



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

Médicos colaboradores:
Dr. Ignacio Cueto Hernández,
Dr. Juan Miguel Rodríguez Candia,
Dra. Blanca González Garzón de Zumarraga,
Dra. Veronica Sobrino,
Dra. Silvia Fraga Campo.

Después de la pausa veraniega en la que la mayoría de nosotros hemos tenido acceso a información más o menos contrastada sobre la gripe A, el grupo de revisiones ha decidido incluir en la revisión aquellos artículos más citados en las últimas fechas y que pudieran servir para conformar el estado de opinión científica. Os adjuntamos también varios estudios randomizados que analizan temas de nuestra especialidad así como un artículo que recientemente hemos publicado en el American Journal Obstetrics and Gynecology y que para nuestra alegría y pese a ser simplemente una conferencia de consenso (nivel de evidencia III) ha sido ya profusamente citado. Os añadimos dos artículos ya citados en la revisión sobre embarazo y gripe A por el profesor Acin en su revisión que está colgada en la página web de la SEGO.

Dr. Oscar Martínez Pérez
Coordinador

TAMPAX®

educa

Bibliografía

Publicación	AMERICAN FAMILY PHYSICIAN Am Fam Physician. 2009 Jul 15; 80 (2) :147-55
Título	ACTUALIZACIÓN SOBRE LAS GUÍAS DE CONSENSO PARA ASCCP ANORMALES EN LAS PRUEBAS DE CRIBADO CERVICAL Y LA HISTOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO.
Autor/es	Apgar BS, Kittendorf AL, Bettcher CM, Wong J, Kaufman AJ. University of MichiganMedicalCenter, Ann Arbor, Michigan48103, EE.UU.
	Los nuevos datos han surgido desde la publicación de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical 2001 las directrices de consenso para la gestión de la citología cervical anormal e histología. Las Directrices de 2006 incluyen recomendaciones para poblaciones especiales (es decir, adolescentes y mujeres embarazadas). Las pruebas de virus del papiloma humano se han incluido para la gestión de la citología con células glandulares atípicas, para el seguimiento después del tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y, en combinación con el cribado citológico en las mujeres de 30 años de edad. El hallazgo de células escamosas atípicas de significado indeterminado en las mujeres adultas es reflejo de en las pruebas

de ADN del virus del papiloma humano. La colposcopia es recomendada para mujeres adultas con bajo grado de lesión intraepitelial escamosa, células glandulares atípicas, la neoplasia intraepitelial de alto grado, y de células escamosas atípicas en la que no se puede excluir intraepitelial de alto grado de neoplasia. La neoplasia intraepitelial cervical grado 1 pueden ser manejados de forma conservadora en mujeres adultas, pero el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical, en los grados 2 y 3 es recomendado. El tratamiento inmediato es una opción para las mujeres adultas, pero no para los adolescentes con lesión de alto grado intraepiteliales escamosas. El tratamiento conservador de los adolescentes con diagnóstico citológico o histológico, excepto especificado neoplasia intraepitelial cervical grado 3 y adenocarcinoma in situ se recomienda. La colposcopia es el preferido para las mujeres embarazadas con bajo grado de lesión intraepitelial escamosa de alto grado de lesión escamosa intraepitelial, pero la evaluación de los casos podrá aplazarse hasta después del parto no antes de seis semanas. El tratamiento durante el embarazo es inaceptable a menos que el carcinoma invasor es identificado.



Publicación

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
N Engl J Med. 2009 Aug 20; 361 (8) :766-76.

Título

LA TERAPIA DE LETROZOL SOLA O EN SECUENCIA CON EL TAMOXIFENO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.

Autor/es

BIG 1-98 Collaborative Group, Mouridsen H, Giobbie-Hurder A, A Goldhirsch, Thürlimann B, Paridaens R, Smith I, Mauriac L, Forbes JF, Precio KN, Regan MM, Gelber RD, Coates.

Antecedentes

El inhibidor de la aromataza letrozol, en comparación con el tamoxifeno, mejora la supervivencia libre de enfermedad entre las mujeres posmenopáusicas con receptor positivo de cáncer de mama temprano. Se desconoce si el tratamiento secuencial con tamoxifeno y letrozol es superior a la terapia con letrozol solo. MÉTODOS: En este mujeres aleatorizado, de fase 3, doble ciego del tratamiento de la hormona-receptor positivo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas, se asignaron aleatoriamente a recibir 5 años de la monoterapia con tamoxifeno, 5 años de monoterapia letrozol o 2 años de de tratamiento con un agente seguido por 3 años de tratamiento con el otro. Se compararon los tratamientos secuenciales con la monoterapia con letrozol 6182 entre las mujeres y también el informe de un protocolo especificado un análisis actualizado de letrozol versus monoterapia con tamoxifeno en 4922 las mujeres.

Métodos

En este mujeres aleatorizado, de fase 3, doble ciego del tratamiento de la hormona-receptor positivo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas, se asignaron aleatoriamente a recibir 5 años de la monoterapia con tamoxifeno, 5 años de monoterapia letrozol o 2 años de de tratamiento con un agente seguido por 3 años de tratamiento con el otro. Se compararon los tratamientos secuenciales con la monoterapia con letrozol 6182 entre las mujeres y también el informe de un protocolo especificado un análisis actualizado de letrozol versus monoterapia con tamoxifeno en 4922 las mujeres.

Resultados

Tras una mediana de seguimiento de 71 meses después de la aleatorización, la supervivencia libre de enfermedad no fue significativamente mejorada con tratamiento secuencial, en comparación con letrozol solo (razón de riesgo para el tamoxifeno seguido de letrozol, 1,05; 99% intervalo de confianza [IC] 0,84 a 1,32; índice de riesgo para el letrozol seguido de tamoxifeno, 0,96; 99% CI, 0,76 a 1,21). No hubo recidivas más tempranas entre las mujeres que fueron asignadas a tamoxifeno seguido de letrozol que entre los que fueron asignadas a letrozol solo. El análisis actualizado de la monoterapia demostró que no había una diferencia significativa en la supervivencia general entre las mujeres asignadas al tratamiento con letrozol y los asignados al tratamiento con tamoxifeno (cociente de riesgo para el letrozol, 0,87, 95% CI, 0,75 a 1,02, p = 0,08). La tasa de eventos adversos fue como se esperaba en la base de los informes anteriores de la terapia de letrozol y el tamoxifeno.

Conclusiones

C Entre las mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama que responden al sistema endocrino, el tratamiento secuencial con letrozol y el tamoxifeno, en comparación con la monoterapia con letrozol, no mejoró la supervivencia libre de enfermedad. La diferencia en la supervivencia global con la monoterapia con letrozol y la monoterapia con tamoxifeno no fue estadísticamente significativa. (Número en ClinicalTrials.gov NCT00004205.) 2009 Massachusetts Medical Society



Publicación

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
N Engl J Med. 2009 ago 13; 361 (7) :664-73

Título

EL LEVANTAMIENTO DE PESOS EN LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA-LINFEDEMA RELACIONADO.

Autor/es

Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel A, Cheville A, Smith R, Lewis-Grant L, Bryan CJ, Williams-Smith, CT, Greene QP
Centro de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Universidad de Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA 19104, EE.UU.. schmitz@mail.med.upenn.edu

Antecedentes	El levantamiento de pesos durante la actividad cotidiana en general ha sido prohibida para las mujeres con cáncer de mama y linfedema postquirúrgico, que les impide obtener los beneficios de salud bien establecido de levantamiento de pesos, incluido el aumento de la densidad ósea.
Métodos	Se realizó un ensayo aleatorio controlado de dos veces por semana el levantamiento de pesos progresiva con la participación de 141 sobrevivientes de cáncer de mama con linfedema estable del brazo. El resultado primario fue el cambio en el brazo y la mano hinchazón en 1 año, medido a través del volumen de agua desplazado de los miembros afectados y no afectados. Los resultados secundarios incluyeron la incidencia de exacerbaciones del linfedema, el número y severidad de los síntomas del linfedema, y la fuerza muscular. Los participantes estaban obligados a llevar una media de compresión, mientras que el levantamiento de pesos.
Resultados	La proporción de mujeres que tuvieron un incremento de 5% o más en las extremidades inflamación fue similar en el grupo de levantamiento de pesos (11%) y el grupo control (12%) (proporción de incidencia acumulativa, 1,00; intervalo de confianza 95%, 0,88 a 1,13). En comparación con el grupo control, el peso del grupo de elevación había mayores mejoras en la auto-reportados gravedad de los síntomas del linfedema (P = 0,03) y la parte superior e inferior-la fuerza del cuerpo (P <0,001 para ambas comparaciones) y una menor incidencia de linfedema exacerbaciones, evaluado por un especialista en linfedema certificados (14% vs 29%, P = 0,04). No se observaron acontecimientos adversos graves relacionados con la intervención.
Conclusiones	En los sobrevivientes de cáncer de mama con linfedema, el levantamiento de manera lenta y progresiva de peso no tenía ningún efecto significativo en la extremidad hinchazón y dio lugar a una disminución en la incidencia de las exacerbaciones de linfedema, reducción de los síntomas, y aumento de fuerza. (Número en ClinicalTrials.gov NCT00194363.) 2009 Massachusetts Medical Society.




	
Publicación	ANNALS SURGERY Ann Surg. 2009 Aug; 250 (2) :199-203.
Título	EL USO DEL SISTEMA DE SELLADO DE VASOS (LIGASURE) EN LA RESECCIÓN HEPÁTICA: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO.
Autor/es	Ikeda M, Hasegawa K, Sano K, Imamura H, Y Beck, Sugawara Y, Kokudo N, Makuuchi M. División de hepato-biliar-pancreática Cirugía, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina de la Universidad de Tokio, Tokio, Japón.
Objetivo	El objetivo de este ensayo era comprobar el nuevo dispositivo quirúrgico de sellado de los vasos (Ligasure sistema de sellado) en el hígado y su eficiencia en disminuir el tiempo sección.
Resumen de los datos del fondo	Entre los principales objetivos de la resección hepática son la reducción al mínimo del tiempo de operación y de la pérdida de sangre. Los informes preliminares han sugerido que el nuevo sistema de cierre puede disminuir el tiempo de transección del hígado, que se asocia directamente con la cantidad de pérdida de sangre.
Métodos	Los pacientes que estaban programados para ser sometidos a resección hepática en el Hospital de la Universidad de Tokio han sido asignadas, mediante el método de reducción al mínimo, ya sea para el uso del nuevo barco de cierre del sistema (grupo VS) o la pinza convencional método de clampado (Grupo CC) para la transección del hígado. El punto final primario fue la transección del hígado, y las variables secundarias fueron la cantidad de pérdida de sangre durante toda la operación y durante la transección del hígado, la duración de la estancia hospitalaria, la función hepática postoperatoria, y la incidencia de diversos eventos adversos. Un resumen de idioma Inglés del protocolo fue presentado (registro ID: C000000337) en el Registro de Ensayos Clínicos gestionado por el Hospital Universitario la Red de Información de Japón, que se puede acceder a la Comisión gratuitamente en Internet (disponible en: http:// www.umin.ac.jp / CTR / index.htm).
Resultados	De febrero a diciembre de 2006, un total de 165 pacientes fueron sometidos a resección hepática por alguna enfermedad benigna o maligna del hígado. Entre estos pacientes, 120 fueron asignados aleatoriamente a los CC (n = 60) o el VS (n = 60) del grupo. No hubo muertes en ninguno de los 2 grupos. La mediana de tiempo de transección del hígado en el grupo de VS de 57 minutos (rango: 11-127), similar al que en el grupo de CC (56 [intervalo: 9-269 min], p = 0,64), mientras que no hubo diferencia en la velocidad de la sección transversal entre los 2 grupos (1,16 [0,15-2,26] cm / min vs 1,10 [0,15-2,66] cm / min, p = 0,95). El importe de la pérdida de sangre y pérdida de sangre por la zona durante la transección del hígado en el grupo VS también fue similar a la del grupo de CC (mediana: 315 [25-2415] ml frente a 315 [10-1700] ml, p = 0,80) y (5,04 [1,01-44,2] ml / cm vs 4,36 [0,15-50,5] ml / cm, p = 0,14), respectivamente.
Conclusión	Este estudio aleatorizado controlado demostró que mientras el sistema Ligasure de cierre es seguro, su uso no se asoció con cualquier reducción significativa del tiempo de operación o la pérdida de sangre durante la operación de hígado, en comparación con el método usual de la pinza de clampado.




--	--



Publicación	BMJ. 2009 28 de julio; 339: b2548. doi: 10.1136/bmj.b2548
Título	DE LA BIOPSIA Y RELLAMADA SELECTIVA EN COMPARACIÓN CON LA EXCISION INMEDIATA CON ASA EN LA GESTIÓN DE LAS MUJERES CON LA CITOLOGÍA CERVICAL ANORMAL DE BAJO GRADO Y QUE SE REFIEREN A COLPOSCOPIA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO MULTICÉNTRICO.
Autor/es	Tómbola Grupo.
Objetivos	Comparar la eficacia de la biopsia en sacabocados y la rellamada selectiva para el tratamiento frente a una política de tratamiento inmediato por escisión con asa en el tratamiento de mujeres con un SIL de bajo grado en la citología cervical anormal y que se refieren para una colposcopia. DISEÑO: individual multicéntrico aleatorizado controlado con placebo, anidado dentro de los programas de cribado cervical NHS.
Ajuste	Grampian, Tayside, y Nottingham.
Participantes	1.983 mujeres, de 20-59 años, con la citología muestra anomalías nucleares o límite de la discariosis leve, octubre 1999- octubre 2002.
Intervenciones	Escisión inmediata con asa frente a un máximo de cuatro biopsias en sacabocados y rellamada inmediatamente si estos mostraban la neoplasia intraepitelial cervical grado II o III, o peor para una posterior rescisión con asa. Los participantes fueron seguidos durante tres años, concluyendo con una colposcopia salida. Medición de resultados principales puntos finales clínicos: incidencia acumulada de la neoplasia intraepitelial cervical grado II o más intensa y de grado III o peor en tres años. Clínicamente significativos de ansiedad y la depresión y la auto-comunicada después de efectos, teniendo seis semanas después de la colposcopia, biopsias, o escisión con asa grande.
Resultados	879 mujeres (44%) tenían una zona de transformación normal en la colposcopia y no tenía otros procedimientos en ese momento. Los Colposcopistas tenían menos probabilidades de clasificar a la zona de transformación como anormal cuando la paciente era asignada a la escisión con asa (603 (60%) tras haber sido rellamada tras la espera de la biopsia selectiva, Hasta 501 (51%) en la intervención con asa inmediata gran grupo de escisión). De las mujeres asignadas al azar a la biopsia y rellamada , 157 (16%) requirieron una segunda visita a la clínica para el tratamiento. Los especímenes de casi el 60% (n = 296) de las mujeres que se sometieron a la extirpación inmediata con asa grande no mostró neoplasia intraepitelial cervical (31%, n = 156) o mostró neoplasia intraepitelial cervical grado I (28%, n = 140). Los porcentajes de mujeres diagnosticadas con grado II o peor hasta e incluyendo el examen de salida eran 22% (n = 216) en la biopsia y el brazo de registro y el 23% (n = 228) en la inmediata a gran brazo de escisión. No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia acumulada de neoplasia intraepitelial cervical grado II o peor (riesgo relativo ajustado para la escisión con asa grande biopsia v 1.04, intervalo de confianza 95%: 0,86 a 1,25) o de grado III o peor (1,03, 0,79 a 1,34). Una mayor proporción de la enfermedad fue detectada en la investigación inicial y menos durante el seguimiento y en la salida inmediata en el gran brazo de escisión, pero el tiempo de detección no difirió significativamente entre los brazos. Los niveles de ansiedad y depresión, y la notificación de dolor no fue diferente entre los brazos. Una mayor proporción de mujeres asignadas al azar a la escisión con asa grande informó hemorragia moderada o más severa y alta.
Conclusión	Una política de biopsias en sacabocados específicas con posterior rellamada y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical grado II o III y la vigilancia citológica para el grado I o menos ofrece el mejor equilibrio entre beneficios y daños para el tratamiento de mujeres con citología de bajo grado anormal que se refiere para una colposcopia. Los resultados indican que una escisión con asa inmediatamente después de los primeros resultados suponen un exceso de tratamiento y más efectos secundarios después y no debe ser recomendada. El registro de ensayos: ISRCTN 34841617.
Descarga de archivos	Biopsy and selective recall compared...  (171 Kb)



Publicación	BMJ. 2009 28 de julio; 339: b2546. doi: 10.1136/bmj.b254
Título	CON LA DERIVACIÓN INMEDIATA DE LA COLPOSCOPIA EN LA GESTIÓN DE LAS MUJERES CON ANORMALIDADES CERVICALES DE BAJO GRADO: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO MULTICÉNTRICO.
Autor/es	Tómbola Grupo.
Objetivos	Examinar la eficacia de la vigilancia citológica en la atención primaria en comparación con la derivación inmediata para el examen colposcópico en las mujeres con bajo grado de los resultados anormales en las pruebas de citología cervical.
Diseño	Multicéntrico individualmente un ensayo controlado aleatorio.

Ajuste	Los programas de cribado del NHS cervical en Grampian, Tayside, y Nottingham.
Participantes	4.439 mujeres, de 20-59 años, con un resultado que muestra la citología límite de anomalías nucleares o discariosis leve, octubre 1999-octubre 2002.
Intervenciones	cribado citológico cada seis meses en la atención primaria (n = 2223) o de referencia para las intervenciones relacionadas con la colposcopia y (n = 2216). Todas las mujeres fueron seguidas durante tres años, concluyendo con una cita de salida en el que se llevó a cabo el examen colposcópico. Los Colposcopistas evaluar el resultado en esta cita fueron cegados a la asignación al azar. Medición de resultados principales: punto final primario: la incidencia acumulada de la neoplasia intraepitelial cervical grado II o enfermedad más grave. Otros puntos finales: neoplasia intraepitelial cervical grado III o peor aún, de ansiedad clínicamente significativa y la depresión, otro yo, informó después de los efectos, y las tasas de no asistencia. El análisis fue por intención de tratar, todos los aleatorios fueron incluidos.
Resultados	La incidencia acumulada de neoplasia intraepitelial cervical grado II o más intensa fue de 79 por cada 1.000 personas en el grupo de colposcopia y 58 por cada 1.000 personas en el grupo de vigilancia citológica (riesgo relativo 1,37, intervalo de confianza 95%: 1,19 a 1,57). Esta diferencia fue menos notable para la neoplasia intraepitelial cervical grado III o enfermedad más grave, pero la incidencia fue aún mayor en el brazo colposcopia (riesgo relativo: 1,26, 1,04 a 1,53). Entre las mujeres asignadas al azar a una colposcopia inmediata, el 79% (74,9% a 82,5%) de los casos de neoplasia intraepitelial cervical grado II o fueron diagnosticados en el momento de la colposcopia inmediata, mientras que entre las mujeres asignadas al azar a la vigilancia citológica, 77% (72,1% a 81,2%) de los casos fueron detectados por citología de vigilancia y las intervenciones relacionadas. Proporciones similares de mujeres fueron ansiedad o depresión en los dos brazos. Una mayor proporción de mujeres en el grupo informó de colposcopia después de los efectos, y éstos fueron de mayor duración y más graves. La no asistencia fue baja en ambos brazos.
Conclusión	La diferencia más marcada entre los brazos de la incidencia de neoplasia intraepitelial cervical grado II o peor que en los casos de grado III o, peor aún, probablemente puede explicarse por la regresión espontánea de algunos casos de neoplasias de grado II. En comparación con la vigilancia citológica, una política de la colposcopia inmediata detecta más de neoplasia intraepitelial cervical grado II o superior, y algunos más de grado III o peor, pero podría conducir a un tratamiento excesivo. Tal política se asocia con una mayor tasa de denuncias de efectos tardíos, que son más graves y de mayor duración que los relacionados con la vigilancia citológica. El registro de ensayos: ISRCTN 34841617.
Descarga de archivos	Cytological surveillance compared...  (172 Kb)



	
Publicación	MMWR RECOMM AND REPORTS MMWR Recomm Rep. 2009 ago 28; 58 (RR-10) :1-8
Título	EL USO DE LA GRIPE A (H1N1) 2009 VACUNA MONOVALENTE: RECOMENDACIONES DEL COMITÉ ASESOR SOBRE PRÁCTICAS DE INMUNIZACIÓN (ACIP), 2009.
Autor/es	Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, de CDC; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
	<p>Este informe ofrece recomendaciones de los CDC Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) en relación con el uso de la vacuna contra la infección de la gripe A (H1N1) virus. La información sobre la vacunación contra la gripe estacional se ha publicado previamente (CDC. Prevención y control de la gripe estacional con las vacunas: las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización [ACIP], 2009. MMWR 2009; 58 [No. RR-8]). Las vacunas contra la gripe A (H1N1), la infección por el virus aún no han sido autorizadas, sin embargo, la vacuna de la licencia se espera que esté disponible a mediados de octubre de 2009. El 29 de julio de 2009, ACIP revisó los datos epidemiológicos y clínicos para determinar qué grupos de población que debe dirigirse inicialmente para la vacunación. ACIP examinado también el suministro de vacunas proyectadas que puedan estar disponibles cuando es la primera vacuna disponible y el aumento esperado en la disponibilidad de la vacuna durante los siguientes 6 meses. Estas recomendaciones están destinadas a proporcionar programas de vacunación y los proveedores de información para ayudar en la planificación y para alertar a los proveedores y al público sobre los grupos destinatarios que incluye un estimado de 159 millones de personas que se recomiendan para ser primeros en recibir la influenza A (H1N1) 2009 la vacuna monovalente. El principio rector de estas recomendaciones es vacunar a tantas personas como sea posible tan rápidamente como sea posible. Las actividades de vacunación debe comenzar tan pronto como la vacuna está disponible. Los funcionarios estatales y locales de salud y los proveedores de la vacunación debe tomar decisiones sobre la administración de vacunas y la distribución de conformidad con el estado y las condiciones locales. Aspectos destacados de estas recomendaciones incluyen: 1) la identificación de cinco grupos objetivo inicial para las campañas de vacunación (mujeres embarazadas, las personas que viven con o cuida a niños menores de 6 meses, atención de salud y personal de servicios médicos de emergencia, los niños y jóvenes de 6 años meses-24 años, y las personas de 25-64 años de edad que padecen afecciones médicas que ponen en mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe), 2) el establecimiento de prioridades para un subconjunto de las personas dentro de los grupos objetivo inicial en el caso de que la vacuna inicial de disponibilidad es incapaz de satisfacer la demanda, y 3) orientaciones sobre el uso de la vacuna en otros grupos de población de adultos a medida que aumenta la disponibilidad de la vacuna. La vacunación y la atención de la salud deben estar atentos a los anuncios y la información adicional del estado y los departamentos locales de salud y de los CDC sobre la vacunación contra la gripe A (H1N1) virus infection.</p> <p>Otros textos de interés:</p> <p>SAFETY OF NEURAMINIDASE INHIBITORS AGAINST NOVEL INFLUENZA A (H1N1) IN PREGNANT AND BREASTFEEDING WOMEN. Tanaka T, Nakajima K, Murashima A, Garcia-Bournissen F, Koren G, Ito S. CMAJ. 2009 Jul 7;181(1-2):55-8. Epub 2009 Jun 1</p>



Artículos médicos españoles

Hemos recibido las siguientes referencias de publicaciones de compatriotas nuestros.

1. **Título:** LA ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND Y OTROS TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN EN LAS MUJERES: EL CONSENSO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y LA GESTIÓN DE UN PANEL DE EXPERTOS INTERNACIONALES.
Autores: James AH, Kouides PA, Abdul-Kadir R, Edlund M, Federici AB, Halimeh S, Kamphuisen PW, Konkle BA, Martínez-Pérez O, McLintock C, Peyvandi F, Winikoff R
Publicación: Am J Obstet Gynecol. 2009 Jul; 201 (1): 12.e1-8. Epub 2009 May 30.

El sangrado del tracto reproductivo en la mujer es un acontecimiento natural durante la menstruación y el parto. En las mujeres con menorragia, sin embargo, los trastornos hemorrágicos congénitos históricamente han sido infradiagnosticada. Este consenso se destina a permitir a los médicos para reconocer mejor los trastornos de la coagulación como la causa de la menorragia y en consecuencia ofrecer eficaces que las terapias específicas.

PMID: 19481722 [PubMed - NLM]

Descarga de archivo: [Von Willebrand disease and other bleeding...](#)  (728 kb)

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

Otros artículos médicos

Descargas

- [cmajh1n1.pdf](#)
- [lancetn1h1.pdf](#)



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