



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

Médicos colaboradores:

Dra. María Alta Gracia Mayas Flores,
Dra. Patricia Carro Campo y
Dra. Blanca González Garzón.

En la revisión de este mes hemos vuelto a nuestra clásica política de mostrar artículos basados en estudios randomizados. Además hemos incluido una nueva sección de guías clínicas publicadas que no pueden ser resumidas pero que creemos deben ser conocidas. Agradecemos las sugerencias que nos enviáis para mejorar mes a mes este trabajo.

Dr. Oscar Martínez Pérez
Coordinador

TAMPAX®

educa

Bibliografía



Publicación

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
New England Journal of Medicine. 2009 Oct 1;361(14):1339-48.

Título

UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO RANSOMIZADO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL LEVE

Autor/es

Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, Casey B, Wapner RJ, Varner MW, Rouse DJ, Thorp JM Jr, Sciscione A, Catalano P, Harper M, Saade G, Lain KY, Sorokin Y, Peaceman AM, Tolosa JE, Anderson GB; Eunice Kennedy Shriver.

La diabetes gestacional se define como la intolerancia a la glucosa que ocurre o es identificada por primera vez durante el embarazo. La frecuencia de esta condición está aumentando en EEUU (1-4% de todos los embarazos), dependiendo de características de la población. Hace más de 40 años O'Sullivan y Mahan desarrollaron un test de tolerancia a la glucosa con criterios para el diagnóstico de la diabetes gestacional.

Aunque la diabetes gestacional es un marcador reconocido para un incremento de riesgo de diabetes mellitas, su significancia clínica con respecto a varias complicaciones adversas de la gestación ha sido incierto. Las mujeres con diabetes gestacional que tienen niveles elevados de glucosa en sangre parecen tener un riesgo incrementado de macrosomía fetal y complicaciones perinatales si no se les proporciona tratamiento, pero la asociación de formas leves de diabetes gestacional con dichas

complicaciones ha sido incierta.

El reciente estudio HAPO (consecuencias adversas de la gestación e hiperglucemia) describió una fuerte asociación entre las concentraciones de glucosa maternas y el incremento de peso al nacimiento, niveles de péptido C en sangre de cordón, y otros marcadores de complicaciones perinatales.

Varias organizaciones profesionales han recomendado *screening* de diabetes gestacional a pesar de la poca evidencia de que confiere beneficio la identificación y tratamiento de la intolerancia leve a los hidratos de carbono durante la gestación. El estudio australiano ACHOIS concluyó que el tratamiento reduce complicaciones perinatales serias. A pesar de estos hallazgos, la guía 2008 de U.S. concluyó que la evidencia es insuficiente.

En este artículo se presenta un estudio randomizado para determinar si el tratamiento de mujeres con diabetes gestacional leve reduce las complicaciones perinatales y obstétricas.

Método

Se invitó a participar en el estudio a gestantes entre 24+0 sem. y 30+6 sem., que tuvieran una concentración de glucosa en sangre entre 135-200 mg/dl una hora después del test de sobrecarga de 50 gr. Se excluyeron aquellas gestantes que tenían diabetes preexistente, resultado anormal del test de sobrecarga de 50 gr antes de la semana 24, diabetes gestacional previa, historia de mortinato, gestación múltiple, asma, HTA crónica, si estaban tomando corticoides, si se conocía anomalía fetal, parto pretérmino inminente a causa de enfermedad materna o condiciones fetales. Después de un ayuno nocturno las mujeres completaron un test de tolerancia a la glucosa de 3 horas, con 100 gr. La diabetes gestacional leve fue definida como una concentración de glucosa basal > 95 mg/dl, 1h después > 180, 2 h después >155, 3 h después > 140. Las mujeres que cumplían estos criterios se las asignó de forma randomizada en dos grupos: grupo control (cuidados prenatales usuales), grupo tratamiento (consejo nutricional, dieta, insulina si lo requerían). Se realizó ecografía a todas las mujeres previo al test de tolerancia. Las mujeres que recibieron tratamiento se determinaban diariamente la glucosa en sangre (basal y 2 h postprandial). Se prescribió insulina si la mayoría de los valores eran elevados (basal > 95, 2 h postprandial > 120).

Las **consecuencias primarias** del estudio incluían mortalidad (mortinato o muerte neonatal) y complicaciones asociadas con hiperglucemia materna (hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hiperinsulinemia neonatal, trauma en el parto); la hiperinsulinemia fue definida como niveles de péptido C en sangre de cordón > P 95. Se determinó el nivel de glucosa en sangre neonatal dentro de las 2 h después del parto y antes de la toma; se definió hipoglucemia como un nivel < 35. La bilirrubina sérica se determinó entre 16 y 36 h después del nacimiento; se consideró valor elevado > P95. El trauma durante el parto fue definido como parálisis del plexo braquial o fractura de clavícula, húmero o cráneo.

Las **consecuencias neonatales secundarias** incluyen: peso al nacimiento > 4000 gr., talla mayor para edad gestacional > P 90, tamaño pequeño para edad gestacional < P10, admisión en UCI neonatal, síndrome de distrés respiratorio.

Consecuencias maternas secundarias: ganancia ponderal, hipertensión gestacional, preeclampsia, parto mediante cesárea, inducción de parto, distocia de hombros.

La hipertensión gestacional se definió como Tas>140 mm Hg, TAd > 90 mm Hg, tomadas en dos o más ocasiones separadas al menor por 4 h.

La preeclampsia se definió como hipertensión gestacional + proteinuria (al menor 300 mg de proteínas en orina de 24 h).

Se asumió que en el grupo control la tasa de muerte perinatal, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, hiperinsulinemia o trauma en el parto debería ser de 20-30%.

Resultados

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo tratamiento y el control en la frecuencia de consecuencias perinatales primarias (32.4 %, VS 37%). No hubo muertes perinatales en ninguno de los dos grupos. La tasa individual de hipoglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia, trauma en el parto e hiperinsulinemia no difirió significativamente entre ambos grupos. La frecuencia de administración de glucosa intravenosa en el recién nacido no difirió significativamente entre ambos grupos. La media de peso al nacimiento, masa grasa neonatal, mayor para edad gestacional, peso al nacimiento > 4.000 gr. fue reducida significativamente en el grupo de tratamiento. Sin embargo la frecuencia de pequeño para edad gestacional y admisión en UCI neonatal no difirió significativamente entre ambos grupos. La tasa de inducción de parto fue similar entre ambos grupos. El parto mediante cesárea fue menor significativamente frecuente en el grupo de tratamiento (26.9 % vs 33.8 %). Después de excluir los casos de presentación anormal, placenta previa, oligoamnios y parto anterior con cesárea, la tasa de parto mediante cesárea permaneció menor en el grupo de tratamiento (13% vs 19%). El grupo de tratamiento tuvo una frecuencia significativamente menor de distocia de hombros y preeclampsia o hipertensión gestacional. La ganancia ponderal fue menor en el grupo de tratamiento.

Discusión

Este estudio randomizado demostró que el tratamiento de la diabetes gestacional leve no reduce la frecuencia de consecuencias perinatales primarias, pero tienen menor riesgo de sobrecrecimiento fetal, distocia de hombros, parto mediante cesárea y preeclampsia. Se confirma un modesto beneficio de diagnosticar y tratar a mujeres con intolerancia leve a hidratos de carbono durante la gestación. El tratamiento no reduce la hipoglucemia neonatal sintomática o los requerimientos de fototerapia. El hecho de que el tratamiento reduce las anomalías metabólicas en el recién nacido puede deberse en parte al hecho de que esas consecuencias adversas, en su mayoría se asocian a elevaciones más severas de glucosa. La asociación entre macrosomía, distocia de hombros y riesgo incrementado de lesión del plexo braquial en mujeres con diabetes está bien documentado. El estudio muestra una reducción de distocia de hombros cuando las mujeres reciben tratamiento (1% vs 3%). La tasa de inducción de parto fue similar entre ambos grupos. El parto mediante cesárea fue menor significativamente frecuente en el grupo de tratamiento; esto puede deberse a la reducción del peso fetal en el grupo de tratamiento. La resistencia a la insulina, una característica de la diabetes gestacional, se ha asociado con el desarrollo de preeclampsia. Los desórdenes hipertensivos de la preeclampsia se han asociado con una tasa incrementada de complicaciones maternas; en el estudio se ha encontrado una significativa reducción en la tasa de preeclampsia en el grupo de tratamiento. El estudio reporta que las complicaciones perinatales serias fueron reducidas por el tratamiento de la diabetes gestacional. La mayoría incluye distocia de hombros. Aunque las consecuencias primarias no fueron reducidas significativamente con tratamiento, el resultado del estudio evidencia que la intervención con dieta o insulina, cuando se requiere, reduce las tasas de macrosomía fetal, parto mediante cesárea y preeclampsia.





Publicación	AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Am J Obstet Gynecol. 2009 Oct; 201 (4): 375.e1-8.
Título	ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO SOBRE EL CERCLAJE PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO EN MUJERES DE ALTO RIESGO CON UNA LONGITUD DE CÉRVIX REDUCIDA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.
Autor/es	Owen J, Hankins G, Iams JD, Berghella V, Sheffield JS, Pérez-Delboy A, Egerman RS, Wing DA, Tomlinson M, Plata R, Ramin SM, Guzmán ER, Gordon M, Gómez-Castro HY, Knudtson EJ, Szychowski JM, Cliver S, Hauth JC.
Objetivo	El objetivo del estudio fue evaluar el cerclaje para prevenir el parto prematuro recurrente en mujeres con cuello uterino corto.
Diseño del estudio	Las mujeres con parto prematuro espontáneo antes de las 34 semanas fueron sometidas a un despistaje para detectar el cuello uterino corto y asignados aleatoriamente a cerclaje cervical si la longitud es inferior a 25 mm.
Resultados	De 1014 mujeres evaluadas, 302 fueron aleatorizadas, 42% de las mujeres no asignadas a cerclaje y el 32% de los asignados a cerclaje tuvieron un parto antes de 35 semanas ($p = .09$). En los análisis previstos, el nacimiento de menos de 24 semanas ($p = .03$) y la mortalidad perinatal ($P = .046$) fueron menos frecuentes en el grupo de cerclaje. Hubo una interacción significativa entre la longitud cervical y el cerclaje. Semanas al nacer menor de 35 ($P = .006$) se redujo en el estrato de menos de 15 mm, con un efecto nulo en el estrato de 15-24 mm.
Conclusión	En las mujeres con un parto pretermino espontáneo antes de las 34 semanas y la longitud cervical menor de 25 mm, el cerclaje disminuyó los nacimientos en semanas antes de la viabilidad y la mortalidad perinatal, pero no impide el nacimiento de menos de 35 semanas, a menos que la longitud cervical fuera inferior a 15 mm.




Publicación	ULTRASOUND OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Oct; 34 (4) :441-7.
Título	LA LONGITUD CERVICAL Y LA EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO COMO PREDICTORES DE LA INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA EN EL PARTO PREMATURO CON MEMBRANAS INTACTAS.
Autor/es	Palacio M, T Cobo, Bosch J, Filella X, Navarro-Sastre, Ribes A, Gratacós E.
Objetivos	Evaluar la longitud cervical y la edad gestacional como predictores de la inflamación intra-amniótica en pacientes ingresados por parto prematuro y membranas intactas. MÉTODOS: Noventa y tres mujeres embarazadas con trabajo de parto prematuro y membranas intactas fueron incluidas en nuestro estudio. La longitud cervical fue medida en la admisión por la ecografía transvaginal y transabdominal. La amniocentesis se realizó dentro de las primeras 48 horas después del ingreso. Se precisó tener cultivos positivos de líquido amniótico de definir la infección amniótica. Se midieron los niveles de interleuquina amniótico-6 (IL-6) y se construyó una curva (ROC) para determinar el mejor punto de corte de la IL-6 para predecir la infección intra-amniótica. Este valor se utilizó como base para la determinación de una corte de IL-6 para definir dentro de la inflamación amniótica. Teniendo en cuenta el estado inflamatorio, los resultados perinatales se han evaluado y comparado. Se utilizó regresión logística para investigar las asociaciones de las diferentes variables explicativas con el estado inflamatorio. Un método no invasivo para la detección de la inflamación intra-amniótica en mujeres ingresadas a causa de un parto prematuro con membranas intactas fue evaluado.
Resultados	Las tasas de infección amniótica y la inflamación fueron del 14% y 28%, respectivamente. El análisis de la curva ROC mostró que el mejor valor de corte para la IL-6 fue de 13,4 ng/ml para predecir la infección intra-amniótica, que era comparable a la de corte de 11,3 ng./ml reportado previamente por otros autores (que se utiliza para definir la inflamación). Independientemente de la situación intra-microbiana amniótica, los resultados perinatales en las mujeres que desarrollaron dentro de la inflamación amniótica fueron peores que en los que no lo hicieron. La longitud cervical <15 mm y la edad gestacional al momento del ingreso <28 semanas se asociaron independientemente con la inflamación intra-amniótica. Una estrategia basada en estos dos parámetros no invasivos (ya sea mujeres admitidas <28 semanas o mujeres admitidas entre >= 28 y <32 semanas, con una longitud cervical <15 mm) podría detectar 84,0% de las mujeres dentro de la inflamación amniótica con un positivo valor predictivo de 48,8%, ofreciendo mejores índices de diagnóstico en comparación con cualquiera de las variables consideradas aisladamente.
Conclusión	La longitud cervical y la edad gestacional al momento del ingreso pueden ser utilizadas como un método no invasivo para evaluar el riesgo de inflamación intra-amniótica en el trabajo de parto prematuro y membranas intactas.



	
Publicación	AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Am J Obstet Gynecol. 2009 Oct; 201 (4): 361.e1-7
Título	CUANDO DEJAR DE PUJAR: EFECTOS DE LA DURACIÓN DE LOS ESFUERZOS DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO SOBRE LOS RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN MUJERES NULÍPARAS CON ANALGESIA EPIDURAL.
Autor/es	Le Ray C, Audibert F, Goffinet F, Fraser W.
Objetivo	El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de la duración de la segunda fase activa del parto sobre los resultados maternos y neonatales.
Diseño	Análisis secundario del estudio <i>Pushing Early Or Pushing Late with Epidural trial</i> que incluyó 1.862 mujeres nulíparas con analgesia epidural, que se encontraban en la segunda etapa de trabajo. De acuerdo con la duración de la actividad de la segunda etapa del parto se estimó la proporción de partos vaginales espontáneos (SVD) con un recién nacido sin signos de asfixia (Test de Apgar 5-minutos ≥ 7 y pH arterial $> 7,10$). También se analizaron los resultados maternos y neonatales de acuerdo a la duración de los esfuerzos de expulsión.
Resultados	En relación con la primera hora de los esfuerzos de expulsión, las posibilidades de un parto vaginal espontáneo de un recién nacido sin signos de asfixia disminuyó significativamente cada hora (1 - a 2-hora razón de probabilidad ajustada: 0,4; intervalo de confianza 95% [IC]: 0,3 -0,6; 2 - a 3-hora razón de probabilidad ajustada: 0,1; IC 95%, 0,09-0,2;> 3-hora razón de probabilidad ajustada 0,03, IC 95%, 0,02-0,05). El riesgo de hemorragia postparto y la fiebre intraparto aumentó significativamente después de 2 horas de empujar.
Conclusión	Frente a una probabilidad decreciente de partos vaginales espontáneos y un mayor riesgo de morbilidad materna después de 2 horas, se plantea la cuestión de si los esfuerzos de expulsión se deben continuar después de este tiempo.



	
Publicación	AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Am J Obstet Gynecol. 2009 Oct; 201 (4): 357.e1-7.
Título	DURACIÓN DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO EN MUJERES NULÍPARAS: RELACIÓN CON LOS RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES
Autor/es	Rouse DJ, Weiner, SJ, Bloom SL, Varner MW, Spong CY, Ramin SM, Caritis SN, Peaceman AM, Sorokin Y, A Sciscione, Carpenter MW, Mercer BM, Thorp JM Jr, Malone FD, Harper M, Iams JD, Anderson GD.
Objetivo	El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados maternos y perinatales en función de la duración de la segunda etapa de trabajo.
Diseño del estudio	Se evaluaron los resultados en mujeres nulíparas trabajadoras que fueron incluidos en un ensayo de la oximetría de pulso fetal.
Resultados	De 5.341 participantes, 4.126 mujeres llegaron a la segunda etapa del trabajo. Dado que la duración de la segunda etapa aumentó, las tasas de parto vaginal espontáneo bajó de 85% cuando la duración fue de < 1 hora y 9% si es ≥ 5 horas. Los resultados adversos maternos que se asociaron significativamente con la duración de la segunda etapa del parto incluye corioamnionitis (tasa global, 3,9%), tercero o cuarto grado de desgarro perineal (tasa global, 8,7%), y la atonía uterina (tasa global, 3,9 %). Odds ratios para cada hora adicional de la segunda etapa del trabajo osciló 1.3-1.8. Entre cada uno de los resultados adversos neonatales, sólo la admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales se asoció significativamente con la duración de la segunda etapa (odds ratio, 1,4).
Conclusión	No necesitamos terminar la segunda fase del parto sólo por la duración de la misma.



--	--



Publicación	AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE Am J Med. 2009 Oct; 122 (10) :939-46. E9.
Título	LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FITOESTRÓGENOS: UN META-ANÁLISIS DE ENSAYOS ALEATORIOS
Autor/es	Tempfer CB, Froese G, Heinze G, Bentz EK, Hefler LA, Huber JC.
Antecedentes	Los fitoestrógenos son ampliamente utilizados por las mujeres postmenopáusicas para el tratamiento del síndrome climatérico. El riesgo de efectos adversos de este tratamiento, sin embargo, se desconoce.
Métodos	Usando un modelo de efectos fijos, se realizó un meta-análisis de los efectos secundarios de fitoestrógenos que comparaban el tratamiento con placebo o ningún tratamiento en ensayos controlados aleatorios.
Resultados	Se identificaron 174 ensayos controlados aleatorios. Los efectos secundarios fueron reportados en 92/174 ensayos controlados aleatorios con 9.629 participantes. La incidencia general de efectos secundarios en los fitoestrógenos y los grupos de control fue 2.019/5.502 (36,7%) y 1.824/4.806 (38,0%), respectivamente (P = . 2; razón de tasas de incidencia [IRR] 1,01, intervalo de confianza 95% [IC], 0,95-1,08). Comparación de diferentes categorías de efectos secundarios, se encontró tasas significativamente más altas de efectos secundarios gastrointestinales entre los usuarios de fitoestrógenos (P = . 003; TIR 1,28, IC 95%, 1,08-1,50). Ginecológica (IRR 0,94, IC 95%, 0,74-1,20), osteomusculares (IRR 1,20, IC 95%, 0,94-1,53), neurológicas (IRR 0,91, IC 95%, 0,70-1,19), y los efectos secundarios inespecíficos (IRR 0,95; 95% CI, 0,88-1,03) no fueron significativamente diferentes entre los grupos. Dentro de las categorías de efectos secundarios, no encontramos un porcentaje significativamente mayor de efectos secundarios en las mujeres que usan los fitoestrógenos. En concreto, las tasas de efectos secundarios hormono dependientes, como la hiperplasia endometrial, cáncer de endometrio y cáncer de mama no fueron significativamente diferentes entre los grupos.
Conclusiones	En base a la evidencia disponible, los suplementos de fitoestrógenos tienen un buen perfil de seguridad con tasas moderadamente elevadas de efectos secundarios gastrointestinales. Las tasas de sangrado vaginal, hiperplasia endometrial, cáncer de endometrio y cáncer de mama no aumentaron significativamente entre los usuarios de fitoestrógenos en los estudios revisados.
Comentario	Los efectos secundarios de los fitoestrógenos han sido ampliamente investigados, no así su eficacia clínica. La escasez de estudios randomizados de alta calidad sigue siendo determinante en el conocimiento de las posibilidades concretas de los fitoestrógenos. La última revisión de la base de datos Cochrane así lo determina. Ver Revisión Cochrane 2007 Oct 17; (4): CD001395. Los fitoestrógenos para los síntomas menopáusicos vasomotores. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J.



Guías clínicas recomendadas

- **American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update on the use of pharmacologic interventions including tamoxifen, raloxifene, and aromatase inhibition for breast cancer risk reduction.**
Temin S.
American Society of Clinical Oncology. Gynecol Oncol 2009 Oct; 115 (1) :132-4.
- **Guidelines for the management of vasa previa.**
Gagnon R, Morin L, Bly S, Butt K, Cargill YM, Denis N, Hietala-Coyle MA, Lim KI, Ouellet A, Raciot MH, Salem S; Diagnostic Imaging Committee, Hudon L, Basso M, Bos H, Delisle MF, Farine D, Grabowska K, Menticoglou S, Mundle W, Murphy-Kaulbeck L, Pressey T, Roggensack A; *Maternal Fetal Medicine Committee.*
J Obstet Gynaecol Can.2009 Aug;31(8):748-60.



Artículos médicos españoles

1. **Título:** DOES FETAL WEIGHT ESTIMATED BY ULTRASOUND REALLY AFFECT THE SUCCESS RATE OF EXTERNAL CEPHALIC VERSION?
Autor/res: Jorge Burgos
Publicación: Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;29:1-6
2. **Título:** GESTATIONAL AGE-SPECIFIC CUTOFF LEVELS OF TDX-FLM II FOR THE PREDICTION OF NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.
Autor/res: Bennisar M, Figueras F, Palacio M, Bellart J, Casals E, Figueras J, Coll O, Gratacós E.
Publicación: Fetal Diagn Ther. 2009;25(4):392-6. Epub 2009 Sep 29.
3. **Título:** PREDICTIVE VALUE OF COMBINED AMNIOTIC FLUID PROTEOMIC BIOMARKERS AND INTERLEUKIN-6 IN PRETERM LABOR

WITH INTACT MEMBRANES.

Autor/res: Cobo T, Palacio M, Navarro-Sastre A, Ribes A, Bosch J, Filella X, Gratacós E.

Publicación: Am J Obstet Gynecol. 2009 May;200(5):499.e1

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