



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.


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	INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY <i>BJOG. 2011 Aug;118(9):1098-103</i>
Título	<i>CORRELATING BIRTHWEIGHT WITH NEUROLOGICAL SEVERITY OF OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS LESIONS.</i>
Autor/es	W Pondaag, RH Allen, MJA Malessy
Objetivos	Investigar la naturaleza y el grado de lesión neurológica del plexo braquial en función de los precedentes obstétricos y neonatales, sobre todo si existe relación entre el peso al nacer y la severidad de la lesión neurológica del plexo braquial.
Material y métodos	Se trata de un análisis retrospectivo de una cohorte de 228 niños tratados quirúrgicamente por lesiones del plexo braquial durante un periodo de 9 años y se han analizado datos obstétricos y neonatales: paridad, presencia o no de diabetes materna, historia obstétrica, tipo de parto (se han excluido 22 casos por ser en presentación de nalgas) y peso del recién nacido y se han correlacionado con la severidad de la lesión del plexo braquial. Se han clasificado en 3 grupos en función de la lesión del plexo: <i>alta</i> si hay lesión de C5 y C6, lesión <i>alta y media</i> si hay lesión de C5-C7 y <i>lesión global</i> cuando la lesión es de C5-T1. Y los criterios de cirugía que se han tenido en cuenta son: parálisis completa del brazo a los 3 meses de edad o ausencia de recuperación de la función del hombro o del músculo bíceps a los 4-6 meses.


Resultados	<p>Se han incluido un total de 206 recién nacidos con parto en céfálica, el 59% de ellos con lesión en plexo braquial derecho y el 41% en el izquierdo. La edad gestacional media fue de 39,8 semanas. El rango de peso fue entre 2895g y 5900g. De todos ellos, el 73% tenía un peso > 4000g y el 38% >4500g (del total, el 53% se encontraban con un percentil fetal estimado por encima del 97,7). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el peso al nacer y los 3 grupos de severidad de la lesión neurológica (C5-C6 vs C5-C7 p=0,052; C5-C7 vs C5-T1 p=0,003; C5-C6 vs C5-T1 p<0,001), a mayor peso en el recién nacido, mayor severidad de la lesión. No se encontraron diferencias entre diabetes, parto instrumentado, duración de la gestación y edad de diagnóstico de la lesión neurológica. Un posible factor de confusión ha sido la paridad: las mujeres nulíparas parieron recién nacidos con peso significativamente menores y las lesiones en estos recién nacidos se asociaron en la clasificación de lesión más leve.</p> <p>En el modelo de regresión multivariable, usando los tres grupos de lesión neurológica, sólo el peso del recién nacido al nacer y la paridad han sido variables estadísticamente significativas con p< 0,001 y p=0,042 respectivamente.</p>
Conclusiones	<p>El elevado peso al nacer está relacionado significativamente con la severidad de la lesión obstétrica del plexo braquial en aquellos partos vaginales con presentación céfálica. Estos hallazgos nos permiten desarrollar guías obstétricas para ayudar en la prevención de la distocia de hombros asociada a la lesión permanente del plexo braquial.</p>
Comentario	<p>Existen numerosos estudios sobre lesiones del plexo braquial en relación con la distocia de hombros, sus factores de riesgo, su manejo y, más recientemente, sobre su prevención. Y está bien establecido que el elevado peso al nacer es el mayor factor de riesgo asociado a la distocia de hombros y la lesión obstétrica del plexo obstétrico.</p> <p>En estos estudios, examinando los antecedentes obstétricos de aquellos niños con lesiones obstétricas del plexo braquial, se ha visto que un subgrupo de estos niños tenía un mismo patrón de lesión nerviosa: los nervios de C5 y C6 se lesionan más próximamente a la médula espinal en los niños que nacen en parto de nalgas en comparación con los niños que nacen en céfálica en los que se ve que la lesión está más a nivel del plexo braquial. Por este riesgo hay muchos obstetras que han dejado de hacer partos de nalgas en recién nacidos a término. No obstante, los mayores factores de riesgo de lesión del plexo braquial son: fetos macrosomas con partos en céfálica, tracción contundente hacia abajo durante el parto y la distocia de hombros. En fetos de más de 4000g, es más probable que ocurra una distocia de hombros que a menudo resulta en una tracción forzada sobre la cabeza fetal con mayor riesgo de lesión temporal o permanente del plexo. La tracción lateral de la cabeza con los hombros fijos comporta una amplitud del ángulo entre el cuello con el hombro produciendo hiperextensión del plexo: inicialmente de la parte más alta, con la persistencia de la tracción se dañaría también la parte media y baja del plexo.</p> <p>La prevención de la lesión del plexo braquial es difícil pues no es posible predecir la distocia de hombros pues muchas de estas tienen lugar en mujeres sin factores de riesgo y viceversa, en mujeres diabéticas y con fetos macrosomas no tienen lugar las distocias. La única manera de prevenirla sería la cesárea electiva, no exenta de riesgos sobre el feto y la madre y tampoco es costo-efectiva. La situación es diferente cuando ha habido una distocia de hombros en un parto anterior, parece razonable en estos casos no ofrecer una prueba de parto en los siguientes embarazos, especialmente en mujeres con diabetes, macrosomía o ambos.</p> <p>Un punto débil del estudio es que los pacientes que se evalúan son los que han sido remitidos a un centro de tercer nivel por lesiones de nervio periférico, seleccionando los casos más severos y sólo los pacientes tributarios de cirugía fueron incluidos en el estudio. Tampoco se ha tenido en cuenta la distocia de hombros en el análisis de datos, quizá la variable obstétrica más importante, por no poder obtener el número correcto de los casos en que realmente se produjo distocia de hombros.</p> <p>Un punto fuerte del estudio es que todos los infantes con lesión del plexo braquial han sido seguidos prospectivamente de acuerdo con protocolo estandarizado que incluye cuestionarios de recolección de datos que permitieron definir el peso fetal estimado al nacimiento. Y el grupo de estudio ha sido suficiente para fortalecer la relación entre el peso al nacer y la severidad neurológica en la lesión del plexo braquial.</p>
Descarga de archivos	<p>Correlating birthweight with neurological ...  (328 Kb)</p>



	
Comentado por	<p>Dra. Esther Pérez Carbajo. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hosp. Univ. Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.</p>
Publicación	<p>ULTRASOUND IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY <i>Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 205-209.</i></p>
Título	<p>SONOGRAPHIC CERVICAL LENGTH MEASUREMENT IN PREGNANT WOMEN WITH A CERVICAL PESSARY. VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA LONGITUD CERVICAL EN GESTANTES CON PESARIO CERVICAL.</p>
Autor/es	<p>M.Goya, L.Pratorcorona, T.Higueras, S.Perez-Hoyos, E.Carreras y L.Cabero</p>
Objetivo	<p>El objetivo de este estudio es describir y valorar la fiabilidad de la medición ecográfica de la longitud cervical con la técnica estándar transvaginal (TVS) y la vía transperineal (TPS) en gestantes portadoras del pesario cervical y comparar estas mediciones con aquellas obtenidas con una nueva técnica transvaginal.</p>
Método	<p>La medición de la longitud cervical usando la técnica TPS fue realizada inmediatamente antes de la medición usando la técnica TVS en 48 gestantes con pesario cervical entre las 22 y 23 semanas de gestación.</p> <p>La técnica TVS fue realizada en dos tiempos: en el primero, la sonda se colocó sobre el fórnix anterior (técnica estándar) y en un segundo tiempo, la sonda se colocó dentro del pesario en contacto con el labio anterior del cérvix (nueva técnica). Dos facultativos realizaron consecutivamente este procedimiento y se compararon las medidas obtenidas.</p>

	El coeficiente de relación interclase (ICCs) con un 95% IC fue utilizado para evaluar la relación interobservador, y se utilizó el análisis Bland-Altman para evaluar el acuerdo interobservador.
Resultados	En total, fueron analizadas 258 medidas (obtenidas de 43 pacientes). ICCs interobservador de las medidas obtenidas fue 0.58 (95% IC, 0.34-0.75) para TPS, 0.65 (95% CI, 0.44-0.79) para la técnica estándar y 0.97 (95% IC, 0.95-0.98) para la nueva técnica TVS. El análisis Bland-Altman demostró mínimas diferencias entre las medidas obtenidas por dos facultativos para los tres métodos, pero con límites de acuerdo más ajustados (LOA) para la técnica nueva TVS: Diferencial principal para TPS -0.99 mm (95% LOA, -13.23 a 11.25 mm), diferencia principal para la técnica estándar TVS -0.23 mm (95% LOA, -10.90 a 10.44 mm) y diferencia principal para la nueva técnica TVS -0.01 mm (95% LOA, -2.57 a 2.55 mm). Se demostró a partir de las imágenes obtenidas que el orificio cervical externo no fue visible en un 89% de los casos medidos con la técnica TPS y con la técnica estándar TVS. Sin embargo, el orificio cervical externo fue visible en todos los casos valorados con la nueva técnica TVS.
Conclusiones	Proponemos una nueva técnica para la medición y monitorización de la longitud cervical en gestantes portadoras de un pesario cervical que mejora la visualización del cérvix e incrementa la fiabilidad en comparación con las técnicas ya descritas.
Comentario	<p>El uso del pesario cervical ha sido descrito como posible método para prevenir el parto pretérmino en gestantes con cérvix acortado (menor o igual a 25 mm) detectado en torno a las 20 semanas de gestación. El pesario es un anillo de silicona, con un diámetro interno que se une a cérvix y un diámetro externo lo suficientemente ancho como para mantener el dispositivo contra el suelo pélvico. Este dispositivo rota el cérvix hacia la pared posterior y corrige el ángulo cervical.</p> <p>Se han descrito numerosas técnicas para la medición del cérvix en estas pacientes y monitorizar la evolución de la cervicometría, ya que la visualización de la longitud cervical en estas pacientes es difícil por la sombra acústica generada por el pesario. Comparando las tres técnicas (transperineal, transvaginal estándar y nueva técnica transvaginal) se han observado menos diferencias interobservador con la nueva técnica. Parece que este método es más adecuado en estas pacientes porque proporciona una mejor medición del cérvix.</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	GYNECOLOGIC ONCOLOGY <i>Gynecol Oncol.</i> 2011 Aug;122(2):215-20.
Título	CIRUGÍA CITOREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA COMO TERAPIA INICIAL PARA CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL AVANZADO; ENSAYO FASE II MULTI-INSTITUCIONAL.
Autor/es	<p>Marcello Deraco, Shigeki Kusamura, Salvatore Virzi, Francesco Puccio, Antonio Macri, Ciro Famulari, Massimiliano Solazzo, Serena Bonomi, Domenico Rosario Iusco and Dario Baratti.</p> <p>Peritoneal Surface Malignancy Program, Department of Surgery, National Cancer Institute, via Venezian 1, 20133 Milan, Italy</p>
Objetivo	El objetivo principal de este ensayo fase II multi-institucional es valorar los resultados en términos de supervivencia global tras cirugía citoreductora (CRS) y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) en el tratamiento del cáncer epitelial de ovario (EOC) con afectación peritoneal avanzada. Los objetivos secundarios fueron el tratamiento de la morbi-mortalidad y los resultados de los efectos en el tiempo de la quimioterapia sistémica adyuvante (TTC).
Métodos	26 mujeres con estadio III-IV EOC fueron seguidas prospectivamente en 4 centros italianos para someterse a CRS y HIPEC con cisplatino y doxorubicina. Posteriormente recibieron quimioterapia sistémica con carboplatino (AUC 6) y 6 ciclos de paclitaxel (175mg/ m ²).
Resultados	Se consiguió una citoreducción completa macroscópicamente en 15 pacientes; sólo quedó mínima enfermedad residual (<2.5mm) en 11 pacientes. Hubo 4 casos de complicaciones mayores y una muerte post-cirugía. Tras una mediana de seguimiento de 25 meses, la supervivencia global a los 5 años fue del 60.7% y la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 15.2% (con una mediana de 30 meses). Excluyendo la muerte tras cirugía, todas las pacientes recibieron quimioterapia sistémica durante una mediana de 46 días de tratamiento combinado (rango: 29-75). La mediana del número de ciclos por paciente fue de 6 (rango: 1-8). El tiempo de quimioterapia no afectó a la supervivencia total ni a la supervivencia libre de enfermedad.
Conclusiones	En pacientes seleccionados con estadios avanzados de EOC, el tratamiento inicial con CRS y HIPEC proporciona resultados prometedores. La morbilidad fue comparable a la citoreducción agresiva sin HIPEC. La recuperación post-operatoria demoró el inicio de la quimioterapia sistémica adyuvante pero no lo suficiente como para tener un impacto negativo en la supervivencia. Estos datos justifican más evaluaciones en ensayos clínicos randomizados.





Comentado por	Dra. Cristina Redondo Guisasola. Servicio de Ginecología, Obstetricia y de la Reproducción. Institut Universitari Dexeus. Barcelona
Publicación	CURRENT HIV RESEARCH <i>Curr HIV Res.</i> 2011 Aug 9.
Título	WOMEN'S DESIRE FOR CHILDREN IN AN HIV POPULATION. A CLINICAL PILOT STUDY IN BURKINA FASO.
Autor/es	Caroline L, Nathalie W, Diedon HA, Robert K, Idovide S, Yvon E. Laboratory for Research on Human Reproduction , Medicine Faculty, Erasme Campus, Brussels Belgium.
Abstract	Hoy en día, gracias a la terapia triple antiretroviral (HAART), el VIH se ha convertido en una enfermedad crónica. En la mayoría de los casos, las mujeres VIH positivas se encuentran en edad reproductiva y, en la actualidad la tasa de transmisión vertical es aproximadamente del 0.1 en mujeres con una carga viral indetectable. Por lo tanto, es normal que la cuestión del deseo de las mujeres seropositivas de tener hijos esté sobre la mesa.
Metodos	En este estudio experimental, 50 mujeres VIH seropositivas y 44 mujeres seronegativas fueron entrevistadas acerca de su deseo de tener hijos. Algunas de las cuestiones planteadas fueron: "cuántos hijos queréis tener antes de casarte / hace 15 años, si no estás casada?" "¿cuántos hijos desearías tener ahora, considerando tu situación?" "En caso de haber una diferencia entre la antes y ahora, ¿cuáles son las razones de dicha diferencia?" Este estudio se llevó a cabo en Burkina Faso.
Resultados	Las mujeres seropositivas tendían a desear más hijos antes que ahora que las mujeres seronegativas (OR: 1.33; C.I. 95%: 0.86 -2; p= 0.19 vs OR: 0.78; C.I. 95%: 0.51-1.21; p= 0.27). El 62% de mujeres seropositivas mencionan múltiples razones relacionadas directamente con su seropositividad para explicar la diferencia entre el antes y el ahora. El 70% de las mujeres VIH seropositivas todavía desean tener hijos. Hemos notado que las mujeres seropositivas que aún quieren niños tienen más probabilidad de ser más jóvenes. (p<0.05 by Two-Sample T tests), en relación (p<0.01 by Chi-Square Test) y a haber sido diagnosticadas antes que las mujeres que no desean hijos n (p=0.01 según el Wilcoxon Rank Sum Test).
Conclusión	Aunque los resultados de este estudio son preliminares, muestran que las mujeres seropositivas y seronegativas tienen un deseo relativamente similar de tener hijos, aunque las mujeres seropositivas parecen desear menos descendencia que sus equivalentes sanas. La mayoría de las razones para el menor deseo de las mujeres VIH positivas se relacionan directamente con la enfermedad. Es por esto que informar a estas pacientes acerca de los riesgos de transmisión materno-fetal y tratamientos existentes es realmente importante para darles la oportunidad de tomar una decisión.



Comentado por	Dr. Pau Carabias Meseguer. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital de Mataró. Barcelona
Publicación	HUMAN REPRODUCTION <i>Hum Reprod.</i> 2011 Aug;26(8):2028-35.
Título	ORAL CONTRACEPTIVES AND ENDOMETRIOSIS: THE PAST USE OF ORAL CONTRACEPTIVES FOR TREATING SEVERE PRIMARY DYSMENORRHEA IS ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS, ESPECIALLY DEEP INFILTRATING ENDOMETRIOSIS.
Autor/es	Chapron C, Souza C, Borghese B, Lafay-Pillet MC, Santulli P, Bijaoui G, Goffinet F, de Ziegler D.
Introducción	La relación entre el uso de anticonceptivos orales (ACO) y la endometriosis sigue siendo controvertido. Por lo tanto, hemos comparado diferentes características de uso de ACO y el diagnóstico quirúrgico de la endometriosis histológicamente clasificados como endometriosis peritoneal superficial (SUP), endometrioma ovárico (OMA) o endometriosis profunda infiltrante (DIE).
Métodos	Este estudio transversal incluyó 566 pacientes sin endometriosis visible en la cirugía como los controles y 410 pacientes con endometriosis histológicamente probada, clasificados por sus peores lesiones como SUP n=47, OMA n=120 y n=243 DIE. Datos personales, incluyendo el uso de ACO, se recogieron de forma prospectiva durante las entrevistas estandarizadas. El análisis estadístico se realizó mediante regresión logística no condicional.
Resultados	Antiguas usuarias de anticonceptivos orales tenían una mayor incidencia de endometriosis (odds ratio ajustado(OR)= 2,79, intervalo de confianza del 95%(IC) 1,74 a 5,12, p= 0,002) de cualquier estadio de la revisión de la Sociedad Americana de Fertilidad. Las mujeres que habían usado AO para la dismenorrea primaria severa fueron más frecuentemente diagnosticada de endometriosis (OR ajustada =5,6, IC 95%:3.2 a 9.8), especialmente para DIE (OR= 16,2, IC 95% 7.8-35.3). Las mujeres que habían usado AO por otras razones también tenían un mayor riesgo de endometriosis, pero en menor medida (OR ajustada= 2,6, IC 95%:1,8 a 4,1). La edad en que se inició OC, la duración del uso de anticonceptivos orales y el intervalo libre desde el

Conclusiones

último uso de anticonceptivos orales no fueron significativamente diferentes entre el control y las mujeres la endometriosis, independientemente de la clasificación histológica. Los usuarios actuales de OC no mostraron una mayor prevalencia de la endometriosis (OR =1,22, IC 95%:0,6 a 2,52).

Nuestros datos indican que una historia de uso de anticonceptivos orales para la dismenorrea primaria grave se asoció con el diagnóstico quirúrgico de endometriosis, especialmente DIE, en el futuro. Sin embargo, esto no significa necesariamente que el uso de OC aumenta el riesgo de desarrollar endometriosis. El uso anterior de OC para la dismenorrea primaria puede servir como un marcador para las mujeres con endometriosis y DIE.



Artículos médicos españoles

Volvemos a incluir 9 artículos publicados en revistas con elevado factor de impacto.

- Título:** *CLINICAL APPLICATION OF OOCYTE VITRIFICATION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS.*
Autor/res: Cobo A, Diaz C.
Centro: Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia, Spain.
Publicación: Fertil Steril. 2011 Aug;96(2):277-85.
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *INSULATION FAILURE IN ROBOTIC AND LAPAROSCOPIC INSTRUMENTATION: A PROSPECTIVE EVALUATION.*
Autores: Espada M, Munoz R, Noble BN, Magrina JF.
Centro: Obstetrics and Gynecology Department, Hospital Quirón Madrid, Madrid.
Revista: Am J Obstet Gynecol. 2011 Aug; 205(2) :121
Factor de impacto: 3.278
- Título:** *CLINICAL AND INFLAMMATORY MARKERS IN AMNIOTIC FLUID AS PREDICTORS OF ADVERSE OUTCOMES IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES.*
Autores: Cobo T, Palacio M, Martínez-Terrón M, Navarro-Sastre A, Bosch J, Filella X, Gratacós E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine, Institute Clinic of Gynecology, Obstetrics, and Neonatology, Hospital Clínic, University of Barcelona, Barcelona, Spain.
Revista: Am J Obstet Gynecol. 2011 Aug; 205(2) :126
Factor de impacto: 3.970
- Título:** *SEQUENCE OF CHANGES IN MYOCARDIAL PERFORMANCE INDEX IN RELATION TO AORTIC ISTHMUS AND DUCTUS VENOSUS DOPPLER IN FETUSES WITH EARLY-ONSET INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION.*
Autor/res: Cruz-Martinez R, Figueras F, Benavides-Serralde A, Crispi F, Hernandez-Andrade E, Gratacos E.
Centro: Department of Maternal-Fetal Medicine, ICGON, Hospital Clinic-IDIBAPS, University of Barcelona and Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), Barcelona, Spain.
Publicación: Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Aug;38(2):179-84
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *SONOGRAPHIC CERVICAL LENGTH MEASUREMENT IN PREGNANT WOMEN WITH A CERVICAL PESSARY.*
Autor/res: Goya M, Pratorcorona L, Higuera T, Perez-Hoyos S, Carreras E, Cabero L.
Centro: Maternal-Fetal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain. mgoya@vhebron.net.
Revista: Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Aug;38(2):205-9.
Factor de impacto: 3.154
- Título:** *CURRENT STATUS OF HUMAN OOCYTE AND EMBRYO CRYOPRESERVATION.*
Autor/res: Herrero L, Martínez M, García-Velasco J.A.
Centro: IVI-Madrid, Rey Juan Carlos University, Madrid, Spain.
Revista: Curr Opin Obstet Gynecol. 2011 Aug;23(4):245-50.
Factor de impacto: 2.491
- Título:** *TRIDIMENSIONAL SONOGRAPHIC ANATOMICAL CHANGES ON PELVIC FLOOR MUSCLE ACCORDING TO THE TYPE OF DELIVERY.*
Autor/res: Cassadó Garriga J, Pessarrodona Isern A, Espuña Pons M, Durán Retamal M, Felgueroso Fabregas A, Rodríguez-Carballeira M.
Centro: Department of Obstetrics and Gynaecology, Mútua Terrassa University Hospital, Plaça Doctor Robert 5, 08221, Terrassa, Spain, 29215jcg@comb.cat.
Revista: Int Urogynecol J PelvicFloor Dysfunct. 2011 Aug;22(8):1011-8.
Factor de impacto: 2.412
- Título:** *SURGICAL TREATMENT OF MIXED URINARY INCONTINENCE: EFFECT OF ANTERIOR COLPOPLASTY.*
Autor/res: Lleberia J, Pubill J, Mestre M, Garcia E, Grimau M, Bataller E.
Centro: Service of Obstetrics and Gynecology Hospital Parc Taulí, Autonomous University of Barcelona, Parc Taulí s/n Sabadell, Barcelona, Spain, lleberia@hotmail.com
Revista: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2011 Aug;22(8):1025-30.
Factor de impacto: 2.412
- Título:** *FEASIBILITY OF A MODIFIED OUTPATIENT REGIMEN OF INTRAVENOUS/INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY IN OPTIMALLY DEBULKED STAGE III OVARIAN CANCER PATIENTS: A GEICO STUDY.*
Autor/res: Oaknin A, Roda D, González-Martín A, Chiva L, García-Donas J, de Juan A, Redondo A, Martínez S, García Y, Catot S, Ponce J, Del Campo JM, Cervantes A, Poveda A.
Centro: Medical Oncology Department, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain.
Revista: Int J Gynecol Cancer. 2011 Aug;21(6):1048-1055.
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 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