

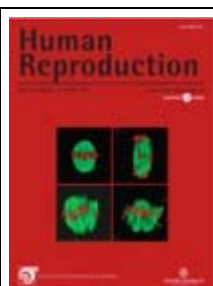


Coordinado por la doctora Teresa Redondo

Médicos colaboradores:  
Ana Martínez Lara, Belén Gómez, Jesús de la Fuente,  
Inmaculada Orensanz e Ignacio Zapardiel.





## Bibliografía



|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Publicación</b> | Human Reproduction 2007; 22 (10): 2647-2652; doi: 10.1093/humrep/dem244.  |
| <b>Título</b>      | <i>CERVICAL PRIMING WITH SUBLINGUAL MISOPROSTOL PRIOR TO INSERTION OF AN INTRAUTERINE DEVICE IN NULLIPAROUS WOMEN: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.</i><br><br>DILATACIÓN CERVICAL CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL PREVIO A LA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN MUJERES NULÍPARAS: ESTUDIO RANDOMIZADO.   |
| <b>Autor/es</b>    | Sääv I, Aronsson A, Marions L, Stephansson O and Gemzell-Danielsson K.  |
| <b>Objetivo</b>    | El dispositivo intrauterino es un método contraceptivo muy efectivo y seguro, incluso en mujeres nulíparas. Sin embargo, la inserción de un DIU a lo largo de cuellos estrechos puede ser técnicamente difícil. El misoprostol ha sido reconocido como efectivo en la dilatación cervical en mujeres nulíparas previo a la histeroscopia.   |
| <b>Métodos</b>     | 80 mujeres nulíparas que solicitaron un dispositivo intrauterino fueron randomizadas a recibir 400 µg de misoprostol y 100 mg de diclofenaco (grupo de misoprostol) o sólo 100 mg de diclofenaco (grupo control) 1h antes de la inserción de los tallos de Hegar. La facilidad de la inserción fue juzgada por el investigador. Fueron recogidos dolor, sangrado y efectos secundarios en el momento de la inserción y durante un seguimiento de un mes.  |
| <b>Resultados</b>  | Durante el tratamiento con misoprostol la inserción fue significativamente más sencilla que en el grupo control [ $P=0,039$ , diferencia 19,36%, intervalo de confianza (CI) -0,013, 39,99]. El dolor estimado en una escala visual (1-10) no mostró evidencia de diferencia entre grupos. El conjunto de la distribución de los efectos secundarios no mostró diferencias. Sin embargo, el temblor fue más común en el grupo de misoprostol ( $P=0,0084$ , diferencia 23,27%, CI 6,64, 39,90). |
| <b>Conclusión</b>  | El misoprostol facilita la inserción del DIU y reduce el número de intentos difíciles y fallidos en la inserción en mujeres con cuellos estrechos. La pauta óptima de misoprostol tiene que ser definida.   |



|  |  |
|--|--|
|  |    |
| <b>Publicación</b>   | American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: 374.e1-374.e3.  |
| <b>Título</b>  | <p><i>FIRST TRIMESTER RISK ASSESSMENT FOR TRISOMIES 21 AND 18 IN TWIN PREGNANCY.</i></p> <p>CONFIRMACIÓN DE RIESGO DE TRISOMÍAS 21 Y 18 EN EL PRIMER TRIMESTRE EN GESTACIÓN GEMELAR.</p>   |
| <b>Autor/es</b>  | Chasen ST, Perni SC, Kalish RB and Chervenak FA.   |
| <b>Objetivo</b>  | Nuestro objetivo fue describir el papel de la confirmación del riesgo en el primer trimestre en gestaciones gemelares.   |
| <b>Diseño del estudio</b>  | Se incluyeron las gestaciones gemelares que se sometieron a la confirmación del riesgo en nuestra unidad de ecografías desde 2003 a 2006. Se proporcionó para cada gemelo el riesgo ajustado para trisomías 21 y 18 que estaba basado en edad, translucencia nucal (TN) y bioquímica. Las tasas de detección de síndrome de Down y trisomía 18 se calcularon por edad/TN y edad/TN/bioquímica en una tasa de cribado del 5% de gestaciones.                      |
| <b>Resultados</b>  | Se incluyeron 535 gestaciones. La edad materna media fue 34 años, con un 47% de mujeres de 35 años. Hubo 7 fetos en 5 gestaciones bicoriales con síndrome de Down y 3 fetos en 2 gestaciones con trisomía 18. Para una tasa del 5% de falsos positivos, la edad/TN identificó un 83,3% de síndromes de Down y un 66,7% de gestaciones con trisomía 18. Al añadir los resultados a la bioquímica las tasas de detección de ambas enfermedades alcanzaron el 100%. |
| <b>Conclusión</b>  | La adición de la bioquímica puede aumentar la confirmación del riesgo en el primer trimestre en gestaciones gemelares. Se necesitan más estudios con mayor número de gestaciones afectadas.  |



|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Publicación</b>        | American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: 426.e1-426.e7.  |
| <b>Título</b>             | <p><i>DOES KNOWLEDGE OF CERVICAL LENGTH AND FETAL FIBRONECTIN AFFECT MANAGEMENT OF WOMEN WITH THREATENED PRETERM LABOR? A RANDOMIZED TRIAL.</i></p> <p>¿AFECTA EL CONOCIMIENTO DE LA LONGITUD CERVICAL Y LA FIBRONECTINA FETAL EN EL MANEJO DE MUJERES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO? ESTUDIO RANDOMIZADO.</p>   |
| <b>Autor/es</b>           | Ness A, Visintine J, Ricci E and Berghella V.  |
| <b>Objetivo</b>           | El propósito de este estudio era estimar el efecto de la evaluación de la longitud cervical (LC) ecográfica y la fibronectina fetal (FNF) y los resultados en mujeres con amenaza de parto pretérmino (APP).   |
| <b>Diseño del estudio</b> | Se randomizaron a las mujeres con amenaza de parto pretérmino en un grupo en el que se conocían los resultados (resultados de LC y FNF accesibles y utilizados según el protocolo del estudio) o a un grupo estándar (ciego para la LC y FNF). El resultado primario fue la duración de la evaluación en el triaje.  |
| <b>Resultados</b>         | Se randomizaron cien mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la duración de la evaluación, pero en las mujeres con LC=30 mm, el tiempo medio para la evaluación fue significativamente mayor en el grupo en el que se conocía (1:58 h<0:50 vs 2:53 h<0:50, p=0,004). La incidencia de parto pretérmino espontáneo (PPE) en el grupo de conocimiento previo de los datos se redujo significativamente (13,0 vs 36,2%, p=0,01). |
| <b>Conclusión</b>         | El conocimiento previo de la LC y la FNF se asoció con reducción en la duración de la evaluación en mujeres con LC=30 mm y en la incidencia de PTE en todas las mujeres con APP.   |



|  |  |
|--|--|
|  |  |
| <b>Publicación</b>                     | Fertil Steril. 2007 Nov; 88 ( 5 ): 1413-1426.  |
| <b>Título</b>                          | <p><i>ADEPT (ICODEXTRIN 4% SOLUTION) REDUCES ADHESIONS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ADHESIOLYSIS: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED, CONTROLLED STUDY.</i></p> <p>ADEPT (SOLUCIÓN DE ICODEXTRINA) REDUCE LAS ADHERENCIAS SECUNDARIAS A LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA : UN ESTUDIO RANDOMIZADO, CONTROLADO Y DOBLE CIEGO.</p> |
| <b>Autor/es</b>                        | Colin B. Brown, Anthony A. Luciano, Dan Martin, Elizabeth Peers, Alison Scrimgeour and Gere S. diZerega.   |
| <b>Objetivo</b>                        | Evaluar la eficacia y seguridad de Adept (solución de icodextrina) en la reducción de adherencias tras cirugía laparoscópica ginecológica.   |
| <b>Diseño</b>                          | Estudio prospectivo, controlado, randomizado y doble ciego, comparando Adept con una solución de ringer lactato (SRL).   |
| <b>Lugar</b>                           | Maternidad y Hospital Universitario de Turquía.  |
| <b>Pacientes</b>                       | 402 mujeres randomizadas intraoperatoriamente (203 Adept y 199 SRL). Second Look a las 4-8 semanas. En ambas ocasiones se analizaron la incidencia, severidad y extensión de las adherencias.  |
| <b>Principales resultados medibles</b> | Número de mujeres que experimentaron mejoría clínica. Se determinaron otros parámetros establecidos por la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS).   |
| <b>Resultados</b>                      | El 49% de las mujeres del grupo de Adept experimentaron una mejoría clínica significativa frente al 38% del otro grupo. Además, las pacientes de Adept obtuvieron unos scores de la AFS más bajos que los del grupo de ringer lactato. Ambos tratamientos fueron seguros.  |
| <b>Conclusiones</b>                    | Este es el primer estudio randomizado y doble ciego sobre un agente reductor de adherencias. Este estudio ha demostrado que Adept es un agente reductor de adherencias seguro y efectivo.  |



|                    |  |
|--------------------|--|
|                    |  |
| <b>Publicación</b> | European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. November 2007; 135: 41-46. |



|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Título</b>             | <i>PREGNANCY OUTCOME IN PRIMIPARAE OF ADVANCED MATERNAL AGE.</i><br>RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN PRIMÍPARAS CON EDAD MATERNA AVANZADA.  |
| <b>Autor/es</b>           | Ilse Delbaere, Hans Verstraelen, Sylvie Goetgeluk, Guy Martens, Guy De Backer and Marleen Temmerman.   |
| <b>Objetivo</b>           | Investigar el impacto de la edad materna en los resultados obstétricos, teniendo en cuenta factores intermediarios y de confusión.   |
| <b>Material y métodos</b> | En este estudio de cohortes retrospectivo se estudió una población de mujeres primíparas de 35 años de edad o más (n=2.970), que dieron a luz a un hijo único de al menos 500 gr; se compararon los datos con los de mujeres primíparas con edades comprendidas entre 25–29 años de edad (n=23.921). Se utilizaron análisis univariantes para evaluar el efecto de la edad materna sobre los resultados obstétricos. Los efectos de los factores intermedios (hipertensión, diabetes y reproducción asistida) y de confusión (nivel de educación) se evaluaron con análisis multivariantes de regresión logística. |
| <b>Resultados</b>         | Una mayor edad materna se relaciona, independientemente de los factores intermedios y de confusión, con nacimientos muy pretérmino (edad gestacional < 32 semanas) [odds ratio ajustada (AOR) 1,51, intervalo de confianza (IC) del 95% 1,04-2,19], bajo peso (peso al nacimiento < 2.500 gr) (AOR 1,69, IC 95% 1,47-1,94) y muerte perinatal (AOR 1,68, IC 95% 1,06-2,65).  |
| <b>Conclusiones</b>       | La edad materna es un factor de riesgo importante e independiente para resultados obstétricos adversos.  |



|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Publicación</b>        | European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. November 2007; 135: 76-82.  |
| <b>Título</b>             | <i>GOOD EFFICIENCY OF INTRAUTERINE INSEMINATION PROGRAMME FOR SERODISCORDANT COUPLES WITH HIV-1 INFECTED MALE PARTNER: A RETROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY.</i><br><br>BUENA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE INSEMINACIÓN INTRAUTERINA PARA PAREJAS SERODISCORDANTES CON LA PARTE MASCULINA INFECTADA CON VIH-1: UN ESTUDIO COMPARATIVO RETROSPECTIVO.   |
| <b>Autor/es</b>           | Louis Bujan, Martin Sergerie, Nicolas Kiffer, Nathalie Moinard, Genevieve Seguela, Brigitte Mercadier, Pascale Rhone, Christophe Pasquier and Myriam Daudin.  |
| <b>Objetivo</b>           | Las técnicas de reproducción asistida pueden minimizar el riesgo de contaminación femenina cuando la pareja está infectada por VIH. El principal objetivo de este estudio fue investigar la efectividad del lavado del espermatozoides y la inseminación intrauterina en estas parejas.   |
| <b>Material y métodos</b> | Estudio retrospectivo comparativo. 84 parejas serodiscordantes VIH-1 bajo 294 IIU. El grupo control estaba compuesto por 90 parejas (320 ciclos de IIU) con donante de espermatozoides. Los espermatozoides de la pareja infectada por VIH fueron preparados y probados para VIH-1 de acuerdo con el método de lavado del espermatozoides. Los espermatozoides de los VIH y los donantes masculinos fueron congelados antes de la IIU. Las IIU se realizaron después de estimulación ovárica. Los resultados que se estudiaron principalmente fueron la tasa de embarazo por ciclo y la tasa de niños por pareja. |
| <b>Resultados</b>         | Aunque la tasa de embarazo y los niños fueron más altas en IIU con espermatozoides lavados que en las IIU usando espermatozoides de donante (18,0 frente a 14,7 y 52,4 frente a 41,1, respectivamente), las diferencias no eran estadísticamente significativas. En parejas serodiscordantes los niveles en sangre de estradiol bajo estimulación ovárica y la motilidad total del espermatozoides inseminado fueron un factor determinante para los embarazos conseguidos. No hubo ninguna contaminación femenina por VIH-1.   |
| <b>Conclusiones</b>       | Este estudio demuestra que el lavado del espermatozoides y la IIU son altamente efectivos para permitir a las parejas serodiscordantes con la parte masculina de la pareja infectada por VIH tener un hijo.   |



|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

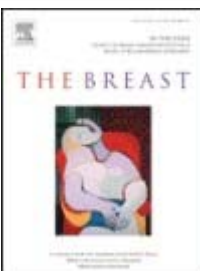

|   |   |
|---|---|
|  |    |
| <b>Publicación</b>  | Obstetrics & Gynecology. 110(4): 849-854, Octubre 2007.   |
| <b>Título</b>   | <i>OBSTETRIC OUTCOMES IN CANCER SURVIVORS.</i><br>RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN SOBREVIVIENTES DEL CÁNCER.  |
| <b>Autor/es</b>   | Clark H, Kurinczuk JJ, Lee AJ and Bhattacharya S.   |
| <b>Objetivo</b>   | Determinar resultados obstétricos y neonatales en mujeres con un episodio anterior de cáncer.   |
| <b>Material y métodos</b>   | Los datos fueron obtenidos del Registro Escocés de Cáncer y los datos rutinariamente recogidos en los hospitales de maternidad escoceses. Fueron comparados los resultados obstétricos de un primer embarazo, que finalizaron entre los años 1980 y 2005, en 917 mujeres con antecedente de cáncer y 5.496 mujeres sin él.  |
| <b>Resultados</b>   | La edad media de parto fue de 29 años (desvío estándar 5,66) en el grupo de expuestas y 26 años (desvío estándar 5,62) en las no expuestas, =P<,001. La regresión logística múltiple demostró que los sobrevivientes de cáncer tenían índices mayores de hemorragia postparto (odds ratio [OR] 1,56, intervalo de la confianza [CI] del 95% 1,09-2,23) y cesárea o parto instrumental (abdominal o vaginal) (OR 1,33, CI 95%: 1,14-1,54). En el parto pretérmino (<37 semanas de gestación) también se encontró un índice más alto en este grupo comparado con las mujeres que no tuvieron cáncer (OR 1,33, CI 95%: 1,01-1,76). |
| <b>Conclusiones</b>   | Mientras se tranquiliza a las mujeres que sobrevivieron a un cáncer que se proponen quedar embarazadas, los resultados indican que presentan mayor riesgo, por lo que requieren vigilancia adicional.<br><br><b>Nivel de evidencia: II</b>  |



|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Publicación</b>        | Obstetrics & Gynecology. 110(4): 780-787, Octubre 2007.   |
| <b>Título</b>             | <i>EFFECT OF HORMONE THERAPY ON EXERCISE CAPACITY IN EARLY POSTMENOPAUSAL WOMEN.</i><br>EFECTO DE LA TERAPIA HORMONAL SOBRE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO EN LAS MUJERES CON MENOPAUSIA TEMPRANA.   |
| <b>Autor/es</b>           | Mercuro Giuseppe, Saiu Francesca, Deidda Martino, Mercuro Silvia, Vitale Cristiana and Rosano Giuseppe.   |
| <b>Objetivo</b>           | Comparar la capacidad de ejercicio de mujeres postmenopáusicas con mujeres controles premenopáusicas, así como con mujeres postmenopáusicas antes y después de 3 meses de la terapia hormonal (HT).   |
| <b>Material y métodos</b> | Este estudio examinó la respuesta al ejercicio isotónico vigoroso en 30 mujeres con menopausia recientemente desarrollada (edad, desviación de media +/- standard, 50,6 +/- 1,1 años) sin factores o enfermedades cardiovasculares de riesgo. El grupo control fueron mujeres premenopáusicas cuyas particularidades se agruparon según edad y características biofísicas. Las mujeres postmenopáusicas experimentaron la examinación antes (T0) y 3 meses después (T1) de HT (con 0,625 estrógenos conjugados y 2,5 acetato del medroxiprogesterona /día) con la determinación del flujo medio periférico con ecografía de alta y complementado con una prueba cardiopulmonar. |
| <b>Resultados</b>         | Las mujeres postmenopáusicas presentaron vasodilatación en el flujo medio de la arteria radial y una peor resistencia física, principalmente ejemplificada por un bajo esfuerzo máximo (P<,01) y baja consumición de pico de oxígeno (Vo2max, P<,001) comparado con mujeres premenopáusicas. Después de 3 meses en HT, los parámetros y la reserva ergometabólica de vasodilatación estaban en un nivel comparable a las mujeres premenopausales. Las medidas flujo medio de vasodilatación después de 3 meses en HT se correlacionaron perceptiblemente con las de la consumición máxima de oxígeno (r=0,77, P<,001) y del cociente entre el aumento                           |

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     | en la consumo del oxígeno y éste en la tasa de trabajo ([DELTA] Vo2/[DELTA] WR) (r=0,73, P<,001).   |
| <b>Conclusiones</b> | La circulación periférica es el sistema limitador en las mujeres postmenopáusicas que experimentan intolerancia del ejercicio; hay ventajas en introducir HT. |
|                     | <b>Nivel de evidencia: II</b>   |



|  |  |
|--|--|
|  |    |
| <b>Publicación</b>   | The Breast Journal, 2007; 13 (5): 465-469.   |
| <b>Título</b>  | <i>BREAST-SPECIFIC GAMMA IMAGING WITH AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER. A COMPARATIVE STUDY.</i>   |
|  | GAMMAGRAFIA <sup>99m</sup> Tc-SESTAMIBI ESPECÍFICA DE MAMA Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA DIAGNOSIS DEL CÁNCER DE MAMA. UN ESTUDIO COMPARATIVO.  |
| <b>Autor/es</b>  | Brem RF, Petrovitch I, Rapelyea JA, Young H, Teal C and Nelly T.   |
| <b>Resumen</b>   | El propósito de este estudio es comparar la sensibilidad y especificidad de la gammagrafía usando una gamma-cámara de alta resolución específica para mama y la resonancia magnética en pacientes con hallazgos indeterminados en la mama. 23 mujeres con lesiones indeterminadas de mama fueron estudiadas con estas técnicas, y se interpretaron por radiólogos. La resonancia se hizo con un escáner GE 1,5T y la gammagrafía con una gamma-cámara de alta resolución específica para mama Dilon. Todas las imágenes obtenidas fueron correlacionadas con el diagnóstico histológico. Se analizaron 33 lesiones. Hubo un total de 9 cánceres confirmados histológicamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas para la sensibilidad entre las 2 pruebas, sin embargo la gammagrafía demostró mucha mayor especificidad: 71% frente al 25% de la resonancia. La gammagrafía con gamma-cámara de alta resolución específica para mama tiene la misma sensibilidad pero mejor especificidad que la resonancia magnética para la detección de cáncer de mama. |



|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Publicación</b> | The Breast Journal, 2007; 13 (5): 479-485.   |
| <b>Título</b>      | <i>IS SURVIVAL FROM INFILTRATING LOBULAR CARCINOMA OF THE BREAST DIFFERENT FROM THAT OF INFILTRATING DUCTAL CARCINOMA?</i>   |
|                    | ¿ES DIFERENTE LA SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA DE LA DEL DUCTAL INFILTRANTE?  |
| <b>Autor/es</b>    | Jayasinghe UW, Bilous AM and Boyages J.  |
| <b>Resumen</b>     | Estudios previos han comparado la supervivencia de pacientes afectas de carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama con la del lobulillar infiltrante (CLI) obteniendo resultados contradictorios. Este estudio analiza el efecto del diagnóstico de CDI o CLI conjuntamente con la edad de la paciente al diagnóstico, tamaño tumoral, estadio patológico, grado histológico y estatus ganglionar de 307 mujeres con CDI o CLI en 1992 en la Gran Región Oeste de Sydney, en Australia. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meyer. Los riesgos relativos asociados a CDI y CLI junto con el análisis de otros importantes factores pronósticos fueron realizados mediante la regresión de Cox. La proporción de tumores en estadio I fue significativamente mayor en CLI (41%) frente al CDI (16%), mientras que la proporción de tumores Grado III fue de sólo el 18% en el CLI frente al 41% en el CDI (p=0,02). La supervivencia a 10 años fue del 69% en CDI comparada con el 84% en CLI (p=0,073). Sin embargo, en el percentil 15 la supervivencia global de CDI y CLI fue marcadamente más |

reducida al ajustar por estatus ganglionar. La diferencia fue de 8 percentiles mayor para las pacientes con ganglios negativos ( $p=0,361$ ) y de 5 para el estatus ganglionar positivo ( $p=0,464$ ). La edad al diagnóstico, tamaño tumoral, estadio patológico y estatus ganglionar fueron factores pronósticos independientes para la supervivencia a 10 años. No hubo diferencias pronósticas entre CDI y CLI. Los resultados muestran la importancia de ajustar por otras características clinicopatológicas antes de comparar la supervivencia global entre CDI y CLI.



### 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](mailto: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](mailto: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](mailto:imc@imc-sa.es)

Persona de contacto: José María Hijarrubia. [produc@imc-sa.es](mailto:produc@imc-sa.es)