



Coordinado por la doctora Teresa Redondo

Médicos colaboradores:

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

## Presentación

Estimados Socios,

Tal y como os indiqué en la última gaceta mensual, os mando este primer número embrión de lo que será la *Revisión Bibliográfica*.

Está abierta a la colaboración de todos los socios y esperamos que vaya encontrando su auténtica dimensión y orden en los próximos números.

La dra. Redondo ([bibliografia@sego.es](mailto:bibliografia@sego.es)) se encargará de coordinarla y tendrá a bien aceptar todas las sugerencias que queráis transmitirla.

Un abrazo,

J. Bajo  
*Presidente de SEGO*

## Artículos



Ofelia De Lorenzo Aparici  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Condena por información defectuosa en prueba diagnóstica prenatal

La Sala civil del Tribunal Supremo ha estudiado el caso de la reclamación planteada por una paciente de 40 años de edad, madre de tres hijos que acude a un centro hospitalario al objeto de realizarse la prueba de diagnóstico prenatal, para detectar si el feto pudiera estar afectado del síndrome de Down (trisomía de par 21) y si así fuera, interrumpir la gestación.

El día 12+6 de la gestación, y en dicho servicio hospitalario, le fue practicada el método de diagnóstico prenatal consistente en una biopsia corial transabdominal bajo control ecográfico, comunicando a la paciente que *"el examen de las mitosis permite afirmar que se trata de una dotación diploide, cuya fórmula cromosómica establecemos como: 46 xy de nombre citogénicamente normal"*.

Posteriormente, el parto tuvo lugar en octubre de 1992, dando la paciente a luz a un niño con Síndrome de Down.

La Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, falló que la información fue defectuosa e incompleta, ya que dado que el fin de una prueba diagnóstica prenatal, es la información sobre si el feto tiene algún tipo de malformación, en este caso concreto si padece Síndrome de Down.

Uno de los profesionales demandados declaró que la realización de la prueba diagnóstica prenatal arrojó *"un dato perturbador que había sido desechado técnicamente por carecer de importancia"*.

Como bien es sabido la prueba diagnóstica prenatal nunca es 100% fiable existiendo un margen de error mínimo, pero real, del que debe estar informado el paciente. De ese *"dato perturbador"* al que se refirió el profesional codemandado, no fue informada la paciente existiendo por tanto una infracción de la *lex artis ad hoc*.

El Tribunal Supremo concluye afirmando que la información no puede considerarse una obligación accesoria

vinculada a la realización de pruebas médicas para obtener el diagnóstico prenatal, sino que la información de ser consecuencia lógica del posterior resultado diagnóstico, máxime teniendo en cuenta las características de la prueba de diagnóstico prenatal. La Sala de los Civil del Tribunal Supremo condena solidariamente a los codemandados al abono de 162.273,26 euros.

Por Ofelia De Lorenzo Aparici - Bufete De Lorenzo Abogados

## Absolución de una ginecóloga por adecuarse su actuación a los protocolos de la SEGO

La Audiencia Provincial de Albacete se ha pronunciado recientemente sobre una denuncia instada por una paciente contra su ginecóloga por considerar que existió imprudencia profesional en su asistencia médica en el parto de su hija, produciendo en la recién nacida un resultado lesivo consistente en Síndrome de West.

En el presente caso la cuestión fundamental consistía en determinar si la profesional pudo haber detectado con carácter previo *"la perdida de bienestar fetal"* que sufrió la recién nacida. A este respecto la Audiencia estableció que *"siguiendo las recomendaciones y protocolos de la SEGO, amén de no existir prueba o test alguno, que tenga una sensibilidad, especificad, valor predictivo positivo y negativo, que alcance una fiabilidad del 100%, para poder llegar a detectar tal problema durante el embarazo, tendríamos que monitorizar a partir de la vigésima semana a gestación a la gestante de forma permanente y constante, lo que desde luego no resulta lógico ni esta prescrito en ningún protocolo genérico o específico, es decir, no se trata de un deber objetivo legítimamente exigible"*.

Con respecto al parto, la acusación incidió en el PH fetal, pues bien, en ese sentido la Audiencia recoge en su fallo que *"La SEGO y fundamentalmente la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia señalan que un valor inferior a 7,00 en el PH fetal puede ser causa de daños neurológicos relacionados con el parto"*, en el caso enjuiciado el valor arrojado es de 7,10 por los que la Audiencia estimó que no se trataba en ningún caso de un dato significativo.

En el presente caso, la Audiencia acuerda el archivo de las actuaciones al entender que no se desprende imprudencia alguna de la actuación de la ginecóloga, y mucho menos habiendo quedado acreditado que su actuación con la paciente se ajustó a los protocolos establecidos por la SEGO.



Procter & Gamble  
Procter & Gamble  
Procter & Gamble  
Gamble

Bibliografía	
Publicación	Fertility and Sterility, Oct 2006; 86 (4): 867-72.
Título	ULTRASONOGRAPHIC-GUIDED EMBRYO TRANSFER DOES NOT ENHANCE PREGNANCY RATES COMPARED WITH EMBRYO TRANSFER BASED ON PREVIOUS UTERINE LENGTH MEASUREMENT.  LA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA GUIADA ECOGRÁFICAMENTE NO MEJORA LAS TASAS DE EMBARAZO COMPARADA CON LA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA BASADA EN LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD UTERINA PREVIA.
Autor/es	Marieke J. Lambers, Erbin Dogal, Hanna Kosteljik et al.
Objetivo	Comparar las tasas de embarazo tras transferencia embrionaria guiada ecográficamente y la transferencia embrionaria basada en la medición ecográfica previa de la longitud uterina.
Material y métodos	Estudio prospectivo combinado con un grupo control retrospectivo. Se seleccionaron 367 pacientes que se iban a someter a FIV o ICSI realizándoles la transferencia bajo control ecográfico. El grupo control constó de 363 pacientes sometidas a transferencia tras FIV o ICSI

	basándose en la longitud uterina medida previamente con ecografía. La variable a medir fueron las tasas de implantación y embarazo.
<b>Resultados</b>	En el grupo de 367 casos las tasas de embarazo clínico, en curso y tasa de implantación, fueron respectivamente 35,1%, 31,1% y 24,3%. En el grupo de 363 controles fueron 33,9%, 29,5% y 24,2%, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.
<b>Conclusiones</b>	La guía ecográfica no muestra ningún beneficio en términos de tasa de embarazo ni implantación comparada con la medición ecográfica previa de la longitud uterina en las transferencias embrionarias.



<b>Publicación</b>	Fertility and Sterility, Oct 2006; 86 (4): 995-6.
<b>Título</b>	<i>MATURE CYSTIC TERATOMA OF THE FALLOPIAN TUBE.</i>  TERATOMA QUÍSTICO MADURO DE LA TROMPA DE FALOPIO.
<b>Autor/es</b>	Christopher Johnson and Keith A. Hansen.
<b>Caso clínico</b>	Paciente de 31 años, nuligesta, que presentaba dismenorrea, dispareunia e infertilidad. Fue tratada durante seis meses con citrato de clomifeno sin conseguir embarazo. El dolor fue empeorando por lo que se realizó una laparoscopia diagnóstico-terapéutica encontrando en la región ampular de una trompa una masa de 3 x 2 cm y lesiones de aspecto endometriósico en peritoneo. El examen AP describió un teratoma quístico maduro y lesiones de endometriosis peritoneal. Teratoma ampular <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de elementos de las tres hojas embrionarias.</li> <li>• Raros en trompas. 60 casos descritos.</li> <li>• Se asocian a irregularidad menstrual, leucorrea, dolor abdominal, metrorragia posmenopáusica e infertilidad.</li> <li>• Suelen ser hallazgos casuales.</li> </ul>



<b>Publicación</b>	Fertility and Sterility, Oct 2006; 86 (4): 956-60.
<b>Título</b>	<i>A RANDOMIZED PROSPECTIVE STUDY OF MISOPROSTOL OR MIFEPRISTONE FOLLOWED BY MISOPROSTOL WHEN NEEDED FOR THE TREATMENT OF WOMEN WITH EARLY PREGNANCY FAILURE.</i>  ESTUDIO RANDOMIZADO PROSPECTIVO DE MISOPROSTOL O MIFEPRISTONA SEGUIDOS DE MISOPROSTOL CUANDO SE NECESITE PARA EL TRATAMIENTO DE MUJERES CON ABORTO PRECOZ.
<b>Autor/es</b>	David Stockheim, Ronit Machtinger, Amir Wisser et al.
<b>Objetivo</b>	Comparar la efectividad y seguridad del misoprostol y la mifepristona, seguido cuando se necesite de misoprostol, para el tratamiento de mujeres con aborto precoz.
<b>Material y métodos</b>	Ensayo clínico prospectivo, randomizado, controlado y no enmascarado. La muestra fueron 115 mujeres consecutivas diagnosticadas de aborto diferido <9s o gestación anembrionada randomizadas en dos grupos. Al grupo I se le dio 600 mcg vo mifepristona y al grupo II 800 mcg vo misoprostol. La mayoría en ambos grupos recibieron a las 48 horas, 800 mcg vo más de misoprostol. El fallo de tratamiento fue definido como la realización de legrado 48 horas después de completar el tratamiento medicamentoso por retención de restos, sintomatología intensa o sospecha de retención de restos ovulares tras la menstruación.
<b>Resultados</b>	La tasa de éxito fue similar en ambos grupos con un 65.5% en el grupo I y 73,6% en el grupo II. No hubo casos de infección severa ni sangrado que requiriese transfusión.
<b>Conclusiones</b>	El misoprostol es efectivo y seguro en el tratamiento del aborto precoz y podría reemplazar al legrado en más de 2/3 de las pacientes. La mifepristona no ofrece ventajas respecto del misoprostol como tratamiento inicial.



<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Oct 4; [Epub ahead of print].
<b>Título</b>	<i>CERVICAL LENGTH ASSESSMENT IN WOMEN WITH IDIOPATHIC POLYHYDRAMNIOS.</i>  VALORACIÓN DE LA LONGITUD CERVICAL EN MUJERES CON IDIOPÁTICO POLIHIDRAMNIOS.
<b>Autor/es</b>	Hershkovitz R, Sheiner E, Maymon E, Erez O, Mazor M.
<b>Objetivo</b>	El interés de este estudio fue determinar la medida de la longitud cervical en pacientes con polihidramnios y determinar la relación entre la severidad del polihidramnios, la longitud cervical y la edad gestacional en el momento del parto.
<b>Material y métodos</b>	Se diseñó un estudio prospectivo incluyendo 92 gestaciones únicas consecutivas con polihidramnios entre las semanas 24 y 40 de gestación. La longitud cervical se midió empleando ecografía transvaginal. Se definió como polihidramnios cuando el índice de líquido amniótico (ILA) era igual o mayor de 20 cm. Todas las medidas del ILA y de la longitud cervical fueron realizadas por un único ecografista.
<b>Resultados</b>	La media de la longitud cervical y del ILA fue de 37,5 mm (rango de 7-52) y de 28,8 cm (rango de 20-43) respectivamente. Se observó un acortamiento significativo de la longitud cervical con edad gestacional avanzada ( $p = 0,027$ ). No se encontró asociación significativa entre el ILA y la longitud cervical ( $p = 0,24$ ). Se asoció un punto de corte de 15 mm ( $n = 5$ ) con una edad gestacional en el momento del parto significativamente menor ( $30 \pm 2,6$ semanas vs. $37,2 \pm 4,2$ semanas, respectivamente, $P < 0,001$ ).
<b>Conclusiones</b>	Las mujeres con polihidramnios tienen un acortamiento gradual de la longitud cervical según avanza la edad gestacional. No obstante, este hallazgo no está relacionado con la severidad del polihidramnios.



<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Oct; 28 (5): 665-9.
<b>Título</b>	<i>DETERMINING CHORIONICITY IN TWIN GESTATIONS: THREE-DIMENSIONAL (3D) MULTIPLANAR SONOGRAPHIC MEASUREMENT OF INTRA-AMNIOTIC MEMBRANE THICKNESS.</i>  DETERMINACIÓN DE LA CORIONICIDAD EN GESTACIONES GEMELARES: MEDIDA SONOGRÁFICA TRIDIMENSIONAL (3D) MULTIPLANAR DEL GROSOR DE LA MEMBRANA INTRAMNIÓTICA.
<b>Autor/es</b>	Senat MV, Quarello E, Levailant JM, Buonumano A, Boulvain M, Frydman R.
<b>Objetivo</b>	Medir el grosor de las membranas para determinar la corionicidad en gemelos empleando ecografía 2D puede proporcionar resultados dudosos, debido a la posibilidad de hacer la medida en un corte oblicuo. Nos proponemos determinar si la corionicidad se puede valorar durante el segundo y tercer trimestre midiendo el grosor de las membranas con ecografía tridimensional multiplanar, que asegura que la medida es perpendicular a las membranas, y evaluar la reproducibilidad de la técnica.
<b>Método</b>	Estudio prospectivo de 84 gestaciones gemelares (30 monocoriónicas y 54 dicoriónicas), entre las semanas 20 y 35 de gestación. Visualizamos la división de las membranas mediante ecografía transabdominal 2D y 3D y medimos el grosor de las membranas mediante la técnica multiplanar. Se estudió la variabilidad intraobservador comparando las medidas obtenidas en los cortes sagital y axial por el mismo observador. Examinamos la distribución de frecuencias para determinar el punto de corte óptimo del grosor de las membranas para predecir la corionicidad. Para evaluar la variabilidad intraobservador empleamos el índice Kappa, los coeficientes de correlación intraclase y el 95% del intervalo de confianza. También comparamos la medida del grosor de las membranas, durante el segundo y el tercer trimestre, empleando ecografía 2D y 3D.
<b>Resultados</b>	La media del grosor en las gestaciones monocoriales y bicoriales, respectivamente, fue de

	1,42mm (DE, 0,31) y de 2,48mm (DE, 0,47). Con la ecografía 3D, el cociente de correlación intraclase fue de 0,99 en todos los casos. El mejor punto de corte del grosor de las membranas para discriminar las gestaciones monocoriales de las bicoriales fue de 1,8 mm. Empleando este punto de corte, hubo un falso negativo (sensibilidad, 0,97%; IC 95%, 83-99%) y tres falsos positivos (especificidad, 94%; IC 95%, 85-99%) en el diagnóstico de gestaciones gemelares monocoriales. Los índices Kappa para la variabilidad intra e interobservador estuvieron por encima del 90%, que sugiere un acuerdo casi perfecto. Las medidas con ecografía 2D fueron menos exactas (sensibilidad y especificidad de 83%).
<b>Conclusiones</b>	La medida prenatal de la división de membranas mediante ecografía multiplanar tridimensional es reproducible y podría ser una alternativa útil para determinar la corionicidad en gestaciones gemelares durante el segundo y tercer trimestre.



<b>Publicación</b>	Obstet Gynecol. 2006 Sep; 108 (3 Pt 2): 723-5.
<b>Título</b>	<i>OXYTOCIN-ASSOCIATED RUPTURE OF AN UNSCARRED UTERUS IN A PRIMIGRAVIDA.</i> ASOCIACIÓN DEL USO DE OXITOCINA Y LA ROTURA UTERINA EN UNA PRIMIGESTA SIN CIRUGÍAS PREVIAS.
<b>Autor/es</b>	Catanzarite V, Cousins L, Dowling D, Daneshmand S.
<b>Antecedentes</b>	La rotura intraparto de un útero sin antecedentes quirúrgicos es un hecho poco común que generalmente está asociado a factores de riesgo como la gran multiparidad, una presentación anómala, antecedentes de enfermedad trofoblástica o a partos instrumentales. La ruptura en un primer embarazo es muy rara.
<b>Caso</b>	Primigesta de 30 años con 40 + 5 semanas de gestación. La infusión de oxitocina se fue aumentando durante las primeras fases del parto hasta conseguir 4-5 contracciones regulares cada 10 minutos. La rotura uterina se produjo durante la segunda fase del parto. Tras una cesárea urgente, el recién nacido tuvo signos evidentes de asfixia severa.
<b>Conclusión</b>	Este caso de rotura uterina en una primigesta sin antecedentes de cirugías ni de malformaciones uterinas subraya la importancia de una buena monitorización de la dinámica intraparto y un uso correcto de la oxitocina.



<b>Publicación</b>	Obstet Gynecol. 2006 Sep; 108 (3 Pt 2): 757- 61.
<b>Título</b>	<i>FACTOR VIIA IN PUERPERAL HEMORRHAGE WITH DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION.</i> EL USO DE FACTOR VIIA EN UNA HEMORRAGIA PUERPERAL CON COAGULACIÓN VASCULAR DISEMINADA.
<b>Autor/es</b>	Pepas LP, Arif-adib M, Kadir RA.
<b>Antecedentes</b>	La hemorragia puerperal asociada a coagulación vascular diseminada es una emergencia obstétrica. El factor VIIa recombinante es un nuevo agente hemostático que requiere más información en relación a su dosificación, su eficacia y su seguridad.
<b>Caso</b>	Primigesta con preeclampsia complicada con una CID que presenta una hemorragia puerperal tras una cesárea urgente a las 35+5 semanas de gestación. Dos dosis de factor VIIa recombinante controlaron la hemorragia sin complicaciones trombóticas.
<b>Conclusión</b>	El factor VIIa recombinante debe ser considerado cuando los métodos convencionales fallan en el control de una hemorragia puerperal complicada con una coagulación vascular diseminada. Una revisión de 17 casos similares tratados con este agente hemostático reveló que en el 76% de los casos una única dosis de entre 16,7 y 120 microgramos/kg consiguen controlar la hemorragia. Son necesarias unas pautas clínicas para ayudar a los obstetras a usar de forma efectiva el factor VIIa recombinante en este tipo de urgencias.



--	--

<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1148-52.
<b>Título</b>	<i>CAN UTERINE RUPTURE IN PATIENTS ATTEMPTING VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY BE PREDICTED?</i>  ¿SE PUEDE PREDECIR LA ROTURA UTERINA EN PACIENTES QUE VAN A TENER UN PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA?
<b>Autor/es</b>	George A. Macones, Alison G. Cahill, David M. Stamilio, Anthony Odibo, Jeffrey Peipert, Erika J. Stevens.
<b>Objetivo</b>	Este estudio se emprendió para utilizar métodos multivariantes para desarrollar modelos clínicos predictivos para el acontecimiento de rotura uterina utilizando tanto factores anteparto como los intraparto tempranos.
<b>Diseño del estudio</b>	Fue un análisis secundario diseñado desde un estudio multicéntrico caso-control de rotura uterina entre mujeres en las que se intentó un parto vaginal tras una cesárea previa. Se utilizaron métodos multivariantes para desarrollar dos índices predictivos clínicos separados: uno que usaba sólo factores preparto y el otro que usaba tanto factores anteparto como los precoces del parto. Estos índices también se confirmaban con el uso de curvas ROC.
<b>Resultados</b>	Identificamos 134 casos de rotura uterina y 665 sin rotura. Ningún factor individual es suficientemente sensible o específico para la predicción clínica de rotura uterina. Asimismo, los dos índices clínicos predictivos no fueron suficientemente sensibles o específicos para su uso clínico (curva ROC [área bajo la curva] 0,67 y 0,70, respectivamente).
<b>Conclusión</b>	La rotura uterina no se puede predecir ni con factores clínicos individuales ni con combinaciones de ellos. Esto tiene muchas implicaciones clínicas y medicolegales.



<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1086-9.
<b>Título</b>	<i>PERIODONTAL DISEASE AND GESTATIONAL DIABETES MELLITUS.</i>  ENFERMEDAD PERIODONTAL Y DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.
<b>Autor/es</b>	Xu Xiong, Pierre Buekens, Sotirios Vastardis, Gabriella Pridjian.
<b>Objetivo</b>	Examinamos la relación entre enfermedad periodontal y distintos tipos de diabetes en mujeres embarazadas y no embarazadas.
<b>Diseño del estudio</b>	Este estudio está basado en datos de la tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHSNES III), que incluyó a 256 mujeres embarazadas y a 4.234 no embarazadas. Las mujeres se clasificaron en aquellas con diabetes mellitas gestacional (DMG) durante el embarazo actual, DMG en embarazos previos, y diabetes tipo 1 o tipo 2.
<b>Resultados</b>	En mujeres embarazadas la prevalencia de periodontitis fue 44,8 % en mujeres con DMG y 13,2 % en mujeres no diabéticas, con una odds ratio ajustada (aOD) de 9,11 (intervalo de confianza 1,11-74,9). En mujeres no embarazadas, la prevalencia de periodontitis fue de 40,3% en mujeres con diabetes tipo 1 ó 2, 25% en mujeres con historia previa de DMG, y 13,9% en mujeres no diabéticas, con una aOR de 2,76 (1,03-7,35) para mujeres con diabetes tipo 1 ó 2.
<b>Conclusión</b>	Hemos encontrado asociación entre enfermedad periodontal y DMG.



<b>Publicación</b>	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Sep-Oct; 128 (1-2): 257-61.
<b>Título</b>	<i>UTERINE RUPTURE AND ITS COMPLICATIONS IN THE NETHERLANDS: A PROSPECTIVE STUDY.</i>  ROTURA UTERINA Y SUS COMPLICACIONES EN HOLANDA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

<b>Autor/es</b>	Anneke Kwee, Michiel L. Bots, Gerard H.A. Visser and Hein W. Bruinse.
<b>Objetivo</b>	Conocer la morbimortalidad materna y perinatal de las rupturas uterinas acontecidas en Holanda.
<b>Diseño del estudio</b>	Estudio prospectivo llevado a cabo en 100 departamentos obstétricos de Holanda entre el 1 de abril de 2002 y el 1 abril de 2003. Se registraron datos relacionados con la historia obstétrica, la gestación actual y el parto, así como los resultados maternos y neonatales.
<b>Resultados</b>	Participaron un 89% de los hospitales holandeses. Se registraron 98 roturas uterinas; 95 tras una cesárea anterior (CS) y de ésta en 91 casos ocurrió durante el trabajo de parto. En 18 casos el feto en su totalidad accedió a la cavidad abdominal y en 13 mujeres sólo parcialmente. Las complicaciones mayores debidas a la rotura fueron: muerte perinatal (n = 11, de 94 casos con feto viable, 11,7%) e hysterectomía (n = 4, 4,1%).
<b>Conclusión</b>	Todas estas complicaciones severas deben estar presentes a la hora aconsejar sobre la mejor vía de parto a aquellas mujeres con cesárea anterior o en las que se debe planificar una cesárea electiva.



<b>Publicación</b>	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Sep-Oct; 128 (1-2): 129-134.
<b>Título</b>	<i>ATOSIBAN AND NIFEDIPINE IN ACUTE TOCOLYSIS: A COMPARATIVE STUDY.</i> ATOSIBÁN Y NIFEDIPINO EN LA TOCOLISIS AGUDA: UN ESTUDIO COMPARATIVO.
<b>Autor/es</b>	Wafa R. Al-Omari, Haider B. Al-Shammaa, Enas M. Al-Tikriti and Khalid W. Ahmed.
<b>Objetivo</b>	Comparar la efectividad, eficacia y seguridad de atosibán y nifedipino en la prevención o resolución del trabajo de parto pretérmino.
<b>Diseño</b>	Ensayo clínico, controlado y randomizado sobre 63 mujeres con trabajo de parto pretérmino y edades gestacionales comprendidas entre las 24 y 35 semanas completas de gestación. Las mujeres fueron randomizadas a recibir atosibán IV, unas (grupo I, n = 31) o nifedipino oral, otras (grupo II, n = 32).
<b>Resultados</b>	No hubo diferencias significativas en lo concerniente a efectividad y eficacia de la tocolisis entre los dos grupos. Aquellas mujeres con antecedentes de parto pretérmino respondieron significativamente mejor al atosibán. Aquellas mujeres con edades gestacionales inferiores o iguales a 28 semanas respondieron significativamente mejor al nifedipino, mientras que por encima de esas 28 semanas la respuesta fue similar en ambos grupos. El nifedipino consiguió la tocolisis en un tiempo significativamente más corto que el atosibán. Los efectos adversos maternos fueron mayores con el nifedipino. Las complicaciones neonatales fueron comparables en ambos grupos.
<b>Conclusión</b>	Ambos fármacos son igualmente eficaces en la tocolisis aguda. Decantarse por uno u otro debe estar influenciado en función de la edad gestacional y la existencia de antecedentes de parto pretérmino. Los efectos adversos maternos fueron mayores en el grupo de nifedipino.

### 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](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



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: Genoveva López Sanz. [genovevalopez@imc-sa.es](mailto:genovevalopez@imc-sa.es)