



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, Silvina Kazlauskas y Cristina Redondo Guisasola.


Con las vacaciones un poco olvidadas ya, pero con más ganas e ilusión que nunca, 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	JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY <i>J. Obstet Gynaecol. 2011 Oct;31(7):589-93.</i>
Título	<i>INTERPREGNANCY BMI CHANGE AND RISK OF PRIMARY CAESAREAN DELIVERY .</i>
Autor/es	Whiteman V.E., Mcintosh C., Rao K., Mbah A. K., Salihu H. M.
Objetivos	Determinar los cambios en el índice de masa corporal (IMC) intergenésico y el riesgo de cesárea primaria en el segundo embarazo.
Material y métodos	<p>Se utilizó el sistema de registro vital de Missouri que se considera el estándar para la validación de conjuntos de datos nacionales que aparecen y enlazan registros. Solo fueron elegibles los bebés únicos nacidos entre 1989 al 2005.</p> <p>Un total de 100.828 mujeres se incluyeron en el estudio del análisis de cohorte retrospectivo. El cambio en el IMC (Kg/m²) fue la principal variante de interés. Con base de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1999) las mujeres fueron asignadas a los siguientes IMC categorías: 18,5 kg-24,9 kg/m² (normal de peso) y > 30,0 kg/m² (obesidad), se incluyeron en el estudio.</p> <p>El cambio de peso intergenésico, se basó en las categorías de IMC en el inicio del primer y segundo embarazo: normal-normal, normal-obesa, obesa-normal y obesa-obesa. Se incluyeron todas las mujeres con parto vía vaginal en el primer embarazo y se siguieron en el segundo embarazo.</p>

	<p>Las variables sociodemográficas y las complicaciones maternas cruzadas con IMC se analizaron usando el test chi2 y las variables continuas con la t de student.</p>
Resultados	<p>De 100.828 mujeres con hijo único que fueron estudiadas en el análisis el 83% tenían un IMC normal y el 17.43 (17,572) eran obesas en el segundo embarazo.</p> <p>Las mujeres que eran obesas en el segundo embarazo tendían a ser más jóvenes, de raza negra, solteras y fumadoras durante el embarazo que las mujeres con peso normal.</p> <p>Las mujeres obesas tenían nueve veces más riesgo de presentar hipertensión crónica y 5 veces más riesgo de ser diagnosticadas de diabetes y una probabilidad mayor del 50% de presentar pre-eclampsia en comparación con las madres de peso normal.</p> <p>El peso promedio al nacer de los bebés también difiere según el estado del IMC. Los bebés de madres en la categoría de peso normal, pesan en promedio 100 g menos que los de las madres en la categoría de obesas (media ± desviación estándar del peso al nacer: 3.393 gr. ± 514,4 en comparación con madres obesas: 3,493.4 ± 565.7 gr., (p <0.01).</p> <p>En comparación con las madres en la categoría de peso normal, las madres obesas fueron 67% más propensas de tener una cesárea. (OR ajustado = 1.67, 95% CI 1.57 – 1.67).</p> <p>El riesgo de cesárea aumentó con el incremento con el IMC en un patrón dosis-dependiente (p trend < 0,01), con la obesidad, teniendo mayor riesgo en comparación con las madres de peso normal; se observó también para los subtipos de parto por cesárea primaria (es decir, electiva, de emergencia y de no emergencia).</p> <p>Riesgo elevado de cesáreas en el segundo embarazo se observaron en las mujeres normales que se volvieron obesas (adjusted OR = 1.41, 95% CI 1.26 – 1.57), y en las obesas que mantenían su peso en los dos embarazos (adjusted OR = 1.75, 95% CI 1.65 – 1.87).</p> <p>Las madres que mantenían el IMC en obesidad eran el 68% y tenían un 82% más probabilidades de tener una cesárea urgente o no urgente en comparación con las madres dentro del IMC normal en los dos embarazos.</p> <p>Sin embargo la disminución en el IMC de obesa a normal tiene el mismo riesgo de cesárea que las mujeres con IMC normal en los dos embarazos.</p>
Conclusiones	<p>En este estudio se observó que las mujeres obesas tenían más riesgo de cesárea primaria comparada con mujeres dentro del peso normal; y estos resultados son comparables con otros estudios previos (Sheiner et al. 2004; Bhattacharya et al. 2007; Khashan and Kenny, 2009; Poobalan et al. 2009).</p> <p>El riesgo de cesárea primaria en mujeres obesas es del 67% comparado con las mujeres de peso normal.</p> <p>En comparación con estudios anteriores, los hallazgos sugieren que las mujeres obesas tienen un mayor riesgo de cesárea primaria y que la reducción en el índice de masa corporal antes del embarazo se asocia con una probabilidad menor de parto por cesárea primaria (Villamor y Cnattingius, 2006;. Paramsothy et al 2009).</p> <p>Zhang et al (2007) identificaron los mecanismos subyacentes del aumento del riesgo de cesárea parto entre las mujeres con obesidad, que es el resultado de tener: una mayor incidencia de hipertensión inducida por el embarazo, macrosomía, pobre contractilidad del miometrio y la consecuente disfunción de labor del parto.</p>
Comentario	<p>Es conocido debido a diversos estudios que el incremento excesivo (<3 unidades) en el IMC antes de la gestación es causa de cesárea primaria, comparado si se mantiene en el grupo de IMC normal.</p> <p>Es importante crear estrategias pre-concepcionales y entre concepcionales en las mujeres obesas para que disminuyan el IMC de obesidad a la normalidad, y así de esta manera disminuyan las tasas de cesáreas tanto urgentes como las no urgentes para el embarazo posterior.</p> <p>Debido a que la población obesa va cada día incrementándose debido a los cambios del estilo de vida, es importante que los médicos intentemos concientizar de las ventajas de mantenerse en los niveles adecuados de IMC y controlar la disminución de peso en las mujeres con incremento excesivo del mismo.</p>
Descarga de archivos	<p>Interpregnancy BMI change ... </p>



	
Comentado por	Dr. Pau Carabias Meseguer. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Mataró. Barcelona.
Publicación	ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY <i>Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 371–382.</i>
Título	REPRODUCTIVE OUTCOMES IN WOMEN WITH CONGENITAL UTERINE ANOMALIES: A SYSTEMATIC REVIEW.
Autor/es	Y. Y. CHAN*, K. JAYAPRAKASAN†, A. TAN‡, J. G. THORNTON†, A. COOMARASAMY‡ and N. J. RAINE-FENNING† *Department of Obstetrics and Gynaecology, Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham, UK; †Division of Human Development, School of Clinical Sciences, University of Nottingham, Nottingham, UK; ‡Academic Unit of Obstetrics and Gynaecology, Birmingham Women's Hospital, Birmingham, UK
Objetivo	Las anomalías congénitas del útero son frecuentes, pero su efecto sobre el resultado reproductivo no está claro .Hemos realizado una revisión sistemática para evaluar la asociación entre los diferentes tipos de anomalías congénitas del útero

	y varios resultados reproductivos.
Método	Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library y Web of Science. Se utilizó la Escala de Evaluación de Calidad Newcastle-Ottawa. Defectos uterinos se agruparon en útero arcuato, defectos de canalización (útero septo y subseptos) y los defectos de la unificación (útero unicornio, bicorneo y didelfo). El riesgo combinado relativo (RR) con un intervalo de confianza (IC) 95%, se calcularon con modelos aleatorizados.
Resultados	Se identificaron nueve estudios que incluían a 3805 las mujeres. Meta-análisis mostraron que el útero arcuato se asocia con mayores tasas de aborto en el segundo trimestre (RR, 2,39, IC 95%, 1,33-4,27, P = 0,003) y mala posición fetal en el parto (RR, 2,53, IC 95%, 1,54-4,18, p <0,001). Defectos de canalización se asociaron con la reducción de las tasas de embarazo clínico (RR, 0,86; 95% IC, 0,77-0,96, p = 0,009) y el aumento de las tasas de aborto de 1er trimestre (RR, 2,89, IC 95%, 2,02-4,14; P <0,001), parto prematuro (RR, 2,14, IC 95%, 1,48-3,11; P <0,001) y mala presentación fetal (RR, 6,24, IC 95%, 4,05-9,62, p <0,001). Defectos de la unificación se asociaron con una mayor tasa de parto prematuro (RR, 2,97; 95% IC 2,08-4,23, p <0,001) y de mala presentación fetal (RR, 3,87, IC 95%, 2,42-6,18, P <0,001).
Conclusiones	Los defectos de canalización reducen la fertilidad e incrementan las tasas de parto prematuro y de aborto involuntario. Ninguno de los defectos de la unificación reduce la fertilidad, pero algunos se asocian con el parto prematuro y el aborto. El útero arcuato se asocia específicamente con el aborto de segundo trimestre. Todas las anomalías uterinas aumentan la posibilidad de mala presentación fetal en el parto.
Descarga de archivos	Reproductive outcomes in women ... 



	
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	THE LANCET ONCOLOGY <i>Lancet Oncol.</i> 2011 oct;12(11):1023-1031.
Título	USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO, INFECCIÓN CERVICAL POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y RIESGO DE CÁNCER CERVICAL: ANÁLISIS DE 26 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS
Autor/es	Dr Xavier Castellsagué MD a d , Mireia Díaz MSc a , Salvatore Vaccarella PhD b , Sílvia de Sanjosé MD a d , Nubia Muñoz MD a , Rolando Herrero MD b , Sílvia Franceschi MD b , Prof Chris J L M Meijer MD c , F Xavier Bosch MD a e .
Contexto	El uso del dispositivo intrauterino (DIU) ha demostrado reducir el riesgo de cáncer endometrial, pero es muy poco conocida la relación que puede tener sobre el riesgo de cáncer de cérvix. Nosotros evaluamos si el uso de DIU afecta a la infección por virus del papiloma humano (VPH) y el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix.
Métodos	Se realizó un análisis combinado de los datos individuales de dos grandes estudios de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) y el Institut Català d'Oncologia (ICO) Programa de Investigación sobre el VPH y el cáncer cervical; un estudio incluía datos de 10 estudios caso-control de cáncer cervical realizado en 8 países, y el otro incluía datos de 16 estudios de prevalencia de VPH en las mujeres de la población general de 14 países. 2.205 mujeres con cáncer cervical y 2.214 mujeres control sin cáncer de cuello uterino se incluyeron en los estudios de casos y controles, y 15.272 mujeres sanas de las encuestas de VPH. La información sobre el uso del DIU se obtuvo mediante una entrevista personal. El ADN del VPH fue probado por PCR basada en los ensayos. El Odds ratios y los IC del 95% se estimaron mediante regresión logística multivariante incondicional a la asociación entre el uso del DIU, el ADN del VPH cervical, y cáncer de cuello uterino.
Resultados	Después de ajustar por covariables relevantes, incluyendo el ADN del VPH cervical y el número de frotis de Papanicolaou anteriores, se encontró una asociación inversa fuerte entre el uso del DIU y el cáncer cervical (odds ratio 0,55, IC 95% 0,42-0,70, p<0,0001). Se evidenció una asociación de protección para el carcinoma de células escamosas (0,56, p<0,0001), el adenocarcinoma y el carcinoma adenoescamoso (0,46, p=0,035), pero no entre las mujeres VPH positivas (0,68, p=0,11). No se encontró asociación entre el uso del DIU y la detección de ADN del VPH cervical entre las mujeres sin cáncer de cuello uterino.
Interpretación	Nuestros datos sugieren que el uso del DIU es un cofactor protector en la carcinogénesis cervical. La activación de la inmunidad celular provocada por el DIU podría ser uno de los mecanismos que podría explicar estos resultados.
Comentario	Múltiples estudios han demostrado que métodos anticonceptivos como los anticonceptivos orales o el uso de preservativo pueden modificar el riesgo de cáncer cervical e infección cervical por el VPH. Por otro lado es bien sabida la relación entre el uso del DIU y la reducción del riesgo de cáncer de endometrio. En cambio se sabe muy poco acerca del uso del DIU y el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix e infección cervical por el VPH. Desde que el VPH es reconocido como agente causal del cáncer de cuello de útero, éste debe ser considerado al estudiar los efectos potenciales del uso del DIU y el riesgo de cáncer cervical. Por ello, durante los últimos 20 años, la IARC (Lyon) en colaboración con el ICO (Barcelona) han hecho grandes estudios epidemiológicos sobre el HPV y el cáncer cervical en diferentes países, intentando ver los efectos potenciales del uso del DIU sobre la infección cervical del VPH en mujeres sanas y sobre el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. En este estudio se encuentra una fuerte asociación inversa entre el uso de DIU y el riesgo de cáncer de cérvix. Mujeres que habían usado el DIU tenían la mitad de riesgo de desarrollar cáncer cervical comparado con las mujeres que no lo habían usado. Esta asociación inversa no se vio significativamente afectada por la duración del uso del dispositivo: el riesgo desciende en el primer año de utilización y su efecto protector se mantiene incluso tras 10 años de uso, no aumentando ni menguando de manera significativa con el incremento de años de su uso. Por el contrario no se demostró una asociación entre el DIU y los años de su uso y la infección por el VPH. Uno de los mecanismos por los que se podría explicar este efecto sería que dicho dispositivo induciría una respuesta reactiva,

crónica, de bajo grado e inflamatoria en el endometrio, canal endocervical y cérvix que podría modificar, a través de cambios locales, el estado inmunológico de la mucosa y el curso de la infección por VPH.

Así, los datos encontrados en este estudio sugieren que **el uso de DIU no modifica la probabilidad de la prevalencia de la infección por VPH pero podría afectar la probabilidad de la progresión del VPH a cáncer de cérvix**. Así, el uso de DIU podría ser considerado como un cofactor protector en la carcinogénesis cervical.

Descarga
de archivos

[Intrauterine device use, cervical infection ...](#) 



Comentado por

Dra. Jennifer Rovira. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Igualada. Barcelona.

Publicación

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Am J Obstet Gynecol. 2011 Aug 11

Título

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO TÓPICO CON CLORURO DE OXIBUTININA PARA LAS MUJERES CON EL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA.

Autor/es

Sand PK, Davila GW, Lucente VR, Thomas H, Caramelli KE, Hoel G.

Objetivo

Estudio de análisis en fase 3, que evalúa la eficacia y seguridad del tratamiento tópico con Cloruro de Oxibutinina aplicada en las mujeres con síndrome de vejiga hiperactiva.

Introducción

Definimos el síndrome de vejiga hiperactiva como urgencia urinaria acompañada por lo general de incrementos de frecuencia y nicturia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU).

Se estima una prevalencia del 12.8% a Europa, la cual se ve asociada a la urgencia hasta en un 50% de las pacientes.

Las implicaciones relacionadas con la salud de este síndrome, son principalmente a nivel de calidad de vida de la mujer. Algunos de los cuestionarios utilizados para medir esta afectación, muestran un mayor impacto negativo en las actividades diarias, productividad en el trabajo y actividad física, con repercusiones a nivel de las relaciones sociales, relaciones sexuales y mayor labilidad emocional, que se asocia a mayor depresión. Estas puntuaciones, se ven incrementadas dependiendo de la severidad de la clínica y de la asociación o no a incontinencia urinaria.

El tratamiento con Oxibutinina se ha establecido como terapia para las pacientes con esta sintomatología. La Oxibutinina pertenece al grupo de los antimuscarínicos, fármacos conocidos como terapia en la sintomatología urinaria que proporcionan una mejoría significativa en la reducción del número de episodios de incontinencia urinaria y micciones diarias.

Su tratamiento vía oral presenta una metabolización presistémica a nivel del hígado e intestino, favoreciendo así los conocidos efectos adversos de los fármacos anticolinérgicos. Para poder evitar estos efectos se ha utilizado la aplicación transdérmica de la Oxibutinina.

Material y
métodos

Estudio randomizado a doble ciego.

Pacientes: Total de 704 pacientes con una media de edad de 59 años que se incluyen en la fase tres del estudio, 352 reciben Cloruro de Oxibutinina y 352 placebo. Ambos grupos tienen similares características.

Periodo de estudio: 12 semanas de estudio.

Criterios de inclusión: hombre o mujer >18 años con incontinencia urinaria de urgencia o incontinencia urinaria predominantemente de urgencia, con un promedio de > de 8 episodios de micción y >4 episodios de incontinencia.

Tratamiento: 1 gramo de cloruro de Oxibutinina (10% oxibutinina) o placebo, ambos tratamientos aplicados en forma de gel tópico en abdomen, hombros o muslos.

Valoración del estudio: para estudiar la eficacia del tratamiento se evalúa el número de episodios diarios de incontinencia, la frecuencia urinaria, el volumen de micción y la nicturia.

Las pacientes realizan los cuestionarios IIQ i KHQ que valoran el impacto del síndrome y su afectación en la calidad de vida.

Y como información adicional se recoge el porcentaje de pacientes que refieren continencia al final del estudio.

La seguridad del tratamiento es evaluada a través de la recopilación de los efectos adversos que refieren las pacientes.

Análisis estadístico: χ^2 o Test de Fisher y análisis de la covarianza.


Resultados

Después de las doce semanas del tratamiento, las pacientes tratadas con Cloruro de Oxibutinina presentan una disminución estadísticamente significativa de los episodios de incontinencia urinaria diaria, de la frecuencia y presentan aumento del volumen de micción con respecto a las pacientes que han recibido placebo. También se observó una disminución en los episodios de nicturia, no siendo ésta diferencia significativa.

Al final del estudio, el porcentaje de pacientes que referían continencia urinaria era estadísticamente significativo en el grupo con Oxibutinina (27%) respecto al grupo de placebo (15.6%).

En ambos cuestionarios recibidos, el grupo de pacientes tratados con Oxibutinina mostraban mejoría en la puntuación total y en la mayoría de los ítems relacionados con la calidad de vida de las pacientes, siendo esta diferencia significativa al analizar el impacto de la incontinencia en el grupo de tratamiento con Oxibutinina respecto al placebo.

Al estudiar la seguridad del tratamiento, se observó que el grupo de pacientes que recibían Oxibutinina padecían mayor tasa de

	<p>incidencias y efectos adversos durante el tratamiento comparando con el grupo placebo, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.</p>
Discusión	<p>Los resultados observados hasta el momento respecto a las mujeres que participan en este estudio fase tres, se corroboran con los resultados publicados recientemente en el estudio popular.</p> <p>El impacto negativo de la incontinencia respecto a la calidad de vida de las pacientes, se ve bien documentado con los cuestionarios utilizados. Como resultado final y hasta el momento, podemos decir que el tratamiento con Oxibutinina mejora la calidad de vida de las pacientes respecto a sus actividades diarias, ya sea a nivel social, físico y emocional.</p> <p>Respecto a los efectos adversos asociados al tratamiento, se ha demostrado que la Oxibutinina es segura y bien tolerada. El único efecto adverso que ocurre en > 2% de las pacientes y es significativamente más común en el grupo de la Oxibutinina es la sequedad bucal.</p> <p>Como inconvenientes al estudio podríamos decir que un periodo de 12 semanas, no nos permite hacer una valoración de la eficacia y tolerabilidad del fármaco a largo plazo. Por otra parte, la mayoría de las pacientes presentan una incontinencia de base con moderada o severa sintomatología, dato que puede no extrapolarse al valorar los efectos de la calidad de vida en mujeres sin incontinencia o con una clínica menos severa de vejiga hiperactiva, a pesar de esto, consideramos que en el síndrome de la vejiga hiperactiva la urgencia y la frecuencia presentan gran importancia, y esta sintomatología sí que ha mostrado afectar en la calidad de vida de la paciente. Por tanto, el tratamiento con Oxibutinina podría ser beneficioso para las pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva sin incontinencia.</p>
Conclusión	<p>El tratamiento con Oxibutinina en comparación con el placebo, reduce significativamente el número de episodios de incontinencia, el número de micciones e incrementa el volumen total de vaciado vesical. Además, incrementa la calidad de vida de la paciente y el porcentaje de continencia una vez finalizadas las doce semanas de tratamiento.</p> <p>La Oxibutinina es eficaz y bien tolerada en las mujeres con incontinencia de urgencia y mixta, con una disminución de los efectos adversos causados por los fármacos anticolinérgicos.</p>
Descarga de archivos	<p>Efficacy and safety of oxybutynin ... </p>



	
Comentado por	<p>Dra. Cristina Redondo Guisasola. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona.</p>
Publicación	<p>HUMAN REPRODUCTION <i>Human Reproduction</i> 2011; 26 (9):2525–2531</p>
Título	<p>LA EXPOSICIÓN PASIVA AL TABACO SE ASOCIA A RIESGO ELEVADO DE FALLO DE IMPLANTACIÓN Y ÉXITO REDUCIDO DE LA FIV.</p>
Autor/es	<p>Merle D. Benedict, Stacey A. Missmer, Anjel Vahratian, Katharine F. Berry, Allison F. Vitonis, Daniel W. Cramer and John D. Meeker.</p>
Background	<p>La infertilidad y la pérdida temprana de la gestación son prevalentes en los casos de tabaquismo pasivo (TP). Investigaciones previas han sugerido una relación entre el TP y la pérdida gestacional temprana, pero los estudios han sido limitados debido a su pequeño tamaño y/o a los métodos imprecisos para estimar la exposición pasiva al tabaco. La fecundación in vitro permite la recogida de líquido folicular, que rodea el oocito preovulatorio, lo que podría constituir una muestra con mayor relevancia biológica que la orina o el suero, para los estudios de reproducción temprana.</p>
Métodos	<p>En un análisis retrospectivo de una cohorte de estudio progresivo, se midió la cotinina en el líquido folicular en 3270 ciclos de FIV de 1909 mujeres no fumadoras, entre 1994 y 2003, para examinar la relación entre la exposición pasiva al tabaco y el fallo de implantación.</p>
Resultados	<p>En los modelos ajustados, se encontró un aumento significativo del riesgo de fallo de implantación en mujeres expuestas de manera pasiva al humo del tabaco, comparadas con aquellas que no habían tenido exposición. [odds ratio (OR) = 1.52; con un IC 95% de 1.20 – 1.92; RR = 1.17 con un IC 95% de 1.10-1.25]. Asimismo, se encontró un descenso significativo de la probabilidad de nacido vivo entre las mujeres expuestas (OR= 0.75 con un IC 95% de 0.57-0.99; RR= 0.81 con un IC 95% de 0.66-0.99).</p>
Conclusiones	<p>La exposición femenina al tabaco de manera pasiva, estimada a través de la medición de cotinina en el fluido folicular, se asocia con un incremento de riesgo de fallo de implantación y una probabilidad reducida de una gestación a término.</p>
Descarga de archivos	<p>Secondhand tobacco smoke exposure ... </p>



Artículos médicos españoles

El mes pasado, por "errores vacacionales", os presentamos los artículos del mes de agosto y no los de septiembre... por lo que este mes, hemos agrupado los artículos del mes de septiembre y octubre. Aquí los tenéis, ojo que no son pocos...

- Título:** *REPRODUCTIVE MEDICINE AND INHERITANCE OF INFERTILITY BY OFFSPRING: THE ROLE OF FETAL PROGRAMMING.*
Autores: Díaz-García C, Estella C, Perales-Puchalt A, Simón C.
Centro: Department of Gynecology and Obstetrics, La Fe University Hospital, University of Valencia, Valencia, Spain.
Publicación: Fertil Steril. 2011 Sep;96(3):536-45.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *CYCLE SCHEDULING WITH ORAL CONTRACEPTIVE PILLS IN THE GNRH ANTAGONIST PROTOCOL VS THE LONG PROTOCOL: A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL.*
Autores: Garcia-Velasco JA, Bermejo A, Ruiz F, Martinez-Salazar J, Requena A, Pellicer A.
Centro: IVI-Madrid, Rey Juan Carlos University, Madrid, Spain.
Publicación: Fertil Steril. 2011 Sep;96(3):590-3.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *DOES HUMAN PAPILOMAVIRUS INFECTION IMPLY A DIFFERENT PROGNOSIS IN VULVAR SQUAMOUS CELL CARCINOMA?*
Autores: Alonso I, Fusté V, Del Pino M, Castillo P, Torné A, Fusté P, Rios J, Pahisa J, et al.
Centro: Institut Clinic of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Hospital Clinic-Institut d'Investigacions Biomèdiques. Faculty of Medicine-University of Barcelona, Barcelona
Publicación: Gynecol Oncol. 2011 Sep;122(3):509-14.
Factor de impacto: 3.733
- Título:** *CLINICAL, COLPOSCOPIC AND PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CERVICAL AND VAGINAL HIGH-GRADE LESIONS NEGATIVE FOR HPV BY HYBRID CAPTURE 2.*
Autores: Del Pino M, Rodriguez-Carunchio L, Alonso I, Torné A, Rodriguez A, Fusté P, Castillo P, Nonell R, Abu-Lhiga N, Ordi J.
Centro: Institut Clinic of Gynecology, Obstetrics and Neonatology, Faculty of Medicine-University of Barcelona, Barcelona
Publicación: Gynecol Oncol. 2011 Sep;122(3):515-20.
Factor de impacto: 3.733
- Título:** *NEUROBEHAVIORAL OUTCOMES IN PRETERM, GROWTH-RESTRICTED INFANTS WITH AND WITHOUT PRENATAL ADVANCED SIGNS OF BRAIN-SPARING.*
Autores: Figueras F, Cruz-Martinez R, Sanz-Cortes M, Arranz A, Illa M, Botet F, Costas-Moragas C, Gratacos E.
Centro: Maternal-Fetal Medicine Department, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona.
Publicación: Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Sep;38(3):288-94.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *THE HISTORY OF FEMALE GENITAL TRACT MALFORMATION CLASSIFICATIONS AND PROPOSAL OF AN UPDATED SYSTEM.*
Autores: Acién P, Acién MI.
Centro: Service of Obstetrics and Gynaecology, Department of Gynaecology, University Hospital of San Juan, Alicante
Publicación: Hum Reprod Update. 2011 Sep-Oct;17(5):693-705.
Factor de impacto: 7.042
- Título:** *FEMALE OVERWEIGHT IS NOT ASSOCIATED WITH A HIGHER EMBRYO EUPLOIDY RATE IN FIRST TRIMESTER MISCARRIAGES KARYOTYPED BY HYSTEROEMBRYOSCOPY.*
Autores: Bellver J, Cruz F, Martínez MC, Ferro J, Ramírez JF, Pellicer A, Garrido N.
Centro: Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia
Publicación: Fertil Steril. 2011 Oct;96(4):931-933.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *ADENOMYOSIS DOES NOT AFFECT IMPLANTATION, BUT IS ASSOCIATED WITH MISCARRIAGE IN PATIENTS UNDERGOING OOCYTE DONATION.*
Autores: Martínez-Conejero JA, Morgan M, Montesinos M, Fortuño S, Meseguer M, Simón C, Horcajadas JA, Pellicer A.
Centro: Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia.
Publicación: Fertil Steril. 2011 Oct;96(4):943-950.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *SELF-CORRECTION IN TRIPRONUCLEATED HUMAN EMBRYOS.*
Autores: Grau N, Escrich L, Martín J, Rubio C, Pellicer A, Escribá MJ.
Centro: University Institute Instituto Valenciano de Infertilidad Valencia, Valencia, Spain.
Publicación: Fertil Steril. 2011 Oct;96(4):951-6.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *CHANGES IN MYOCARDIAL PERFORMANCE INDEX AND AORTIC ISTHMUS AND DUCTUS VENOSUS DOPPLER IN TERM, SMALL-FOR-GESTATIONAL AGE FETUSES WITH NORMAL UMBILICAL ARTERY PULSATILITY INDEX.*
Autores: Cruz-Martinez R, Figueras F, Hernandez-Andrade E, Oros D, Gratacos E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine, ICGON, Hospital Clinic-IDIBAPS, University of Barcelona.
Publicación: Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Oct;38(4):400-5.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *EVALUATION AND MANAGEMENT OF ACUTE MENORRHAGIA IN WOMEN WITH AND WITHOUT UNDERLYING BLEEDING DISORDERS: CONSENSUS FROM AN INTERNATIONAL EXPERT PANEL.*
Autores: Martínez-Perez O, et al.
Centro: Fundación Jiménez Díaz de Madrid.
Publicación: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Oct;158(2):124-34.
Factor de impacto: 1.582
- Título:** *PERINATAL OUTCOME AND LONG-TERM FOLLOW-UP OF EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT INFANTS DEPENDING ON THE MODE OF DELIVERY.*
Autores: Minguez-Milio JA, Alcázar JL, Aubá M, Ruiz-Zambrana A, Minguez J.
Centro: Department of Obstetrics and Gynecology, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.
Publicación: J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Oct;24(10):1235-8.
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