



Coordinado por la doctora Teresa Redondo

Médicos colaboradores:

Ana Martínez Lara, Belén Gómez, Jesús de la Fuente, Inmaculada Orensanz e Ignacio Zapardial.

Artículo

Comentarios sobre el Real Decreto 1301/2006 por el que se regulan las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.

La primera consideración que se debe hacer es la de dar la bienvenida a esta norma que, según la Directiva Europea 2004/23, del 31 de marzo de 2004, debería haber sido desarrollada por los Estados de la U. E. antes de 7 de abril de 2006, y que era esperada en muchos sectores de la sociedad, a raíz de la polémica suscitada respecto a la preservación de la sangre de cordón umbilical, su utilidad terapéutica, la coexistencia de las donaciones al sistema público y la creación de bancos privados, etc.

Respecto al texto aprobado por el Consejo de Ministros el día 10 de noviembre de 2006, y a expensas de las aclaraciones que sobre esta materia pudiera llegar a formular el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, se hace conveniente reseñar algunas consideraciones sobre los aspectos más significativos del texto respecto a la práctica de la recogida y preservación de la sangre de cordón umbilical y que afectan de manera especial a los hospitales, a los profesionales médicos y a los depósitos privados en España.

Las implicaciones para los hospitales es doble: en primer lugar, deberán formalizar el trámite administrativo que les permita acreditarse para operar como centro de recogida de sangre de cordón umbilical y que se realiza en cada comunidad autónoma, lo que lleva implícito un convenio de colaboración con un banco de sangre de cordón umbilical acreditado. En segundo lugar, deberán procurar que el personal sanitario que vaya a realizar la recogida de la sangre en el momento del parto, reciba la formación adecuada para que ello se produzca en las debidas condiciones, bien sea para la donación a los bancos públicos, o para la preservación en el ámbito privado.

De hecho, alguna comunidad autónoma como la de Andalucía, ya ha puesto los medios para que todos los hospitales públicos estén acreditados y en cada uno exista personal suficiente con la formación adecuada.

Un aspecto polémico es la interpretación de la disponibilidad universal de las muestras de sangre de cordón umbilical conservadas por una familia en un establecimiento privado de tejidos, según establece el R. D. 1301 en sus artículos 7, 15.2 y 27.1, por lo que la familia, y por tanto el establecimiento, tienen obligación de ceder imperativa e incondicionalmente dicha muestra, cuando fuera requerida por el sistema público para su aplicación alogénica no relacionada (es decir a un receptor de trasplante ajeno a la familia).

La disponibilidad, que pretende servir al principio de solidaridad, a partir de la consideración de todos los depositantes privados de sangre de cordón umbilical como donantes universales, no puede, para hacerse efectiva, violar el principio de la voluntariedad que ha de presidir cualquier donación.

Por el contrario, habría de compatibilizarse con el derecho de la familia a no consentir la cesión de la sangre del cordón de sus hijos, si así fuera su voluntad, y sin que sobre dicha decisión pesara ningún deber, ni presión ética, derivada de la existencia de un eventual receptor.

Ese es el régimen que rige en la donación de médula ósea; tejido respecto al cual la sangre de cordón umbilical ha venido a constituirse en alternativa preferente para aplicación a trasplantes hematológicos.

De no ser observada esa necesidad de cesión consentida en el momento de su eventual aplicación, la solidaridad pretendida se ejercitaría en conflicto con el principio de voluntariedad, desnaturalizando la institución de la donación

y por extensión la ejemplaridad mundial del actual sistema de la organización nacional de transplantes.

Como puede verse, son diversas las interpretaciones y opiniones que se pueden dar sobre la pertinencia o no de la obligatoriedad de poner a disposición universal las muestras de sangre de cordón umbilical que se preserven en un depósito privado. Parece cuando menos chocante que se hable de donación y de altruismo, a la vez que se obliga a poner a disposición universal la muestra de un tejido, como es la sangre del cordón umbilical de un bebé, extraído por iniciativa de unos padres que, voluntariamente y asumiendo el coste por su cuenta, deciden aprovechar ese momento único en pro de la salud futura del bebé y de la familia, preservando algo valioso que, hoy por hoy, es considerado como producto de desecho en más del noventa por ciento de los partos que se realizan en España.

Si tan importantes son esas muestras, no se entiende por qué no se potencian los bancos públicos, en número, accesibilidad y medios, y se acreditan todos los hospitales y se forma al personal necesario (tampoco es tan complicado el acto de recogida de la sangre de cordón) para que las donaciones crezcan todo lo posible.

Se entiende menos aún que, en comunidades proclives a potenciar la recogida de la sangre de cordón como la de Madrid, su banco público haya procesado en el último año solamente el 20% de las muestras recogidas, aplicando criterios de selección muy restrictivos y, a pesar de ello, llegar a un punto de saturación de sus medios e instalaciones.

A pesar de todo lo dicho, un hecho evidente y positivo es que este Real Decreto abre la posibilidad de que se establezcan en España bancos privados de sangre de cordón umbilical, en unas condiciones determinadas.

Este hecho lleva implícita la apertura de un nuevo escenario que permite a las familias españolas poder decidir libremente sobre el destino de la sangre del cordón umbilical de su bebé recién nacido, en una de las tres únicas opciones posibles:

Donarla a un banco público, algo estupendo por el acto solidario que lleva implícito.

- Recogerla y preservarla a título privado, en el ámbito familiar, a través del servicio de un banco privado, a la vez que se pone a disposición universal, por si fuera necesaria, aunque ello sea muy poco probable por la escasa compatibilidad entre no emparentados.
- La menos aconsejable de todas, cual es la consideración que hasta ahora han tenido la casi totalidad de las unidades de sangre de cordón umbilical: un producto de desecho.



Es necesaria una mayor información, tanto a los profesionales médicos como a las familias, sobre la utilidad terapéutica de las células madre de la sangre de cordón umbilical, ya sea en el tratamiento de enfermedades del ámbito de la sangre, como leucemias, linfomas, etc., como en el ámbito de la medicina regenerativa, donde se van evidenciando cada día nuevas aplicaciones y que, en los próximos años, se incrementarán sin duda alguna, constituyendo una de las grandes esperanzas de la medicina del futuro.

Y es responsabilidad de los poderes públicos la puesta en marcha de un plan más ambicioso, como se lleva a cabo en Estados Unidos, que mueva a todos los agentes implicados (profesionales médicos, hospitales, depósitos de tejido públicos y privados) para que no se desperdicie algo tan valioso, en palabras del dr. Wagner, eminente especialista americano que formó parte del equipo que realizó el primer trasplante de células madre de sangre de cordón, ya en 1990, y que dijo en una conferencia dictada el 15 de septiembre pasado en el Colegio de Médicos de Madrid: *"En mi país, hasta hace poco tiempo, la sangre de cordón era considerada como un desecho. Hoy pensamos que es un tesoro nacional. No la tiren. Dónenla o guárdenla, pero... ¡no la tiren!"*.



Procter & Gamble
Procter & Gamble
Procter & Gamble
Gamble

Bibliografía

	
Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1338-42.
Título	<p><i>TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) AND INTRAVAGINAL SLINPLASTY (IVS) FOR STRESS URINARY INCONTINENCE: A MULTICENTER RANDOMIZED TRIAL.</i></p> <p>MALLA LIBRE DE TENSION VAGINAL (TVT) Y PLASTIA INTRAVAGINAL (IVS) PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESTRÉS: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO RANDOMIZADO.</p>
Autor/es	Michele Meschia, Paola Pifarotti, Francesco Bernasconi, Fabio Magatti, Riccardi Viganò, Rosanna Bertozzi, Pietro Barbacini.
Objetivo	Este estudio se realizó para comparar la eficacia y morbilidad de dos procedimientos mínimamente invasivos para la incontinencia urinaria de estrés.
Diseño del estudio	Estudio prospectivo multicéntrico randomizado: 190 mujeres con incontinencia urinaria de estrés primaria se randomizaron y se les asignó TVT (n= 95) o IVS (n= 95). Los resultados primarios y secundarios medidos fueron las tasas de éxitos y complicaciones. Para el análisis de datos se usó el software SPSS.
Resultados	A los dos años quedaban 92 y 87 mujeres para los grupos de TVT e IVS, respectivamente, para el análisis de datos. Subjetivamente estaban curadas 80 (87%) y 68 (78%) mujeres, respectivamente. Objetivamente, un estudio de contraste de 1 h. era negativo en 78 (85%) y 63 (72%) pacientes. Ocho de las pacientes asignadas a IVS (9%) tuvieron erosión/infección vaginal, en comparación con ninguna en el grupo de TVT (p<0,01).
Conclusiones	Ambos procedimientos fueron efectivos para la incontinencia de estrés, pero 9% de mujeres tratadas con la IVS requirieron extracción de la malla por erosiones.



Publicación	American journal of obstetrics and Gynecologic (2006) 195, 1366-72.
Título	<p><i>CHARACTERISTICS OF WOMEN GIVING BIRTH AT HOME IN SWEDEN : A NATIONAL REGISTER STUDY.</i></p> <p>CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES QUE DAN A LUZ EN EL DOMICILIO EN SUECIA: UN ESTUDIO NACIONAL.</p>
Autor/es	Department of Caring and Public Health Sciences, Mälardalen University, Västerås, Sweden; Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall, Sweden; Centre for Epidemiology, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden; Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
Objetivo	El objetivo del estudio fue estimar la proporción de partos planificados en domicilio en Suecia para identificar las características de las mujeres que daban a luz en su domicilio.
Diseño del estudio	Este estudio caso-control incluyó a mujeres con registro de partos entre 1992 y 2001 en 352 mujeres que habían dado a luz en su domicilio, y 1760 mujeres que habían dado a luz en el hospital.
Resultados	Se produjeron cuatrocientos treinta y un partos extrahospitalarios durante el período del estudio, y la proporción de partos domiciliarios programados fue menor de 0,5/1000. Las mujeres con parto domiciliario eran más propensas a tener 4 hijos o más (odds ratio 3,7 [1,7 a 9,9]), nacidas en un país europeo distinto de Suecia (odds ratio 3,5 [1,8 a 6,8]), con ingresos familiares por debajo de la media (odds ratio 2,9 [2,0 a 4,1], no trabajar fuera de casa (odds ratio 2,4 [1,7 a 3,5]), tener un alto nivel de educación (odds ratio 2,1 [1,5 a 3,0]) y ser mayor de 35 años (odds ratio 1,7 [1,1 a 2,5]).
Conclusiones	Las mujeres con partos domiciliarios planificados parecen ser un grupo de mujeres con un estilo de vida distinto en comparación con las mujeres suecas en general.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1266–71.
Título	<i>PREGNANCY AFTER UTERINE ARTERY EMBOLIZATION FOR LEIOMYOMATA: A SERIES OF 56 COMPLETED PREGNANCIES.</i> EMBARAZO TRAS LA EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA UTERINA PARA LOS LEIOMIOMAS: UNA SERIE DE 56 GESTACIONES A TÉRMINO.
Autor/es	Woodruff J. Walker, FRCR, Simon J. McDowell, MBCHB.
Objetivo	Este estudio se realizó para evaluar la incidencia y el resultado de los embarazos tras la embolización de la arteria uterina (EAU) para fibromas uterinos sintomáticos.
Diseño del estudio	Se realizó un análisis retrospectivo de todas las gestaciones tras EAU tras una única sesión de radiología intervencionista.
Resultados	Se identificaron cincuenta y seis gestaciones a término en aproximadamente 1.200 mujeres tras EAU. Ciento ocho pacientes habían intentado el embarazo y 33 de éstas lo consiguieron. Treinta y tres (58,9%) de los 56 embarazos tuvieron resultados satisfactorios. Seis (18,2%) de éstas tuvieron partos prematuros. Diecisiete (30,4%) embarazos terminaron en aborto. Hubo 3 interrupciones, dos con feto muerto y 1 gestación ectópica. De los 33 partos, 24 (72,7%) fueron por cesárea. Hubo 13 cesáreas electivas y la indicación de ésta para nueve casos fueron los fibromas. Hubo 6 casos de hemorragia postparto (18,2%).
Conclusiones	En comparación con la población obstétrica general hay un aumento significativo de partos por cesárea y un aumento de partos pretérminos, hemorragias postparto y abortos, y menores tasas de gestación. Cuando se toman en cuenta las características demográficas de la población de estudio estos resultados se pueden explicar parcialmente. No se identificaron otros riesgos obstétricos.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1623–8.
Título	<i>ALPHA-FETOPROTEIN DETECTION OF NEURAL TUBE DEFECTS AND THE IMPACT OF STANDARD ULTRASOUND.</i> DETECCIÓN DE ALFA-FETOPROTEÍNA EN DEFECTOS DEL TUBO NEURAL E IMPACTO DE ECOGRAFÍA ESTÁNDAR.
Autor/es	Jodi S. Dashe, Diane M. Twickler, Rigoberto Santos-Ramos, Donald D. Mintire, Ronald M. Ramus.
Objetivo	El propósito de este estudio fue evaluar la detección de defectos del tubo neural (DTN) conforme a la realización de cribado de alfa-fetoproteína (AFP) sérica o de ecografía estándar.
Diseño del estudio	Se revisaron bases de datos prenatales y neonatales para identificar gestaciones con DTNs de una institución entre enero 2000 y diciembre 2003. El cribado de AFP se había ofrecido a las gestaciones <21 semanas y se consideró elevado si su valor era =2,50 múltiplos de la mediana. Se realizó ecografía estándar por indicaciones específicas en gestaciones de bajo riesgo.
Resultados	Hubo 66 DTNs, 1 por 950 partos. La sensibilidad de la AFP fue del 65 %. Si la edad gestacional usada para el cálculo de AFP se confirmaba por ecografía, la sensibilidad mejoraba a un 86 %. La sensibilidad de la ecografía estándar fue del 100 %. $P < 0,001$ en comparación con el cribado de la AFP. Los DTNs detectados con ecografía estándar se identificaron posteriormente en la gestación, cuando se realizaron otras pruebas por otras indicaciones.
Conclusiones	La ecografía estándar mejora la detección de los DTN sobre el cribado de AFP sólo, al mejorar la sensibilidad del test de AFP e identificar DTNs en gestaciones de bajo riesgo.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1538–43.
Título	<i>PLANNED CESAREAN VERSUS PLANNED VAGINAL DELIVERY AT TERM: COMPARISON OF NEWBORN INFANT OUTCOMES.</i> CESÁREA PROGRAMADA VERSUS PARTO VAGINAL PROGRAMADO A TÉRMINO: COMPARACIÓN DE RESULTADOS NEONATALES.
Autor/es	Toril Kolås, Ola D. Saugstad Anne K. Daltveit, Stein T. Nilsen, Pål Øian.
Objetivo	El propósito de este estudio fue examinar los resultados neonatales entre mujeres con cesárea programada y parto vaginal programado a término.
Diseño del estudio	Este estudio prospectivo se realizó sobre 18.653 partos únicos en los que se representaban 24 unidades maternas durante un período de 6 meses. Los datos se recopilaron del Registro Médico de Nacimiento de Noruega y se analizaron de acuerdo con la intención de la vía de parto.
Resultados	En comparación con los partos vaginales programados, las cesáreas programadas aumentaron las tasas de ingresos de neonatos a la unidad de cuidados intensivos del 5,2% al 9,8% ($p < 0,001$). El riesgo de trastornos pulmonares (taquipnea transitoria del neonato y síndrome de distrés respiratorio) se elevó del 0,8% al 1,6% ($p = 0,01$). No hubo diferencias significativas para los riesgos de test de Apgar bajo y de síntomas neurológicos.
Conclusiones	Un parto por cesárea programada doble tanto la tasa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatal y el riesgo de trastornos pulmonares, en comparación con el parto vaginal programado.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1611–6.
Título	<i>ASSOCIATION OF ASYMPTOMATIC BACTERIAL VAGINOSIS WITH ENDOMETRIAL MICROBIAL COLONIZATION AND PLASMA CELL ENDOMETRITIS IN NONPREGNANT WOMEN.</i> ASOCIACIÓN DE VAGINOSIS BACTERIANA ASINTOMÁTICA CON COLONIZACIÓN ENDOMETRIAL MICROBIANA Y ENDOMETRITIS DE CÉLULAS PLASMÁTICAS EN MUJERES NO EMBARAZADAS.
Autor/es	William W. Andrews, John C. Hauth, Suzanne P. Cliver, Michael G. Conner, Robert L. Goldenberg, Alice R. Goepfert.
Objetivo	Este estudio se realizó para determinar si la vaginosis bacteriana asintomática (VB) está asociada con un aumento de riesgo de colonización microbiana endometrial o endometritis de células plasmáticas en mujeres no gestantes.
Diseño del estudio	En este estudio de cohortes observacional realizado entre agosto de 1995 y agosto de 2001 se realizaron cultivos microbiológicos ($n=769$) e histopatológicos ($n=482$) de muestras endometriales obtenidas de mujeres con parto pretérmino o a término reciente (83 ± 16 días). La endometritis fue definida como la presencia de células plasmáticas. La VB fue definida utilizando los criterios de Amsel y Nugent.
Resultados	La población del estudio fue 71% negra, 29% blanca, 69% soltera, y 31% tenía 12 años o más de educación. Los cultivos endometriales fueron positivos para al menos 1 microorganismo en el 83% ($n=637/769$) de las mujeres y la endometritis de células plasmáticas estaba presente en el 39% ($n=190/482$). La VB estaba presente en 26% ($n=191/722$) según los criterios de Amsel y en el 38% ($n=289/760$) según los criterios de Nugent. Las mujeres con VB según los criterios Nugent (RR [riesgo relativo]= 1,12, IC 95% 1,05-1,19), pero sin VB según los criterios Amsel (RR= 1,06, IC 95% 1,00-1,13) se identificaron para tener cultivo endometrial positivo. Se observó asociación consistente y significativa entre VB (según criterios Amsel o Nugent) y aumento de la frecuencia de colonización endometrial con VB asociada a varios grupos de microorganismos (RR oscilando entre 1,96-4,22). No se observó asociación entre VB y endometritis por células plasmáticas.
Conclusiones	La BV asintomática está asociada con un incremento modesto de probabilidad de colonización microbiana y colonización por la bacteria asociada a la VB, pero no está asociada con la endometritis por células plasmáticas en mujeres no gestantes.



--	--



Publicación	Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Dec; 28 (7); 911-7.
Título	<i>DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FETAL HYPERECHOGENIC CYSTIC KIDNEYS UNRELATED TO RENAL TRACT ANOMALIES: A MULTICENTER STUDY.</i> DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS RIÑONES QUÍSTICOS HIPERECOGÉNICOS FETALES NO RELACIONADOS CON ANORMALIDADES DEL TRACTO URINARIO: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.
Autor/es	Chaumoitre K. , Brun M. , Cassart M. , Maugey-Laulom B. , Eurin D. , Didier F. , Avni E.F. Department of Medical Imaging, Hopital Nord, CHU Marseille , France.
Objetivo	Identificar los factores importantes en el diagnóstico diferencial los quistes renales asociados con riñones hiperecogénicos.
Material y métodos	Estudio multicéntrico retrospectivo. Identificamos 93 fetos entre 1990 y 2002 con riñones hiperecogénicos y que tenían un diagnóstico de nefropatía confirmado después. Analizamos retrospectivamente los hallazgos ecográficos prenatales de aquellos fetos a los que se les encontraron quistes renales.
Resultados	De los 93 fetos que presentaron riñones hiperecogénicos y con un diagnóstico posterior de nefropatía, había 28 con enfermedad autónoma dominante de riñones poliquísticos (EADRP), 31 con enfermedad autónoma recesiva de riñones poliquísticos (EARRP), 11 con síndrome de Bardet-Biedl, 9 con síndrome de Meckel-Gruber, seis con síndrome de Ivemark, uno con síndrome de Jarcho-Levin, uno con síndrome de Beemer y uno con síndrome de Meckel-like. Una tercera parte de los fetos tenía quistes renales. Las características del quiste (tamaño, localización, número), no fueron muy útiles para el diagnóstico; más útil fue el diagnóstico de una malformación asociada. Tres de los fetos con EADRP (11%) tenían quistes, como los tenían nueve (29%) de los que tenían EARRP), tres (27%) de aquellos con síndrome de Bardet-Biedl, todos (100%) los que padecían síndrome de Meckel-Gruber, tres (50%) de los que padecían síndrome de Ivemark II, y cada uno de los tres casos con otros síndromes (Jarcho-Levin, Beemer y Meckel-like). Ninguno de los casos con trisomía, 13 tenía quistes. No hubo malformaciones asociadas en los 12 casos con quistes renales y enfermedad de riñones poliquísticos; los otros 18 casos con quistes renales estaban asociados a malformaciones que eran a menudo específicas, como polidactilia en los síndromes de Bardet-Biedl y Beemer, defectos occipitales y malformación de Dandy-Walker en los síndromes de Meckel-Gruber o Meckel-Gruber-like, y anomalías vertebrales y/o torácicas en los síndromes de Jarcho-Levin y Beemer.
Conclusiones	Los quistes renales asociados a riñones hiperecogénicos no son raros. La clave para diagnosticarlos es la demostración de una malformación asociada. Si no se encuentra malformación, el principal diagnóstico es el de enfermedad poliquística del riñón, p. ej. EADRP o EARRP.



Publicación	Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Dec; 28 (7); 904-10.
Título	<i>IMPERFORATE ANUS: A RELATIVELY COMMON ANOMALY RARELY DIAGNOSED PRENATALLY.</i> ANO IMPERFORADO: UNA ANORMALIDAD RELATIVAMENTE COMÚN, RARAMENTE DIAGNOSTICADA PRENATALMENTE.
Autor/es	Brantberg A. , Blaas H. G. , Haugen S. E. , Isaksen C. V. , Eik-Nes S. H. . National Center for Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, St Olav's Hospital, Trondheim University Hospital, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.
Objetivo	A pesar de la relativa frecuencia con la que aparece el ano imperforado, el diagnóstico prenatal se consigue raramente. En este estudio, investigamos la presencia y el diagnóstico de ano

	imperforado con estrategias para mejorar el diagnóstico prenatal de esta situación.
Material y método	Se evaluaron fetos y recién nacidos con ano imperforado que fueron examinados prenatalmente mediante ecografía en el National Center for Fetal Medicine (NCFM) desde 1987 a 2004.
Resultados	De 69 casos con ano imperforado, sólo 11 (15,9%) fueron diagnosticados prenatalmente, a una gestación media de 18 + 4 semanas (rango 15 + 6 a 35 + 6). En los 11, se observaban dilataciones del recto o de partes distales del intestino. Otras anomalías adicionales, la mayoría diagnosticadas prenatalmente, estuvieron presentes en el 59/69 (85,5%) de los casos. Las anomalías asociadas más frecuentes fueron urogenitales (53,6%). El cariotipo fue anormal en nueve casos (13%). Una evaluación retrospectiva mediante videos de los 22 casos de ano imperforado que no fueron diagnosticados prenatalmente revelaron que era posible sospechar el diagnóstico en 11/22 (50%) de los casos. Dieciséis niños nacieron con ano imperforado sin diagnóstico prenatal de ninguna anomalía. En total, 31/69 (44,9%) de los casos llegaron a término, dos (2,9%) murieron intraútero y 12 (17,4%) murieron postnatalmente. Veinticuatro (34,8%) niños sobrevivieron, incluyendo los 10 con ano imperforado único y siete de los ocho casos con una única anomalía adicional.
Conclusiones	La tasa de detección prenatal de ano imperforado fue solo del 15,9%. El ano imperforado está asociado a menudo con otras anomalías; en este estudio, el 85,5% tenían anomalías adicionales. El diagnóstico prenatal hace posible el consejo prenatal y facilita los cuidados postnatales. Creemos que la tasa de detección prenatal de ano imperforado se puede mejorar. Los examinadores deben intensificar la búsqueda de hallazgos típicos del ano imperforado, especialmente cuando están presentes otras anomalías que frecuentemente acompañan a esta condición.



Publicación	Obstet Gynecol. 2006. Dec; 108 (6):1354- 60.
Título	<i>BREAST CANCER RISK IN POSTMENOPAUSAL WOMEN USING ESTROGEN ONLY THERAPY.</i> RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA CON ESTRÓGENOS SOLOS.
Autor/es	Lyytinen H., Pukkala E., Ylikorkala O.
Objetivo	Evaluar si el riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas con terapia hormonal sustitutiva con estrógenos solos varía con la dosis, la constitución o la vía de administración.
Métodos	Se recogieron del registro médico nacional todas las mujeres finlandesas de más de 50 años que recibieran estradiol transdérmico u oral (n=84,729), estradiol oral (n=7.941), o estrógenos vaginales (18.314) durante por lo menos 6 meses entre 1994 y 2001. Fueron estudiadas, con la ayuda del Registro de Cáncer Finlandés, de cáncer de mama hasta finales del 2002.
Resultados	Fueron identificadas en total 2.171 mujeres con cáncer de mama. La incidencia de cáncer de mama con estradiol sistémico durante menos de 5 años fue de 0,93 (95% de confianza con un intervalo de 0,80- 1,04) y con el uso de estradiol durante 5 años o más, 1,44 (1,29- 1,59). En los casos de estradiol oral y transdérmico, el riesgo de cáncer de mama fue similar. El riesgo fue más elevado con dosis superiores de 1,9 mg/dl vía oral, mientras que el riesgo asociado a la vía transdérmica no fue dosis dependiente. La incidencia del cáncer de mama de tipo lobulillar (1,58) fue ligeramente mayor que la del tipo ductal (1,36). En relación a la extensión del cáncer, el uso de estradiol se asoció a ambos tipos, cáncer localizado (1,45; 1,26- 1,66) y cáncer con extensión ganglionar (1,35; 1,09- 1,65). La incidencia del carcinoma in situ (n= 32), aumentó con el uso de estradiol (2,43; 1,66- 3,42).
Conclusiones	El uso de estradiol durante 5 años o más, vía oral o transdérmica, multiplica por 2 o por 3 los casos de cáncer de mama por cada 1.000 mujeres seguidas durante 10 años. Utilizados durante menos de 5 años, vía oral o vía transdérmica, no está asociado a una elevación del riesgo de cáncer de mama. NIVEL DE EVIDENCIA: II- 2.



Publicación	Obstet Gynecol. 2006 Dec; 108 (6): 1381-7.
Título	<i>EFFECT OF MIFEPRISTONE FOR SYMPTOMATIC LEIOMYOMATA ON QUALITY OF LIFE</i>

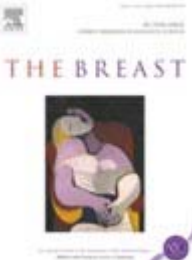
	<p><i>AND UTERINE SIZE: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.</i></p> <p>EFFECTO DE LA MIFEPRISTONA EN LA CALIDAD DE VIDA Y EN EL TAMAÑO UTERINO EN RELACIÓN A MIOMAS SINTOMÁTICOS.</p>
Autor/es	Fiscella K., Eisinger S. H., Meldrum S., FENA C., Fisher S. G., Guzick D. S.
Objetivo	Calcular el efecto de una dosis baja de Mifepristona en la calidad de vida, el dolor, el sangrado y el tamaño uterino en mujeres con miomas sintomáticos.
Método	Se randomizaron 42 mujeres con miomas sintomáticos y úteros con un volumen de 160 ml o más. A unas se les administró 5 mg de mifepristona diaria y a las otras un placebo, durante un total de 26 semanas. Al inicio se calculó la calidad de vida (Cuestionario de calidad de vida de fibromas uterinos sintomáticos) y el tamaño del útero y de los miomas por ecografía; se reevaluaron estos parámetros al mes, a los 3 meses y a los 6 meses del tratamiento. El sangrado (diario y gráficas) y el dolor (cuestionario del dolor McGill) fueron controlados mensualmente. La patología endometrial se controló al inicio y a los 6 meses.
Resultados	De las 42 mujeres randomizadas, 37 completaron los 6 meses de tratamiento. Las mujeres tratadas con Mifepristona, experimentaron una mejora en cuanto a la calidad de vida. Un 41% se quedaron amenorreicas; los índices de anemia, mejoraron y el tamaño uterino se redujo un 47%. Comparado con el grupo placebo, los resultados fueron significativamente mejores en el grupo de las mujeres tratadas ($p < 0,05$ hasta 0,001). No hubo diferencias significativas en cuanto a efectos adversos. No se registró ninguna hiperplasia endometrial.
Conclusión	La Mifepristona a dosis bajas mejora la calidad de vida de las mujeres con miomas y reduce el tamaño de los miomas sintomáticos.
	NIVEL DE EVIDENCIA : I- 1.



Publicación	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Dec;129(2):135-9.
Título	<p><i>EFFECT OF PETHIDINE ADMINISTERED DURING THE FIRST STAGE OF LABOR ON THE ACID-BASE STATUS AT BIRTH.</i></p> <p>EFFECTO DE LA PETIDINA SOBRE EL EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE FETAL CUANDO SE ADMINISTRA EN LA PRIMERA FASE DEL PARTO.</p>
Autor/es	Claudio G. Sosa, Pierre Buekens, Janet M. Hughes, Erica Balaguer, Gonzalo Sotero, Ruben Panizza, Hector Piriz and Justo G. Alonso.
Objetivo	Evaluar la asociación entre el uso de petidina en la primera fase del parto y la presencia, tipo y cronología de acidosis en el recién nacido.
Diseño del estudio	Ensayo clínico randomizado, sobre gestaciones únicas a término y trabajo de parto distócico, que obliga a un manejo activo del mismo. Las mujeres fueron randomizadas hacia recibir 100 mg de petidina o placebo. El análisis estadístico se realizó mediante χ^2 o Test exacto de Fisher, para proporciones, y regresión lineal múltiple para variables continuas.
Resultados	383 mujeres embarazadas, con una muestra de sangre arterial de cordón válida, fueron incluidas en el análisis final. En el grupo de petidina se encontraron unos niveles de PH y de bicarbonato más bajos que el grupo de placebo, así como también, unos niveles de CO ₂ más elevados. En el grupo de petidina se encontró una incidencia mayor de acidosis ($pH < 7.12$ OR: 8.59 95% IC 3.29, 22.46). La mayor frecuencia de acidosis se encontró cuando el intervalo entre la administración de petidina y el parto fue de 5 horas.
Conclusión	La administración de petidina en la primera fase del parto se asocia a un mayor riesgo de acidosis en el recién nacido.



--	--

	
Publicación	The Breast, December 2006; 15: 736-43.
Título	<p><i>THE DIAGNOSTIC IMPACT OF CONTRAST-ENHANCED MRI IN MANAGEMENT OF BREAST DISEASE.</i></p> <p>IMPACTO DIAGNÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA REALIZADA CON CONTRASTE EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD MAMARIA.</p>
Autor/es	Sara S. Upponi, Ruth M.L. Warren.
Resumen	<p>Para un uso efectivo, el impacto diagnóstico de la resonancia magnética realizada con contraste (CE-MRI) en el manejo de la patología mamaria debe ser cuantificado. Este es un estudio retrospectivo de 441 mujeres a las que se les ha realizado una CE-MRI desde el 1 de julio de 1997 hasta el 25 de marzo de 2002. Las indicaciones de CE-MRI fueron diagnósticas en 176 de las ocasiones, monitorización de quimioterapia en 126 casos y en 139 casos se realizó para screening de cáncer de mama. Los resultados de la CE-MRI fueron confusos o incorrectos en el 6% del grupo diagnóstico, 13% en el grupo de quimioterapia y 9% en el grupo de screening. En 18 casos la CE-MRI provocó la realización de más pruebas para aclarar la duda clínica. La CE-MRI condujo a un aumento de la confianza o cambio en el plan clínico en el 46% del grupo diagnóstico, 72% del grupo de quimioterapia y 80% del grupo de screening. En 44 casos la CE-MRI causó un cambio beneficioso en el plan clínico basado en la radiología convencional.</p> <p>La CE-MRI provoca un impacto diagnóstico positivo frente a la técnica de imagen convencional en una proporción clínica importante de pacientes, pero con una pequeña proporción de falsos positivos (8,6%).</p>



Publicación	The Breast, December 2006; 15: 777-81.
Título	<p><i>MULTIPLE PAPILOMAS OF THE BREAST: IS CURRENT MANAGEMENT ADEQUATE?</i></p> <p>PAPILOMAS MÚLTIPLES DE LA MAMA : ¿ES ADECUADO EL TRATAMIENTO HABITUAL?</p>
Autor/es	Kaur Harjit, Peter C. Willsher, Michelle Bennett, Lee R. Jackson, Cecily Metcalf, Christobel M. Saunders.
Resumen	<p>Los papilomas múltiples (PM) mamarios son objeto de debate a causa de su significado y manejo clínico y patológico. Hasta la fecha el tratamiento ideal no está bien establecido. El Royal Perth Multidisciplinary Breast Service ha acumulado prospectivamente datos clínicos y patológicos de más de 9.000 pacientes desde 1994. La base de datos fue analizada y todos los informes anatomopatológicos revisados. Un total de 23 casos con diagnóstico de PM fueron recuperados entre 1994 y 2004. De esos 23 casos, 13 (56,5%) fueron diagnosticados mediante biopsia con mamotomo, 9 (39,1%) mediante biopsia escisional y 1 (4,4%) fue un hallazgo en una pieza de mastectomía.</p> <p>La media de edad de las pacientes fue de 56,4 años (rango 44-74 años). La media de duración del seguimiento fue de 4,1 años (rango 1-10 años). En nuestra serie se evidenció una estrecha asociación entre PM y malignidad, lo cual se relacionó a su vez con un espectro de enfermedad proliferativa mamaria. Deberían desarrollarse guías actualizadas para esta situación controvertida. Nosotros recomendamos que todas las pacientes con PM, especialmente si se asocian a atipia, deben ser sometidas a una amplia escisión quirúrgica con márgenes libres de lesión de al menos 10 mm . y además esas pacientes deben ser monitorizadas estrechamente con controles anuales de imagen.</p>



Publicación	Fertil Steril. 2006 Dec;86(6):1596-600
Título	<i>LASER VERSUS MECHANICAL ASSISTED HATCHING: A PROSPECTIVE STUDY OF CLINICAL OUTCOMES.</i> ASSISTED HATCHING CON LÁSER VERSUS MECÁNICO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS.
Objetivo	Comparar los resultados clínicos del assisted hatching (AH) con láser frente al mecánico, en mujeres de edad avanzada, a quienes se les realizarán técnicas de FIV o ICSI.
Diseño del estudio	Estudio prospectivo y randomizado, llevado a cabo en el Centro de reproducción humana de Atenas (Grecia), sobre 316 mujeres =39 años, con infertilidad primaria, inmersas en programas de FIV/ICSI y con embriones viables para la transferencia en el día 3. Dichas pacientes fueron randomizadas hacia assisted hatching con láser o mecánico.
Intervenciones	Hiperestimulación ovárica controlada, recuperación de oocitos, FIV/ICSI, assisted hatching con láser o mecánico y transferencia embrionaria.
Principales resultados medibles	Tasa de implantación, tasa de embarazo clínico, tasa de embarazo viable.
Resultados	La tasa de implantación fue significativamente mayor en el grupo de AH con láser. Las tasas de embarazo clínico y viable fueron mayores (pero no significativas) en el grupo de AH con láser.
Conclusión	El uso del láser en el AH, comparado con las técnicas mecánicas, puede tener resultados clínicos mejores, en mujeres de edad avanzada que se someten a técnicas de FIV/ICSI.



Publicación	Fertil Steril. 2006 Dec;86(6):1659-1663.
Título	<i>EXPRESSION OF THE HSPA2 GENE IN EJACULATED SPERMATOZOA FROM ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT VARICOCELE.</i> EXPRESIÓN DEL GEN HSPA2 EN ESPERMATOZOIDES EYACULADOS DE ADOLESCENTES CON Y SIN VARICOCELE.
Objetivo	Evaluar la expresión del mRNA del gen HSPA2 en espermatozoides eyaculados de adolescentes con y sin varicocele.
Diseño	Estudio prospectivo y controlado, llevado a cabo sobre adolescentes con diagnóstico clínico de varicocele en grado II y III y adolescentes sin varicocele.
Intervenciones	RT- PCR del gen HSPA2.
Resultados	La expresión del gen HSPA2 fue significativamente menor en el esperma de adolescentes con varicocele y oligozoospermia frente al de adolescentes sin varicocele (controles) y adolescentes con varicocele y concentración normal de esperma (p<.05).
Conclusión	Éste es el primer informe acerca de la expresión del gen HSPA2 en el eyaculado de adolescentes y su relación con el varicocele. Los resultados demuestran que la expresión del gen HSPA2 está disminuida en adolescentes con varicocele y oligozoospermia. La expresión fue mayor, aunque no significativa en los adolescentes sin varicocele y concentración normal de

esperma. Creemos que la expresión de este gen puede representar un marcador molecular de la adquisición de tolerancia térmica de los espermatozoides eyaculados.



Publicación	Fertil Steril. 2006 Dec;86(6):1694-1701.
Título	<i>LASER VERSUS MECHANICAL ASSISTED HATCHING: A PROSPECTIVE STUDY OF CLINICAL OUTCOMES.</i>
	EFFECTOS DE LA METFORMINA Y EL CITRATO DE CLOMIFENO SOBRE LA VASCULARIZACIÓN DEL OVARIO EN MUJERES AFECTAS DE SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO.
Objetivo	Evaluar los efectos de la metformina y el citrato de clomifeno (CC) sobre la perfusión sanguínea del ovario y la vascularización perifolicular y del cuerpo lúteo, en mujeres anovuladoras con Síndrome del Ovario Poliquístico (SOP).
Diseño del estudio	Estudio de cohortes prospectivo, llevado a cabo en la Universidad Magna Graecia de Catanzaro, sobre 78 mujeres anovuladoras, no obesas y afectas de SOP, divididas en dos grupos de estudio: uno con 40 mujeres a quienes se les administró metformina (850 mg dos veces al día) más placebo y otro con 38 mujeres a quienes se les administró CC (150 mg durante 5 días) más placebo. El grupo control estaba representado por 30 mujeres sanas sin alteraciones del ciclo ovárico.
Intervenciones	Ecografías vaginales seriadas.
Principales resultados medibles	Impedancia del flujo sanguíneo de la arteria ovárica, dimensiones y vascularización del folículo dominante y del cuerpo lúteo.
Resultados	No se observaron diferencias, en ningún parámetro, entre los ciclos ovuladores obtenidos en el grupo de metformina frente al grupo control. En los ciclos ovuladores del grupo de CC, los valores del flujo ovárico y vascularización perifolicular y peri cuerpo lúteo fueron significativamente diferentes de los del grupo control y de metformina.
Conclusión	En mujeres con SOP que ovulan tras el tratamiento con metformina, el flujo sanguíneo ovárico es similar al observado en mujeres sanas, mientras que la administración de CC reduce la vascularización ovárica, especialmente la perifolicular.



Publicación	Fertil Steril. 2006 Dec;86(6):1731-1735.
Título	<i>A PROSPECTIVE EVALUATION OF UTERINE ABNORMALITIES BY SALINE INFUSION SONOHYSTEROGRAPHY IN 1,009 WOMEN WITH INFERTILITY OR ABNORMAL UTERINE BLEEDING.</i>
	ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LAS ANORMALIDADES UTERINAS DE 1.009 MUJERES CON INFERTILIDAD O HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, DETECTADAS POR SONOHISTEROGRAFÍA.
Objetivo	Evaluar el papel de la sonohisterografía (SIG) en el estudio de las malformaciones uterinas de pacientes con problemas de infertilidad frente a mujeres con hemorragia uterina anormal (HUA).
Diseño del estudio	Estudio de cohortes prospectivo sobre 1009 mujeres estudiadas por problemas de infertilidad (n=600, Grupo de infertilidad) o de metrorragia uterina anormal (n=409, Grupo de HUA).
Intervenciones	SIG.
Principales resultados medibles	Anormalidades intracavitarias y anomalías uterinas.
Resultados	Entre las mujeres del grupo de infertilidad, 97 (16,2%) tuvieron anomalías intracavitarias, incluyendo pólipos (13%), miomas submucosos (2,8%) y adherencias (0,3%). Estas anomalías fueron significativamente más frecuentes en el grupo de HUA (39,6%. n=162), pólipos (29,8%), miomas submucosos (9,0%) y adherencias (0,7%). Por el contrario, las anomalías uterinas fueron significativamente mayores en el grupo de infertilidad (20%, n=120), comparado con el grupo de HUA (9,5%, n=39). El útero arcuato fue el hallazgo más común (15%

Conclusión

vs 6,4%, grupo de infertilidad versus grupo HUA, respectivamente).

La SIG reveló un importante porcentaje de pacientes infértiles con anomalías intracavitarias y anomalías uterinas. Dada la seguridad de la técnica, la tolerabilidad y la facilidad técnica, la SIG debería ser realizada rutinariamente en el estudio de mujeres infértiles o con problemas de sangrados uterinos anormales.

Artículo



Guía para la prevención de defectos congénitos publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo 2006

Necesidades de yodo durante la gestación

Base Científica

El yodo es un nutriente necesario para la salud y el desarrollo de las personas y los animales porque es imprescindible para la síntesis de la tiroxina, la cual, además de modular la actividad metabólica de la mayor parte de las células del organismo, juega un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo de todos los órganos, especialmente el cerebro.

Si una mujer embarazada ingiere menos yodo del necesario, puede presentar una hipotiroxinemia que repercute negativamente e irreversiblemente sobre el cerebro en desarrollo de su hijo. La ingesta insuficiente de yodo en el niño pequeño también puede afectar al desarrollo de su cerebro si le produce una hipotiroxinemia. Las únicas fuentes de yodo en el niño lactante son la leche de su madre, o las fórmulas infantiles si no toma pecho, lo que obliga a garantizar también un aporte suficiente de yodo a la madre lactante.

La repercusión sobre el desarrollo cerebral fetal y neonatal es la consecuencia más importante y grave del déficit nutricional de yodo, y es la causa de que su erradicación se haya convertido en una prioridad mundial en salud pública. No debemos olvidar que la hipotiroxinemia materna secundaria a la yododeficiencia puede afectar también al desarrollo de otros órganos y ser responsable de retrasos de crecimiento intrauterino, hipoacusia permanente y defectos congénitos varios, que gravan la morbimortalidad perinatal e infantil.

Las necesidades mínimas de yodo en un individuo adulto sano son de tan sólo 150 mcg/día, pero para garantizarlas es preciso consumir alimentos enriquecidos con yodo, especialmente la sal yodada, porque los alimentos naturales son pobres en yodo. En la mujer embarazada y lactante las necesidades aumentan hasta 250 mcg/día y no son garantizadas suficientemente con el consumo de alimentos enriquecidos con yodo, por lo que es necesario utilizar un suplemento extra de yodo en forma de yoduro potásico.

Situación en España

Actualmente, en la mayor parte de Europa, España incluida, existe cierto grado de yododeficiencia que afecta a más de 600 millones de europeos. La población diana son mujeres embarazadas con restricción de sal durante la gestación junto a las necesidades aumentadas en ese período hace que sean en nuestro medio los grupos con mayor riesgo de yododeficiencia.

Todos los estudios realizados en España como en el resto de Europa sobre yododeficiencia y embarazo muestran que la mayoría de las embarazadas presentan yododeficiencia con hipotiroxinemia secundaria, y por lo tanto riesgo para la integridad de su descendencia.

Recomendaciones

La mejor estrategia para evitar el déficit de yodo en la población general es el consumo habitual de sal yodada, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y el Consejo Internacional para el Control de los Trastornos por Déficit de Yodo (Iccidd), y aportar como preparado farmacológico un suplemento extra de al menos 200 mcg de yodo al día a las mujeres embarazadas, a las lactantes, y a aquellas que estén planeando un embarazo.

Si la yododeficiencia es un gravísimo problema de salud pública, la sobrecarga yodada en el período perinatal por utilizar antisépticos yodados para la antisepsia cutánea de la madre y/o del recién nacido sigue siendo una yatrogenia frecuente a pesar de estar formalmente contraindicados. La sobrecarga yodada no sólo altera los resultados del cribado neonatal de hipotiroidismo congénito por bloquear transitoriamente el tiroides del RN e invalida la prevalencia de la hipertirotropinemia neonatal como indicador de la deficiencia de yodo, sino que incluso

puede afectar negativamente al cerebro y al oído interno en esa fase tan sensible a las hormonas tiroideas.

- El yodo es indispensable para que el tiroides sintetice la tiroxina.
- La tiroxina es necesaria para el crecimiento y desarrollo del cerebro.
- Una deficiencia de yodo durante el embarazo y la primera infancia puede producir una hipotiroxinemia que afecte negativamente e irreversiblemente al cerebro en desarrollo.
- La dieta natural es pobre en yodo por lo que es necesario consumir alimentos enriquecidos con yodo (sal yodada).
- La mujer embarazada y lactante necesita un suplemento extra de al menos 200 mcg de yodo al día en forma de yoduro potásico.
- Este suplemento de yodo debería iniciarse antes del inicio del embarazo, o lo más precozmente posible, y mantenerlo hasta el final de la lactancia.
- No se puede utilizar antisépticos yodados para la antisepsia cutánea de la madre y/o del recién nacido porque causan yatrogenia.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

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 902 101 372 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



Publicación elaborada por IM&C International Marketing & Communication, S. A.

Alberto Alcocer, 13, 1º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Persona de contacto: José María Hijarrubia. produc@imc-sa.es