



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^a. Solé Sedeño, Anna Alsina Maqueda, Jennifer Rovira, Sonia Rombaut Segarra, Marta Trullenque y Silvina Kazlauskas.


Os presentamos cinco artículos comentados que esperamos sean de vuestro interés. También os animamos a mandarnos los artículos que publiquéis en revistas extranjeras.

Dr. Pau Carabias Meseguer
Coordinador




Bibliografía

Comentado por	Dra. Miriam Bella y Dra. Marta Montserrat Herrera. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Mataró. Barcelona.
Publicación	AMERICAN JOURNAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY <i>Am J Obstet Gynecol 2011;204:134.e1-20.</i>
Título	<i>NIFEDIPINE IN THE MANAGEMENT OF PRETERM LABOR: A SYSTEMATIC REVIEW AND METAANALYSIS.</i>
Autor/es	NIFEDIPINA EN EL MANEJO DEL PARTO PREMATURO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.
Objetivo	Agustín Conde-Agudelo, MD, MPH; Roberto Romero, MD; Juan Pedro Kusanovic, MD.
Material y métodos	Este estudio pretende determinar la eficacia y seguridad de la nifedipina como agente tocolítico en el parto prematuro respecto a otros agentes tocolíticos.
Resultados	Se realizan revisiones sistemáticas y meta-análisis de ensayos clínicos randomizados de las bases de datos MEDLINE, EMBASE, CINAHL y LILACS, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, ISI Web of Science, Research Registers of Ongoing Trials y Google Scholar entre el período comprendido entre 1960 y el año 2010. Se incluyen un total de 26 meta-análisis con un total de 2.179 mujeres en los que se compara la nifedipina con otros agentes tocolíticos, placebo o no tratamiento. Las variables principales estudiadas son: parto entre las 48 horas y los 7 días desde el inicio del tratamiento en fase aguda, parto antes de las 34 y 37 semanas con tocólisis de mantenimiento, muerte perinatal, necesidad de cuidados neonatales en UCI, desarrollo neurológico a los 2 años de edad y reacciones adversas maternas secundarias a la medicación tocolítica.
Resultados	Respecto a la tocólisis aguda: la Nifedipina disminuye el riesgo de parto prematuro en los 7 días siguientes al inicio del


	<p>tratamiento; también disminuye el riesgo de parto antes de las 34 semanas de gestación, permite un incremento significativo de edad gestacional y peso al nacimiento en comparación con los agonistas beta adrenérgicos. Además disminuye la tasa de Síndrome de Distrés Respiratorio, Enterocolitis Necrotizante y número de ingresos en unidades de cuidados neonatales. Sin embargo no existieron diferencias significativas entre mortalidad neonatal, sepsis y Apgar menor de 7 a los 5 minutos, entre otros. No se vieron diferencias en el riesgo de parto dentro de las primeras 48 horas de iniciado el tratamiento antes de las 37 semanas.</p> <p>Comparando Nifedipina con Sulfato de Magnesio, no se encontraron diferencias significativas en el parto dentro de las 48 horas del inicio del tratamiento ni de parto antes de las 34 o 37 semanas. Sin embargo se han reportado menores efectos adversos con la nifedipina.</p> <p>Entre la Nifedipina y el Atosiban, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia del parto dentro de las 48h y los 7 días de tratamiento, pero sí se han visto mayor incidencia de efectos adversos maternos con Nifedipina.</p> <p>Respecto a la tocolisis de mantenimiento, se ha comparado la Nifedipina con placebo o ausencia de tratamiento y no se han encontrado diferencias significativas en parto prematuro antes de las 34 o 37 semanas, ni en la edad gestacional al nacimiento, ni resultados adversos neonatales.</p>
Conclusiones	No se han encontrado diferencias significativas en comparación de la Nifedipina con agonistas beta adrenérgicos y Sulfato de Magnesio, respecto a tasa de parto dentro de las 48 horas del inicio del tratamiento, ni el parto antes de las 37 semanas; pero sí se ha destacado que con el uso de la Nifedipina hay una reducción significativa del parto prematuro dentro de los 7 días de tratamiento; y de parto antes de las 34 semanas con mejoría de los resultados neonatales como el distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y la hemorragia intraventricular entre otros. Respecto a la comparación de Nifedipina con Atosiban, las conclusiones no se pueden elaborar debido a la escasez de ensayos clínicos que los comparan.
Comentario	<p>El parto prematuro es la principal causa de morbimortalidad perinatal y una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil. Dado que las contracciones uterinas son el síntoma más frecuentemente reconocido y signo de parto pretérmino, se pretende la inhibición de la contractilidad uterina con agentes tocolíticos para prolongar la gestación y reducir las complicaciones neonatales.</p> <p>El agente tocolítico ideal debe ser específico para la vía común del parto, fácil de administrar, económico, efectivo para prevenir el parto prematuro, y capaz de mejorar los resultados perinatales por sus menores efectos adversos maternos, fetales y neonatales; pero es posible que ninguna droga cumpla estos criterios en la actualidad.</p> <p>La Nifedipina parece cumplir varias características de agente tocolítico ideal, debido a su mayor efectividad y tolerancia frente a los agonistas beta adrenérgicos. En Estados Unidos los fármacos más empleados por ser más costo-efectivos son la Nifedipina y la Indometacina; mientras que en Europa y otros muchos países se prefiere el Atosiban debido al bajo perfil de efectos adversos y eficacia similar a los agonistas beta adrenérgicos en los estudios realizados.</p>
Descarga de archivos	Nifedipine in the management...  (747 Kb)



	
Comentado por	Dra. Esther Pérez Carbajo. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hosp. Univ. Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.
Publicación	ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY <i>Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 232-240</i>
Título	PREDICCIÓN DE CÁNCER ENDOMETRIAL EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS CON SANGRADO VAGINAL Y GROSOR ENDOMETRIAL ≥ 4.5 mm.
Autor/es	G. Opolskiene, P. Sladkevicius and I. Valentin Departamento de Obstetricia y Ginecología, Skane University Hospital Malmö, Lund University, Malmö, Sweden.
Objetivo	Construir modelos matemáticos para evaluar el riesgo individual de malignidad endometrial en mujeres postmenopaúsicas con sangrado vaginal y grosor endometrial ecográfico igual o superior a 4.5 mm utilizando datos clínicos, grosor endometrial ecográfico y hallazgos ecográficos con power Doppler.
Métodos	De 729 pacientes con metrorragia postmenopausica, 261 presentaban un grosor endometrial igual o superior a 4.5 mm (excluyendo la medición de líquido intracavitario si existiese). Se realizó una ecografía transvaginal bidimensional y valoración con power Doppler del endometrio. El corte ecográfico que mostraba el área más vascularizada del endometrio se seleccionó para calcular el porcentaje de vascularización (Índice de Vascularización) utilizando un software específico. También se calculó la cantidad de color encontrada en examen endometrial mediante una Escala Analógica Visual (VAS) graduada de 0 hasta 100 (VAS store). Se recogieron también todos los datos clínicos realizando una anamnesis detallada. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para crear un modelo matemático que sea capaz de predecir malignidad endometrial.
Resultados	Se encontraron 63 (24%) cánceres endometriales y 198 (76%) presentaban patología benigna del endometrio. Las mujeres con procesos endometriales malignos presentaban mayor edad (edad media 74 vs 65 años; $P = 0.0005$) y pocas utilizaban terapia hormonal sustitutiva y warfarina. Las pacientes con patología maligna endometrial presentaban un grosor endometrial superior (grosor medio endometrial 20.8 vs 10.2 mm; $P=0.0005$) y mayores índices de vascularización y VAS store. Cuando solo se utilizó los datos clínicos para estimar el riesgo de malignidad endometrial, el modelo que incluía las variables edad, uso de warfarina y terapia hormonal sustitutiva presentaba la mayor área bajo la curva (AUC), con un valor de 0.74 (95% intervalo confianza (CI), 0-67-0.81). El modelo que incluía edad, uso de warfarina y el grosor endometrial presentaba un AUC de 0.82 (95% CI, 0.76-0.87) y otro modelo que incluía la edad, el uso de terapia hormonal sustitutiva, grosor endometrial y vascularización presentaba un AUC de 0.91 (95% CI, 0.87-0.95). Estableciendo el punto de corte para el riesgo en un 11%, el último modelo demostró una sensibilidad del 90%, especificidad del 71%, likelihood ratio positivo de 3.14 y likelihood ratio negativo del 0.13.

Conclusión	El rendimiento diagnóstico de estos modelos predictores de malignidad endometrial se incrementan sustancialmente cuando el grosor endometrial ecográfico y la valoración con power Doppler son añadidas a las variables clínicas. Los modelos propuestos parece que van a ser de gran utilidad en la práctica clínica pero necesitan ser validados de forma prospectiva.
Descarga de archivos	Prediction of endometrial malignancy in women...  (238 Kb)



	
Comentado por	Dr. Josep M ^a . Solé Sedeño. Servicio Ginecología Oncológica. Hospital de Mataró. Barcelona Dra. Anna Alsina Maqueda. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.
Publicación	HUMAN REPRODUCTION <i>Human Reproduction Update</i> . 2011; 17, 1 (55-67)
Título	TUBAL LIGATION AND THE RISK OF OVARIAN CANCER: REVIEW AND META-ANALYSIS.
Autor/es	D. Cibula, M. Widschwendter, O. Májek, L. Dusek.
Introducción	La reducción del riesgo de cáncer de ovario en mujeres con una historia de ligadura de trompas (LT) se ha descrito en varias ocasiones, sobretudo en poblaciones pequeñas. Aportamos una revisión crítica de los estudios disponibles y practicamos un meta-análisis.
Métodos	Se identificaron 40 estudios relevantes. Se dividieron en 2 grupos para un meta-análisis estricto y otro extendido. Se realizó un análisis por subgrupos de edad, tiempo transcurrido desde la LT, tipos histológicos de cáncer de ovario y mutaciones de los genes BRCA.
Resultados	El meta-análisis de los 13 estudios seleccionados para un análisis estricto mostró una reducción del riesgo para cáncer epitelial de ovario del 34%. El efecto protector de la LT se confirmó incluso en el subgrupo de mujeres a las que se le había practicado la LT hacía 10-14 años. La reducción del riesgo se confirmó para las histologías endometrioides (RR = 0.40) y serosa (RR = 0.73) pero no para la mucinosa.
Conclusiones	La revisión de los artículos relevantes, así como el meta-análisis de los estudios seleccionados, evidencia una reducción del riesgo de cáncer de ovario en pacientes con LT. Los resultados de este meta-análisis deberían impulsar estudios en la etiología del cáncer epitelial de ovario, centrándose en la importancia del transporte retrógrado de células endometriales.
Comentario	La hipótesis del efecto protector de la ligadura tubárica para el cáncer de ovario apareció en varios estudios en la década de los 80. Desde entonces han aparecido nuevos trabajos, algunos con conclusiones contradictorias, y no siempre con un diseño aceptable y/o un número de pacientes suficiente. En este artículo se pretende vencer estos inconvenientes realizando un meta-análisis. De todos ellos se escogió un grupo que comprendía los estudios casos-control bien diseñados, aquellos que podían aportar más evidencia científica. Se analizaron diferentes variables que aportaron las siguientes conclusiones: el efecto protector no disminuye con el tiempo (se observó incluso hasta 14 años después de la cirugía); no afecta a todas las histologías, observándose sólo en el caso de los tumores serosos (RR=0.73) y endometrioides (RR=0.40), no en los borderline ni en mucinosos; y finalmente en las pacientes portadoras de las mutaciones BRCA1 o BRCA2 también parece observarse un efecto protector, a pesar de que el limitado número de pacientes no permite una conclusión definitiva. Tradicionalmente se había justificado este efecto protector por la barrera que ejercerían las trompas obliteradas al paso de carcinógenos desde el exterior a la cavidad abdominal, por un mecanismo ascendente a través de la vagina y útero. Los autores aportan un posible nuevo mecanismo, habría células endometriales que de forma retrógrada llegarían a la cavidad peritoneal y el ovario, dando lugar a cambios que producirían el cáncer. Existen otros estudios que sugieren un efecto protector también de la histerectomía en el cáncer de ovario, apoyando por lo tanto estas hipótesis.
Descarga de archivos	http://humupd.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/14/humupd.dmq030.full.pdf



--	--



Comentado por	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.
Publicación	INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011; 118: 292-298</i>
Título	COMPLICATIONS AFTER SURGERY FOR DEEPLY INFILTRATING PELVIC ENDOMETRIOSIS. COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA EN PACIENTES AFECTAS DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA.
Autor/es	Kondo, W., Bourdel, N., Tamburro, S., Cavoli, D., Jardon, K., Rabischong, B., Botchorishvili, R., Pouly, J., Mage, G. and Canis, M.
Objetivo	Estudio retrospectivo que describe las complicaciones quirúrgicas asociadas a pacientes intervenidas de endometriosis pélvica profunda, analizándolos según los distintos procesos quirúrgicos realizados.
Material y métodos	Se revisan todas la pacientes intervenidas de endometriosis profunda entre Enero de 1987 a Diciembre de 2007. El diagnóstico primario se realiza mediante la historia clínica y exploración física. Las pruebas de imagen utilizadas son la ecografía transvaginal, la resonancia magnética pélvica, y/o la ecografía transrectal, en función de la necesidad de ampliar el estudio anatómico. Se recogen todas las complicaciones intraquirúrgicas y postquirúrgicas. En primer lugar se revisan las distintas complicaciones y, en segundo lugar, se comparan los resultados de acuerdo con el proceso quirúrgico.
Resultados	Se incluye un total de 568 pacientes, con una edad media de 32,4 años. El nódulo palpable vía tacto vaginal tiene una media de 1'8 cm (rango 0'5-7cm). Se realiza tratamiento médico prequirúrgico en un 41.2% de los casos. El abordaje laparoscópico fue posible en 560 pacientes (98.6%) y se requirió una conversión a vía abdominal en un 2'3%. El tiempo medio intraquirúrgico fue de 155 minutos. Se recogen complicaciones intraquirúrgicas en 12 pacientes (2.1%). En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas, se identifican en un total de 79 mujeres (13.9%) , 54 de ellas fueron menores (9,5%) y 26 fueron mayores (4'6%). Se observó que las complicaciones mayores postquirúrgicas son mas prevalentes en el grupo de pacientes sometidas a algún procedimiento intestinal (<i>shaving</i> , excisión de lesión o resección intestinal) (21/226; 9.3%) en comparación con el 1'5% de las pacientes en las que no fue necesario. La excisión superficial presenta menos complicaciones mayores comparado con la resección intestinal.
Conclusión	La endometriosis profunda representa el 20% de las pacientes afectas por esta enfermedad. Además el 5-12% de éstas, presentan una afectación intestinal. El tratamiento médico nos ofrece una considerable mejora sintomática, pero el tratamiento, que ofrece una clara disminución de la sintomatología, pasa por la erradicación completa de los implantes endometriósicos mediante cirugía. Las resecciones incompletas ofrecen una mejora a corto plazo, pero un incremento del riesgo de recurrencia de la enfermedad. De todos modos, la excisión completa de todos los implantes acarrea un gran riesgo de complicaciones. Es por ello que este estudio se centra en las complicaciones asociadas a las intervenciones quirúrgicas de endometriosis profundas. Los resultados centran la mayor tasa de complicaciones en aquellas pacientes que requieren alguna intervención intestinal. De todos modos, diferencian los distintos procedimientos según sea una excisión, una excisión y sutura, o una resección intestinal. Demostrando que el procedimiento claramente más invasivo es la resección intestinal. En este estudio se propone realizar el test de Michelin intraquirúrgico, para poder afirmar la completa estanqueidad rectal y si es necesario repararlas en el mismo acto quirúrgico. El riesgo de fistula rectovaginal esta incrementado cuando en la misma intervención quirúrgica se abre tanto vagina como recto. Se ha observado que esta complicación puede ser minimizada si se realizan los dos procedimientos en dos tiempos quirúrgicos, o realizar una ileostomía o colostomía profiláctica si se prefiere realizar en tan solo una intervención quirúrgica. La tasa de conversión se relaciona directamente con el grado de complejidad de la cirugía y es claramente más frecuente en los casos en que existe la necesidad de realizar resección y anastomosis intestinal. La curva de aprendizaje juega un claro papel tanto en las conversiones a laparotomía como en el tiempo estimado, el volumen de pérdida hemática así como la capacidad de resección de las lesiones. De todos modos se concluye que la curva de aprendizaje para la exéresis de endometriosis rectovaginal está en aproximadamente 30 casos. A pesar de esto, las complicaciones quirúrgicas durante la cirugía de endometriosis profunda siguen estando presentes a pesar de la experiencia del equipo quirúrgico y por tanto es necesario un equipo multidisciplinar para enfrentarnos a ella.
Descarga de archivos	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02774.x/pdf



--	--



Comentado por	Dra. Marta Trullenque Perna. Servicio Reproducción. Clínica Eugin, Barcelona.
Publicación	FERTILITY AND STERILITY <i>Fertil Steril.</i> 2011;95(2):520-4.
Título	RELACIÓN ENTRE LA MORFOLOGÍA DEL BLASTOCISTO, ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y EL GÉNERO DEL EMBRIÓN.
Autor/es	Alfarawati S, Fragouli E, Colls P, Stevens J, Gutiérrez-Mateo C, Schoolcraft WB, Katz-Jaffe MG, Wells D.
Objetivo	Evaluar la relación entre la morfología y el estado cromosómico del blastocisto.
Diseño	Estudio científico observacional.
Localización	Clínica de reproducción asistida y laboratorio especialista en diagnóstico genético preimplantacional.
Pacientes	Noventa y tres parejas que realizan un ciclo de FIV con diagnóstico genético preimplantacional.
Intervenciones	Quinientos blastocistos fueron sometidos a biopsia y estudio cromosómico utilizando la hibridación genómica comparativa (CHG). La morfología embrionaria se evaluó utilizando los métodos estándar.
Resultado principal	Asociación entre aneuploidía y clasificación morfológica.
Resultados	El 56.7% de blastocistos eran aneuploides. La mitad de los blastocistos tipo 5/6 eran euploides, comparado con sólo el 37.5% de los blastocistos tipo 1/2, lo que sugiere un efecto de la aneuploidía en el desarrollo del blastocisto. Morfológicamente los blastocistos peores tenían mayor incidencia de monosomías y alteraciones que afectaban a varios cromosomas. En relación con el género, éste presentó una clara relación con la morfología. El 72% de los blastocistos con mejor clasificación morfológica (5AA y 6AA) eran masculinos, comparados con el 40% de los blastocistos grado 3.
Conclusiones	Morfología y aneuploidías están relacionadas con la fase del blastocisto. Sin embargo la asociación es débil y en consecuencia, el análisis morfológico no puede ser utilizado para garantizar la transferencia de embriones cromosómicamente normales. Una proporción significativa de embriones aneuploides son capaces de obtener los marcadores morfológicos más altos y algunos embriones euploides tienen marcadores morfológicos peores. El género parece asociado con la clasificación del blastocisto, de tal manera que los embriones masculinos tiene un ritmo de desarrollo significativamente más rápido que los embriones femeninos.
Comentario	<p>Para maximizar las tasas de éxito de los tratamientos de fecundación in vitro se requiere un método fiable para reconocer al embrión con mayor potencial para conseguir un embarazo. Últimamente, la mayor parte de los métodos de evaluación embrionaria incluyen criterios morfológicos tales como el número y tamaño de las células, multinucleación, y la fragmentación celular. Los embriones que tienen mejor puntuación en la clasificación morfológica, frecuentemente no consiguen implantar o no dan lugar a nacidos vivos y aquellos con peor puntuación a veces dan lugar a nacimientos.</p> <p>En muchos casos la causa subyacente del bloqueo del desarrollo embrionario, del fallo de implantación y del aborto espontáneo es la presencia de anomalías numéricas cromosómicas (aneuploidías). La alta prevalencia de aneuploidías en ovocitos humanos procedentes de tratamiento de fecundación in vitro ha sido reconocida desde hace más de un cuarto de siglo y numerosos estudios han confirmado que tanto los ovocitos humanos como los embriones obtenidos están frecuentemente afectados por anomalías cromosómicas. De hecho, en las mujeres mayores de cuarenta años no es raro encontrar aneuploidías en más de la mitad de los ovocitos obtenidos. En la gran mayoría de los casos un desequilibrio cromosómico de éste tipo es letal para el desarrollo embrionario.</p> <p>Muchos estudios han buscado la conexión entre la aneuploidía y la alteración morfológica embrionaria. Algunas asociaciones se han identificado, por ejemplo, las tasas de aneuploidías están aumentadas en embriones con fragmentación celular, asimetría celular, multinucleación y número atípico de células. Sin embargo, en muchos casos éstas correlaciones son débiles. Es posible que la imposibilidad de conseguir un indicador morfológico fiable de aneuploidías sea por limitaciones técnicas.</p> <p>Prácticamente todas las investigaciones clínicas sólo han evaluado un número limitado de cromosomas en cada embrión y por eso es inevitable que alguno de los embriones catalogados como euploides fueran anómalos, con alteraciones que afectaban a cromosomas que no habían sido valorados.</p> <p>El presente estudio utiliza la hibridación genómica comparativa (CGH), un método citogenético molecular que permite la enumeración simultánea de todos los cromosomas. Hasta la fecha no ha habido ningún intento para intentar correlacionar la morfología embrionaria con un screening cromosómico más detallado como el que proporcionan métodos como la CGH. Una reevaluación de una posible relación entre morfología y aneuploidía usando los datos procedentes del estudio del cromosoma completo está por lo tanto justificada.</p> <p>En resumen, la aneuploidía afecta a más de la mitad de los blastocistos en éste estudio (media edad materna 38.5). Se demostró que muchas formas de aneuploidía podían ser compatibles con la formación de blastos, aunque cuanto más material cromosómico esté afectado, más lento será el desarrollo y la morfología del blastocisto tenderá a ser peor. La morfología del blastocisto y las aneuploidías están relacionadas, pero sin embargo, el análisis morfológico no puede ser utilizado como garantía de que se transfiere un embrión cromosómicamente normal. Una proporción significativa de embriones aneuploides pueden llegar a obtener la clasificación morfológica más alta y algunos embriones euploides son peores morfológicamente. En la actualidad, los métodos invasivos para obtener muestras embrionarias siguen siendo la única manera efectiva de detectar aneuploidías en el estadio de blastocisto.</p>
Descarga de archivos	The relationship between blastocyst morphology....  (401 Kb)



Artículos médicos españoles

Os incluimos cinco artículos excelentes este mes. Felicitamos al Dr. Gratacós y a su equipo por su prolifera actividad científica.

- Título:** *A PROSPECTIVE STUDY OF THE FACTORS ASSOCIATED WITH THE SUCCESS RATE OF EXTERNAL CEPHALIC VERSION FOR BREECH PRESENTATION AT TERM.*
Autor/res: Burgos, J., Melchor, J.C., Pijoán, J.I., Cobos, P., Fernández-Llebreg, L., Martínez-Astorquiza, T..
Centro: Obstetrics and Gynecology Service, Cruces University Hospital, Vizcaya, Spain.
Publicación: *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 112:48-51.
Factor de impacto: 1.408
- Título:** *LEARNING CURVE FOR DOPPLER MEASUREMENT OF FETAL MODIFIED MYOCARDIAL PERFORMANCE INDEX.*
Autor/res: Cruz-Martinez, R., Figueras, F., Jaramillo, J. J., Meler, E., Méndez, A., Hernandez-Andrade, E. and Gratacos, E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain.
Publicación: *Ultrasound Obstet Gynecol*2011; 37: 158-162.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *LONGITUDINAL CHANGES IN UTERINE, UMBILICAL AND FETAL CEREBRAL DOPPLER INDICES IN LATE-ONSET SMALL-FOR-GESTATIONAL AGE FETUSES.*
Autor/res: Oros, D., Figueras, F., Cruz-Martinez, R., Meler, E., Munmany, M. and Gratacos, E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain.
Publicación: *Ultrasound Obstet Gynecol*2011; 37: 191-195.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *NORMAL REFERENCE RANGES OF FETAL REGIONAL CEREBRAL BLOOD PERFUSION AS MEASURED BY FRACTIONAL MOVING BLOOD VOLUME.*
Autor/res: Cruz-Martinez, R., Figueras, F., Hernandez-Andrade, E., Benavides-Serralde, A. and Gratacos, E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine (ICGON), Hospital Clínic, Barcelona, Spain.
Publicación: *Ultrasound Obstet Gynecol*2011; 37: 196-201.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *THE PREVALENCE OF CONGENITAL VARICELLA SYNDROME AFTER A MATERNAL INFECTION, BUT BEFORE 20 WEEKS OF PREGNANCY: A PROSPECTIVE COHORT STUDY.*
Autor/res: Sánchez, María Ángeles; Bello-Muñoz, Juan Carlos; Cebrecos, Isaac; Sanz, Teresa Higuera; Martínez, Juan Sagalá; Moratona, Elena Carreras; Roura, Lluís Cabero.
Centro: Vall d'Hebron University Hospital, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain.
Publicación: *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Volume 24, Number 2, February 2011 , pp. 341-347
Factor de impacto: 1.362

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



ATENCIÓN AL USUARIO

Para todos aquellos que necesitéis recibir tanto vuestra contraseña como código de usuario para poder acceder a nuestra página Web, debéis poneros en contacto llamando al teléfono 902 555 013 o bien a la dirección de correo atencionusuario@sego.es y solicitar dicha información.

Asimismo, se podrá facilitar también una nueva cuenta de correo electrónico, en el caso de necesitarla.

Vd. recibe esta publicación electrónica como socio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Copyright SEGO
P.º de la Habana, 190, Bajo. 28036 - Madrid
Tel.: 91 350 98 16 - Fax: 91 350 98 18
e-mail: sego@sego.es