



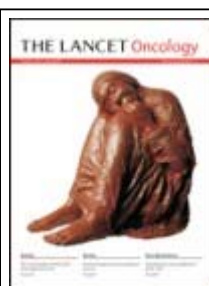
Coordinado por la doctora Teresa Redondo

Médicos colaboradores:

dras. Beatriz Bueno, Martín Arias, Pérez Carbajo, Sofía Herrero, Silvina Kazlauskas y Inmaculada Orensanz y los drs. Jesús de la Fuente e Ignacio Zapardiel.



Bibliografía



Publicación

Lancet Oncol 2008; 9: 124–31.

Título

EFFECT OF QUALITY OF GYNAECOLOGICAL ULTRASONOGRAPHY ON MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SUSPECTED OVARIAN CANCER: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL.

EFFECTO DE LA CALIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA GINECOLÓGICA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE OVARIO: ENSAYO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Autor/es

Joseph Yazbek, Shanti K Raju, Jara Ben-Nagi, Tom K Holland, Kathryn Hillaby, Davor Jurkovic.

Introducción

La precisión diagnóstica de la ecografía para diferenciar entre masas anexiales benignas y malignas es proporcional a la experiencia del ecografista. Sin embargo, no sabemos si la mejora de la precisión diagnóstica afectará el manejo de estos tumores. Determinamos el efecto de la calidad de la ecografía ginecológica en el manejo de pacientes con sospecha de cáncer de ovario en un ensayo controlado randomizado.

Métodos

Cumplieron los criterios de inclusión 165 pacientes remitidas al Centro Regional de Cáncer Ginecológico del Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (Londres, Reino Unido), entre el 7 de junio de 2004 y el 23 de abril de 2006, con sospecha de tumor anexial sospechoso. De éstas, 150 pacientes fueron asignadas de forma aleatoria bien a ecografía de nivel II (rutinaria) (n=73) o bien a ecografía de nivel III (experto) (n=77). El resultado primario fue el número de cirugías mayores realizadas (incluyendo una laparotomía o al menos una ooforectomía y biopsia de epiplon) y los resultados secundarios fueron: el total de procedimientos quirúrgicos; el número de procedimientos mínimamente invasivos (p.ej.: laparoscopia operatoria o aspiración del quiste ecoguiada); número de tests diagnósticos adicionales (p.ej.: TAC o laparoscopia); número de exámenes de seguimiento; precisión diagnóstica de la ecografía de niveles II y III; y duración de la estancia hospitalaria. Todos los análisis fueron por *intención de tratar*. Este estudio está registrado en la página web de Ensayos Controlados Actuales:

<http://www.controlledtrials.com/mrct/trial/230201/ISRCTN02631195>

Resultados

La mayoría de los procedimientos de cirugía mayor de estadiaje por sospecha de cáncer de ovario se realizaron en el grupo de nivel II (27 de 73 [37%] vs 17 de 77 [22%], respectivamente; diferencia entre grupos 15% [IC95% ,0–29]; RR 1.68 [1.00–2.81]; p=0.049). El número total de procedimientos quirúrgicos fue similar en ambos grupos: 35 de 73 (48%) en el grupo de nivel II y 33 de 77 (43%) en el grupo de nivel III (RR 1.12 [0.79–1.59]; p=0.53). La duración media de la estancia hospitalaria para pacientes que fueron operadas fue de 6 días (rango 3-13) en el grupo de nivel II y 5 días (rango 1-9) en el grupo de nivel III (p=0.01). Los clínicos recibieron un diagnóstico histológico probable tras la ecografía en 76 de 77 pacientes (99%) del grupo de nivel III comparado con tan solo 38 pacientes de 73 (52%) en el grupo de nivel II. 18 de 150 pacientes reclutadas (12%) fueron eventualmente diagnosticadas de malignidad ovárica. La sensibilidad y especificidad de la ecografía fue de 2 de 5 (40%; [IC 95%, 6.5–84.6]) y 10 de 10 (100%; [34–100]), respectivamente, en el grupo de nivel II y 7 de 8 (88%; [47–98]) y 27 de 28 (96%; [82–99]), respectivamente, en el grupo de nivel III.

Interpretación

La calidad mejorada de la ecografía tiene un efecto medible en el manejo de pacientes con sospecha de cáncer de ovario en un centro terciario de cáncer ginecológico.



Publicación

Lancet Oncol 2008; 9: 23-28.

Título

ADJUVANT LETROZOLE VERSUS TAMOXIFEN ACCORDING TO CENTRALLY-ASSESSED ERBB2 STATUS FOR POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH ENDOCRINE-RESPONSIVE EARLY BREAST CANCER: SUPPLEMENTARY RESULTS FROM THE BIG 1-98 RANDOMISED TRIAL.

LETROZOL ADYUVANTE VERSUS TAMOXIFENO DE ACUERDO CON EL STATUS ERBB2 ESTABLECIDO CENTRALMENTE EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CANCER DE MAMA PRECOZ DE RESPUESTA ENDOCRINA: RESULTADOS COMPLEMENTARIOS DEL ENSAYO RANDOMIZADO BIG 1-98.

Autor/es

Birgitte B Rasmussen, Meredith M Regan, Anne E Lykkesfeldt, Patrizia Dell'Orto, Barbara Del Curto, Katrine L Henriksen, Mauro G Mastropasqua, Karen N Price, Eliane Méry, Magali Lacroix-Triki, Stephen Braye, Hans J Altermatt, Richard D Gelber, Monica Castiglione-Gertsch, Aron Goldhirsch, Barry A Gusterson, Beat Thürlimann, Alan S Coates, Giuseppe Viale, for the BIG 1-98 Collaborative and International Breast Cancer Study Groups.

Introducción

El ensayo 1-98 del Grupo Internacional de la Mama (BIG) (studio a doble ciego en fase III) ha mostrado que el letrozol mejora significativamente la supervivencia libre de enfermedad (SLE) comparado con el tamoxifeno en mujeres postmenopáusicas con cancer temprano de mama hormonodependiente. Nuestro objetivo fue establecer si el beneficio del letrozol versus el tamoxifeno difiere según el status tumoral del ERBB2.

Métodos

El ensayo BIG 1-98 consiste en cuatro grupos de tratamiento en los que se compara 5 años de monoterapia con letrozol o tamoxifeno, y administración secuencial de un fármaco durante 2 años seguida del otro fármaco durante 3 años. Nuestro studio incluye datos de 4922 pacientes asignadas aleatoriamente a los 2 grupos de monoterapia (letrozol o tamoxifeno durante 5 años; 51 meses de seguimiento medio [rango <1 a 90 meses]). La determinación los receptores estrogénicos (RE), el de progesterona (RPg) y el status ERBB2 utilizando material tumoral embebido en parafina fue possible en 3650 (74%) pacientes. La expression de los RE, RPg y el ERBB2 se midió por inmunohistoquímica (IHQ) y la positividad del ERBB2 se confirmó con FISH (hibridación in situ de fluorescencia). La tinción positiva en al menos el 1% de las células se consideró como positive para la expression de los RE y RPg. Los tumoresse consideraron ERBB2 positivos si se amplificaban con FISH, o para los pocos con resultados no disponibles o indeterminados con FISH, si en la IHQ aparecían 3+. Los Hazard Ratio (HR) estimados mediante el modelo de Cox se usaron para comparar letrozol y tamoxifeno para la supervivencia libre de enfermedad, que fue el primer resultado, y para determinar las interacciones del tratamiento- por-covariante (treatment-by-covariate). El studio BIG 1-98 está registrado en el sitio web del Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU:

<http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00004205>

Resultados

El 7% de los tumores (257 de 3650) se clasificó como ERBB2 positivo mediante determinación central. En 3533 pacientes con tumores que expresaban RE, la supervivencia libre de enfermedad fue peor que en tumores ERBB2 positivos (n=239), que en aquellos tumores ERBB2 negativos (n=3294; HR 2.09 [IC 95%, 1.59–2.76]; p<0.0001). No apareció evidencia estadística de que el efecto de la heterogenicidad del tratamiento según el status ERBB2 del tumor (p=0.60 por la interacción); así, el letrozol mejora la supervivencia libre de enfermedad comparado con el

	tamoxifeno a pesar del status ERBB2. Los HR observados fueron de 0.62 (IC 95%, 0.37–1.03) para los tumores ERBB2-positivos y 0.72 (0.59–0.87) para los tumores ERBB2-negativos.
Interpretación	Se observó un beneficio del letrozol sobre el tamoxifeno, independientemente del status ERBB2 del tumor, y, por tanto, el status ERBB2 no parece un criterio de selección para el tratamiento con letrozol o tamoxifeno en mujeres postmenopáusicas con un cáncer de mama en estadio temprano con respuesta endocrina.



Publicación	<i>Lancet Oncol</i> 2008; 9: 45-53.
Título	<i>EFFECT OF ANASTROZOLE AND TAMOXIFEN AS ADJUVANT TREATMENT FOR EARLY-STAGE BREAST CANCER: 100-MONTH ANALYSIS OF THE ATAC TRIAL.</i>
	EFFECTO DEL ANASTROZOL Y EL TAMOXIFENO COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE PARA CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO PRECOZ: ANÁLISIS DE 100 MESES DEL ESTUDIO ATAC.
Autor/es	<i>The Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Trialists' Group</i>
Introducción	Existen pocos datos sobre si la eficacia beneficiosa o los efectos adversos persisten tras 5 años de tratamiento adyuvante con un inhibidor de la aromatasa. Aspirábamos a estudiar los resultados a largo plazo del Estudio del Arimidex, y Tamoxifeno, solos o en combinación (ATAC), que compara el anastrozol y el tamoxifeno tras un seguimiento medio de 100 meses.
Métodos	Analizamos mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama localmente invasivo. El primer resultado es la supervivencia libre de enfermedad (SLE); los resultados secundarios son el tiempo hasta la recurrencia (THR), la incidencia de nuevocáncer de mama contralateral (NMC), el tiempo hasta recurrencia a distancia (THRD), la supervivencia global (SG), y la muerte tras recurrencia se establecieron en la población total (intención de tratar; ITT: anastrozol, n=3125; tamoxifeno, n=3116; total 6241) y la población con hormonorreceptores positivos, el subgrupo clínicamente importante donde el tratamiento hormonal ha demostrado ser efectivo (84% de ITT: anastrozol, n=2618; tamoxifeno, n=2598; total 5216). Tras completar el tratamiento, las fracturas y los efectos adversos serios se recopilaron de forma ciega (población sana con anastrozol, n=3092; con tamoxifeno, n=3094; total 6186). Este estudio está registrado como Ensayo Internacional Controlado Randomizado Estándar, número ISRCTN18233230.
Resultados	En el momento de los 100 meses de seguimiento medio, la supervivencia libre de enfermedad, el tiempo hasta la recurrencia (THR), el tiempo hasta recurrencia a distancia (THRD), la incidencia de nuevocáncer de mama contralateral (NMC) mejoraron significativamente en las poblaciones con receptores hormonales positivos. Para estas pacientes, los hazard ratio fueron respectivamente: 0.85 (95% CI 0.76–0.94), p=0.003; HR 0.76 (0.67–0.87), p=0.0001; HR 0.84 (0.72–0.97), p=0.022; y HR 0.60 (0.42–0.85), p=0.004. Las diferencias absolutas en el tiempo de recurrencia aumentaron con el tiempo (THR 2.8% [anastrozol 9.7% vs tamoxifeno 12.5%] a los 5 años y 4.8% [anastrozol 17.0% vs tamoxifeno 21.8%] a los 9 años y las tasas de recurrencia fueron significativamente más bajas para el anastrozol comparado con el tamoxifeno tras completar el tratamiento (HR 0.75 [0.61–0.94], p=0.01). Las pocas muertes tras la recurrencia (anastrozol 245 vs tamoxifeno 269) no resultaron significativas (HR 0.90 [0.75–1.07], p=0.2) y no se observó efecto sobre la supervivencia global (anastrozol 472 vs tamoxifeno 477) HR 0.97 [0.86–1.11], p=0.7). Las tasas de fractura fueron más altas en pacientes que recibieron anastrozol que en aquellas que recibieron tamoxifeno durante el tratamiento activo (número [tasa anual]: 375 [2.93%] vs 234 [1.90%]; ratio de incidencia [IRR] 1.55[1.31–1.83], p<0.0001).
Interpretación	Estos datos muestran hallazgos seguros a largo plazo y establecen claramente la eficacia a largo plazo del anastrozol comparado con el tamoxifeno como tratamiento adyuvante inicial en mujeres postmenopáusicas con tumores de mama tempranos hormonosensibles, y aportan evidencia estadísticamente significativa.





Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 198: 30.e1-30.e7.
Título	<i>DO SHORT-TERM MARKERS OF TREATMENT EFFICACY PREDICT LONG-TERM SEQUELAE OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE?</i> PREDICEN LOS MARCADORES MENORES DEL TRATAMIENTO LAS SECUELAS A LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA?
Autor/es	Trautmann GM, Kip KE, Richter HE, Soper DE, Peipertt JF, Nelson DB, Trout W, Schubeck D, Bass DC, Ness RB.
Objetivo	Este estudio se realizó para confirmar si los marcadores menores habitualmente utilizados para medir la curación clínica tras el tratamiento por enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) predicen secuelas o esterilidad, EIP recurrente y dolor pélvico crónico.
Diseño del estudio	Se evaluaron a las mujeres con EIP leve-moderada tras cinco días de inicio del tratamiento para la irritabilidad peritoneal (n=713) y 30 días de irritabilidad peritoneal, infecciones cervicales y endometritis (n=298). El embarazo, la EIP recurrente y el dolor pélvico crónico se evaluaron tras 84 meses, de término medio.
Resultados	La irritabilidad pélvica a los 5 y 30 días aumentó significativamente el riesgo de desarrollar dolor pélvico crónico. La irritabilidad pélvica a los 30 días también se asoció significativamente con la EIP recurrente. Sin embargo, la irritabilidad pélvica a los 5 y 30 días fue sólo levemente clínicamente predictivo para el dolor pélvico crónico o EIP recurrente (VPP 22,1-66,9%). Ningún marcador menor influyó significativamente la probabilidad de conseguir gestación.
Conclusión	La irritabilidad peritoneal de 5 ó 30 días no predijo finamente la ocurrencia de EIP relacionada con morbilidad reproductiva.

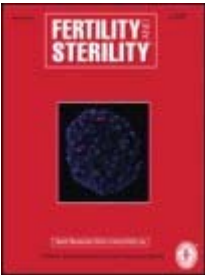



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 198: 49.e1-198.49.e6.
Título	<i>THE RELATIONSHIP BETWEEN INTRAPARTUM MATERNAL FEVER AND NEONATAL ACIDOSIS AS RISK FACTORS FOR NEONATAL ENCEPHALOPATHY.</i> RELACIÓN ENTRE FIEBRE MATERNA INTRAPARTO Y ACIDOSIS NEONATAL COMO FACTORES DE RIESGO DE ENCEFALOPATÍA NEONATAL.
Autor/es	Impey LWM, Greenwood ELC, Black RS, Yeh PSY, Sheil O, Doyle P.
Objetivo	Este estudio se realizó para investigar la relación entre fiebre materna intraparto, acidosis neonatal y el riesgo de encefalopatía neonatal.
Diseño del estudio	Se utilizó una cohorte de embarazadas a término. Se usó la regresión logística para estimar el efecto de la fiebre materna y la acidosis en el riesgo de encefalopatía neonatal. La posible interacción entre fiebre materna y acidosis se incluyó en los modelos estadísticos.
Resultados	De 8299 mujeres, 25 neonatos (0,3%) desarrollaron encefalopatías. Éstos nacieron con más frecuencia acidóticos (odds ratio ajustada 11,5; IC 95% 5,0-26,5) o tras fiebre materna intraparto (odds ratio ajustada 8,1; IC 95% 3,5-18,6). Cuando coexistieron ambos factores el riesgo fue 12,5% (odds ratio ajustada 93,9; IC 95% 28,7-307,2). Aunque este efecto es multiplicativo, no hubo evidencia de interacción estadística (p=0,93); el efecto de la fiebre materna y el riesgo de encefalopatía fue similar en niños con (odds ratio ajustada 8,7; IC 95% 2,4-31,7) y sin acidosis (OR ajustada 7,4; IC 95% 2,4-21,9).
Conclusión	La combinación de fiebre materna con acidosis en el cordón umbilical aumenta mucho el riesgo de encefalopatía neonatal, pero hay evidencia contra la interacción entre ellos, lo que sugiere que pueden representar dos vías causales distintas.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 198: 92.e1-198.92.e3.
Título	<i>CERVICAL CANCER ASSOCIATED WITH PREGNANCY: RESULTS OF A MULTICENTER RETROSPECTIVE KOREAN STUDY (KGOG-1006)</i> CÁNCER CERVICAL ASOCIADO CON GESTACIÓN: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO COREANO (KGOG-1006)
Autor/es	Lee JM, Lee KB, KimYT, Ryu HS, Kim YT, Cho CH, Namkoong SE, Lee LH, Choi HS, Kim KT.
Objetivo	El objetivo del estudio fue analizar las características del cáncer cervical asociado con la gestación.
Diseño del estudio	Se identificaron cuarenta pacientes con cáncer cervical y gestación retrospectivamente entre 1995 y 2003. Se relacionó cada caso con tres controles, de la misma edad basal, histología y fecha de tratamiento.
Resultados	La toma de citología cervical tras el segundo trimestre fue la causa más frecuente de retraso diagnóstico. Entre 12 pacientes a las que se les retrasó el tratamiento por madurez fetal, dos fallecieron de la enfermedad. No hubo diferencias en la supervivencia global entre pacientes embarazadas y no embarazadas en pacientes con tumores en estadio Ib. A diferencia con las pacientes no embarazadas, la profundidad de la invasión del estroma no se correlacionó con la incidencia de infiltración de los vasos linfáticos ni metástasis en ganglios linfáticos en pacientes gestantes.
Conclusión	Se garantizó una evaluación exhaustiva antes de decidir si retrasar el tratamiento hasta la madurez fetal. La gestación no afecta adversamente el pronóstico del cáncer de cérvix en estadio precoz significativamente.



	
Publicación	Fertil Steril. 2007 Dec; 88 (6): 1541-1547.
Título	<i>HORMONAL SUPPRESSION TREATMENT OR DIETARY THERAPY VERSUS PLACEBO IN THE CONTROL OF PAINFUL SYMPTOMS AFTER CONSERVATIVE SURGERY FOR ENDOMETRIOSIS STAGE III-IV. A RANDOMIZED COMPARATIVE TRIAL.</i> TRATAMIENTO HORMONAL SUPRESOR O TERAPIA DIETÉTICA VERSUS PLACEBO EN EL CONTROL DE LA CLÍNICA DOLOROSA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE ENDOMETRIOSIS GRADO III-IV. UN ENSAYO RANDOMIZADO.
Autor/es	Francesco Sesti, Adalgisa Pietropolli, Talia Capozzolo, Patrizia Broccoli, Silvia Pierangeli, Maria Rosa Bollea and Emilio Piccione.
Objetivo	Evaluar la efectividad sobre el control del dolor y la calidad de vida de mujeres operadas de endometriosis tratadas posteriormente con placebo o tratamiento hormonal supresor o tratamiento dietético.
Diseño	Ensayo clínico randomizado.
Lugar	Hospital universitario.
Pacientes	220 mujeres operadas de endometriosis grado III-IV.

Intervenciones	2 grupos: <ul style="list-style-type: none"> • Placebo (6 meses) (n=110) frente a análogos de GnRH (triptolerina o leuprolerina) (3.75mg cada 28 días) (n=39). • Estroprogestina (0.03 mg de etinilestradiol más 0.75 mg de gestodeno) (n=38) frente a terapia dietética (vitaminas, sales minerales, fermentos lácticos y aceite de pescado) (n=35).
Principales resultados medibles	Clínica dolorosa (escala analógica visual), Score de calidad de vida (Score SF-36) a 12 meses de seguimiento.
Resultados	Las pacientes tratadas con terapia hormonal supresora tuvieron unas puntuaciones inferiores en la escala analógica de dolor, en relación a la dismenorrea. El tratamiento hormonal supresor y la terapia dietética fueron igualmente efectivos a la hora de reducir el dolor pélvico no asociado al ciclo menstrual.
Conclusiones	El tratamiento hormonal supresor y la terapia dietética son más efectivas que el placebo para obtener, tanto una mejor calidad de vida, como una mejoría del dolor asociado a la cirugía de endometriosis grado III-IV.





Publicación	Fertil Steril. 2007 Dec; 88 (6): 1562-1567.
Título	<i>OUTCOME OF IN VITRO FERTILIZATION TREATMENT IN INFERTILE WOMEN CONSERVATIVELY TREATED FOR ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA.</i> RESULTADOS DE LA FECUNDACIÓN IN VITRO EN MUJERES INFÉRTILES CON ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA.
Autor/es	Shai E. Elizur, Mario E. Beiner, Jacob Korach, Amir Weiser, Gilad Ben-Baruch and Jehoshua Dor.
Objetivo	Evaluar el resultado y las características de la FIV en mujeres infértiles con adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado tratado de forma conservadora.
Diseño	Estudio observacional de serie de casos.
Lugar	Departamento de Ginecología oncológica y unidad de FIV en el centro médico de Chaim Seba; Tel-hashomer. Israel.
Pacientes	8 mujeres derivadas a FIV tras fracaso de otras terapias de reproducción, tras tratamiento conservador de adenocarcinoma de endometrio.
Intervenciones	FIV/ICSI
Principales resultados medibles	Niveles séricos de E2 el día de la administración de HCG, número de oocitos recuperados, tasa de fertilización, tasa de gestación y parto.
Resultados	Se llevaron a cabo un total de 31 ciclos. La media de oocitos recuperados fue de 9.4 (5.1 – 13.6) y la tasa de fertilización fue de 58.6%. 6 mujeres (75%) concibieron y 4 (50%) dieron a luz a seis niños sanos.
Conclusiones	La FIV en mujeres con adenocarcinoma de endometrio bien diferenciado, tratadas de forma conservadora, es altamente eficaz y ofrece la posibilidad de criopreservar los oocitos para usos futuros.



Publicación	Fertil Steril. 2007 Dec; 88 (6): 1583-1588.
Título	<i>ISOLATED TERATOZOOSPERMIA DOES NOT AFFECT IN VITRO FERTILIZATION OUTCOME AND IS NOT AN INDICATION FOR INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION.</i> LA TERATOZOOSPERMIA AISLADA NO AFECTA A LOS RESULTADOS DE LA FIV Y NO ES INDICACIÓN DE ICSI.

Autor/es	Brian Robert Keegan, Sara Barton, Xavier Sanchez, Alan S. Berkeley, Lewis C. Krey and Jamie Grifo.
Objetivo	Reevaluar el manejo clínico de la teratozoospermia, en parejas candidatas a FIV.
Diseño	Análisis retrospectivo de los índices de fertilidad en 535 ciclos.
Lugar	Centro de esterilidad.
Pacientes	495 parejas con un semen compatible con teratozoospermia, según criterios estrictos de Kruger/Tyberberg.
Intervenciones	FIV/ICSI
Principales resultados medibles	Tasas de fertilización, gestación y nacidos vivos.
Resultados	No se hallaron diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las tasas, al comparar las parejas con teratozoospermia aislada frente a aquellas con un semen normal. Además, el uso de ICSI no mejoró estos resultados.
Conclusiones	Dado que la teratozoospermia no influye en los resultados de la FIV es necesario replantearse la actitud terapéutica en estas parejas, puesto que no es necesario someterlas a los costes y riesgos de la ICSI.



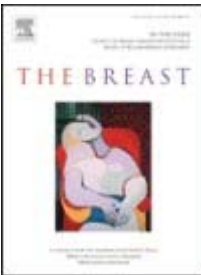

	
Publicación	BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volume 115 Issue 3 Page 385-390, February 2008.
Título	<i>SELECTIVE SINGE BLASTOCYST TRASFER REDUCES THE MULTIPLE PREGNANCY RATE AND INCREASES REGNANCY RATES: A PRE- AND POSTINTERVENTION ESTUDY.</i> LA TRANSFERENCIA DE UN ÚNICO BLASTOCISTO SELECCIONADO REDCE LA TASA DE EBAAZO MÚLTIPLE E INCREMENTA LA TASA DE EMBARAZOS: ESTUDIO RE Y POSTINTERVENCIÓN.
Autor/es	Y Khalaf, T El-Toukhy, A Coomarasamy, A Kamal, P Fraude.
Objetivo	Examinar la tasa de embarazo clínico y la tasa de embarazo múltiple en un programa de fertilización in vitro antes y después de la introducción de una estrategia de de transferencia de un solo blastocisto (STB) en un grupo seleccionado de mujeres.
Diseño	Estudio de tres años pre y postintervención.
Lugar	Unidad de medicina reproductiva en un hospital universitario de Londres.
Población	Se incluyeron en el estudio dos mil cuatrocientos cincuenta y un ciclos llevados a cabo entre julio de 2004 y junio de 2007.
Método	En enero de 2006 se realizó una intervención multidisciplinar incluyendo la introducción de un servicio de transferencia de blastocisto único en el día 5 junto con un programa de educación de los riesgos del embarazo múltiple y de las ventajas de la transferencia de blastocistos en parejas con alto riesgo de embarazo múltiple.
Variable principal	Tasa de embarazo clínico por ciclo comenzado y tasa de embarazo múltiple por embarazo clínico.
Resultados	Se observó un aumento estadísticamente significativo de la tasa de embarazo clínico de un 27% (324/1198) a 32% (395/1253) (DR 5%, RR 1,17, IC 95% 1,03-1,32, P= 0,015) y una reducción de la tasa de embarazo múltiple por embarazo clínico de un 32% (103/272) a 17% (69/395) (DR 15%, RR 0,46%, IC 95% 0,35-0,60, P<0,01) tras la introducción del servicio STB.

Conclusión	La transferencia selectiva de un blastocisto único en mujeres con buen pronóstico puede reducir los embarazos múltiples después de la fecundación in vitro manteniendo el éxito del programa de fecundación in vitro.
-------------------	---



Publicación	BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volume 115 Issue 3 Page 316-323, February 2008.
Título	<i>SEVERE ASPHYXIA DUE TO DELIVERY-RELATED MALPRACTICE IN SWEDEN 1990-2005.</i> HIPOXIA SEVERA DEBIDA A NEGLIGENCIAS RELACIONADAS CON EL PARTO EN SUECIA ENTRE 1990-2005.
Autor/es	S Berglund, C Grunewald, H Petterson, Scnattingius.
Objetivo	Describir las posibles causas de hipoxia severa debidas a negligencias durante el parto.
Diseño	Estudio descriptivo nacional en Suecia.
Población	Mujeres que piden compensación económica por sospecha de negligencia médica relacionada con nacimientos entre 1990-2005.
Método	Se incluyen niños nacidos con edad gestacional mayor de 33 semanas, con parto vaginal, registro cardiotocográfico reactivo en el inicio del parto e hipoxia posiblemente relacionada con negligencia. Como resultados relacionados con hipoxia, se incluyen los casos de muerte neonatal y niños con diagnóstico de encefalopatía antes de 28 días postparto.
Variable principal	Hipoxia severa relacionada con negligencia durante el parto.
Resultados	Se recogieron un total de 472 casos. Se consideró que ciento setenta y siete sufrieron hipoxia severa por mala praxis durante el parto. Las causas más comunes de negligencia fueron una inadecuada supervisión del bienestar fetal en 173 casos (98%), ignorar signos de hipoxia fetal 126 casos (71%), incluyendo uso inadecuado de oxitocina en 126 casos (71%) y una elección de vía de parto inadecuada.
Conclusión	Es una importante necesidad y un desafío mejorar la cooperación y crear parámetros de seguridad en nuestros paritorios. La principal causa de mala praxis es no seguir las guías de actuación de vigilancia fetal. Matronas y obstetras deben aumentar su capacidad de actuación en casos de hipoxia fetal inminente y saber elegir el momento y la vía más adecuada para la finalización del parto.



	
Publicación	The Breast Journal, 2007; 13 (4): 368-373.
Título	<i>SURGERY IS ASSOCIATED WITH LOWER MORBIDITY AND LONGER SURVIVAL IN ELDERLY BREAST CANCER PATIENTS OVER 80.</i> LA CIRUGÍA ESTA ASOCIADA A UNA MENOR MORBILIDAD Y MAYOR SUPERVIVENCIA EN PACIENTES MAYORES CON CANCER DE MAMA, POR ENCIMA DE 80 AÑOS.
Autor/es	Rao VSR, Jameel JKA, Mahapatra TK, McManus PL, Fox JN, Drew PJ.
Resumen	Ya que el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las personas mayores, con un pico de incidencia de 1 de cada 10 mujeres a los 80 años, es importante establecer la terapia mejor para estas pacientes. Se realizó un estudio de anotación de casos retrospectivo de toda la

población de 80 años o mayor entre 1992 y 2002, con cáncer de mama primario. EL tipo de tratamiento, complicaciones, progresión de la enfermedad, recurrencia y supervivencia global fueron recogidos. Las 110 pacientes recogidas fueron tratadas de su cáncer primario de las cuales 32, tenían enfermedad avanzada. De ellas, 62 recibieron hormonoterapia y 48 cirugía de las cuales a 30 se les realizó mastectomía. En el seguimiento, 34 pacientes sufrieron progresión de la enfermedad del grupo de hormonoterapia y solo 3 del grupo de cirugía. El análisis de Kaplan-Meyer reveló una supervivencia significativamente mejor en el grupo de cirugía comparada con el de hormonoterapia, tanto para enfermedad precoz (71 frente a 42 meses, $p=0.0002$) como avanzada (48 frente a 36 meses, $p=0.03$). La cirugía y el tratamiento adyuvante puede mejorar la supervivencia en pacientes mayores de 80 años.



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