Nicolaidis * Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine, King's College Hospital, London, UK.</p>
Objetivo	<p>Examinar el rendimiento de la detección de los trastornos hipertensivos en el embarazo en la 11-13 semanas mediante la combinación de la historia materna, la ecografía Doppler de la arteria uterina y la tensión arterial.</p>
Métodos	<p>Se trata de un estudio prospectivo para la detección de preeclampsia (PE), que requirió la finalización de la gestación antes de las 34 semanas (PE temprana), PE tardía e hipertensión gestacional (HG) en mujeres que acuden a la primera visita rutinaria de su embarazo a las 11+ 0 a 13 + 6 semanas de gestación. Se tomaron datos de la historia materna, el índice de pulsatilidad más bajo (L-PI) de la arteria uterina mediante Doppler color y la tensión arterial media (PAM) mediante dispositivos automáticos. Se determinó la realización del cribado de la PE y el HG por la combinación del riesgo a priori por el factor materno, el L-PI de la arteria uterina y la PAM.</p>
Resultados	<p>Se analizaron 8.366 gestaciones de las cuales, 8.061 (96,4%) fueron normales (sin PE o HG); 165 (2,0%) desarrollaron PE, incluyendo 37 que requirieron la finalización de la gestación antes de las 34 semanas (PE temprana), 128 con PE tardía; y 140 (1,7%) que desarrolló HG.</p> <p>La PAM fue mayor en el grupo de gestantes con PE temprana, PE tardía y HG, que en el grupo no afectado (P <0,0001), y a su vez en el de PE temprana respecto al de HG (P = 0,002).</p> <p>El L-PI de la arteria uterina fue significativamente mayor en las gestantes con PE temprana y tardía que entre las no afectadas (P <0,0001), entre las de PE temprana que en el de PE tardía o HG (P <0,0001), y en HG respecto al grupo no afectado (P = 0,014).</p> <p>En el cribado mediante la combinación del riesgo a priori de factores maternos, el L-PI de la arteria uterina y la PAM, para una tasa de falsos positivos del 10%, la tasa de detección fue del 89,2% (95% CI, 74.6-96.9%) para PE temprana, 57,0% (95% CI, 48.0-65.7%) para la PE tardía y 50,0% (95% CI, 41.4-58.6%) para la HG.</p>
Conclusiones	<p>El cribado efectivo de los trastornos hipertensivos del embarazo se basa en la combinación de la historia materna, ecografía Doppler de la arteria uterina y la presión arterial a las 11-13 semanas de gestación.</p>
Comentario	<p>La preeclampsia (PE), que afecta aproximadamente a un 2% de las gestaciones, constituye una de las patologías con mayor morbi-mortalidad materna y perinatal.</p> <p>Según los protocolos de la SEGO, el diagnóstico de hipertensión en el embarazo (HG) se realiza cuando en dos o más tomas separadas por 6 horas, la paciente presenta una TA sistólica \geq 140 mmHg y/o una TA diastólica \geq 90 mmHg. Si a la HG se añade proteinuria (\geq300 mg de proteínas en orina de 24 horas), estaremos ante una PE. A su vez, estudios recientes diferencian entre la PE temprana y tardía. Se denomina PE temprana si se requiere la finalización de la gestación antes de las</p>

34 semanas y se asocia con una mayor tasa de crecimiento intrauterino restringido y morbi-mortalidad materna.

Aunque el mecanismo fisiopatogénico último de la PE todavía es desconocido, ésta se relaciona con una alteración en la invasión trofoblástica de las arterias espirales maternas y su conversión desde vasos musculares estrechos a canales no musculares no sometidos al control materno vasomotor.

Estudios previos realizados por este mismo grupo han demostrado que en los trastornos hipertensivos del embarazo existe un incremento de la resistencia al paso de flujo sanguíneo en la arteria uterina a las 11-13 semanas de gestación, sobre todo cuando se desarrollará una PE temprana (1-4). La mejor manera de controlarlo es mediante la medición del Índice de Pulsatilidad más bajo obtenido al insonar la arteria uterina (3).

Tomando una tasa de falsos positivos del 10%, en el cribado mediante la combinación del L-PI de la arteria uterina y factores maternos, la tasa de detección fue de 81% para PE temprana, 45% para PE tardía y 35% para HG (3).

Por otra parte, si tomamos la PAM a las 11-13 semanas como predictor de trastornos hipertensivos a lo largo del resto de la gestación, ésta tiene una tasa de detección junto con los factores maternos del 79% para PE temprana, 52% para PE tardía y 48% para HG (5,6).

En el trabajo actual, se combinan todos estos puntos (los factores maternos, el L-PI de la arteria uterina y la PAM a las 11-13 semanas) para intentar realizar un cribado lo más ajustado posible de la aparición de los trastornos hipertensivos durante la gestación. Así, efectivamente, las tasas de detección, tomando un 10% de falsos negativos, incrementan a un 89% para PE temprana, un 57,0% para la PE tardía y 50,0% para la HG.

Los autores proponen que este cribado debe realizarse coincidiendo con el cribado del primer trimestre, ya ampliamente establecido entre la 11+ 0 y 13+ 6 semanas, donde se realiza la medición, entre otros parámetros, de la translucencia nucal, la PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein-A) y la beta hCG libre, para poder aportar a la gestante, en una misma visita, información sobre el Índice de Riesgo para el Síndrome de Down y los trastornos hipertensivos de la gestación, sobre todo, la PE temprana.

A la hora de aplicar este estudio a nuestros protocolos habrá que tener en cuenta una serie de factores. En primer lugar habrá que determinar la variabilidad y reproducibilidad de los tests, especialmente la medición de la arteria uterina mediante el Doppler color. En este sentido, contamos con curvas de referencia del Índice de Pulsatilidad medio para la arteria uterina desde la 11-41 semanas de gestación realizadas por un grupo español (7).

Otro punto importante a comentar es la relación coste-beneficio de la técnica. Hay que tener en cuenta que la morbi-mortalidad de la PE es muy superior en los países en vías de desarrollo, los cuales no disponen de infraestructura personal ni física para poner en marcha este tipo de cribado (8).

Por otra parte, ¿qué pasa con las mujeres que acuden a controlarse por primera vez su embarazo más allá de las 14 semanas? En principio, éstas no serían susceptibles de ser incluidas en el cribado y no se podría detectar su riesgo de padecer trastorno hipertensivo.

En conclusión, resulta muy seductora la idea de conocer desde el primer trimestre de gestación, la probabilidad de padecer algún trastorno hipertensivo durante el embarazo, especialmente la preeclampsia temprana, para así establecer protocolos de seguimiento específicos para estas pacientes y evitar la morbi-mortalidad materna y fetal asociada a esta patología.

Bibliografía

- (1) Martin AM, Bindra R, Curcio P, Cicero S, Nicolaidis KH. Screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by uterine artery Doppler at 11–14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18: 583–586.
- (2) Plasencia W, Maiz N, Bonino S, Kaihura C, Nicolaidis KH. Uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks in the prediction of pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30: 742-749.
- (3) Poon LCY, Staboulidou I, Maiz N, Plasencia W, Nicolaidis KH. Hypertensive disorders in pregnancy: screening by uterine artery Doppler at 11-13 weeks. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34: 142-148.
- (4) Poon LCY, Kametas NA, Maiz N, Akolekar R, Nicolaidis K. First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. *Hypertension* 2009; 53:812-818.
- (5) Poon LC, Kametas NA, Valencia C, Chelemen T, Nicolaidis KH. Hypertensive disorders in pregnancy: screening by systolic diastolic and mean arterial pressure at 11-13 weeks. *J Hypertens* (in press).
- (6) Poon LCY, Kametas NA, Pandeva I, Valencia C, Nicolaidis KH. Mean arterial pressure at 11+0 to 13+6 weeks in the prediction of preeclampsia. *Hypertension* 2008;51:1027-1033.
- (7) Gómez O, Figueras F, Fernandez S, Bennasar M, Martinez JM, Puerto B. Reference ranges for uterine artery mean pulsatility index at 11–41 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 128–132.
- (8) Levine RJ, Lindheimer MD. First-trimester prediction of early preeclampsia. A possibility at last!. *Hypertension* 2009; 747-748.



Publicación



GYNECOL ONCOL
Gynecol Oncol. 2009 Oct; 115 (1) :81-5. Epub 2009 12 de julio.


Título

UN ESTUDIO DEL GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP SOBRE LOS NIVELES DE CA-125 SÉRICO EN PACIENTES CON

	ESTADIO III CON CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA CÁNCER DE OVARIO TRATADOS CON INTRAPERITONEAL EN COMPARACIÓN CON LA QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA: UN ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN GOG 172
Autor/es	Krivak TC, Tian C, Rose GS, Armstrong DK, Maxwell GL. Magee Womens Hospital de la Universidad de Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213, EE.UU.. tkrivak@mail.magee.edu.
Objetivo	Los valores de CA-125 sérico se han evaluado en el seguimiento de los pacientes con cáncer de ovario que reciben por vía intravenosa (IV) de la quimioterapia. Esta evaluación trata de determinar si la prueba CA-125 puede ser usado para monitorizar el efecto del tratamiento entre los pacientes que reciben quimioterapia intraperitoneal (IP).
Métodos	Los gráficos de los pacientes de un ensayo clínico de fase III (GOG 172) se revisaron de forma retrospectiva. De suero de CA-125 niveles entre la IV y de armas de propiedad intelectual en cualquier punto del tiempo (P> 0,05 para todos). Después de la cirugía y la quimioterapia adyuvante, los pacientes con un CA-125 anormal > 35 U / ml tuvieron 2.45 veces más probabilidades de tener progresión de la enfermedad (95% IC: 1.52-3.95, p <0,001) y 2,78 veces más probabilidades de morir de la enfermedad (IC 95%: 1.66-4.65, p <0,001), en comparación con aquellos con un CA-125 <35 U / ml. Estos resultados fueron concluyentes con la quimioterapia intraperitoneal y con la quimioterapia IV.
Resultados	Un total de 177 pacientes fueron tratados con quimioterapia IV y 165 pacientes con quimioterapia IP con el CA-125 dispone de datos se incluyeron en este análisis. La diferencia observada no fue estadísticamente significativa en la mediana de CA-125 niveles entre la IV y de armas de propiedad intelectual en cualquier punto del tiempo (P> 0,05 para todos). Después de la cirugía y la quimioterapia adyuvante, los pacientes con un CA-125 anormal > 35 U / ml tuvieron 2.45 veces más probabilidades de tener progresión de la enfermedad (95% IC: 1.52-3.95, p <0,001) y 2,78 veces más probabilidades de morir de la enfermedad (IC 95%: 1.66-4.65, p <0,001), en comparación con aquellos con un CA-125 <35 U / ml. Estos resultados fueron concluyentes con la quimioterapia intraperitoneal y con la quimioterapia IV.
Conclusión	Los niveles de CA-125 sérico disminuyen de una manera similar durante el período de la quimioterapia intraperitoneal en comparación con la quimioterapia IV. Los algoritmos de monitorización de CA-125 para el control de efectos de tratamiento que se han establecido para la quimioterapia intravenosa también puede aplicarse para los pacientes que reciben quimioterapia Intraperitoneal.



Guías clínicas recomendadas

	
Publicación	ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Título	TROMBOSIS Y EMBOLIA DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO, REDUCIENDO EL RIESGO (GREEN-TOP 37)
	<p>Esta es la segunda edición de esta guía, que se publicó en 2004 bajo el título Trombopprofilaxis Durante el embarazo, parto y después del parto vaginal.</p> <p>El objetivo de esta guía es ofrecer asesoramiento, basado en la evidencia clínica que esté disponible, relativa a la prevención del tromboembolismo venoso durante el embarazo, el parto y después del parto. Cabe destacar que el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) directriz sobre la tromboembolia venosa (noviembre de vencimiento en el 2009) incluye el embarazo y el puerperio, como factores de riesgo y en esta guía pretende ser coherente con la práctica clínica las recomendaciones incluidas en la guía NICE.</p> <p>Esta guía se analizan los factores de riesgo de TEV en el embarazo y el puerperio y proporciona orientación en cuanto a que las mujeres requieren profilaxis de la trombosis y después del embarazo. Se examina la seguridad y la eficacia de las diferentes formas de profilaxis de la trombosis. Para el diagnóstico y tratamiento de la TVP aguda durante el embarazo, por favor vaya a Green-top del principio N ° 28. Esta guía abarca profilaxis de la trombosis después de la cesárea y así sustituye el informe previamente publicado del Grupo de Trabajo sobre la profilaxis RCOG Against Thromboembolism en Ginecología y Obstetricia de 1995. Esta directriz excluye la gestión de la pérdida del embarazo y otras complicaciones del embarazo, incluso en mujeres con trombofilia documentada. Para la anticoagulación de pacientes embarazadas portadoras válvulas cardíacas mecánicas en el embarazo, el lector se debe dirigir al capítulo dedicado a este problema dentro de las actuaciones del grupo de estudio RCOG en Enfermedades del Corazón y el embarazo. Una guía de resumen para la trombopprofilaxis prenatal y postnatal se da en la figura 1 y las 23 recomendaciones que figuran en el resumen ejecutivo al inicio de este documento. Como se desprende de la clasificación de los niveles bajos de las pruebas para muchas de las recomendaciones, que han sido desarrollados para proporcionar una guía práctica general para los obstetras en la práctica clínica. Sin embargo, se reconoce que, en cada mujer, los enfoques alternativos, puede ser razonables, en particular después de una discusión con la mujer en cuestión y, cuando sea posible, las aportaciones de un experto local en el campo de la trombosis durante el embarazo.</p>



--	--



Publicación

GYNECOL ONCOL
Gynecol Oncol.2009 Oct; 115 (1) :132-4.

Título

ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL USO DE INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS INCLUYENDO TAMOXIFENO, RALOXIFENO E INHIBIDORES DE LA AROMATASA PARA REDUCIR EL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA.

Autor/es

Temin S; *American Society of Clinical Oncology.*

Contexto

Todos los ensayos que proporcionan evidencia en esta actualización de la guía utilizaron como objetivo la incidencia de cáncer de mama y fueron publicados entre 2002 y 2007. Se abordan las siguientes cuestiones:

- En mujeres que no tenían un diagnóstico previo de cáncer de mama, ¿reduce el tamoxifeno, raloxifeno, inhibidores de la aromatasa y/o fenretinide el riesgo de desarrollar un cáncer de mama (invasivo o no invasivo) comparado con no intervenir farmacológicamente?
- ¿Cuál es la eficacia comparativa del tamoxifeno, raloxifeno, inhibidores de la aromatasa y fenretinide para reducir el riesgo de cáncer de mama?
- ¿Qué constituye una comunicación eficaz y responsable por los médicos de las cuestiones relativas a la reducción del riesgo de cáncer de mama a las mujeres indicadas para considerar el uso de estos agentes?

Mujeres con riesgo se definen aquellas con:

- Riesgo de cáncer de mama proyectado a 5 años $\geq 1.66\%$ (de acuerdo con la Herramienta para la Evaluación del Riesgo de Cáncer de Mama del Instituto Nacional del cáncer (NCI))
- Carcinoma lobulillar in situ (LCIS)

Recomendaciones

TAMOXIFENO (20 mg/día durante 5 años)

Debe ofrecerse para reducir el riesgo de cáncer de mama invasivo con receptores de estrógeno positivos en mujeres premenopáusicas con riesgo de cáncer de mama proyectado a 5 años $\geq 1.66\%$ o con carcinoma lobulillar in situ. El beneficio en la reducción del riesgo se prolonga durante 10 años. El impacto en la mortalidad por cáncer de mama se desconoce.

Debe ofrecerse para reducir el riesgo de cáncer de mama invasivo con receptores de estrógeno positivos en mujeres postmenopáusicas con riesgo de cáncer de mama proyectado a 5 años $\geq 1.66\%$ o con carcinoma lobulillar in situ. El beneficio en la reducción del riesgo se prolonga durante 10 años. El impacto en la mortalidad por cáncer de mama se desconoce.

No se recomienda a mujeres con historia previa de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, infarto o accidente isquémico transitorio.

Actualmente no se recomienda el uso combinado de tamoxifeno para prevención de cáncer de mama y terapia hormonal.

El seguimiento debe incluir revisión ginecológica de base previa al inicio del tratamiento y anual posteriormente, con un registro de los sangrados vaginales anormales.

RALOXIFENO (60 mg/día durante 5 años)

Debe ofrecerse para reducir el riesgo en cáncer de mama invasivo con receptores de estrógeno positivos en mujeres postmenopáusicas con riesgo de cáncer de mama proyectado a 5 años $\geq 1.66\%$ o con carcinoma lobulillar in situ. El beneficio en la reducción del riesgo se prolonga durante 10 años. El impacto en la mortalidad por cáncer de mama se desconoce.

Debe utilizarse más de 5 años en mujeres con osteoporosis, en las cuales la reducción del riesgo de cáncer de mama es un beneficio secundario.

No debe usarse para reducir el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas.

No se recomienda usarlo en mujeres con historia previa de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, infarto o accidente isquémico transitorio.

Los riesgos y los beneficios deben considerarse cuidadosamente durante la el proceso de decisión.

FENRETIDINE

No se recomienda el uso fuera de ensayos clínicos diseñados para reducir el riesgo de cáncer de mama.

INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Su uso no se recomienda fuera de ensayos clínicos diseñados APRA disminuir el riesgo de cáncer de mama.



Artículos médicos españoles

Artículos de ginecólogos españoles

Seguiremos con nuestro apartado para los artículos de grupos españoles que sean publicados en revistas que se encuentren en la revisión *Medline*. Para ello limitemos la búsqueda siguiendo los procedimientos del *Medline* pero si algún autor publica en el extranjero y no lo citamos nos gustaría que nos lo comunicara vía e-mail a omartinezp@sego.es



ATENCIÓN AL USUARIO

Para todos aquellos que necesitéis recibir tanto vuestra contraseña como código de usuario para poder acceder a nuestra página web, debéis poneros en contacto llamando al teléfono 902 555 013 o bien a la dirección de correo atencionusuario@sego.es y solicitar dicha información.
Asimismo, se podrá facilitar también una nueva cuenta de correo electrónico, en el caso de necesitarla.

Vd. recibe esta publicación electrónica como socio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Copyright SEGO
P.º de la Habana, 190, Bajo. 28036 - Madrid
Tel.: 91 350 98 16 - Fax: 91 350 98 18
e-mail: sego@sego.es