



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.


Como siempre, os presentamos cinco nuevos artículos comentados que esperamos sean de vuestro interés.

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 | OBSTETRICS & GYNECOLOGY <i>Obstetrics & Gynecology</i> 2011;17(3): 663-71 |
| Título | CERCLAJE DE CUELLO UTERINO CORTO POR ECOGRAFÍA EN MUJERES CON GESTACIONES ÚNICAS Y PARTOS PREMATUROS PREVIOS. |
| Autor/es | Vincenzo Berghella, MD, Timothy J. Rafael, MD, Jeff M. Szychowski, PhD, Orion A. Rust, MD, and John Owen, MD, MSPH. |
| Objetivo | Estimar si el cerclaje previene partos pretérminos y la morbi-mortalidad perinatal en las mujeres con antecedentes de parto prematuro, gestación única y longitud cervical corta. |
| Material y métodos | Se trata de un meta análisis en el que se han incluido 5 ensayos randomizados de las bases de datos MEDLINE, EMBASE y la Cochrane de mujeres embarazadas asintomáticas en la que la ecografía transvaginal encontró una longitud cervical corta a las que se las seleccionó al azar para cerclaje o no cerclaje, además de limitar el análisis a mujeres con antecedentes de parto prematuro espontáneo y gestación única. |
| Resultados | En las mujeres con embarazo único y antecedente de parto prematuro espontáneo y longitud cervical menor 25 mm antes de las 24 semanas de gestación, la tasa de parto prematuro antes de las 35 semanas de gestación fue de 28,4% (71/250) en el grupo con cerclaje, en comparación con el 41,3% (105/254) en las pacientes a las que no se les realizó (riesgo relativo de 0,70, con intervalo de confianza 95% entre 0,55- 0,89). Si se estratifica el punto de corte de la longitud cervical se objetivó que las mujeres con longitud cervical de 15,9 mm o menos el cerclaje disminuyó de forma significativa el parto pretérmino antes de la semana 37, 35, 32 y 28 semanas. Y cuando la longitud cervical estaba entre 16 y 24,9 mm la disminución de la tasa de parto pretérmino se vio antes de la semana 37 y antes de la semana 24. |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>En las mujeres con antecedentes de parto prematuro y longitud cervical inferior a 25 mm detectado antes de las 20 semanas de la gestación, el cerclaje se asoció con prevención del parto prematuro en menores de 35 semanas y una reducción de la mortalidad perinatal (RR 0,49; IC 95% del 0.27-0.87) ambos parámetros de forma significativa.</p> <p>La morbilidad perinatal disminuyó de forma significativa en el grupo con cerclaje (15,6%) en comparación con el grupo no cerclaje (24,8%) con un riesgo relativo 0,64 e IC del 95% de 0.45 a 0.91. La morbilidad perinatal incluía síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular grados III y IV, enterocolitis necrotizante, sepsis, y la enfermedad pulmonar crónica. La mortalidad perinatal resultó menor en el grupo de mujeres con cerclaje pero sin significación estadística (8,8% y 13,8%, respectivamente).</p> |
| Conclusiones | <p>Este meta-análisis ha evaluado el cerclaje para mujeres con antecedentes de parto prematuro espontáneo en embarazos únicos, y cérvix corto de menos de 25 mm antes de 24 de semanas de gestación muestra una reducción significativa del 30% en el parto prematuro recurrente en menos de 35 semanas de gestación y una disminución significativa del 36% de la mortalidad y morbilidad perinatal.</p> |
| Comentario | <p>El efecto beneficioso del cerclaje fue significativo en todas las longitudes de cérvix uterino menor de 25 mm, con efectos aparentemente aún mayores cuanto más corta es la longitud del cuello uterino.</p> <p>Más de 10 millones de nacimientos antes de las 37 semanas de gestación se producen anualmente en todo el mundo, y más de 1 millón de niños mueren a causa de esta complicación común del embarazo (5-12% de incidencia). Después de más de 50 años desde su introducción en medicina clínica, se demuestra que el cerclaje cervical es beneficioso en la prevención del parto prematuro y en la mejoría de la mortalidad y morbilidad perinatal en mujeres con parto prematuro espontáneo con gestación actual única y longitud cervical menor de 25 mm antes de la semana 24 de gestación.</p> <p>El beneficio del cerclaje en esta población seleccionada está claro. Todos los puntos de corte para los nacimientos prematuros se redujo, al igual que la mortalidad y morbilidad neonatal.</p> |
| Descarga de archivos | <p>Cerclage for Short Cervix on Ultrasonography in Women...  (528 Kb)</p> |



| | |
|-----------------------------|---|
| |  |
| 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: 290-295.</i> |
| Título | DESARROLLO PSICOMOTOR TRAS DIAGNÓSTICO PRENATAL DE DEFECTO AISLADO DEL CUERPO CALLOSO. |
| Autor/es | R.Mangione, N.Fries, P.Godard, C.Capron, V.Mirlesse, D.Lacombe And M.Duyme. Colegio Francés de Ecografía Fetal (CFEF), Universidad de Montpellier 3, Universidad de Montpellier 1-Nîmes, Maternidad Bichat, Paris, Departamento de Genética Médica, Universidad de Bourdeaux. |
| Objetivo | Comprobar la capacidad de la ecografía prenatal y de la resonancia nuclear magnética (RN) para diagnosticar anomalías del cuerpo calloso (ACC) y establecer posteriormente el pronóstico a largo plazo tras el diagnóstico. |
| Métodos | Estudio prospectivo casos-contrroles que se desarrolló entre los años 1999-2004. El diagnóstico se realizó combinando la ecografía fetal y RN. Todos los niños fueron estudiados y examinados por un neuropediatra y los padres respondieron cuestionarios específicos para su evaluación (CDI, Ireton's Chile Developmental Inventory) en 22 casos, que se compararon con 44 controles. El test CDI fue utilizado para valorar el grado de desarrollo psicomotor tanto en casos como en controles. Se calculó el índice de coeficiente intelectual DQ-CDI (calculado por el test CDI) y fue comparado entre ambos grupos. Así mismo se llevó a cabo un meta-análisis con estudios previos para comparar datos. |
| Resultados | El diagnóstico de ACC se realizó prenatalmente y se confirmó postnatalmente en 175 casos. El diagnóstico de ACC aislado se realizó en 88/175 (50%) de los casos. 60 de los 88 casos (68%) finalizaron la gestación tras diagnóstico y 1 fue una muerte fetal anteparto. Nacieron 27 recién nacidos vivos, de los cuales se siguieron 26 por una media de tiempo de 50 meses (intervalo, 30-74). Malformaciones adicionales se diagnosticaron en 4 de los 26 recién nacidos vivos (15%). El grupo control (diagnóstico exclusivamente postnatal) fue significativamente mejor ($p < 0.05$) comparado con los casos diagnosticados prenatalmente de ACC aislada con respecto a movimientos gruesos, movimientos finos, comprensión de lenguaje, números y desarrollo general, y fue ligeramente mejor para letras. ($P = 0.066$). Siete de los 26 (27%) (95% CI, 13-46%) de los niños con ACC presentaron a los 30 meses retraso psicomotor, comparado con solamente un caso de desarrollo psicomotriz límite entre los 44 controles ($P = 0.006$). |
| Conclusión | <p>El diagnóstico prenatal de ACC con la combinación de ecografía y RN es fiable. Sin embargo, el defecto aislado de esta patología sólo puede ser asegurada en un 85% de nuestros casos. Un meta-análisis de nueve estudios sugirieron que el desarrollo de niños diagnosticados de ACC aislado prenatalmente es normal en un 70% (CI 95, 56-83%) de los casos.</p> <p>El significado de este hallazgo es que el riesgo fetal de desarrollar un retraso psicomotor en pacientes con ACC aislado es 27%, comparado con un 15% de los niños en los que confirmamos postnatalmente el diagnóstico de ACC aislada.</p> |
| Descarga de archivos | <p>Neurodevelopmental outcome following prenatal diagnosis...  (238 Kb)</p> |





| | |
|---------------------------------------|---|
| Comentado por | Dra. Anna Alsina Maqueda. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. Dr. Josep M ^a . Solé Sedeño. Servicio Ginecología Oncológica. Hospital de Mataró. Barcelona |
| Publicación | JAMA JAMA. 2011;305(6):569-75. |
| Título | LINFADENECTOMÍA AXILAR VS NO LINFADENECTOMÍA AXILAR EN MUJERES CON CANCER DE MAMA INVASIVO Y METÁSTASIS EN GANGLIO CENTINELA. |
| Autor/es | Armando E. Giuliano, MD; Kelly K. Hunt, MD; Karla V. Ballman, PhD; Peter D. Beitsch, MD; Pat W. Whitworth, MD; Peter W. Blumencranz, MD; A. Marilyn Leitch, MD; Sukamal Saha, MD; Linda M. McCall, MS; Monica Morrow, MD. |
| Contexto | La técnica del ganglio centinela identifica la afectación ganglionar en las neoplasias de mama inicial, pero no está claro si la disección de todos los ganglios linfáticos axilares afecta a la supervivencia. |
| Objetivo | Determinar si la linfadenectomía axilar completa mejora la supervivencia en pacientes con cáncer de mama invasivo y metástasis en el ganglio centinela. |
| Diseño, material y métodos | El Colegio Americano de Cirujanos Grupo de Oncología hizo el estudio Z001, un estudio fase 3, realizado en 115 centros de mayo 1999 a diciembre de 2004. Las pacientes eran mujeres con carcinoma infiltrante de mama estadio T1-T2, sin adenopatías palpables, con afectación de uno o dos ganglios centinelas identificadas en cortes congelados, tinción hematxilina-eosina. Se incluyeron 1900 mujeres que fueron analizadas tras 500 bajas por mortalidad, aunque el estudio concluyó antes puesto que la tasa de mortalidad fue inferior a la esperada. |
| Intervenciones | Todas las pacientes fueron sometidas a tumorectomía e irradiación de toda la mama. Aquellas con metástasis en el ganglio centinela fueron randomizadas en dos grupos, las que se sometieron a linfadenectomía axilar (ALND) y aquellas a las que no se les realizó disección axilar (SLND). En el primer grupo fueron necesarios como mínimo la disección de 10 ganglios. El tratamiento sistémico se realizó a discreción de los diferentes equipos. |
| Principales resultados medidos | La supervivencia global fue el objetivo principal del estudio y la supervivencia libre de enfermedad el objetivo secundario. Basándose en la literatura en el momento del diseño del estudio, se consideró que la supervivencia global debía ser del 80% a los 5 años del tratamiento óptimo en mujeres con afectación ganglionar. La no inferioridad clínica en el grupo SLND fue definida en no menos de un 75% de supervivencia como se observaba en el grupo control. La no inferioridad del tratamiento del primer grupo fue considerada si la hazard ratio (HR) para la mortalidad era menor a 1.3 cuando se comparaba con el grupo control. |
| Resultados | Las características clínicas tumorales fueron similares en las 445 pacientes randomizadas en el grupo ALND y las 446 randomizadas al SLND. Sin embargo, la media de ganglios disecados fue de 17 en el primer grupo y de 2 en el segundo. Con una media de seguimiento de 6.3 años (último follow-up 4 de marzo de 2010) la supervivencia global a los 5 años fue del 91.8% (Intervalo de confianza IC del 95%, 89.1%-94.5%) en el grupo ALND y de 92.5% (IC 95%, 90.0%-95.1%) en el SLND. La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue de 82.2% (IC de 95%, 78.3%-86.3%) en ALND y de 83.9% (CI 95%, 80.2%-87.9%) en SLND. La hazard ratio relacionada con la supervivencia global para el tratamiento fue de 0.79 (CI de 90%, 0.56-1.11) sin ajustar y de 0.87% (CI de 90%, 0.62-1.23) después de ajustar por edad y por tratamiento adyuvante. |
| Conclusión | En pacientes con cáncer de mama con metástasis en el ganglio centinela tratadas con tratamiento conservador de la mama y terapia sistémica, la realización sólo de la disección del ganglio axilar comparada con la linfadenectomía axilar no disminuye la supervivencia. |
| Discusión | <p>La linfadenectomía axilar ha sido parte de la cirugía del cáncer de mama desde la descripción de la mastectomía radical. La linfadenectomía axilar identifica las metástasis ganglionares manteniendo, bajo un clásico supuesto, el control regional de la enfermedad. Actualmente se debate que este tratamiento local mejora la supervivencia del cáncer de mama. Además esta técnica no está exenta de complicaciones tempranas y tardías, siendo el seroma, las infecciones y el linfedema buen ejemplo de ellas, además del coste que comporta.</p> <p>La técnica del ganglio centinela ha permitido identificar la afectación o no del primer ganglio al que drena el tumor, suponiendo una menor morbilidad ya que permite, en los casos en los que no hay afectación del mismo, obviar la disección axilar. En cambio, cuando existe afectación de este ganglio, la linfadenectomía sigue siendo el tratamiento estándar pese a la controversia previamente manifestada.</p> <p>Es conocido que dicha técnica asume una tasa de identificación del 90% y una tasa de falsos negativos del 10%, sin que ello repercuta en el resultado terapéutico, siendo la tasa de recaídas axilares incluso menor a la esperada (Veronesi U, Viale G, Paganelli G, et al. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. Ann Surg 2010; 251: 595-600. ; Veronesi P, Rodríguez J. Breast conservation and sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant systemic therapy. Breast 2009; 18: Suppl 1 (S27).) Así podríamos aceptar que la afectación ganglionar tiene un valor pronóstico y predictivo, pero la realización de la linfadenectomía no aporta, por sí misma, un aumento en la supervivencia. Teniendo en cuenta sobre todo que son mujeres que van a recibir además tratamiento sistémico adyuvante y muchas de ellas también irradiación axilar.</p> <p>En este contexto de controversias e incertidumbres El Colegio Americano de Cirujanos Grupo de Oncología decidió realizar el estudio Z001, un estudio fase 3 realizado en 115 centros, prospectivo y randomizado, para poder concluir el beneficio terapéutico de la linfadenectomía axilar. Se demostró que la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad son idénticas se realice o no linfadenectomía axilar posterior a la detección de afectación del ganglio centinela. Cabe mencionar que el follow-up de las pacientes de este estudio es de 6.3 años, así que deberíamos reevaluar estos resultados a los 10 años para poderlos asumir.</p> <p>Además actualmente hay varios estudios en marcha (MINDACT y TAILORX) que estudian los perfiles moleculares de los tumores de mama utilizando la técnica de microarrays. Parece ser que las firmas genéticas de éstos serán mucho más fiables y marcarán el pronóstico con mucha más precisión que los factores pronóstico clásicos.</p> |
| Descarga de archivos | Axillary Dissection vs No Axillary Dissection in Women...  (359 Kb) |



| | |
|---------------------------|--|
| |  |
| Comentado por | Dra. Jennifer Rovira. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Igualada. Barcelona. Dra. Sonia Rombaut Segarra. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona. |
| Publicación | INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY <i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011; 118: 329-337</i> |
| Título | ANTERIOR BUT NOT POSTERIOR COMPARTMENT PROLAPSE IS ASSOCIATED WITH LEVATOR HIATUS AREA: A THREE-AND FOUR-DIMENSIONAL TRANSPERINEAL ULTRASOUND STUDY. VALORACIÓN DEL ÁREA DEL HIATO DEL ELEVADOR POR ECOGRAFÍA 3D Y 4D COMO PREDICTOR DEL PROLAPSO EN EL COMPARTIMIENTO ANTERIOR. |
| Autor/es | Majida M, Braekken I, Bo K, Benth J, Engh M. |
| Objetivo | Existe cierta discrepancia entre los síntomas subjetivos y objetivos encontrados en las mujeres que consultan por prolapso de los órganos pélvicos. Este estudio pretende examinar la asociación entre el tamaño del hiato elevador respecto el grado y localización del prolapso. Se estudia también la sintomatología de disfunción de los órganos pélvicos referida por la paciente. Se utiliza como método de valoración la ecografía transperineal en tres dimensiones (3D). |
| Material y métodos | Estudio transversal que incluye a las pacientes que consultan al ginecólogo desde enero del 2006 a abril del 2008 en el condado de Oslo y Akershus. En el estudio de reclutamiento de la población, se invita a las pacientes a participar en un ensayo clínico aleatorio controlado para estudiar los efectos del entrenamiento en la musculatura del suelo pélvico o como controles en otro estudio paralelo de casos y controles para investigar los factores de riesgo del prolapso. Factores de inclusión: pacientes con un posparto superior a un año, con o sin sintomatología de prolapso de los órganos pélvicos (POP). Factores de exclusión: cirugía previa de POP, lactancia materna, dolor de espalda, cáncer pélvico, infección del tracto urinario no tratada, enfermedad neurológica o psiquiátrica. Todas las 149 pacientes incluidas en el estudio final respondieron un cuestionario de síntomas (Scandinavian Questionnaire), que describe la frecuencia y molestias en cuatro dominios (mecánico, urinario, intestinal y sexual). Se sometieron a un examen clínico que clasifica el grado de prolapso de los órganos pélvicos en no significativo 0-I y significativo cuando es >II y tipo de prolapso (anterior, apical, posterior, anterior + apical, anterior + posterior, apical + posterior y anterior + apical + posterior). Se les realizó una ecografía transperineal en 3D/4D (realizada siempre por el mismo investigador), donde se pretende estudiar el tamaño del hiato elevador en reposo y Valsalva, determinadas ambas medidas en plano axial (distancia mínima entre la zona hiperecogénica posterior de la sínfisis púbica hasta la banda hiperecogénica del músculo pubovisceral) Los volúmenes fueron analizados de nuevo a los 3-6 meses después por el mismo investigador. Se utiliza el análisis estadístico SPSS versión 16. |
| Resultados | Se incluye un total de 568 pacientes, con una edad media de 32,4 años. El nódulo palpable vía tacto vaginal tiene una. Se incluyeron a 149 pacientes con una edad media de 49.1 años (rango 27-72), un índice de masa corporal de 25.3 (18.5-36.6) y una paridad de 2,3 (rango 1-6). A 76 (51%) se las incluyó dentro del grupo mayor de prolapso con grado II, 43 (28.9%) como grado I y dentro del grado III a 27 pacientes (18.1%). Tan sólo dos pacientes (1.3%) presentaban estadio 0 y una (0.7%) grado IV. Respecto a la localización del prolapso, un 61.1% era en el compartimiento anterior, 0.7% en el apical, 26.8% en el posterior y un 11.4% de las pacientes el prolapso se encontraba en el compartimiento anterior y posterior. Al calcular el área del hiato elevador y el grado de prolapso de los órganos pélvicos se observó una asociación estadísticamente significativa entre el grado de descenso y el área del hiato en situación de reposo y con la maniobra de Valsalva ($p < 0.001$), calculándose un área de 5.3 cm ² mayor en las pacientes con grado III respecto a las de grado II. Al valorar ecográficamente el área del hiato y la situación anatómica del prolapso se observó una asociación positiva con un incremento de la medida del hiato en el compartimiento anterior con la maniobra de Valsalva ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas en los otros compartimientos. Respecto la sintomatología referida por la paciente y su relación con el área del hiato se observó que la mayoría de las pacientes (56.1%) referían clínica en uno o más de los ítems de disfunción, pero no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el área del hiato en situación de reposo o en Valsalva y la sintomatología de la paciente. |
| Conclusión | 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. |
| Discusión | Muchas de las mujeres que consultan por sintomatología de prolapso, presentan afectación en más de un compartimiento vaginal. Podríamos concluir que a mayor afectación de compartimientos mayor es el área del hiato elevador, pero los datos de este estudio y otros resultados revisados, no apoyan esta hipótesis, ya que se ha encontrado un hiato más grande sólo cuando el compartimiento anterior se ve involucrado. No se ha encontrado ninguna asociación entre el prolapso en el compartimiento posterior y el tamaño del hiato. Esto podría explicarse por la asociación del rectocele con otros defectos anatómicos como la intususcepción rectal, el descenso del cuerpo perineal y defectos en la fascia rectovaginal. Respecto a la sintomatología, encontramos mujeres con molestias importantes clínicamente sin presentar un grado de prolapso severo. Los datos, no muestran una asociación independiente entre el tamaño del hiato y la zona de afectación en relación a los síntomas referidos por la paciente. Algunas de las limitaciones de este estudio son que las mujeres que se incluyen pueden o no presentar sintomatología de prolapso, pero la mayoría aún no habían consultado por esta clínica, por tanto, las participantes no se pueden comparar con las mujeres que piden ayuda por problemas relacionados con el prolapso. Otra limitación podría ser causada por el diseño del |


estudio, ya que al ser un corte transversal resulta imposible identificar todos los factores de riesgo y su relación de causalidad, ya que algunos defectos pueden ser congénitos o adquiridos de forma activa o pasiva, es decir, defectos en el suelo pélvico podrían ser la causa del prolapso o ser de forma directa causados por el prolapso.

La ecografía en 3D proporciona gran cantidad de información respecto a los órganos pélvicos, pero la evaluación del tamaño del hiato en plano axial es únicamente indicada, tal y como se ha demostrado en el estudio, cuando la mujer presenta clínica significativa de prolapso en el compartimiento anterior vaginal. Estas valoraciones podrían ayudar en el proceso de toma de decisiones clínicas para la cirugía del suelo pélvico. En mujeres con hiato ampliado, el tratamiento conservador con ejercicios del suelo pélvico podría ser la primera opción de tratamiento o como profilaxis.

Descarga de archivos

[Anterior but not posterior compartment prolapse is associated with levator hiatus area...](#)  (209 Kb)



| | |
|----------------------|---|
| |  |
| Comentado por | Pau Carabias Meseguer. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Mataró, Barcelona. |
| Publicación | HUMAN REPRODUCTION <i>Hum. Reprod. Update (2011) 17 (2): 171-183.</i> |
| Título | <i>EXERCISE THERAPY IN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME: A SYSTEMATIC REVIEW.</i> |
| Autor/es | Cheryce L. Harrison, Catherine B. Lombard, Lisa J. Moran and Helena J. Teede |
| Introducción | El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino común y afecta al 12.8% de las mujeres. Modificación del estilo de vida, incluyendo una mayor actividad física, es el enfoque de primera línea en la gestión del SOP. Una revisión sistemática se realizó para identificar y describir el efecto del ejercicio como una intervención independiente sobre los resultados clínicos en pacientes con SOP. |
| Métodos | Se hicieron búsquedas en cinco bases de datos sin límite de tiempo. No se utilizó una definición pre-especificada del SOP. Se incluyeron los estudios si el tratamiento con ejercicios (aeróbicos y/o resistencia) puede ser evaluada como un tratamiento independiente en contra de un grupo comparativo. Los resultados medidos incluyeron factores de riesgo cardiovascular [resistencia a la insulina (IR), perfil lipídico, la presión arterial y el peso] y las medidas reproductivas (la ovulación, la regularidad menstrual y los resultados de fertilidad). El análisis de calidad se realizó en base al Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas y la calidad de la información de la lista de meta-análisis. |
| Resultados | Ocho manuscritos fueron identificados (cinco ensayos controlados aleatorios y tres estudios de cohortes). Todos los estudios incluyeron la actividad física de intensidad moderada y la mayoría eran de 12 o 24 semanas de duración con una frecuencia y duración de las sesiones de ejercicios que variaban entre los estudios. Las mejoras más consistentes fueron la mejora de la ovulación, la reducción de IR (9-30%) y pérdida de peso (4,5-10%). Las mejoras no dependieron del tipo de ejercicio, la frecuencia o duración de las sesiones de ejercicio. |
| Conclusiones | Las intervenciones con ejercicios específicos en pacientes con SOP son limitados. Los estudios varían considerablemente en las medidas de diseño, la intensidad y el resultado, por lo que los resultados concluyentes son difíciles de alcanzar. Estudios más extensos y con óptimos diseños son necesarios tanto para adentrarse en los mecanismos de acción del ejercicio como para evaluar el impacto en la salud pública del ejercicio en el SOP. |



Artículos médicos españoles

Este mes, nos congratulamos de incluir hasta siete artículos excelentes que se han publicado en revistas con elevado factor de impacto:

- Título:** *NEW TERMINOLOGY FOR CYTOREDUCTION IN ADVANCED OVARIAN CANCER.*
Autor/res: Zapardiel I, Morrow CP.
Centro: Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. University Southern California. USA
Publicación: *Lancet Oncology 2011; 12 (3): 214.*
Factor de impacto: 14.470
- Título:** *FETAL BRAIN DOPPLER TO PREDICT CESAREAN DELIVERY FOR NONREASSURING FETAL STATUS IN TERM SMALL-FOR-GESTATIONAL-AGE FETUSES.*
Autor/res: Cruz-Martínez R, Figueras F, Hernandez-Andrade E, Oros D, Gratacos E.
Centro: Hospital Clínic de Barcelona.
Publicación: *Obstet Gynecol. 2011 Mar; 117(3): 618-26.*
Factor de impacto: 4.357
- Título:** *REDUCED PLASMA FIBRINOLYTIC POTENTIAL IN PATIENTS WITH RECURRENT IMPLANTATION FAILURE AFTER IVF AND EMBRYO TRANSFER.*
Autor/res: M. Angeles Martínez-Zamora, Montserrat Creus, Dolors Tassies, Juan Carlos Reverter, Salvadora Civico,

Francisco Carmona y Juan Balasch.
Centro: Hospital Clínic de Barcelona
Publicación: Hum. Reprod. 2011;26 (3): 510-516.
Factor de impacto: 3.859

4. **Título:** *CHANGE IN CLINICAL MANAGEMENT OF SENTINEL LYMPH NODE LOCATION IN EARLY STAGE CERVICAL CANCER THE ROLE OF SPECT/CT.*
Autor/res: Díaz-Feijoo B, Pérez-Benavente MA, Cabrera-Díaz S, Gil-Moreno A, Roca I, Franco-Camps S, Fernández MS, García-Jiménez A, Xercavins J, Martínez-Palones JM.
Centro: Materno-infantil Vall d'Hebron, Autonomous University of Barcelona, Barcelona.
Publicación: Gynecol Oncol. 2011 Mar;120(3):353-7.
Factor de impacto: 3.733
5. **Título:** *THREE-DIMENSIONAL ULTRASOUND FOR ASSESSING WOMEN WITH GYNECOLOGICAL CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW.*
Autor/res: Alcázar JL, Jurado M
Centro: Clínica Universidad de Navarra. University of Navarra, Pamplona
Publicación: Gynecol Oncol. 2011 Mar;120(3):340-6.
Factor de impacto: 3.733
6. **Título:** *HEMODYNAMIC CHANGES DURING PREGNANCY AND POSTPARTUM: A PROSPECTIVE STUDY USING THORACIC ELECTRICAL BIOIMPEDANCE.*
Autor/res: SanFrutos L, Engels V, Zapardiel I, Perez-Medina T, Almagro-Martinez J, Fernandez R, Bajo Arenas JM.
Centro: Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.
Publicación: J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Feb 22.
Factor de impacto: 1.362
7. **Título:** *EVALUATION OF ENDOMETRIAL AND SUBENDOMETRIAL VASCULARIZATION AND ENDOMETRIAL VOLUME BY 3-D POWER DOPPLER ULTRASOUND AND ITS RELATIONSHIP WITH AGE AND PREGNANCY IN INTRAUTERINE INSEMINATION CYCLES.*
Autor/res: Engels V, SanFrutos L, Perez-Medina T, Alvarez P, Zapardiel I, Bueno B, Godoy-Tundidor S, Bajo Arenas JM.
Centro: Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.
Publicación: Gynecol Obstet Invest 2011, Mar 4.
Factor de impacto: 1.045

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 pcarabiasm@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