



Coordinado por el Doctor Pau Carabias Meseguer.  
Adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia.  
Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona.

Médicos colaboradores:  
Dres. Esther Pérez Carbajo, Miriam Bella Bustamante, Marta Montserrat Herrera, Josep M<sup>a</sup>. Solé Sedeño, Anna Alsina Maqueda, Jennifer Rovira, Sonia Rombaut Segarra, Marta Trullenque y Silvina Kazlauskas.


De nuevo, os presentamos cinco nuevos artículos comentados que esperamos sean de vuestro interés.

Dr. Pau Carabias Meseguer  
*Coordinador*




## Bibliografía

	
<b>Comentado por</b>	Dra. Miriam Bella y Dra. Marta Montserrat Herrera. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Mataró. Barcelona.
<b>Publicación</b>	<b>AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS &amp; GYNECOLOGY</b> <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 2011 Apr;204(4):327.e1-6
<b>Título</b>	RESISTENCIA INSULÍNICA MATERNA Y PREECLAMPSIA.
<b>Autor/es</b>	John C. Hauth, MD; Rebecca G. Clifton, PhD; James M. Roberts, MD; Leslie Myatt, PhD; Catherine Y. Spong, MD, et al. For the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network.
<b>Objetivo</b>	Determinar si el aumento de la resistencia a la insulina en mitad del embarazo está asociado con el desarrollo posterior de preeclampsia.
<b>Material y métodos</b>	Se ha realizado un análisis secundario en un subgrupo de 1187 mujeres nulíparas de bajo riesgo de un ensayo multicéntrico y aleatorizado de 10154 mujeres nulíparas que recibieron vitamina C y E o placebo diariamente desde las semanas 9 y 16 de gestación hasta el parto para la prevención de complicaciones de hipertensión asociada al embarazo. Se han incluido aquellas mujeres que tenían recogida una muestra de sangre entre las 22-26 semanas de gestación y en las que existía un ayuno de al menos 12 horas antes de la extracción de sangre. Y el cálculo de la resistencia a la insulina se ha realizado con el HOMA-IR y el QUICKI con un punto de corte establecido del percentil 75 para el HOMA-IR y el percentil 25 para el QUICKI.  Se realizó un análisis multivariable de regresión logística para calcular odds ratios que incluían la raza y etnia, el índice de masa

	<p>corporal (IMC) y la presión arterial al inicio del estudio, grupo de tratamiento (vitaminas vs. placebo) y la edad gestacional al momento del muestreo.</p> <p>El ensayo se ha llevado a cabo en los 16 centros clínicos que eran miembros del Eunice Kennedy Shriver Nacional Instituto de Salud Infantil y Desarrollo Humano Medicina Materno-Fetal del Desarrollo Unidades de red entre 2003 y 2008.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Del total de 1187 mujeres nulíparas, 85 mujeres padecieron preeclampsia, 592 mujeres se mantuvieron normotensas y sin proteinuria y 510 mujeres tenían elevada la presión arterial o presencia de proteinuria, pero no preeclampsia.</p> <p>Los análisis multivariantes confirmaron una asociación significativa entre los valores de insulina en ayunas y los resultados de HOMA-IR por encima del percentil 75 y los resultados de QUICKI por debajo del percentil 25 con el desarrollo de preeclampsia, en comparación con las mujeres sin hipertensión o proteinuria (<math>P &lt; 0,05</math>). Las 510 mujeres con presión arterial elevada o niveles de proteinuria presentaron resultados similares a las pacientes normotensas, sin proteinuria en lo que respecta a resultados del HOMA-IR o del QUICKI (24% vs. 25%, <math>p = 0,8</math>).</p> <p>Los datos fueron controlados en función del índice de masa corporal, la raza, origen étnico, el grupo tratamiento, la presión arterial y edad gestacional al momento del muestreo, los niveles en ayuno del HOMA-IR por encima del percentil 75 y resultados del QUICKI por debajo del 25 percentil siendo factores de riesgo significativos para el desarrollo preeclampsia el índice de masa corporal aumentado y el origen étnico hispano y afroamericano.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>La resistencia a la insulina materna presente en la mitad del embarazo está asociada con el desarrollo de preeclampsia posterior. Además, con este análisis se ha podido ver que esta insulinoresistencia está incrementada de forma significativa en mujeres con un índice de masa corporal elevado, las mujeres de raza hispana y las afroamericanas por lo que éstas pacientes presentan mayor riesgo de desarrollo de preeclampsia.</p>
<b>Comentario</b>	<p>El embarazo normal se caracteriza por menor ayuno, valor de glucosa postprandial mayor e hiperinsulinemia. Después de una ingesta rica en azúcar, las mujeres embarazadas muestran tanto hiperglucemia como hiperinsulinemia prolongadas y una mayor supresión de glucagón, que no puede ser explicada por una disminución del metabolismo de la insulina ya que su vida media durante el embarazo no varía. En cambio, esta respuesta puede explicarse por un estado de resistencia insulínica periférica inducida por el embarazo, con el objetivo de garantizar un suplemento de glucosa postprandial al feto.</p> <p>El "gold estándar" para la evaluación de la resistencia a la insulina es el clamp euglicémico de glucosa pero esta prueba directa conlleva mucho tiempo, trabajo intenso y costoso y requiere un operador con experiencia, y esto no es factible para los estudios epidemiológicos, grandes ensayos clínicos o para el uso clínico diario. Por este motivo existen 2 índices indirectos en este análisis, el HOMA-IR y el QUICKI (dependen necesariamente del estado basal en ayunas (12 horas), la glucosa en el rango normal y la asunción de que los niveles de la insulina son estables y que la producción de glucosa hepática es constante)</p> <p><math>HOMA-IR = [Insulina \text{ en ayunas (U / mL)} \times Glucosa \text{ en ayunas (mmol / L)}] / 22,5</math></p> <p><math>QUICKI = 1 / [\log (insulina \text{ en ayunas [U / ml]}) + \log (glucosa \text{ en ayunas [mg / dl]})]</math></p> <p>La insulinoresistencia se ha asociado a riesgo de desarrollo de preeclampsia posterior y ésta es significativamente mayor en el grupo de pacientes con índice de masa corporal aumentado y la raza hispana y afroamericana.</p>
<b>Descarga de archivos</b>	<p><a href="#">Maternal insulin resistance ...</a>  (328 Kb)</p>




	
<b>Comentado por</b>	<p>Dra. Esther Pérez Carbajo. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hosp. Univ. Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.</p>
<b>Publicación</b>	<p><b>ULTRASOUND IN OBSTETRICS &amp; GYNECOLOGY</b> <i>Ultrasound Obstet Gynecol</i> 2011; 37: 444-449.</p>
<b>Título</b>	<p>EVALUACIÓN DEL DUCTUS VENOSO, FLUJO TRICUSPÍDEO Y PRESENCIA DE HUESO NASAL EN EL SCREENING PARA TRISOMÍA 21 REALIZADO EN 2º TRIMESTRE GESTACIÓN.</p>
<b>Autor/es</b>	<p>R.Stressig, P.Kolowski, S.Froehlich, H.J.Siegmann, R.Hammer, G.Blumenstock And K.O.Kagan. Praenatal.de- Praenatal Medecine and Genetics, Duesseldorf, Cologne, Germany; Department of Medical Biometry, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany; Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany.</p>
<b>Objetivo</b>	<p>Examinar la prevalencia de la presencia de flujo reverso en el ductus venoso, regurgitación tricuspídea y ausencia de hueso nasal, en gestantes de segundo trimestre que acudieron a realizarse una amniocentesis, después de descartar defectos fetales mayores y tras calcular el riesgo de trisomía 21 basado en edad materna y los marcadores antes mencionados en la población general.</p>
<b>Métodos</b>	<p>Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con gestantes que se realizaron una amniocentesis diagnóstica debido a un riesgo elevado para trisomía 21, fundamentalmente por edad materna avanzada. Antes de realizar la prueba invasiva, se realizó una ecografía para excluir malformaciones fetales mayores y para analizar el flujo del ductus venoso, el flujo tricuspídeo y la presencia de hueso nasal.</p>
<b>Resultados</b>	<p>El estudio poblacional englobó a 3613 pacientes con gestaciones cromosómicamente normales y 35 casos con diagnóstico fetal de trisomía 21. En el grupo sin alteraciones cromosómicas, la presencia de flujo reverso en el ductus venoso, regurgitación tricuspídea y la ausencia del hueso nasal se observó en 1.7%, 1.5% y 0.1% de los casos, respectivamente. En el grupo con cromosomopatía el hallazgo de estos marcadores fue de 14.3%, 11.4% y 14.3% de los casos, respectivamente. Considerando una tasa del 5% de falsos positivos, la tasa de detección con el screening de trisomía 21 basado en el análisis del ductus venoso, flujo tricuspídeo y presencia de hueso nasal es del 33.8%, 32.4% y 31.4% respectivamente. El screening mediante la</p>

	edad materna detecta un 29% de los fetos con trisomía 21. Las curvas ROC demostraron una leve pero significativa mejora en los resultados del screening para trisomía 21 tras la inclusión de esos marcadores.
<b>Conclusión</b>	La ecografía realizada en el segundo trimestre para el screening de la trisomía 21 basada en la edad materna y con el estudio adicional del ductus venoso, flujo tricuspídeo y presencia de hueso nasal en fetos aparentemente normales es discretamente mejor que el screening basado únicamente en edad materna.
<b>Descarga de archivos</b>	<a href="#">Assessment of the ductus venosus ....</a>  (83 Kb)





	
<b>Comentado por</b>	Dr. Josep M <sup>º</sup> . Solé Sedeño. Servicio Ginecología Oncológica. Hospital de Mataró. Barcelona Dra. Anna Alsina Maqueda. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.
<b>Publicación</b>	<b>GYNECOLOGIC ONCOLOGY</b> <i>Gynecol Oncol.</i> 2011 Apr;121(1):100-5.
<b>Título</b>	ROBOTIC APPROACH FOR OVARIAN CANCER: PERIOPERATIVE AND SURVIVAL RESULTS AND COMPARISON WITH LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY
<b>Autor/es</b>	Javier F. Magrina, Vanna Zanagnolo, Brie N. Noble, Rosanne M. Kho, Paul Magtibay
<b>Objetivo</b>	Comparar los resultados perioperatorios y la supervivencia en pacientes tratadas por un cáncer epitelial de ovario (CEO) con cirugía de entrada de forma laparoscópica, laparotómica o robótica.
<b>Métodos</b>	Análisis retrospectivo caso-control de 25 pacientes con CEO tratadas mediante cirugía robótica entre marzo de 2004 y diciembre de 2008. La comparativa se realizó con pacientes similares tratados por laparoscopia o laparotomía y emparejados por edad, índice de masa corporal (IMC) y tipos de procedimientos entre junio de 1999 y diciembre de 2006.
<b>Resultados</b>	La media del tiempo quirúrgico fue de 314.8, 253.8 y 260.7 minutos para la cirugía robótica, laparoscópica y laparotómica respectivamente ( $p < 0.05$ ). La supervivencia global para los pacientes operados mediante robot, laparoscopia y laparotomía fue de 67.1%, 75.6% y 66% respectivamente. Los pacientes fueron subdivididos y comparados según el tipo y número de procedimientos mayores. Las pacientes con debulking tipo I y II operados mediante laparoscopia o robot tuvieron resultados perioperatorios mejores comparados con la laparotomía. Pero para los pacientes con debulking tipo III los resultados con robot no mejoraron los de la laparotomía.
<b>Conclusión</b>	La cirugía robótica y la laparoscópica son preferibles a la laparotomía para pacientes con cáncer de ovario que requieren solamente la exéresis del tumor primario o con un procedimiento mayor añadido. La laparotomía es preferible para pacientes que requieren 2 o más procedimientos mayores. La supervivencia no se ve afectada por el tipo de abordaje quirúrgico.
<b>Comentario</b>	Varios trabajos han mostrado la superioridad en los resultados perioperatorios de la cirugía robótica frente a otras técnicas para el tratamiento del cáncer de endometrio y cérvix. El motivo de este estudio es estudiar su papel en el cáncer de ovario. Para el estudio se divide a los pacientes en 3 tipos dependiendo de la cirugía realizada: debulking tipo I (histerectomía con anexectomía bilateral, linfadenectomía ilíaca bilateral y paraaórtica, omentectomía, apendicectomía y exéresis de peritoneo afectado), tipo II (tipo I más 1 procedimiento mayor) y tipo III (tipo I más 2 procedimientos). Los procedimientos mayores incluyen cualquier cirugía intestinal, resección del diafragma, de lesiones hepáticas o esplenectomía. En el debulking tipo I la pérdida de sangre y estancia hospitalaria fueron mejores en la laparoscopia y robótica, las complicaciones y tiempo quirúrgico fueron similares en los tres abordajes. En el tipo II la cirugía robótica y laparoscópica añadieron a las ventajas una tasa de complicaciones menores. En el tipo III (ninguno de estos pacientes recibió cirugía laparoscópica) las complicaciones y estancia hospitalaria fueron similares, la pérdida de sangre fue menor en la cirugía robótica, pero el tiempo quirúrgico fue mucho mayor, por lo que parece que la laparotomía es de momento el mejor abordaje quirúrgico. La supervivencia global no varió entre los tres grupos, pero la supervivencia libre de enfermedad fue menor en los casos de laparotomía. Como el artículo expone, hay varios posibles sesgos. Por una parte el estudio no es aleatorizado, por lo que las pacientes en las que se realizó laparotomía seguramente tenían una sospecha de enfermedad más diseminada en los estudios preoperatorios. Además la tasa de quimioterapia neoadyuvante fue mayor en los casos de laparoscopia o cirugía robótica, con lo que la diferencia en el tiempo libre de enfermedad puede ser debido a muchos factores. Pese a todos estos problemas metodológicos, el estudio es interesante ya que es el primero en comparar estos tres tipos de abordajes en el cáncer de ovario.
<b>Descarga de archivos</b>	<a href="#">Robotic approach for ovarian cancer: Perioperative...</a>  (157 Kb)



<b>Comentado por</b>	Dra. Sonia Rombaut Segarra. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. Dra. Jennifer Rovira. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Igualada. Barcelona.
<b>Publicación</b>	<b>HUMAN REPRODUCTION UPDATE</b> <i>Hum Reprod Update. 2011 Mar-Apr;17(2):159-70.</i>
<b>Título</b>	ORAL CONTRACEPTIVES AND RISK OF ENDOMETRIOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.
<b>Autor/es</b>	Paolo Vercellini, Brenda Eskenaxi, Dario Consonni, Edgardo Somigliana, Fabio Parazzini, Annalisa Abbiati, Luigi Fedele.
<b>Introducción</b>	La menstruación retrógrada parece ser el principal mecanismo que explica la etiopatogenia de la endometriosis. Siguiendo esta hipótesis, la probabilidad de implantación de células endometriales fuera de la cavidad uterina estaría favorecida por un aumento en el volumen y número de menstruaciones. Se ha observado un aumento en el riesgo de desarrollar endometriosis en aquellas pacientes con mayor número de ciclos ovulatorios a lo largo de su vida.  La toma de anticonceptivos orales (ACO) , inhibe la ovulación y reduce sustancialmente el volumen de flujo menstrual, hipotéticamente esta propiedad podría interferir en la implantación de células endometriales provenientes del flujo menstrual retrógrado. Esta revisión trata de establecer que influencia tienen los anticonceptivos orales sobre la endometriosis.
<b>Métodos</b>	Se ha realizado una búsqueda por MEDLINE para identificar los estudios publicados en las últimas cuatro décadas (de enero del 1970 a enero del 2010) en lengua inglesa sobre la relación entre anticonceptivos orales y el riesgo de endometriosis. Dos autores resumieron los resultados mediante estandarización de los datos.
<b>Resultados</b>	Se identificaron 608 estudios potencialmente relevantes pero sólo 18 fueron seleccionados (7 de caso control, 5 de cohortes y 6 transversales). Tras poner en común los resultados derivados de todos los estudios incluidos, se observó un riesgo relativo de 0'63 [95% intervalo de confianza (CI), 0.47-0.85] para usuarias habituales de ACO's, 1.21 (95% CI 0.94-1.56) para usuarias de ACO's de forma discontinua y un 1.19 (95% CI. 0.89-1.60) para todas las usuarias.
<b>Conclusión</b>	El grado de prolapso presenta una asociación positiva significativa con la medida del área del hiato tanto en situación de reposo como en Valsalva, valorado a través de la ecografía 3D/4D transperineal. El prolapso clínicamente significativo del compartimiento anterior, a diferencia del posterior, se asocia con el tamaño del hiato elevador. El tamaño del hiato del elevador no explica la discrepancia entre la sintomatología subjetiva y objetiva de la paciente.
<b>Discusión</b>	En general, a partir de los resultados de este meta análisis, parece que la exposición a los ACO disminuyen el riesgo de endometriosis en las pacientes que siguen el tratamiento de forma continuada, por el contrario se observa un aumento del riesgo en aquellas pacientes que finalizan el tratamiento con ACO's.  Se observa una importante heterogeneidad en los diseños de los estudios analizados, así como una relación temporal incierta entre la exposición y los resultados en los estudios transversales, y una selección subóptima de los controles en los estudios de casos y controles. Estas desventajas limitan claramente la calidad de la evidencia disponible.  Un problema común en todos los estudios analizados es la imposibilidad de conocer el inicio exacto de la enfermedad vs. el diagnóstico de la enfermedad, ya que existe un periodo de latencia desconocido. En consecuencia los datos obtenidos se basan en el análisis de la incidencia del diagnóstico de endometriosis más que en la incidencia de la aparición de la enfermedad.  Los ACO's a menudo se prescriben como tratamiento de primera línea para la dismenorrea y a la vez éste es un síntoma fuertemente asociado a la presencia de endometriosis. Por tanto es difícil valorar si las mujeres han usado ACO, y posteriormente se ha diagnosticado la enfermedad. Estas ventanas temporales no han sido adecuadamente evaluadas en los estudios de cohorte existentes.  Tampoco se establecen de forma común las diferencias en la severidad de los síntomas, los recursos sanitarios empleados y/o el retraso en el diagnóstico.  El aumento de riesgo tras finalizar el tratamiento con los ACO's no tiene una clara plausibilidad biológica. Los autores del artículo explican los resultados obtenidos, por la importante heterogeneidad en los diseños de los mismos. De todas formas hasta la fecha no existe ninguna prueba definitiva que nos permita excluir esta hipótesis.  En conclusión, a pesar de los sesgos de selección de indicación y de diagnóstico se observa un probable efecto protector en el uso de los ACO's y una tendencia hacia el aumento de riesgo de endometriosis tras su interrupción. Son necesarios más estudios con claros ítems de selección, indicación en la prescripción de la píldora, así como definir los síntomas ginecológicos previos a la toma de ACO, y establecer el diagnóstico de endometriosis, para poder aclarar estos resultados. Hasta la fecha, la hipótesis de recomendar ACO para la prevención primaria de la endometriosis no parece suficientemente fundamentada.
<b>Descarga de archivos</b>	<a href="#">Oral contraceptives and risk of...</a>  (209 Kb)



<b>Comentado por</b>	
<b>Publicación</b>	Dra. Cristina Redondo Guisasola. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona
<b>Título</b>	<b>HUMAN REPRODUCTION</b> <i>Hum Reprod. 2011 Apr;26(4):801-7.</i>  OBSERVER AGREEMENT IN THE EVALUATION OF THE UTERINE CAVITY BY HYSTEROSCOPY PRIOR TO IN VITRO FERTILIZATION.

<b>Autor/es</b>	Kasius JC, Broekmans FJ, Veersema S, Eijkemans MJ, van Santbrink EJ, Devroey P, Fauser BC, Fatemi HM. Department of Reproductive Medicine and Gynecology, University Medical Center Utrecht, 3584 CX Utrecht, The Netherlands.
<b>Introducción</b>	La histeroscopia es el método más preciso para diagnosticar patología intrauterina. Para optimizar el tratamiento de la infertilidad, es cada vez más común realizar una histeroscopia como procedimiento de rutina previo a la fecundación in Vitro. Sin embargo, no existe suficiente literatura acerca de la reproductibilidad del cribado por histeroscopia. Por ello, el objetivo del estudio fue evaluar la concordancia intra e inter observador en el estudio individual de la cavidad uterina, utilizando grabaciones de video de histeroscopias en pacientes asintomáticas, previamente a la fecundación in Vitro.
<b>Método</b>	Se grabaron en DVD 123 histeroscopias de pacientes no seleccionadas y asintomáticas, con indicación de tratamiento de FIV/ICSI. Tras editar los videos, el autor de la histeroscopia y otros tres ginecólogos con experiencia evaluaron las grabaciones de manera independiente, centrándose en la aparición de anomalías uterinas predefinidas (p.ej. pólipos endometriales, miomas, adherencias o septos). La concordancia entre observadores se calculó y expresó como el acuerdo perfecto, y el coeficiente k o coeficiente de correlación intraclase.
<b>Resultados</b>	En total, se grabaron 123 procedimientos. Tras editar, basándose en la calidad de la grabación, se seleccionaron 107 de ellos para evaluación y análisis. El acuerdo intraobservador acerca de la presencia de cualquiera de las anomalías intrauterinas predefinidas fue sustancial (k= 0.707), mientras que el acuerdo entre observadores fue moderado (k=0.491). El acuerdo perfecto sucedió solamente en el 77.6% de los casos.
<b>Conclusiones</b>	El acuerdo interobservador, entre ginecólogos expertos, pareció ser más bien decepcionante. Esto podría conllevar implicaciones en la exactitud del diagnóstico histeroscópico previo al FIV, así como en su significación clínica en los programas de FIV.
<b>Descarga de archivos</b>	<a href="#">Observer agreement in the evaluation...</a>  (209 Kb)



## Artículos médicos españoles

Este mes de abril, incluimos hasta seis artículos excelentes que se han publicado en revistas con elevado factor de impacto:

- Título:** *INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION: NEW CONCEPTS IN ANTENATAL SURVEILLANCE, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT*.  
**Autor/res:** Francesc Figueras, MD, PhD Jason Gardos<sup>1</sup>, MD.  
**Centro:** Hospital Clínic de Barcelona  
**Publicación:** *Am J Obstet Gynecol.* 2011 April ; 204(4): 288-300  
**Factor de impacto:** 3.278
- Título:** *INCIDENCE AND CLINICAL IMPLICATIONS OF EARLY INADVERTENT SEPTOSTOMY AFTER LASER THERAPY FOR TWIN-TWIN TRANSFUSION SYNDROME*  
**Autor/res:** R.Cruz-Martinez, T.Van Mieghem, L.Lewi, E.Eixarch, T.Cobo, J.M.Martinez, J.Deprest, E.Gratacós.  
**Centro:** Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain  
**Publicación:** *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 April; 37(4): 458-462  
**Factor de impacto:** 3.154
- Título:** *IMPACT ON FETAL MORTALITY AND CARDIOVASCULAR DOPPLER OF SELECTIVE LIGATURE OF UTEROPLACENTAL VESSELS COMPARED WITH UNDERNUTRITION IN A RABBIT MODEL OF INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION.*  
**Autor/res:** M. Angeles Martínez-Zamora, Montserrat Creus, Dolors Tassies, Juan Carlos Reverter, Salvadora Cívico, Francisco Carmona y Juan Balasch.  
**Centro:** Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain.  
**Publicación:** *Placenta.* 2011 April; 32(4): 304-309  
**Factor de impacto:** 2.767
- Título:** *ISOFLAVONES: EFFECTS ON BONE HEALTH*  
**Autor/res:** C. Castelo-Branco and M. J. Cancelo Hidalgo\*  
**Centro:** Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain. *Hospital Universitario de Guadalajara, Universidad de Alcalá de Henares, Spain*  
**Publicación:** *Climacteric.* 2011 April;14(2): 204-211  
**Factor de impacto:** 2.568
- Título:** *CONTEMPORARY PREDICTION OF PREECLAMPSIA*  
**Autor/res:** Scazzocchio, Elena\*; Figueras, Francesca\*\*  
**Centro:** \*Department of obstetrics, gynaecology and reproduction. Institut Universitari Dexeus, Barcelona, Spain  
\*\*Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain.  
**Publicación:** *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011 Apr;23(2):65-71  
**Factor de impacto:** 2.491
- Título:** *PEGYLATED LIPOSOMAL DOXORUBICIN AND GEMCITABINE IN A FIXED DOSE RATE INFUSION FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POOR PROGNOSIS OF RECURRENT OVARIAN CANCER: A PHASE IB STUDY.*  
**Autor/res:** Crespo G, Sierra M, Losa R, Berros JP, Villanueva N, Fra J, Fonseca PJ, Luque M, Fernández Y, Blay P, Sanmamed M, Muriel C, Esteban E, Lacave AJ.  
**Centro:** Department of Medical Oncology, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Spain;  
**Publicación:** *Int J Gynecol Cancer.* 2011 Apr;21(3):478-85.  
**Factor de impacto:** 2.179

## Artículos de ginecólogos españoles

Seguiremos con nuestro apartado para los artículos de grupos españoles que sean publicados en revistas que se encuentren en la revisión *Medline*. Para ello limitemos la búsqueda siguiendo los procedimientos del *Medline* pero si algún autor publica en el extranjero y no lo citamos nos gustaría que nos lo comunicara vía e-mail a [pcarbiasm@sego.es](mailto:pcarbiasm@sego.es)



### **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)